GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

PUBLIÉ

SOUS LES AUSPICES DU MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

RÉDACTEUR EN CHEF : LE DOCTEUR A. DECHAMBRE

TOME II — 1855

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

M DCCC LV

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

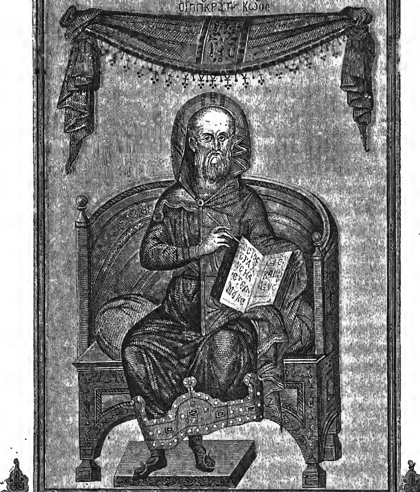
A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 5 JANVIER 1855. — N° 1.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

FEUILLETON. — Les portraits d'Hippocrate.



E. SALLE sculp.

Si le *divin vieillard* avait par malheur quelque grief contre la GAZETTE HEBDOMADAIRE; si cette imprudente feuille avait péché contre la théorie des quatre humeurs, estropié la doctrine des jours critiques, ou commis quelque grave infraction aux *Coaques*; ou, pis encore, si elle avait négligé, dans son insouciance juvénile, de s'abonner aux journaux qui conservent le dépôt hippocratique, nous oserions exprimer l'espoir de gagner aujourd'hui un grand nombre d'indulgences. Prendre le soin de rapprocher les diverses images du grand homme, pour discerner ses véritables traits et pouvoir offrir à l'admiration un objet authentique et légitime, c'est témoigner qu'on est soi-même parmi les admirateurs. Hélas ! nous savons tout ce qui nous manque encore pour être du goût des fidèles et des purs ! L'orthodoxie formelle, la sévère et jalouse orthodoxie de quelques-uns, passe notre faiblesse; nous mêlons dans une alliance adultère l'antiquité et le temps présent, Cos et Paris, la grande méthode de l'auteur du livre de l'*Ancienne médecine* ou du *Traité des airs, des eaux et des lieux* (car Hippocrate est surtout grand et imitable par sa méthode), et les riches conquêtes d'une science plus positive, plus claire, plus avancée. Nous nous figurons qu'on calomnie à la fois Hippocrate et la médecine quand on n'accorde pas à l'école grecque des fondements assez solides pour porter les développements ultérieurs du progrès expérimental, et qu'on présente celui-ci comme un vain accessoire, ou un empiétement téméraire. Nous sommes, pour tout dire, des enfants du siècle, des novateurs, des modernes, chargés d'une coulpe irrémissible ; on aurait quelque droit, devant la présente exhibition de portraits, de nous comparer aux gentils qui adoraient des dieux fabriqués de leurs mains, et de faire rimer *plâtre* avec *idolâtre*. Mais le culte de Cos n'est pas tellement bien loti et entretenu, sous ce degré de latitude, qu'on doive y faire fi des petites offrandes ; et il vaut toujours mieux pour lui qu'on popularise la figure d'Hippocrate que celle de M. Piorry.

C'est par là que nous entrons en matière.

Les médecins ne connaissent guère qu'un portrait d'Hippocrate. C'est le buste qu'on rencontre partout dans les musées, dans les amphithéâtres ; dans les Académies de médecine, sur les jetons des sociétés savantes, et notamment de la Société du département de la Seine : poitrine nue, pan de draperie sur les épaules ; tête un peu penchée, chauve sur toute la surface, sauf un petit bouquet

à l'occiput; front ridé, bosses sus-orbitaires saillantes et séparées par un creux profond; naissance du nez détachée du front par une échancrure brusque; nez légèrement aquilin et épaté à sa base; yeux ronds, plissés à l'angle externe; paupière inférieure cerclée d'une boursouflure des parties molles; sillon naso-labial très accentué; menton arrondi, barbe entière et un peu bouclée; — dans l'ensemble, air méditatif et observateur; expression sévère, comme tendue et contractée, et en même temps type bourgeois, surtout dans le profil. Tel est l'Hippocrate que tout praticien digne de ce nom porte dans son cœur et sur sa pendule: c'est celui-là qu'invoquait jadis M. Castel dans ses homélies académiques; c'est à lui qu'on fait honneur des aphorismes, qu'on emprunte le fameux serment, que la *Revue médicale* sacrifie, qu'on rapporte le monument élevé par M. Littré et l'impérissable hommage de l'école de Montpellier. C'est l'Hippocrate classique, l'Hippocrate de tradition, une connaissance, un ami, un familier: c'est Hippocrate enfin!

Eh bien! il faut le dire, nous ne sommes pas parfaitement sûrs de vénérer sous ces traits le père de la médecine. Aucun des bustes antiques ayant les caractères rappelés tout à l'heure ne porte à cet égard d'indication positive, et c'est par voie indirecte qu'on les a attribués au médecin grec. Ces hermès, par la simplicité de la pose, par le détail du modelé, accusent tous un portrait; et leur nombre, relativement assez grand, tant en France qu'en Italie, ne permet pas de douter qu'il ne s'agisse d'un personnage considérable. De plus, l'expression de la physionomie est celle d'un savant; et si l'on a pu tirer d'une semblable particularité quelque lumière pour la détermination des têtes de philosophes, il n'est pas défendu de l'utiliser également pour une tête de médecin. Enfin, l'hermès a une ressemblance marquée, moins peut-être dans les traits que dans la coupe de la tête et la disposition des cheveux et de la barbe, avec une figure numismatique qui appartient, elle, presque certainement, à Hippocrate.

C'est donc cette médaille qui offre le portrait le plus authentique du père de la médecine, et c'est elle qui devrait servir de type aux reproductions (1). Une circonstance particulière a empêché qu'elle ne devînt aussi populaire que le buste. Outre qu'elle n'a pu être à la portée de tout le monde, comme ce dernier, elle a été quelque temps égarée. Visconti, ne pouvant mettre la main sur le monument original, se borna d'abord à en copier, pour son *Iconographie*, un dessin pris dans l'ouvrage de J. Fabri (*Imagines*); mais bientôt, à force de recherches, il finit par découvrir la médaille elle-même dans le cabinet de la Bibliothèque impériale, et la fit graver dans une planche de supplément. Depuis, elle a été reproduite par plusieurs iconographes: on la trouve notamment dans le *Musée de sculpture antique et moderne* de Clarac.

Cette médaille, dont nous donnons ci-contre un dessin, porte autour de la tête l'inscription ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ, en partie effacée. Au revers se voit une légende portant le mot ΚΩΙΩΝ, dont les deux premières lettres sont à gauche, et les trois dernières à droite d'un bâton symbolique entouré d'un serpent. Ce sont donc les habitants de Cos qui ont fait frapper la médaille en l'honneur d'Hippocrate; rien ne peut faire supposer qu'elle soit apocryphe. Cette gratitude des habitants de Cos pour leurs médecins — une des choses qui recommandent le plus les temps hippocratiques — est attestée d'ailleurs par d'autres monuments semblables: une médaille du cabinet impérial, sur le revers de laquelle se lit aussi la légende ΚΩΙΩΝ, représente Xénophon de Cos, ce médecin qui, entre autres talents, eut celui d'obtenir de l'empereur Claude une exemption d'impôt en faveur de sa patrie.

L'Hippocrate de la médaille, quoique ayant de la ressemblance avec celui de l'hermès, en diffère néanmoins par quelques traits, et surtout par le caractère de la physionomie. Le nez est plus droit, le front plus haut, l'orbite plus ouverte, l'œil plus puissant, la bouche plus expressive et plus ferme. L'hermès accuse un observateur réfléchi, sagace, obstiné; la médaille une grande et forte intelligence, alliée à l'énergie de la volonté. Cette dernière figure, par sa beauté noble, par son rayonnement de génie, convient parfaitement au dieu mortel qui reçoit notre encens depuis plus de deux mille ans; et l'archéologie fût-elle contre nous autant qu'elle est pour nous, c'est l'Hippocrate qu'il nous faut.

(1) Nous devons dire que l'ancien sceau de la Faculté de médecine de Paris paraît avoir été gravé, mais peu fidèlement, d'après la médaille.

Dans les deux types précédents, les seuls que nous ait légués l'antiquité, la tête est représentée découverte. Il n'en était pas autrement, selon toute apparence, dans les nombreux portraits en marbre qui ont été longtemps répandus par toute la Grèce. Mais l'auteur (incertain) de la vie grecque d'Hippocrate nous fait connaître que ses portraits en peinture le représentaient fréquemment la tête couverte, soit d'un bonnet semblable à celui d'Ulysse et dont tout le monde connaît la forme, soit d'une draperie. Les interprétations dont cette particularité de costume ont été l'objet méritent d'être rappelées. Suivant les uns, notre coquet de confrère voulait dissimuler sa calvitie, et la draperie devançait la perruque; suivant d'autres, il voulait seulement se préserver des rhumes de cerveau. Ceux-ci pensent que l'étoffe jetée sur la tête n'était qu'un pan du manteau, relevé pour rendre la liberté des mouvements aux mains de l'opérateur. Pour ceux-là, elle signifie qu'on ne saurait trop prendre soin de la tête, siége de la raison; précepte fort sage assurément, et auquel nous ne pouvons songer sans frémir en voyant tant de confrères chauves. Ce qu'on peut dire à met égard de moins hasardé, c'est que ce mode de coiffure, au lieu d'être particulier à Hippocrate et adapté seulement à sa convenance personnelle, était une marque distinctive, soit de la profession tout entière, soit de ceux seulement qui avaient acquis une place éminente dans l'estime de leurs concitoyens. Esculape était représenté quelquefois coiffé d'une étoffe disposée circulairement. Parmi les nombreuses figures de ce dieu qui ornent les musées de Naples, de Rome et de Florence, il en est quelques-unes qui présentent ce caractère. Tantôt l'étoffe est roulée en bande autour de la tête, à la manière de l'*infula* des prêtres et des poëtes: c'est ce qu'on voit, par exemple, dans la galerie de Florence, sur la statue qui tient une touffe d'herbe; tantôt elle est contournée sur elle-même comme un turban. Cette disposition se remarque particulièrement sur un Esculape en buste du musée du Louvre et sur plusieurs statues du musée Bourbon et de la galerie de Florence. On la trouve aussi sur les statues d'Hygie, la déesse de la santé. Enfin, il en existe des exemples sur des bustes présumés de médecins, au musée d'Herculanum et à celui du Capitole. De sorte qu'il paraît bien que ce genre de coiffure avait quelque signification à la fois hiératique, poétique et médicale; rapprochement qu'explique assez bien la fusion de toutes les branches de la science humaine à son origine, et plus particulièrement celle de la médecine et du sacerdoce.

Quoi qu'il en soit, de toutes les peintures où Hippocrate a été représenté, comme nous avons dit, avec une draperie sur la tête, il ne reste qu'une trace fort vague et fort incertaine. C'est un dessin enluminé du XIV^e siècle dans lequel, en raison même de cette particularité d'ajustement, on peut soupçonner une tradition de quelque portrait original. Il fait partie du manuscrit n° 2144 de la Bibliothèque impériale, où l'on voit aussi le portrait d'Alexis Apocauque, proto-vestiaire de l'empire d'Orient. La gravure que Visconti a donnée de l'Hippocrate (*Iconographie*), par suite de la roideur de certains plis de l'étoffe, ne permet pas de saisir aisément l'ensemble du costume; et le texte même, où il est dit simplement qu'un des pans de la chlamyde est relevé autour de la tête, n'est pas suffisamment explicite. La copie qu'on voit en tête de ce numéro est une réduction du dessin colorié que M. le comte Auguste de Bastard a fait exécuter pour sa *Paléographie*, et qui est d'une rigoureuse exactitude.

Dans cette miniature où se remarque tout l'étalage de l'ornementation byzantine, Hippocrate, assis sur un siége demi-circulaire, montre avec un stylet, dans un livre ouvert, le commencement de son premier aphorisme: *Vita brevis, ars longa, occasio præceps.* Tout un côté de la chlamyde est relevé sur la tête, laissant la tunique à découvert, et il est aisé de s'apercevoir que ce côté n'est pas fait pour le même usage que l'autre; car il est sensiblement moins long, moins ample, et il est dépourvu de la bordure qui donne au pan gauche un aspect rigide. Le haut du dessin est orné d'une sorte de draperie frangée au-dessus de laquelle on lit de grec: Hippocrate de Cos.

La figure est manifestement du même type que celles de la médaille et de l'hermès; ce sont les mêmes lignes et la même disposition de la chevelure et de la barbe.

A. Dechambre.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'arrêté du 13 juin 1850, relatif au traitement fixe des professeurs de la Faculté de médecine de Paris;

Vu la loi du 14 juin 1854 sur l'instruction publique;

Vu le décret du 15 décembre 1854 portant répartition par chapitres des crédits du budget de l'exercice 1855,

Arrête :

A partir du 1er janvier 1855, le traitement fixe des professeurs de la Faculté de médecine est reporté de 6,000 à 7,000 fr.

Fait à Paris, le 26 décembre 1854. H. Fortoul.

Par arrêté du Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 décembre dernier.

A partir du 1er janvier 1855, le droit de présence aux examens alloué aux professeurs des Facultés des lettres et des sciences est porté de 5 à 7 fr.

Le maximum des traitements éventuels est maintenu ainsi qu'il suit dans les Facultés des lettres et des sciences de Paris :

Pour les professeurs, à................. 5,000 fr.
Pour les agrégés, à..................... 2,500
Pour les secrétaires, à.................. 5,000

Règlement *sur la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de deuxième classe.*

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu les lois du 21 germinal et du 19 ventôse an XI;

Vu les articles 17, 18, 19, 20 et 21 du décret du 22 août 1854, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur;

Le Conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

Art. 1er. Les officiers de santé, les pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe, qui, en exécution de l'article 19 du décret du 22 août 1854, continuent à n'exercer leur profession que dans les départements pour lesquels ils ont demandé à être examinés, sont reçus par la Faculté de médecine, l'École supérieure de pharmacie ou l'École préparatoire de médecine et de pharmacie dans la circonscription de laquelle ils se proposent d'exercer.

Art. 2. La circonscription des Facultés de médecine, des Écoles supérieures de pharmacie et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, en ce qui concerne la délivrance des certificats d'aptitude pour les professions d'officiers de santé, de pharmacien, herboriste et sage-femme de 2e classe, est réglée de la manière suivante :

Académie d'Aix. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Besançon. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Bordeaux. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Caen. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen embrasse les départements de l'Orne, de la Sarthe, du Calvados et de la Manche. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen embrasse les départements de la Seine-Inférieure et de l'Eure.

Académie de Clermont. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Dijon. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Douai. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille embrasse les départements du Nord et des Ardennes. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras embrasse le département du Pas-de-Calais. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens embrasse les départements de la Somme et de l'Aisne.

Académie de Grenoble. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Lyon. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Montpellier. — La circonscription de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Nancy. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Paris. — La circonscription de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Paris embrasse les départements de la Seine, de Seine-et-Oise, d'Eure-et-Loir, de Loir-et-Cher, du Cher et du Loiret. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims embrasse les départements de la Marne, de Seine-et-Marne et de l'Oise.

Académie de Poitiers. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers embrasse les départements de la Vienne, des Deux-Sèvres et de la Vendée. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours embrasse les départements de l'Indre-et-Loire. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges embrasse les départements de la Haute-Vienne, de la Charente-Inférieure et de la Charente.

Académie de Rennes. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes embrasse les départements d'Ille-et-Vilaine, des Côtes-du-Nord et du Finistère. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes embrasse les départements de la Loire-Inférieure et du Morbihan. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers embrasse les départements de Maine-et-Loire et de la Mayenne.

Académie de Strasbourg. — La circonscription de la Faculté de médecine et de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Académie de Toulouse. — La circonscription de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse embrasse tous les départements compris dans l'Académie.

Art. 3. Par exception aux articles qui précèdent et conformément aux articles 14 et 24 de la loi du 21 germinal an XI, aucun pharmacien de 2e classe ne pourra être reçu pour les départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, qui sont sièges d'une École supérieure de pharmacie.

Art. 4. Les sessions d'examen des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont présidées :

Pour les Écoles situées dans les Académies de Paris, de Douai, de Rennes, de Poitiers et de Caen, par un professeur de la Faculté de médecine ou de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Pour les écoles situées dans les Académies de Montpellier, d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux, par un professeur de la Faculté de médecine ou de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

Pour les écoles situées dans les Académies de Strasbourg, de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon, par un professeur de la Faculté de médecine ou de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

Le président des sessions d'examen est désigné, chaque année, par le Ministre de l'instruction publique, après avis des Facultés.

Art. 5. Dans les Facultés de médecine, les Écoles supérieures de pharmacie, les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, des registres d'inscriptions sont ouverts séparément : 1° pour les aspirants au doctorat en médecine; 2° pour les aspirants au titre de pharmacien de 1re classe; 3° pour les aspirants au titre d'officier de santé; 4° pour les aspirants au titre de pharmacien de 2e classe.

Art. 6. Les aspirants au titre d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe ne peuvent prendre leur première inscription avant l'âge de dix-sept ans révolus, et sans justifier, devant un jury spécial composé de trois membres, et formé par les soins du recteur de l'Académie, de connaissances enseignées dans la division de grammaire des lycées. Les candidats pourvus du certificat délivré conformément aux prescriptions de l'article 2 du décret du 10 avril 1852 sont dispensés de l'examen.

Les aspirants au titre d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe, en cours d'étude, qui voudraient, après avoir obtenu le grade de bachelier ès sciences, passer dans la catégorie des aspirants au doctorat en mé-

decine ou au titre de pharmacien de 1re classe, subiront une réduction de quatre inscriptions, quel que soit le nombre de celles qu'ils auront prises antérieurement, en y comprenant la réduction prévue par le paragraphe 2 de l'article 12 du décret du 22 août 1854.

Art. 7. Les aspirants au titre d'officier de santé ne sont pas admis à subir leur dernier examen avant l'âge de vingt et un ans révolus.

Art. 8. Le premier examen d'officier de santé comprend l'anatomie et la physiologie ; le second, la pathologie interne, la pathologie externe et les accouchements ; le troisième, la clinique interne et externe, la matière médicale, la thérapeutique et une composition écrite sur une question tirée au sort parmi un certain nombre de sujets arrêtés d'avance par le jury d'examen.

La durée de chaque examen oral est fixée à trois quarts d'heure.

Art. 9. Dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, le jury d'examen des officiers de santé et des sages-femmes se compose, outre le président, de deux professeurs titulaires ou adjoints.

Art. 10. Pour le premier examen d'officier de santé, le jury est choisi, sur la désignation du directeur, parmi les professeurs titulaires ou adjoints d'anatomie, de physiologie, de pathologie externe, de clinique interne, de médecine opératoire ;

Pour le deuxième examen, parmi les professeurs titulaires ou adjoints de pathologie interne, de pathologie externe, d'accouchements, de clinique interne ;

Pour le troisième examen, parmi les professeurs titulaires ou adjoints de clinique interne, de clinique externe, de matière médicale et de thérapeutique.

Le professeur d'accouchements fait nécessairement partie du jury chargé de délivrer le certificat d'aptitude à la profession de sage-femme.

Art. 11. Dans les Facultés de médecine, le jury d'examen des officiers de santé ou des sages-femmes est composé de deux professeurs titulaires et d'un agrégé, choisis par le doyen, suivant la nature de l'examen, dans les catégories indiquées en l'article 8 ci-dessus, en y ajoutant, pour le deuxième examen d'officier de santé, le professeur de pathologie générale.

Art. 12. Le premier examen de pharmacien de 2e classe porte sur la chimie, la physique et la toxicologie. L'épreuve est précédée de l'explication d'un passage du Codex latin.

Le deuxième examen porte sur l'histoire naturelle médicale et la pharmacie. Le candidat est tenu de déterminer trente échantillons de matière médicale et vingt plantes.

Chacun de ces deux examens dure une heure au moins.

Le troisième est un examen pratique. Le candidat exécute des préparations chimiques et pharmaceutiques.

Cet examen se partage en deux séances :

Dans la première, le candidat met sous les yeux du jury les matières premières dont il a fait choix ; il les étudie et les décrit sous les points de vue suivants :

Histoire naturelle, propriétés chimiques, sophistications, moyens de constater la pureté des produits.

Dans la seconde séance, le candidat expose les produits qu'il a obtenus, il en montre les propriétés et les caractères. Il fait connaître comment il les a préparés.

Les préparations, au nombre de dix au moins, doivent comprendre cinq médicaments galéniques et cinq produits chimiques. Le temps accordé pour ces préparations est de quatre jours au moins. Elles se font sous la surveillance des examinateurs.

Conformément à l'article 17 de la loi du 21 germinal an XI, le candidat en supporte les frais, qui, aux termes de l'article 21 du décret du 22 août 1854, sont fixés, par abonnement, à la somme de 150 francs.

L'examen d'herboriste de 2e classe porte sur la connaissance des plantes médicinales, les précautions nécessaires pour leur récolte, leur dessiccation et leur conservation.

Art. 13. Dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, le jury d'examen des pharmaciens et herboristes de 2e classe se compose, outre le professeur de l'École supérieure de pharmacie, président, de deux professeurs titulaires ou adjoints de l'École préparatoire, désignés par le directeur parmi les professeurs de pharmacie, de toxicologie et de matière médicale.

Dans les Écoles supérieures de pharmacie, le jury d'examen des pharmaciens et herboristes de 2e classe est composé de deux professeurs titulaires ou adjoints et d'un agrégé.

Art. 14. Dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, il y a par an une seule session d'examen, dont l'ouverture ne peut avoir lieu avant le 1er septembre de chaque année.

Les candidats se font inscrire au secrétariat de l'École, du 10 au 25 août. Le registre d'inscription est clos ledit jour, et la liste des candidats dont l'inscription est régulière est adressée immédiatement au président désigné pour la session d'examen, qui fait connaître au directeur de l'École, par l'intermédiaire du recteur de l'Académie, le jour où il pourra présider les opérations du jury.

Devant les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, les examens ont lieu dès qu'on a pu compléter une série de cinq candidats.

Un candidat refusé par une Faculté de médecine ou par une École supérieure de pharmacie est ajourné à trois mois au moins.

Fait à Paris, le 23 décembre 1854. H. FORTOUL.

ARRÊTÉ *fixant les droits de présence des professeurs chargés d'examiner les candidats au titre d'officier de santé, de pharmacien et d'herboriste de 2e classe.*

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 18 du décret du 22 août, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur ;

Vu le règlement en date de ce jour, sur la réception des officiers de santé, des pharmaciens, des herboristes et des sages-femmes de 2e classe,

Arrête :

Dans les Facultés de médecine, dans les Écoles supérieures de pharmacie, dans les Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les droits de présence des examinateurs pour les examens d'officiers de santé, de pharmaciens et herboristes de 2e classe, sont fixés à 24 francs, répartis entre les juges par égales portions.

Le président reçoit, en outre, une indemnité de séjour fixée à 12 fr. par jour. Ses frais de déplacement lui sont remboursés, conformément aux dispositions de l'article 1er du règlement du 9 octobre 1848.

Fait à Paris, le 23 décembre 1854. H. FORTOUL.

INSTRUCTION *pour l'exécution du règlement du 23 décembre 1854, relatif à la réception des officiers de santé, des pharmaciens, des herboristes et des sages-femmes de deuxième classe.*

Paris, le 23 décembre 1854.

Monsieur le Recteur, j'ai l'honneur de vous adresser le règlement, délibéré en Conseil impérial de l'instruction publique, sur la réception des officiers de santé, des pharmaciens, des herboristes et des sages-femmes de deuxième classe. Ce règlement a été préparé en exécution des articles 17, 18, 19, 20 et 21 du décret du 22 août 1854, relatif au régime des établissements d'enseignement supérieur. En vertu des dispositions que je viens de rappeler, les jurys médicaux cessent, à partir du 1er janvier prochain, d'être chargés de la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de deuxième classe, et le soin de constater l'aptitude des candidats à ces diverses professions est remis désormais aux Facultés de médecine, aux Écoles supérieures de pharmacie et aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Le décret du 22 août 1854 a dû se borner à poser le principe de cette importante réforme, réclamée depuis longtemps par le corps médical tout entier. Les détails d'exécution et les dispositions les plus propres à assurer le bon recrutement des professions qui intéressent à un si haut point la santé publique ont été réservés à un règlement particulier.

Comme l'expérience devait être nécessairement consultée dans une matière tout à fait spéciale, une commission composée des hommes les plus compétents au double point de vue de l'enseignement et de la pratique de l'art de guérir a été chargée d'étudier les différentes questions que le règlement du 23 décembre courant a résolues.

Aux termes de l'article 18 du décret du 22 août, le nouveau règlement a surtout pour objet de fixer la circonscription qu'embrassera la juridiction des écoles, et de déterminer les conditions d'admission que devront remplir les candidats au titre d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe, obligés désormais de justifier d'une scolarité régulière.

La détermination de la circonscription des écoles de médecine et de pharmacie n'aurait offert aucune difficulté, s'il n'y avait eu qu'un établissement de ce genre dans chacune des seize Académies instituées par la loi du 14 juin 1854. Mais il n'en est pas ainsi. Les écoles de médecine et de pharmacie ont été créées à diverses époques, plutôt en considération des villes qui les désiraient que d'une circonscription dont on n'avait pas à se préoccuper, puisque, à l'origine, ces établissements ne conféraient aucun titre. Aussi leur nombre est-il supérieur à celui des Académies. Tandis qu'il n'y a plus que seize circonscriptions académiques, il doit y avoir vingt-quatre circonscriptions d'écoles de médecine et de pharmacie. C'est une nouvelle division de la France à opérer.

La même école relèverait de deux Recteurs différents, si sa juridiction scolaire embrassait des départements qui ne seraient pas compris dans la même circonscription académique. Pour obvier à cet inconvénient, on

a dû renfermer rigoureusement les Écoles de médecine et de pharmacie dans les limites mêmes de l'Académie, quel que fût leur nombre. La circonscription académique a été divisée en deux ou trois zones, suivant le nombre des écoles, et l'on a pris pour base de cette division le chiffre de la population, la facilité des communications, l'importance des écoles. Lorsqu'il n'y a qu'une seule école dans l'Académie, sa circonscription embrasse l'Académie tout entière. On conçoit, dès lors, que les différents départements se trouvent très inégalement répartis entre les vingt-quatre Écoles de médecine et de pharmacie; mais ce qu'on doit rechercher dans une répartition de ce genre, ce n'est pas l'uniformité géographique, c'est plutôt l'intérêt des bonnes études. Il y a lieu de penser que la division adoptée assure aux vingt-quatre Écoles de médecine et de pharmacie un nombre suffisant d'auditeurs et de candidats.

La circonscription des Écoles supérieures de pharmacie embrasse naturellement les départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, où siége chacune desdites Écoles. Comme la loi du 21 germinal an XI (art. 14 et 24) avait statué qu'aucun pharmacien de 2e classe ne pourrait être reçu par ces trois départements, et qu'il ne résulte nullement de la loi du 14 juin et du décret du 22 août 1854, que le privilége des pharmaciens de 2e classe doive être étendu, le règlement du 23 décembre maintient la restriction prescrite par la loi du 21 germinal. Les pharmaciens de 1re classe continueront seuls d'exercer dans les départements qui sont siéges d'une École supérieure de pharmacie.

Les études médicales ou pharmaceutiques exigent une certaine maturité. Il serait imprudent d'autoriser des enfants à pénétrer dans nos amphithéâtres et dans nos laboratoires, ou à suivre la visite des médecins dans les hôpitaux. Mais, d'un autre côté, il importe que les jeunes gens qui ont la vocation médicale puissent commencer de bonne heure leur pénible noviciat; le Conseil impérial de l'instruction publique s'est donc arrêté à l'âge de dix-sept ans. C'est à peu près l'âge fixé pour entrer dans les Écoles spéciales, parce qu'à seize ans seulement on peut être reçu bachelier ès sciences et avoir terminé le cours des études secondaires.

Jusqu'à présent, les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie ont été uniquement chargées de la réception des docteurs en médecine ou des pharmaciens de 1re classe; elles n'admettaient dans leur sein qu'une seule nature d'étudiants, et elles demandaient à tous, avant de les immatriculer sur leurs registres, le diplôme de bachelier ès sciences, conformément à l'article 12 du décret du 10 avril 1852. Le but de cette prescription est facile à saisir: on a voulu que les jeunes aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de 1re classe fussent pourvus d'abord de toutes les connaissances scientifiques générales qui leur seront nécessaires par la suite, afin qu'une fois entrés dans la carrière ils puissent se livrer exclusivement à leurs études spéciales. L'usage qui autorisait les étudiants des Facultés de médecine à ne justifier du diplôme de bachelier ès sciences qu'après avoir pris quatre inscriptions avait pour conséquence d'enlever aux études médicales, proprement dites, une année entière, qui était consacrée à la préparation du baccalauréat. Cette année est aujourd'hui rendue à l'enseignement spécial de la profession, ce qui lui assure des praticiens mieux exercés.

Le diplôme de bachelier ès sciences, exigé désormais à l'entrée des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie, est, en outre, une garantie de bonne éducation; car il ne faut pas oublier que, si ce grade suppose des connaissances scientifiques assez étendues, il suppose également une certaine culture littéraire. Personne ne doit songer à affaiblir cette garantie, d'où dépend la dignité de la profession.

Cependant les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie ne se trouvent plus exactement dans les conditions où elles se trouvaient à l'époque du 10 avril 1852. Le décret du 22 août 1854 a ajouté, à leur ancien privilége de délivrer des diplômes de docteur en médecine et de pharmacien de 1re classe, le droit de délivrer des diplômes d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe. Elles ont donc aujourd'hui deux sortes d'élèves et de candidats: les uns aspirent au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de 1re classe; les autres au titre d'officier de santé ou à celui de pharmacien de 2e classe. Les premiers sont tenus de produire le diplôme de bachelier ès sciences avant de s'inscrire sur les registres, les autres en sont dispensés. Tout en admettant dans les établissements de l'ordre supérieur un certain nombre de candidats qui n'aspirent qu'au titre plus modeste d'officier de santé ou de pharmacien de 2e classe, il ne faut pas encourager ceux qui ambitionnent le titre le plus élevé à négliger ces études générales, qu'on regarde avec raison comme un préliminaire indispensable des études spéciales. C'est ce qui arriverait infailliblement si un jeune homme qui aurait commencé ses études médicales, même en vue du doctorat, sans avoir obtenu le diplôme de bachelier ès sciences, pouvait s'inscrire d'abord comme aspirant au titre d'officier de santé. Le nombre des étudiants pourvus du grade de bachelier diminuerait rapidement, au grand détriment du corps médical et de l'enseignement élevé des Facultés de médecine, si de sages règlements ne parviennent à déjouer les calculs de certains candidats. En vertu des dispositions consacrées par l'article 4 du nouveau règlement, ils sauront d'avance que l'exigence du baccalauréat ès sciences est sérieuse, et que, s'ils négligent de s'y soumettre en temps utile, il leur sera tenu compte de leurs retards calculés. Qu'après avoir commencé leur éducation professionnelle, ils cherchent à combler les lacunes de leur instruction première, et qu'ils obtiennent tardivement le diplôme de bachelier ès sciences, le registre des aspirants au doctorat leur sera ouvert sans doute; mais ils subiront une réduction dans le nombre des inscriptions qu'ils ont prises à un autre titre, puisqu'ils ont consacré une partie de leur temps à des études qui n'ont pas été purement médicales. Le règlement fixe cette perte d'inscriptions à quatre, dans l'hypothèse qu'une année entière a dû être employée à la préparation du baccalauréat.

Les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ont aujourd'hui, comme les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, deux sortes d'auditeurs et de candidats. De là, la conséquence que les aspirants au titre d'officier de santé ou à celui de pharmacien de 2e classe qui suivent les cours de ces écoles, ne peuvent, sans réductions d'inscriptions, passer dans la catégorie des aspirants au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de première classe.

Il est vrai que, jusqu'à présent, les jeunes aspirants au doctorat en médecine ont pu prendre des inscriptions dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sans justifier du diplôme de bachelier ès sciences; ils étaient simplement tenus de produire ce diplôme, au moment de subir devant les Facultés de médecine leurs examens probatoires. Malgré les facilités de la législation actuelle, le nombre des étudiants des Écoles préparatoires pourvus du diplôme de bachelier ès sciences s'élève à peu près au tiers du nombre total des élèves de ces établissements. Il y a lieu de supposer que la nécessité, pour les aspirants au doctorat qui suivent les Écoles préparatoires de produire le diplôme de bachelier ès sciences ne diminuera pas sensiblement le chiffre de cette catégorie d'étudiants, puisque la plupart d'entre eux s'y sont déjà volontairement soumis. Mais quand bien même il devrait s'abaisser dans une certaine proportion, la prospérité des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie n'en serait point atteinte. Les pertes qu'elles pourront faire sous ce rapport, et qui sont contestables, seront largement compensées par l'accroissement inévitable des aspirants au titre d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe qui composent leur véritable population. A dater du 1er janvier prochain, ces deux sortes d'étudiants sont astreints à une scolarité régulière. Les premiers, au lieu du prétendu certificat d'études près d'un docteur en médecine, seront tenus de justifier de quatorze inscriptions; les seconds, outre six années de stage dans une officine, de six inscriptions d'École préparatoire. L'effet de cette utile réforme se fait déjà sentir. L'année dernière, les vingt et une Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ne comptaient qu'un petit nombre d'aspirants au titre de pharmacien de 2e classe régulièrement inscrits; elles en comptent cette année près de deux cents.

Il est à remarquer enfin que les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie vont, pour la première fois, l'année prochaine, procéder, concurremment avec les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, à la réception des officiers de santé et des pharmaciens de 2e classe; elles auront à exercer une juridiction scolaire que la législation antérieure ne leur avait pas attribuée, ce qui ajoute à leur importance et garantit leur stabilité par l'accroissement de leurs revenus.

En présence de ces avantages, il a paru inopportun de laisser quelques-uns des aspirants au doctorat, inscrits dans les Écoles préparatoires, retarder indéfiniment leur examen du baccalauréat ès sciences et y renoncer peut-être pour toujours. Le règlement les assimile complétement à leurs condisciples des Facultés de médecine et des Écoles supérieures de pharmacie. Les uns et les autres s'inscriront sur le registre qui leur est destiné en justifiant des mêmes conditions préalables, et si, après avoir déclaré qu'ils n'aspirent qu'au titre inférieur pour être dispensés du diplôme de bachelier ès sciences, ils veulent, une fois pourvus de ce diplôme, atteindre plus haut, ils subiront également une réduction de quatre inscriptions. On ne s'expliquerait pas facilement pourquoi la réduction serait opérée dans les Facultés de médecine, tandis qu'elle ne le serait pas dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Tout en dispensant des diplômes de bachelier ès sciences les aspirants au titre d'officier de santé et de pharmacien de 2e classe, le décret du 22 août n'a pas entendu qu'ils pussent être complétement illettrés. Comment suivre avec fruit les cours d'une École de médecine et de pharmacie si l'on n'a quelque notion de la langue latine, si l'on n'a fait quelques études de grammaire et acquis quelques connaissances élémentaires de mathématiques? Aujourd'hui, et conformément au règlement du 12 mars 1841, on n'est admis à prendre une première inscription dans une École préparatoire qu'en produisant un certificat constatant qu'on a suivi des études de langues anciennes jusqu'à la troisième inclusivement, ou après

avoir subi un examen qui tient lieu de ce certificat. A ces conditions, qui ne répondent plus exactement à l'organisation de l'enseignement secondaire, le règlement substitue soit l'examen de grammaire tel qu'il est défini par l'article 2 du décret du 10 avril 1852, soit le certificat même institué par ledit article. L'enseignement des classes de grammaire forme un tout complet, et le jeune homme qui a su en profiter peut, sans trop de désavantage, commencer à être initié aux études médicales ou pharmaceutiques.

Le règlement du 23 décembre n'a, du reste, apporté aucune innovation sérieuse dans le mode d'examen des officiers de santé et pharmaciens de 2e classe. Il s'est borné à corriger quelques imperfections que l'expérience avait indiquées, et à présenter avec plus de précision la série des matières sur lesquelles les candidats seraient interrogés. La compétence évidente des juges appelés à diriger chacun des examens est le meilleur garant de l'impartialité éclairée qui y présidera. Les Facultés et les Écoles ont, sous ce rapport, une jurisprudence et des traditions que des commissions temporaires ne connaissaient pas. Les jurys médicaux, isolés les uns des autres et fréquemment renouvelés, ne pouvaient apporter dans leurs opérations ces habitudes uniformes et constantes qu'on ne doit espérer que des corps permanents. C'est là le grand avantage de la réforme dont la première application aura lieu en 1855, et que je recommande à toute votre sollicitude.

Les conditions nouvelles de scolarité imposées par le décret du 22 août 1854 ne permettront sans doute pas à un très grand nombre de candidats de subir des examens, dans le cours de l'année qui va s'ouvrir, devant les Facultés ou devant les Écoles préparatoires. Cependant, comme les officiers de santé et les pharmaciens de 2e classe ne peuvent exercer légalement que dans les départements pour lesquels ils ont été reçus, et qu'il y a parmi ces praticiens une certaine mobilité, ceux qui voudront changer de résidence ou régulariser leur position auront à tenter les chances de l'examen. La loi les y oblige, et le diplôme qu'ils ont précédemment obtenu les dispense de la condition de scolarité.

Il est donc avéré que les Facultés de médecine, les Écoles supérieures de pharmacie et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie pourront examiner, dès l'année 1855, un certain nombre de candidats qui solliciteront un diplôme d'exercice pour un des départements compris dans la circonscription desdites écoles.

Les Facultés et les Écoles supérieures de pharmacie procèdent à ces examens dès qu'on a pu compléter une série de cinq candidats (art. 12 du règlement, § 3). Il résulte de cette disposition qu'à l'avenir aucune autorisation provisoire d'exercer la médecine ou la pharmacie ne pourra être accordée pour un des départements compris dans la circonscription des Facultés de médecine ou des Écoles supérieures de pharmacie, puisque les candidats sont toujours sûrs d'obtenir des juges quand ils le voudront. Ceux qui ne seraient pas en règle devront être mis immédiatement en mesure de satisfaire aux prescriptions de la loi.

Les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie tiennent une session annuelle qui a lieu au mois de septembre. Les officiers de santé, les pharmaciens, les herboristes et les sages-femmes de 2e classe, qui seraient établis dans un département pour lequel ils n'auraient pas été reçus, seront avertis qu'ils doivent subir, au mois de septembre prochain, l'examen prescrit par la loi, devant l'École dans la circonscription de laquelle ils exercent leur profession. Vous voudrez bien vous concerter, à cet égard, avec MM. les sous-préfets, qui sont spécialement chargés de la police médicale, et qui connaissent parfaitement la situation des praticiens de leur département respectif.

Les sessions d'examen, dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sont présidées par un professeur de la Faculté de médecine, quand il s'agit de candidats au titre d'officier de santé ou à la profession de sage-femme ; par un professeur de l'École supérieure de pharmacie, quand il s'agit de candidats au titre de pharmacien de 2e classe ou à la profession d'herboriste. Il importe que le nombre des candidats à examiner soit connu d'avance pour que le professeur président puisse régler son itinéraire en conséquence, et déterminer, de concert avec vous, le jour précis où la session d'examen commencera dans chaque école.

Vous voudrez bien inviter ce fonctionnaire à vous adresser, avec les certificats d'aptitude que le jury aura cru pouvoir délivrer, un rapport détaillé sur la session d'examen de chaque école, sur la force comparative des candidats et sur les conséquences qu'on peut en tirer pour apprécier l'efficacité de l'enseignement médical ou pharmaceutique. Ces rapports me seront transmis, et vous aurez soin d'y joindre vos observations.

Cet ensemble de mesures aura, je n'en doute pas, la plus heureuse influence sur la prospérité des Écoles de médecine et de pharmacie, et ne peut manquer d'ajouter aux garanties que la société a droit d'exiger de tous ceux qui pratiquent l'art de guérir.

Je vous prie de faire déposer dans les archives des Facultés de médecine, des Écoles supérieures de pharmacie et des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de votre ressort académique quelques exemplaires du règlement du 23 décembre 1854, d'inviter les chefs d'établissement à se pénétrer des dispositions qu'il renferme, et de veiller, de concert avec eux, à ce qu'elles soient fidèlement exécutées.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. Fortoul.

Par décret impérial en date du 28 décembre 1854, rendu sur la proposition du Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, sont nommés, dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Malgaigne, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chevalier depuis le 29 avril 1841.

Au grade de chevalier : MM. Tulasne, membre de l'Institut (Académie des sciences).

Simonin, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy.

Paulin, médecin de l'École normale supérieure.

Duchesne-Duparc, docteur en médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 28 décembre 1854 au 2 janvier 1855.

319. Favardin, Marcel, né le 15 juillet 1826 à Andes (Allier). [*Fractures du péronée.*]

320. Mousseaux, François, né le 24 septembre 1825 à Darney (Vosges). [*Des rétrécissements de l'urètre et de leurs différents modes de traitement.*]

321. Landry, Octave-Jean-Baptiste, né le 10 octobre 1826 à Limoges (Haute-Vienne). [*Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses.*]

322. Roussel, Adolphe, né le 27 décembre 1830 à la Croix-Rousse (Rhône). [*Quelques mots sur l'épidémie du choléra de Joigny.*]

323. Fauriat, Jean, né le 18 novembre 1826 à Parent (Puy-de-Dôme). [*Des hémorrhagies après l'accouchement.*]

324. Tripier, Pierre-Antoine-Eugène, né le 22 décembre 1829 à Sorel (Somme). [*Élampsie puerpérale.*]

325. Bérard, Jacques-Bruno, né le 1er octobre 1823 à Monteux (Vaucluse). [*Essai sur le cathétérisme du canal nasal. Nouveau procédé.*]

326. Charles, Louis-Léon, né le 29 octobre 1824 à Moutagney (Haute-Saône). [*De l'hygiène des Arabes et de leur thérapeutique.*]

1. Dubois, Élie, né le 20 décembre 1829 à Limoges (Haute-Vienne). [*Des lésions de l'innervation dans la grossesse pendant l'accouchement et les suites des couches.*]

2. Jammes, Jean-Jacques-Benoît-Frédéric, né le 24 février 1824 à Montbrun (Lot). [*Considérations sur les tumeurs de la région poplitée au point de vue du diagnostic.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 4 janvier 1855.

MORT DU PROFESSEUR REQUIN.

La maladie de M. le professeur Requin a eu le dénoûment que pouvaient faire prévoir les termes dans lesquels nous l'an-

noncions récemment. Notre confrère a succombé. Ses obsèques ont eu lieu mercredi, à l'église Saint-André de la cité d'Antin, chapelle étroite et modeste qui était faite pour le recevoir mort, comme son humble demeure pour abriter la simplicité de ses goûts et la douce obscurité de son bonheur domestique. Le discours prononcé par M. Grisolle sur sa tombe, au nom de la Faculté de médecine, et que nous reproduisons ci-après (en regrettant vivement que l'espace nous manque pour les autres), fait connaître les détails de cette vie laborieuse et militante. Nous ne voulons ici que payer un tribut personnel de douleur à celui qui honora notre profession et dont l'amitié nous fut précieuse.

Dans ce temps de concurrence, où l'on hâte le pas de l'existence scientifique comme celui de la vie matérielle, cherchant, pour arriver plus vite, les chemins les plus courts; n'explorant parfois qu'un recoin des connaissances humaines, pour y faire plus rapidement sa moisson; dans ce temps de spécialité enfin, on se plaît à ces intelligences d'élite qui savent s'ouvrir à toutes les lumières et comprendre tout ce qui est bien et tout ce qui est beau. On aime ce genre de prééminence, non pas seulement comme un accessoire agréable de la science proprement dite, mais encore comme l'instrument et le gage tout ensemble d'une vue de longue portée. Si on ne le rencontre pas plus souvent chez les médecins, ce n'est pas la faute de la médecine, qui y sollicite par la nature même des études qu'elle exige : c'est que la plupart éludent tout ce qu'ils peuvent de ces études, ne visant qu'à faire du médecin un homme à tâter le pouls ou à tenir un couteau. Requin protestait énergiquement, de sa parole et de son exemple, contre cette tendance énervante de l'époque, tendance qui devait lui être d'autant plus antipathique qu'il avait eu à en souffrir dans ses luttes de concours. Le caractère original et personnel de ses productions, aussi bien que la forme littéraire dont il s'appliquait à les revêtir, avaient été plus d'une fois tournés en motifs de suspicion contre son aptitude pratique. Ce n'est pas le moment de rechercher si ces qualités ne l'ont pas quelquefois égaré. Elles l'ont poussé avec bonheur hors de la voie commune : c'est un mérite assez haut pour qu'on le loue tout particulièrement.

L'âme de Requin valait son esprit. Fidèle à ses amitiés, fixe dans ses convictions, il portait — M. H. Roger l'a rappelé sur sa tombe — le drapeau de ses doctrines médicales et philosophiques aussi haut qu'il avait porté le drapeau de l'armée civique dans les rues ensanglantées de Paris. Et à côté de cette fermeté qui était le fond permanent de son caractère, il avait l'à-propos de la modération et de l'indulgence. Chose digne de remarque, qui n'eût vu Requin que dans les entraînements de l'argumentation, usant des ressources de sa causticité, l'eût cru peut-être difficile, cassant et quelque peu pointilleux; mais, à y regarder de près, on le trouvait plein de franchise et de sincérité. Il sentait vivement et répliquait de même; et c'était son esprit qui se défendait, quand on croyait voir un emportement de son caractère.

Tel était, en quelques mots, l'homme que vient de perdre le corps médical. Nous l'avons connu assez pour garantir la fidélité du portrait; c'est dire qu'il sera regretté de ses confrères comme il a mérité d'en être aimé.

Voici comment s'est exprimé M. le professeur Grisolle :

Messieurs,

Nos pertes se multiplient avec une effrayante rapidité. Que de deuils, depuis cinq ans, n'avons-nous pas conduits! Blandin, Marjolin, Royer-Collard, Fouquier, Richard, Orfila, ne sont plus. Il y a peu de mois, nous accompagnions les restes mortels du professeur Roux, un de nos vétérans les plus illustres, et aujourd'hui nous adressons nos suprêmes adieux à l'un des plus jeunes, à l'un des derniers venus parmi nous, à Pierre-Achille Requin, professeur de pathologie interne, l'un des médecins de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine, chevalier de la Légion d'honneur.

Requin nous est ravi dans la vigueur de l'âge, à l'apogée de son talent, et presque au moment où la fortune, si longtemps marâtre pour lui, avait enfin récompensé une vie toute de travail, de persévérance et d'honneur.

Requin, messieurs, ne naquit point sous une étoile favorable. Fils d'un glorieux soldat qui avait conquis l'épée de général sur les champs de bataille de la République et de l'Empire, il perd prématurément son père, et, encore enfant, il tombe de l'opulence dans un état voisin de la misère. Mais le travail et d'heureuses dispositions l'avaient déjà signalé à ses maîtres, qui l'adoptent et développent chez lui ce goût, cette passion qu'il a toujours eus pour ces grands modèles que l'antiquité grecque et l'antiquité latine ont légués à notre admiration. Un invincible attrait le poussait pourtant vers la médecine; mais son indigence semblait devoir lui fermer à jamais l'accès d'une science aussi difficile que la nôtre et si longue à apprendre. Son énergie le fit triompher de cet obstacle. Requin, quittant à peine les bancs du collége, presque encore élève, se fait maître à son tour. Il devient l'instituteur d'une de ses sœurs, et lui ouvre une honorable carrière; il donne, en outre, des répétitions de grammaire, et c'est avec le modique produit de ses leçons qu'il vient en aide à sa nombreuse famille, qu'il commence et achève des études qui doivent plus tard lui donner, sinon la fortune, du moins l'indépendance et la gloire. Touchante ressemblance de Requin avec plusieurs des hommes qui ont illustré notre Faculté, avec plusieurs de nos anciens maîtres, avec Boyer, Dupuytren, Marjolin, Antoine Dubois, et tant d'autres, qui, nés pauvres aussi, mais infatigables pour le travail, sont parvenus à la célébrité. Comme ses illustres devanciers, Requin n'est sorti de la pauvreté que par le travail; il n'a rien dû au hasard, rien à l'intrigue, rien à la faveur. Les positions élevées qu'il a occupées dans l'enseignement et dans les hôpitaux, il les a conquises au concours; le libre choix de ses collègues, dicté par l'éclat des services rendus, l'a appelé à siéger à l'Académie de médecine, et la croix de la Légion d'honneur a été une distinction sollicitée par le conseil général du département de Vaucluse, qui, interprète des vœux de toute une population reconnaissante, obtint cette récompense pour le médecin courageux qui avait couru affronter l'épidémie cholérique de 1835.

L'année 1829 marque pour Requin le début de ses travaux, de ses luttes, de ses succès. A peine est-il reçu docteur, qu'un brillant concours le place au nombre des agrégés de notre Faculté. Ce précoce triomphe excite son courage, et on le voit aussitôt commencer cette lutte que j'appellerai volontiers héroïque, car elle n'a pas duré moins de vingt-deux ans, et qui, après de nombreuses vicissitudes, a abouti à une victoire décisive et méritée.

Les connaissances de Requin étaient si vastes, si variées, son ardeur pour le travail si infatigable, qu'on l'a vu disputer avec honneur des chaires de physiologie, de thérapeutique et de matière médicale, de pathologie interne, et même d'hygiène, c'est-à-dire l'enseignement d'une science qui est l'application de toutes les sciences médicales, naturelles et physiques. Si dans ses quatre premiers concours Requin n'a pas atteint le but que son courage se proposait, sa réputation, pourtant, a grandi après chacune de ses luttes. Plusieurs fois l'opinion le désigna d'avance au choix de ses juges, et plusieurs suffrages obtenus le jour du scrutin avaient donné une sorte de sanction à ce témoignage public. Tant d'efforts, tant de constance, furent enfin couronnés d'un éclatant triomphe: en 1851, Requin fut appelé à combler le vide que la mort de M. Fouquier avait laissé au sein de la Faculté.

Les luttes de concours n'ont pas suffi à cette âme ardente, à cet esprit actif; mais par ses nombreuses publications, Requin a mérité aussi d'être compté parmi les représentants les plus distingués de la littérature médicale contemporaine. Mémoires originaux, monographies, traité didactique, articles de critique et de biographie, et jusqu'à des impressions de voyages, Requin a abordé tous les genres; et si, chose inévitable, il n'a pu exceller dans tous, on trouvera du moins dans toutes ses productions cet esprit d'originalité, ce cachet que les intelligences d'élite impriment à toutes leurs œuvres. Son livre sur *le rhumatisme et la goutte*, rédigé d'après les leçons d'un maître illustre et vénéré, et son *Traité de pathologie médicale* se distinguent par une érudition de bon aloi, par des descriptions souvent remarquables, par des principes thérapeutiques rigoureux, par une critique ferme, spirituelle, judicieuse.

L'homme éminent que nous pleurons ne se recommandait pas seulement par sa science et par ses services; mais la fermeté et l'indépendance de son caractère, la noblesse de ses sentiments lui avaient acquis une universelle estime et la sympathie de tous. Requin nous a donné l'exemple des

plus solides qualités qui honorent l'homme et surtout le médecin : courage, dévouement, désintéressement, loyauté parfaite, amour tendre de l'humanité, amour du devoir. A toutes les périodes de sa noble vie, et resté pauvre malgré son mérite et ses services, il a honoré sa profession par une intégrité qu'on ne saurait surpasser. Parvenu tard, et après des luttes nombreuses, à ces positions qu'il ambitionnait si légitimement, on l'a toujours vu supporter avec une résignation stoïque même les échecs dont il pouvait accuser l'injustice des hommes ; son cœur généreux lui faisait accepter sans murmure le triomphe d'émules plus jeunes que lui; et les luttes des concours, qui ont brisé tant de vieilles amitiés, ont cimenté les siennes. Quel plus bel éloge peut-on faire et de son esprit et de son cœur?

En jetant, messieurs, un regard sur cette vie si courte et pourtant si remplie, on aime à la fois dans Requin le pathologiste érudit et profond, un savoir étendu, presque encyclopédique, l'homme courageux et persévérant qui a conquis, par un travail des plus opiniâtres, les positions les plus élevées de la hiérarchie médicale; on aime peut-être plus encore ce cœur profondément honnête, cette âme sympathique à tout ce qui est bien, cet ami dévoué, fidèle, d'un commerce si sûr. Aussi Requin, qui n'appartenait à la Faculté que depuis trois ans, avait su exciter parmi nous cette affection profonde qui ne s'acquiert d'ordinaire que par une longue habitude. En exprimant ici les regrets de tous nos collègues pour une perte aussi cruelle qu'imprévue, qu'il me soit permis d'y joindre aussi l'expression de ma propre douleur, douleur bien vive, car je perds en ce jour dans Requin un ancien maître, et je vois se briser pour jamais une amitié de plus de vingt ans, que ne troubla jamais aucun nuage.

A. Dechambre.

L'Académie semblait n'attendre que le commencement de l'année 1855 pour reprendre le cours de la discussion sur le cancer, l'une des plus mémorables, sans contredit, qui depuis longtemps aient fait retentir les échos de l'illustre enceinte. M. Hervez de Chégoin a d'abord occupé la tribune; il a surtout fixé son attention sur l'étiologie du cancer, et a dit à ce propos, aussi bien que sur l'utilité du microscope, des choses bonnes, mais qui s'écartent un peu du programme très circonscrit dans lequel le débat est aujourd'hui renfermé.

M. Robert lui a succédé; et, dans un troisième discours, aussi remarquable par la distribution du sujet que par la clarté extrême de l'exposition, il a levé plus haut que jamais la bannière de la micrographie; il a traité, dans autant de chapitres séparés, les questions les plus importantes : 1° la spécificité anatomique ; 2° l'hétéromorphisme; 3° la spécificité clinique. Dans une longue et éloquente péroraison terminale, il a exposé ses convictions et sa manière de voir propre, sans se préoccuper de celles des autres, et a formulé enfin, en se basant sur les faits, quelques conclusions très sages et tout à fait conformes à notre pensée. Nous savons de bonne source que le beau discours de M. Robert a rallié à notre cause beaucoup de personnes qui désiraient prendre, pour ou contre, un parti motivé. Les défenseurs du microscope sont rares à l'Académie ; mais, en vérité, malgré leur petit nombre, nous pensons que l'issue de tout ceci ne lui sera pas défavorable.

MM. Delafond et Velpeau, seuls mis en cause, et argumentés d'une manière pressante par M. Robert, répondront mardi prochain. Ad. V.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU BRUIT TYMPANIQUE SOUS-CLAVICULAIRE AU POINT DE VUE DU DIAGNOSTIC ET DE LA THÉORIE, par M. Monneret, médecin de l'hôpital Necker.

L'étude approfondie des méthodes suivies dans les sciences pour parvenir à la découverte de la vérité nous montre tous les jours la théorie aux prises avec les faits. Tant que celle-ci les enchaîne par des liens naturels, elle rend d'incontestables services et concourt aux progrès ; elle devient, au contraire, subversive de tout avancement scientifique quand on s'opiniâtre à la maintenir malgré les faits contradictoires qui se dressent devant elle. Cet inconvénient, il est vrai, est minime quand il s'agit d'une théorie restreinte qui ne comprend que des phénomènes d'un ordre secondaire. Cependant, comme les erreurs peuvent avoir des conséquences funestes dans les sciences d'observation, et en médecine surtout, je crois qu'il importe de les redresser à mesure qu'elles se produisent. Le savant rédacteur de ce journal en a signalé une dans un article publié récemment (*Gazette hebdomadaire*, n° 61, décembre 1854), où il est question d'un phénomène connu depuis peu de temps, et qui est devenue bientôt le sujet d'une théorie vicieuse contre laquelle je me suis élevé. Je veux parler du son tympanique, signalé dans la pleurésie par M. Skoda, et depuis par M. Roger et d'autres encore. M. Dechambre, en me prêtant le concours de ses études personnelles, a fait valoir plusieurs sortes d'arguments auxquels je laisse toute leur force, et que l'on trouvera exposés dans la note que renferme ce journal. Je viens ajouter, pour ma part, un nouveau fait, plus décisif encore, si faire se peut, à ceux que j'ai rapportés dans mon mémoire lu à la Société des médecins des hôpitaux (*Bulletin*, p. 316, 1854).

Rappelons d'abord en quelques mots l'état de la question. Dans les épanchements de la plèvre de moyenne et de grande intensité, on trouve, en percutant la poitrine sous les clavicules, dans l'aisselle, et plus rarement en arrière, un son clair dont le timbre varie, et qui est tantôt tympanique, tantôt plus sourd et analogue à celui rendu par une caverne pulmonaire superficielle. M. Skoda, usant d'un langage dénué de toute exactitude et obscurci d'ailleurs de tant de façons diverses que son habile traducteur M. Aran a peine à le comprendre, M. Skoda attribue ce bruit à la présence d'un liquide qui surnage le poumon ; or j'ai cité deux cas de pleurésie dans lesquels des adhérences solides unissaient le poumon à la plèvre, précisément dans les points qui rendaient, à la percussion, le son clair. On pouvait faire jouer je ne sais trop quel rôle à la présence du liquide dans la plèvre, et maintenir, par quelques mauvaises raisons, la mauvaise théorie de M. Skoda. Mais que répondre, lorsqu'il n'existe pas une goutte de liquide épanché, et que le tissu pulmonaire adhère intimement, dans toute son étendue, à la paroi pectorale? Avant d'interpréter l'observation, laissons-la parler.

Obs. — *Péritonite et hépatite traumatiques ; fistule hépato-bronchique; expectoration de bile; pleurésie adhésive; pneumonie chronique; son tympanique sous-claviculaire.* — Tafaléche, âgé de quarante-cinq ans, carrier, entre à l'hôpital Necker, le 18 juin, salle Saint-Luc, pour une douleur qui occupe l'hypochondre droit. Un mois avant son entrée il avait été écrasé par une pierre qui avait porté sur le côté droit de la poitrine, et provoqué une douleur vive, des vomissements, de l'ictère, que l'on avait combattus, dans un hôpital, par des émissions de sang.

Quand il entra à Necker, il offrait tous les signes : 1° d'un épanchement pleural droit remontant en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, en avant jusqu'à la deuxième côte et au bord axillaire ; 2° d'une hépatite marquée par les douleurs du foie et le volume considérable de cet organe, dont les dimensions ont été prises avec d'autant plus de soin que ce malade m'intéressait vivement à cause de son affection hépatique.

Je n'ai pas besoin de rapporter ici toutes les phases de ces deux maladies, que j'ai observées jour par jour pendant quatre mois. Il me suffit seulement d'établir que le liquide pleural ne fut jamais abondant, quoiqu'il remontât très haut. Il formait très probablement autour du poumon une couche mince, car on entendait toujours un souffle léger presque partout, ainsi qu'une égophonie très distincte en arrière, jusque vers la ligne axillaire. Rien de semblable en avant. La percussion ne donnait, soit en arrière, soit en avant, qu'un son mat, lorsque le 23 juin ce son fut remplacé, en avant, par un bruit clair dans un espace limité par une ligne courbe qui, commençant au bord antérieur de l'aisselle et passant à 2 centimètres au-dessus du mamelon, descendait sur le sternum à 16 centimètres au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire droite. Le son est tympanique dans cet espace triangulaire.

A partir de cette époque, le liquide diminue chaque jour: l'égophonie, le souffle en arrière, le son clair en avant disparaissent, et, le 17 juillet,

un mois après l'entrée du malade, l'épanchement avait presque entièrement disparu. On entendait la respiration, quoique affaiblie, jusqu'à la partie la plus déclive de la poitrine. La vibration thoracique avait elle-même repris presque toute son intensité.

Cependant l'affection hépatique ne cédait pas. Les symptômes les plus caractéristiques, qu'il est inutile de rapporter ici, indiquaient la persistance de la phlegmasie chronique du foie et de ses enveloppes. Après des variations assez nombreuses dans son état, le malade sortit en très bon état, le 27 août.

Il rentra dans mon service le 13 novembre, avec tous les signes de son ancienne maladie du foie, et dans un état de marasme avancé.

Le 14 novembre, il commence à tousser et rend par l'expectoration une bile mousseuse en telle quantité, qu'il n'est pas possible de méconnaître l'établissement d'une communication entre le foie et les bronches. Portons toute notre attention sur l'état des voies respiratoires, qui doit faire le sujet exclusif de cette note. Une pneumonie s'est développée à la base du poumon droit dans un espace circonscrit; aucune trace d'épanchement, ce que l'autopsie a démontré, puisque des adhérences anciennes avaient oblitéré la cavité pleurale. La phlegmasie pulmonaire continue à marcher de bas en haut ; on entend du souffle tubaire, de la bronchophonie, mêlés à des gargouillements lombaires. Ces signes sont remplacés plus tard par de la pectoriloquie, du souffle amphorique, qui occupent la base du poumon et la partie postérieure. Le 6 décembre, la pneumonie occupe toute la partie postérieure du côté droit; et à partir de ce jour jusqu'à la mort (13 décembre), je trouve un son tympanique d'un timbre très clair correspondant à l'espace compris entre la clavicule et la troisième côte et ne dépassant pas le bord droit du sternum. Dans le même point, souffle, bronchophonie.

On ne constate à l'autopsie, pour expliquer ce son clair, que la présence du poumon adhérent en ce point, infiltré de sérosité, encore un peu crépitant. Partout ailleurs, surtout en arrière, il a subi une altération que je rapporte à la pneumonie chronique. Elle consiste en une induration grise considérable et totale du poumon, qui ne crépite plus en aucune partie, si ce n'est en avant, dans le lieu indiqué plus haut; le tissu est d'un gris cendré, transparent, comme œdémateux, décoloré, privé de sang, d'air, retenant un peu de matière colorante noire, et n'offrant qu'à sa base trois à quatre cavités de la grandeur d'une noisette chacune, communiquant avec le foie par des fistules étroites, creusées à travers le diaphragme (1).

Remarques. En laissant de côté tout ce qui est étranger au son tympanique, nous trouvons, dans le fait que je viens de rapporter succinctement, deux phases distinctes : une première, marquée par une pleurésie aiguë traumatique de moyenne intensité ; la seconde, par une pneumonie ou une induration de tout le tissu pulmonaire infiltré de sérosité.

Lorsque l'épanchement devint moins abondant, le poumon, qui avait été entouré par le liquide aussi bien en avant qu'en arrière, vint s'appliquer contre la paroi pectorale antérieure: ce fut alors que se manifesta le bruit clair. Comme on pourrait prétendre que le liquide existait en ce lieu au moment où le symptôme en question se montra, il vaut mieux fournir la preuve décisive qui nous est donnée par la seconde phase de la maladie.

Dans celle-ci, il n'est plus possible de faire jouer au liquide un rôle quelconque. Toute la plèvre est oblitérée par des fausses membranes anciennes. On ne peut donc pas imaginer que le poumon surnage un liquide ou que celui-ci est interposé à la plèvre et au poumon. Nous n'avons rien eu de semblable. L'autopsie montre, accolé à la paroi costale, le lobe supérieur droit encore crépitant et aéré, mais cependant plus dense qu'à l'état normal, et placé là, en quelque sorte, tout exprès pour prouver ce que mes deux observations avaient déjà mis hors de doute, savoir que la production du bruit clair est favorisée par la présence du tissu pulmonaire, soit sain et crépitant, soit induré ou malade et mis en contact par des adhérences ou par accolement, peu importe, d'une part, en avant avec la paroi percutée, et en arrière avec des bronches, la trachée. Ces cavités, pleines d'air, sont, en définitive, celles qui donnent au bruit solidien, pectoral que l'on produit par la percussion, le timbre clair qu'il rend. Si ce ne sont pas elles, le bruit provient alors du tissu pulmonaire plein de fluide atmosphérique. La nécropsie précédente fait voir, comme à souhait, ces conditions acoustiques réunies. En avant, paroi pectorale rendant le son solidien; en arrière, tissu pulmonaire induré, transmettant le son à la trachée et aux bronches qui étaient dilatées. Du reste, j'ai dit que je ne tenais pas absolument à cette théorie, qui a été cependant corroborée par une observation intéressante qu'a publiée mon collègue M. Behier (*Archives générales de médecine*, 1854); je désire, avant tout, détruire l'erreur accréditée par Skoda et par ceux qui sont venus appuyer son opinion. Je ne concevrais même pas que quelqu'un pût la défendre devant un fait irrécusable tel que celui que je viens de rapporter, dans lequel le liquide, si nécessaire à la théorie, a fait entièrement défaut.

Il ne faut pas voir seulement dans cette discussion un point de curiosité médicale qu'il convient de satisfaire. Il y a bien autre chose. L'art du diagnostic y est spécialement intéressé. On a dit que le développement d'un bruit clair sous la clavicule dans un cas d'épanchement, ajoutait à la certitude du diagnostic, et qu'on devait se prononcer plus sûrement quand on le rencontrait. On vient de voir que ce signe m'aurait précisément conduit à l'erreur, si j'y avais ajouté une grande confiance. Le signe, bien autrement précieux, que j'ai fait connaître dans mes études sur l'ondulation pectorale, m'a permis sur-le-champ de reconnaître qu'il n'existait pas d'épanchement, et, de plus, que le tissu pulmonaire était fortement induré. En effet, la vibration thoracique était non-seulement conservée, mais accrue partout en avant, même dans le point où se trouvait le son clair, parce que le poumon était encore induré et transmettait facilement le son. Aussi pouvait-on y entendre un souffle tubaire et une bronchophonie si intenses, qu'ils allèrent jusqu'au souffle amphorique et à la pectoriloquie. Je ne connais pas, parmi les symptômes de la pleurésie avec épanchement, de meilleur signe que l'absence ou l'affaiblissement de la vibration thoracique. Quant au son clair sous-claviculaire, je le déclare plus dangereux qu'utile en séméiologie, et lorsqu'on se sera un peu refroidi à l'endroit de ce signe, on n'en parlera plus que pour mémoire.

On a dit qu'il était plus commun dans la pleurésie que dans toute autre maladie. Cela est vrai ; mais, s'il en est ainsi, c'est parce que la pleurésie a pour effet très ordinaire de produire d'abord l'épanchement du liquide, et que celui-ci refoule presque toujours le poumon en avant, en haut et vers le médiastin, c'est-à-dire précisément dans le lieu où l'on perçoit le bruit clair. L'épanchement ne fait donc que mettre le poumon dans des conditions favorables à la production de ce phénomène. Il le déplace, le comprime et l'applique, ainsi condensé, sur le point percuté. Il ne joue pas d'autre rôle : il nuirait plutôt par sa présence, parce qu'il éteindrait les vibrations thoraciques.

La présence du bruit clair en un point quelconque de la cavité pectorale, jointe à la conservation ou à l'accroissement de la vibration thoracique, est pour moi l'indice certain que le poumon sain du malade est en contact avec la paroi thoracique. Il faut faire marcher de front ces deux signes, ainsi que je l'ai déjà recommandé formellement dans mon travail sur l'ondulation pectorale, si l'on veut avoir une entière certitude. Il en découle des données fort importantes dans le traitement de la pleurésie. Toutes les fois que l'on veut pratiquer la thoracentèse, il faut s'assurer que le poumon n'adhère pas dans le lieu où l'on se propose d'enfoncer le trocart. J'ai vu des hommes très habiles ne pouvoir obtenir de liquide, parce que l'instrument avait porté sur des adhérences. Moi-même, j'ai négligé une fois de rechercher avec soin les deux signes précédents avant de recourir à l'opération. J'ai alors exploré plus attentivement la poitrine; j'ai constaté les deux symptômes. Je me suis assuré, de cette manière, que les deux feuillets de la plèvre adhéraient. J'ai renoncé à l'opération, et le malade, qui était probablement déjà en voie de guérison, a parfaitement guéri. La pleurésie s'est terminée par l'oblitération de la cavité des plèvres.

Je termine en faisant remarquer que l'acoustique médicale, en tant que théorie, est trop avancée pour que l'on doive s'arrêter longtemps aux explications que suggère le moindre phénomène. Il vaut mieux s'attacher à mettre le symptôme en regard de la lésion quand elle existe, ou des troubles fonctionnels, et attendre de plus nombreuses et plus complètes investigations avant de se prononcer. L'utilité diagnostique doit primer toute considération pour le

(1) Toute la cavité pleurale est oblitérée par des fausses membranes anciennes, très serrées qu'il faut disséquer pour dégager le poumon.

moment. On a proposé bien des théories pour expliquer la production du bruit respiratoire : on ne la connaît pas encore, et cependant l'immortelle découverte de Laënnec reste inattaquable et verse des torrents de lumière sur le diagnostic des affections des organes respiratoires. Je pourrais, à plus forte raison, en dire autant de la théorie des bruits du cœur. On en invente encore tous les jours, ce qui n'empêche pas que la simple constatation de ces bruits ne soit une ressource féconde pour le diagnostic.

LETTRE A M. BOUILLAUD SUR LA SPÉCIFICITÉ DE LA CELLULE CANCÉREUSE.

(Suite. — Voir le n° 64.)

Monsieur et très éminent professeur,

Vous avez eu la bonté de répondre personnellement à la lettre scientifique que je vous avais écrite, et de me confirmer d'une manière flatteuse et authentique dans la pensée où j'étais d'avoir compris d'une manière exacte et intègre vos opinions sur la valeur, l'importance et l'avenir des recherches microscopiques en général, et dans l'étude du cancer en particulier. Je regrette seulement que les expressions beaucoup trop bienveillantes que vous avez employées à mon égard m'interdisent la publication de cet officieux document. Mais vous ne sauriez mettre en doute le plaisir que j'ai éprouvé en vous comptant sans arrière-pensée parmi nos adhérents, et en recevant l'assurance que je n'avais pas outrepassé les pouvoirs d'une interprétation loyale. Permettez-moi dès lors de continuer ma démonstration.

Il importait extrêmement, dans la discussion actuelle, d'établir ce qu'il faut entendre par spécificité de la cellule cancéreuse. Se servir des mots sans leur accorder une signification précise ne mène qu'à la confusion. J'ai donc cru utile d'entrer dans quelques développements qui m'ont détourné du but principal que je m'étais proposé en m'adressant à vous, car je voulais surtout vous montrer que le camp des micrographes est moins divisé qu'on ne le pense, et qu'à l'exception des auteurs qui sont encore dominés par la théorie cellulaire pure, ou rendus timorés par des observations anatomiques incomplètes, tous les autres, Français ou étrangers, reconnaissent des différences morphologiques radicales entre les éléments cancéreux et ceux qui composent les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques.

Je vais donc extraire d'ouvrages que j'ai lus avec l'attention la plus minutieuse les passages qui me semblent aptes à rectifier l'assertion erronée qu'on cherche à faire prévaloir.

M. Julius Vogel, de Giessen, a écrit en 1846, peut-être même en 1845, un *Traité d'anatomie pathologique générale* recommandable sous plusieurs rapports (1), et dans lequel la question qui nous occupe est agitée. Je dois faire tout d'abord deux remarques : 1° la date de l'ouvrage nous explique pourquoi l'auteur parle souvent de la difficulté de reconnaître les éléments hétérologues, et de l'impossibilité fréquente du diagnostic anatomique. Depuis 1846, l'histologie pathologique a fait, on n'en saurait douter, des progrès très considérables, et les cas douteux ou embarrassants sont beaucoup plus rares. 2° L'auteur, l'un des premiers, a résolument avancé que la théorie cellulaire n'était point parfaite et ne pouvait s'appliquer à tous les développements normaux et pathologiques ; il n'est donc point enchaîné par la tyrannique cellule unitaire; il a pu faire sans doute quelques observations incomplètes en raison de l'époque, mais il est bien évidemment dans la même voie que M. Lebert, dont l'ouvrage (2) est antérieur, et je dois ajouter supérieur.

M. Vogel divise les tumeurs en homologues et hétérologues, « division conforme à la nature et importante pour la pratique, attendu » qu'elle comprend la cause qui rend ces productions bénignes ou » non » (page 185). Ainsi les tumeurs homologues sont bénignes, les hétérologues sont malignes, et c'est à la présence de ces *éléments étrangers* qu'on doit rapporter la cause véritable de la malignité.

Venu après M. Lebert, le professeur de Giessen est beaucoup plus radical que lui. La malignité, cette propriété funeste de certaines tumeurs, inconnue jusqu'ici dans sa cause, dans son essence, réside « dans la nature de la tumeur elle-même et dépend de ses » éléments histologiques » (page 186).

En supposant donc qu'on veuille faire une classe de toutes les tumeurs malignes, on devrait y admettre, d'après M. Vogel tous les éléments hétérologues. Il est tout à fait impossible d'être plus explicite et d'admettre plus nettement la relation entre la marche clinique et la composition anatomique. Pour notre part, nous trouvons inexacte cette manière de voir qui confond en une seule la double idée d'homœomorphisme et de bénignité, etc., etc.; et nos lecteurs connaissent là-dessus notre manière de voir.

Voilà M. Vogel examiné comme pathologiste. Voyons ce qu'il pense comme micrographe. « La seule chose qu'on doive se rappeler, dit-il en parlant des éléments hétérologues en général, c'est qu'il n'y a pas moyen de les distinguer à toutes les phases de leur développement, de sorte que fort souvent même, après l'étude histologique la plus minutieuse, on demeure dans l'impossibilité de déterminer si une tumeur appartient à la catégorie des bénignes ou à celle des malignes » (page 185). J'ai rapporté textuellement ce passage, parce que c'est lui sans doute qui a jeté nos adversaires dans l'erreur et leur a fait interpréter en leur faveur les doutes qui ont parfois embarrassé Vogel.

J'avais raison d'invoquer l'époque où le livre a été écrit, car de nos jours, ce n'est pas *fort souvent*, mais bien *fort rarement*, au contraire, qu'après un examen histologique très minutieux, on se trouve dans l'impossibilité de prononcer sur la nature anatomique d'une tumeur. L'idée de M. Vogel peut cependant être conservée ; mais en lui donnant une autre acception, c'est-à-dire qu'après avoir examiné une tumeur, après avoir reconnu sans peine si elle est homologue ou hétérologue, on est *fort souvent* dans l'impossibilité de savoir si, ultérieurement, elle sera bénigne ou maligne, puisque, suivant nous, la structure ne fournit que des présomptions plus ou moins solides et non une certitude sur l'issue probable du mal (1).

Poursuivons l'examen : nous lisons les lignes suivantes perdues dans une autre démonstration (page 238) : « Le fongus médullaire et le squirrhe ont des caractères histologiques qui les distinguent bien positivement de l'ulcération ordinaire qui peut être maligne. Les formations hétérologues ne sont pas, comme on le croyait autrefois, les résultats d'une métamorphose des tissus normaux : ce sont des formations nouvelles qui s'insinuent entre les éléments histologiques préexistants » (pages 240, 243, 274).

Ainsi, nul doute. Les éléments hétérologues sont bien étrangers à l'économie; ce sont bien des produits nouveaux. D'accord avec nous sur ce point, M. Vogel est en opposition avec un certain nombre des auteurs allemands. Arrivons au cancer. Ce produit hétérologue contient plusieurs éléments histologiques :

1° Une substance ferme, amorphe, sur laquelle nous allons revenir ;

2° Des granulations moléculaires, probablement de nature grasse ou protéique ;

3° Des formations celluleuses, *élément fort important*, qui ne manque *jamais* dans les cancers développés, et qui parfois y prédomine au point de former à lui seul la tumeur presque entière, comme dans le fongus médullaire : les cellules ne sont pas moins abondantes dans le cancer dur (squirrhe).

Il y a deux espèces de cellules dans le cancer : les cellules cancéreuses proprement dites et les cellules transitoires. Celles-ci ne sont autres, d'après la description qu'en donne l'auteur lui-même, que des éléments fibro-plastiques ; nous ne nous y arrêtons pas.

Les cellules cancéreuses proprement dites varient à l'infini de-

(1) *Encyclopédie anatomique*, t. IX, trad. de Jourdan, 1847.
(2) *Physiologie pathologique*. Paris, 1845. 2 vol. in-8.

(1) En plusieurs points, du reste, Vogel est très visiblement gêné par la division qu'il a adoptée, ce qui est facile à comprendre, et ce qui engendre une foule de contradictions dans le cours de son livre. Voy. pag. 186, 192, 238, 265.

puis la forme de simples noyaux jusqu'à celle de cellules parfaites, en passant par la plupart des modifications dont celle-ci est susceptible (nous ne disons pas autre chose). Les tumeurs cancéreuses sont mieux caractérisées encore par des formes celluleuses plus développées, qu'on rencontre fort souvent, mais non toujours, et qui sont les cellules à queue, rameuses, les cellules à noyaux multiples, les cellules à double contour ou les cellules doubles, les cellules granuleuses et pigmentaires. (Nous sommes à peu près du même avis, et on dirait la description de M. Vogel calquée sur celle de M. Lebert, notre maître à tous.) « Il résulte de là que le nom de cellule cancéreuse » ne peut être appliqué à une forme déterminée différente de toutes » les autres, et qu'en contemplant *une* cellule au microscope, on » ne pourrait généralement dire si elle appartient ou non à un » cancer ; mais que fort souvent *toute incertitude cesse* quand on a » sous les yeux des masses de cellules cancéreuses, et cela tant à » cause de leur diversité qu'en raison des caractères particuliers » appartenant à chacune d'elles. » Nous ne tenons pas un autre langage, et nous nous étonnons chaque jour que cette proposition soit invoquée par nos adversaires comme un argument sans réplique contre l'utilité du diagnostic par le microscope.

Ceci mérite quelques développements. Oui, les éléments cancéreux, et surtout la cellule, sont susceptibles de varier dans leur forme, leur volume, leurs caractères extérieurs ; mais cela n'empêche pas de les reconnaître. Pour cela, il faut se garder ici comme ailleurs de déterminer ces éléments par un seul caractère. Si l'on vous présentait un fragment d'un tissu normal, fût-il gros comme une noisette, vous ne vous empresseriez pas de dire que c'est du muscle, parce qu'il est rouge ; que c'est de l'os, parce qu'il est dur; ou du cerveau, parce qu'il est mou. De même quand nous examinons des éléments au microscope, nous ne nous contentons pas de la forme, et nous nous gardons bien de dire : c'est un élément fibro-plastique, parce qu'il est pointu aux deux bouts ; c'est une cellule cancéreuse, parce qu'elle est ronde et qu'elle a un gros noyau ; c'est une cellule épidermique, parce que sa circonférence est anguleuse. Quiconque a étudié les parties constituantes des êtres vivants et des animaux en particulier, sait qu'une régularité aussi mathématique est rare dans l'état normal, plus rare encore dans l'état pathologique.

Une cellule étant donnée, nous constatons d'abord sa forme, ses dimensions, puis nous examinons le noyau s'il existe ; moins variable que la cellule, il constitue un second caractère du cancer plus important que le premier. Mais de ce que ce noyau est volumineux, nous n'en concluons pas qu'il est cancéreux, car les épithéliums nucléaires des glandes, car les noyaux d'épithéliums qu'on trouve dans les tumeurs épithéliales cutanées ou muqueuses, peuvent avoir quelquefois le même volume ou à peu près.

Le noyau cancéreux contient de un à trois nucléoles, brillants et volumineux ; c'est un troisième caractère qui a beaucoup de valeur. Cela ne veut pas dire que les nucléoles soient le caractère pathognomonique du cancer. Cela veut dire que quand une cellule généralement arrondie, sans être aplatie, renferme un très grand noyau globuleux, sphérique ou ovoïde, transparent, muni lui-même de un à trois nucléoles arrondis, volumineux, très brillants, cette cellule est celle que l'on rencontre ordinairement dans les cancers types, squirrhe ou encéphaloïde. Pourquoi attachons-nous une grande valeur diagnostique aux noyaux libres ? C'est que ces éléments, n'étant point obscurcis par les granulations dont la cellule cancéreuse entière peut être infiltrée, se présentent en général alors avec tous leurs caractères fondamentaux, caractères très peu variables et d'une constatation facile. Si, en effet, les variations extrêmes de forme de la cellule peuvent, à un examen superficiel, la faire confondre avec les lamelles épidermiques ou les cellules fibro-plastiques, les noyaux libres du cancer, au contraire, se distinguent beaucoup mieux des noyaux libres de l'épithélium des muqueuses et des glandes, des noyaux fibro-plastiques, des globules de pus, des cellules de la moelle des os, etc., etc.

Pourquoi les cellules mères et à noyaux multiples sont-elles si utiles pour le diagnostic anatomique du cancer ? C'est que ce mode de groupement a quelque chose de spécial dont nous ne retrouvons qu'une représentation très éloignée dans les autres tumeurs. Il est extrêmement insolite de trouver des lamelles d'épiderme à deux noyaux ; ces lamelles épithéliales peuvent bien se grouper aussi, mais ce groupement donne naissance alors à des corps particuliers appelés *globes épidermiques*, qui ne ressemblent nullement aux cellules à noyaux multiples du cancer, et qui sont si facilement reconnaissables qu'il suffit de les avoir vus une fois pour ne les confondre jamais avec rien autre.

Les tumeurs formées par l'hypertrophie du tissu médullaire des os renferment bien aussi des plaques à noyaux multiples ; mais ces derniers ont un aspect si spécial que la méprise n'est guère permise. Aucun des noyaux qu'elles renferment n'a de ressemblance avec les noyaux cancéreux, et il est aisé, quand on connaît bien l'anatomie normale du tissu médullaire, de reconnaître à quoi on a affaire. Je restreins à regret cette exposition et ces exemples. Mais vous le voyez, honoré professeur, le diagnostic microscopique du cancer consiste à étudier non pas une cellule, mais les éléments cancéreux; non pas seulement la forme, mais les dimensions, le mode d'arrangement, l'état globuleux ou aplati, la translucidité ou l'opacité, la cohésion ou l'indépendance, la manière de se comporter avec les réactifs chimiques, etc., etc., de ces mêmes éléments. C'est, si je ne me trompe, ainsi qu'il faut procéder et qu'ont procédé en réalité ceux qui ont interrogé le microscope pour en tirer quelque avantage, et non dans l'idée arrêtée d'avance de proclamer son impuissance.

D'après cet exposé, de quel côté se trouvent la sagesse et le bon sens ? Du côté de ceux qui voudraient voir formuler une opinion d'après une seule cellule tirée d'une tumeur suspecte, ou du côté de ceux qui refusent de se prononcer sur la vue de cette seule cellule?

Nous voulons donc voir sous le champ de notre microscope un certain nombre d'éléments cancéreux, et non pas un seul de ces éléments, quand bien même celui-ci réunirait tous les caractères désirables. Au reste, cette objection de nos adversaires est, passez-moi l'expression, un véritable enfantillage, et prouve bien jusqu'à quel point la chose sur laquelle ils discutent leur est étrangère. On ne peut pas mettre une seule cellule sous le champ du microscope ; il y en a toujours un certain nombre; et si l'on fait plusieurs préparations, on finit bien par trouver ce tableau que nous exigeons pour nous prononcer. Quatre-vingt-quinze fois sur cent, quand nous examinons une tumeur cancéreuse, nous trouvons vite les éléments cancéreux en nombre suffisant. Dans les cinq cas qui restent, nous pouvons avoir affaire à des tumeurs mixtes, et en y mettant le temps, nous arrivons bien trois fois sur cinq à trouver le cancer. Admettons deux cas où les éléments cancéreux existent, mais en très petit nombre peut-être ou perdus : je suppose un coin où nous ne les trouvons pas. Dans ces cas, nous disons tout simplement que nous ne les avons pas constatés, et que nous ignorons à quoi nous avons affaire. Voici deux cas de diagnostic erroné ou obscur. Mais, je le disais déjà dans un précédent article, quel moyen ont donc les cliniciens de reconnaître sûrement ce cancer que nous avons méconnu? Les symptômes cliniques, la marche, disent-ils. Mais comme nous sommes, sous ce rapport, aussi avancés qu'eux, nous disons comme eux qu'il peut bien s'agir d'un cancer, et nous observons, sans toutefois avoir la prétention singulière de porter toujours un diagnostic sans appel.

Veuillez considérer, savant maître, que les mêmes incertitudes surgissent toutes les fois que nous faisons appel à nos sens pour constater un signe si bien dessiné qu'il soit. Une impression unique est-elle jamais suffisante ? Je fais ici appel à la bonne foi des cliniciens. Vous appliquez votre oreille exercée sur la poitrine d'un malade, vous entendez un petit bruit sec qui vous rappelle le râle crépitant, vous déclarez-vous satisfait ? Point du tout. Vous auscultez encore ; si cette perception ne se reproduit pas, vous n'en tenez pour ainsi dire pas compte ; mais si dans un autre point, je suppose, vous entendez, dans vingt inspirations successives, quelques centaines de bulles du même râle, vous portez le diagnostic certain d'un point pneumonique. La fluctuation est certainement un bien bon signe de l'existence d'une collection liquide. Supposons une tumeur qui la présente même à un très haut degré, qui voudrait donc affirmer qu'elle existe si on lui permettait seulement de poser *une seule fois* le doigt sur la tumeur ?

Voulez-vous me permettre de vous raconter en quelques mots ce qui m'est arrivé il y a à peine une semaine?

Un chirurgien des hôpitaux me fit remettre une mamelle qu'il avait le matin même extirpée. Les 11/12es de la masse étaient formés par des tissus sains, glande, tégument et tissu adipeux. Dans un point très limité, on sentait au toucher une induration extrêmement consistante, avec adhérence à la peau et prolongements rameux s'irradiant dans les parties voisines. Cette induration, dépassant à peine le volume d'une petite noisette, n'était point circonscrite ; elle était çà et là parsemée de graisse, et se continuait d'un côté sans ligne de démarcation avec la mamelle, peu volumineuse, flasque, et réduite presque entièrement à sa charpente fibreuse.

Les caractères extérieurs, les rapports avec les tissus ambiants, m'indiquaient l'existence probable d'un squirrhe ligneux, pour me servir d'une expression clinique. Le tissu, incisé en plusieurs points, était dur, comme fibreux, et criait sous le scalpel; mais nulle part il ne donnait de suc lactescent au raclage. Je fis plusieurs préparations sur des tranches minces que je dilacérai très minutieusement. Je ne trouvai d'abord que des tissus fibreux, quelques fibres élastiques, puis des bouts de culs-de-sac glandulaires, des portions de conduits excréteurs avec l'épithélium normal. Quelques cellules de ce dernier flottaient libres ou en petits amas dans le liquide. Enfin je voyais çà et là des cellules et des noyaux qui avaient tous les caractères des éléments cancéreux; mais ils étaient si peu abondants, qu'à peine si j'en trouvais quatre ou cinq sous le champ du microscope. Chaque préparation n'en renfermait certes pas plus de vingt; jamais je n'en avais vu si peu à la fois. Cependant ils avaient bien les caractères du cancer, et d'ailleurs l'épithélium normal de la glande était là pour permettre la seule comparaison possible dans ce cas. Je fis plus de dix préparations et y consacrai plus de deux heures. Toujours je trouvais la même chose. Malgré tout ce que ce fait avait d'insolite, j'étais à peu près convaincu qu'il s'agissait d'un cancer. Cependant j'aurais par prudence mis un point d'interrogation à la fin de la note qui m'était demandée. Peut-être aurais-je fait l'aveu de mon impuissance, quand un dernier coup de scalpel mit à découvert un petit point moins dur, plus suspect. Je raclai la coupe et parvins à extraire quelques débris et un peu de liquide, le tout n'égalant pas un grain de millet. Cette quantité suffit pour remplir le champ de mon microscope d'une centaine d'éléments cancéreux bien formés. Ma religion de micrographe était éclairée suffisamment. Je rédigeai ma note sans arrière-pensée. Les cas semblables sont rares heureusement pour l'emploi de notre temps; mais celui-ci vous convaincra que nous ne nous prononçons pas à la légère.

Je ne regrette pas la longue digression que je viens de faire pour vous montrer comment nous entendons le diagnostic microscopique du cancer. Mais je m'aperçois que je suis bien loin de M. Vogel, dont je voulais vous montrer les opinions réelles. N'allons pas conclure que cet auteur n'admet pas l'importance des éléments cancéreux. Chaque page fournirait de quoi réfuter cette interprétation fautive. Dans un paragraphe (page 287) il est question du diagnostic du cancer sous le point de vue de l'anatomie pathologique. Très facile dans certains cas, ce diagnostic peut être fort difficile dans d'autres et même devenir impossible, même sur le cadavre, même après une opération. « Ici, comme pour les autres tumeurs, » ce n'est pas aux grossiers caractères physiques qu'on doit s'at- » tacher, car ils peuvent singulièrement varier, mais aux carac- » tères histologiques, et en conséquences aux observations mi- » croscopiques......... Il faut donc ici recourir aux cellules que » leur forme, leur volume, leurs nombreux cytoblastes, et la fré- » quence de leurs cellules secondaires ou incluses, distinguent tant » des corpuscules du pus, bon ou mauvais, que des formations cel- » luleuses vagues, des tumeurs tuberculeuses, etc., etc. »

Lorsque le ramollissement d'un cancer n'a point encore commencé, le diagnostic se fonde exclusivement, selon notre auteur, sur la présence des cellules cancéreuses; il est d'autant plus assuré que celles-ci existent en nombre plus considérable, qu'elles sont plus développées, etc., etc.

A la page 296, une observation nous apprend qu'il ne faut pas se fier aux caractères extérieurs des productions pathologiques, et qu'une tumeur peut avoir toutes les apparences du fongus médullaire et n'être autre chose qu'une infiltration graisseuse.

M. Vogel cependant nous a dit que le diagnostic est quelquefois problématique et même impossible. Il est douteux quand les cellules sont moins nombreuses qu'à l'ordinaire et que la prédominance appartient à d'autres formations, spécialement à des fibres : l'auteur fait allusion ici aux tumeurs mixtes. Mais en lisant attentivement le texte, il est évident que ce qui est douteux pour lui, ce n'est pas la présence des éléments cancéreux, mais bien la question de savoir si la maladie sera maligne ou bénigne. Ce n'est pas une contradiction, comme on pourrait le croire (page 289).

Le diagnostic est très incertain ou même impossible quand les cellules manquent ou qu'elles sont fort peu développées. Ainsi (page 266), l'auteur énumère parmi les éléments du cancer une substance ferme et amorphe qui ne renferme point d'éléments anatomiques distincts; tantôt elle manque, tantôt elle est prédominante. « Dans ce dernier cas, qui est rare, on ne peut constater la nature du cancer qu'en examinant d'autres portions plus développées où *même le diagnostic devient tout à fait impossible*; car la substance amorphe et ferme n'a rien en soi qui caractérise le cancer, et elle ne diffère point du cytoblastème solide des autres productions accidentelles. » Il revient à plusieurs reprises sur cette idée (page 297, tumeur du pancréas, en note, page 301). Et enfin il termine l'article cancer (page 304, en note) de la manière suivante : « Les cas de cancer gélatiniforme qu'on regarde comme les plus caractéristiques, et dans lesquels il n'y a pas de cellules cancéreuses manifestes, me paraissent appartenir, *non pas au cancer proprement dit*, mais bien aux tumeurs gélatineuses, etc., etc.

D'après tous ces passages, et lorsque vous saurez que Vogel, en fait de classification, se place uniquement au point de vue histologique (page 245, en note), vous vous étonnerez avec moi que le savant anatomo-pathologiste de Giessen ait été compté parmi nos contradicteurs. Toute sa doctrine peut se résumer en ces deux propositions :

La cellule cancéreuse est l'élément sur lequel repose le diagnostic anatomique du cancer.

Quand la cellule manque, ce diagnostic n'est pas possible. Au reste, veuillez relire dans le beau livre de M. Lebert (*Sur les maladies cancéreuses*, Paris, 1851, page 16) ce passage qui n'a pas besoin de commentaires :

« Si l'on pose la question dans les termes suivants : Une cellule » isolée étant donnée, peut-on toujours reconnaître, par l'examen » microscopique, si elle appartient à un cancer ou non? Nous n'hé- » sitons pas à répondre par la négative. Mais la question que nous » avons toujours cherché à résoudre est celle-ci : Un tissu morbide » étant donné, peut-on reconnaître avec le microscope s'il est can- » céreux ou non? Nous n'hésitons pas à répondre par l'affirmative, » tout en faisant d'emblée la réserve pour les cas exceptionnels ou » le microscope peut rester insuffisant, etc., etc. »

M. John Hughes Bennett a écrit en 1849 un bon livre sur le cancer et les tumeurs qui peuvent être confondues avec lui (1). Dans chacune des cinquante-six observations détaillées que renferme cet ouvrage, l'examen microscopique du produit morbide a été fait soigneusement et des dessins sont annexés. Il est bon de faire remarquer que M. Bennett est à la fois chirurgien et anatomiste.

Rejetant les caractères physiques extérieurs et la circonstance de bénignité ou de malignité comme base de classification, l'auteur prend pour point de départ la structure. Or, il s'agit de savoir si cette structure microscopique est à ses yeux caractéristique du cancer. Voici ses propres paroles (page 135) :

« Les médecins praticiens sont continuellement dans l'habitude » de confondre différents produits morbides sous le nom de cancer » ou de tumeurs malignes. La signification primitive de ces ex- » pressions n'a plus, dans l'état actuel de la science, aucune im- » portance. Cependant, comme le mot *cancer* est reçu et usité, il » s'en servira en lui donnant toutefois un sens défini et positif..... »

Je propose donc, dit-il, d'appeler CANCÉREUX le tissu qui est

(1) *Cancerous and cancroid Growths*. Edinburgh, 1849, in-8, 260 pages.

» constitué évidemment par les éléments (*spécimens*) caractéristiques du cancer (1) et CANCROÏDE, celui qui, ressemblant plus » ou moins au cancer, est continuellement confondu avec lui, quoi- » qu'il en diffère par sa structure. »

Ainsi donc, point de diagnostic anatomique certain pour M. Bennett sans l'intervention du microscope.

Comme M. Vogel, M. Bennett dit (page 223): « Ce n'est pas, en examinant une seule cellule cancéreuse en particulier, qu'on peut trouver des différences marquées entre elles et les autres. Mais quand on voit un groupe de ces cellules, on les reconnait aisément et on les distingue sans peine des cellules épithéliales, fibro-plastiques, etc., etc. »

Il revient plusieurs fois sur ce point. Ainsi, aux pages 148, 149 et 150, il dit que les cellules d'épiderme, de cartilage, que les cellules embryonnaires ressemblent parfois tout à fait aux cellules du cancer, surtout dans certaines circonstances; mais à propos de cellules épithéliales, il s'empresse de dire: « Quand toutefois elles sont étudiées en masse, rien ne peut être plus aisé que de les distinguer des cellules du cancer. » Plus loin, à propos des tumeurs cartilagineuses, il remarque que l'eau et l'acide acétique n'agissent point de la même manière sur les cellules cancéreuses et cartilagineuses.

Vous voyez donc, honoré professeur, que M. Bennett arrive à peu près à la même conclusion que nous; il interroge tous les caractères; une cellule isolée ne lui suffit pas; il interroge plus volontiers le mode de groupement. Il est bon de faire remarquer en passant que si chaque cellule en particulier n'est pas aussi caractéristique pour lui que pour nous, cela tient vraisemblablement à ce qu'il a examiné les produits pathologiques seulement à un grossissement de 250 diamètres (page 1), insuffisant en général pour bien apprécier les particularités délicates de la structure des formations cellulaires, normales ou pathologiques.

Mais, en bonne conscience, peut-on considérer les opinions de M. Bennett comme différant radicalement des nôtres? Évidemment non.

M. James Paget (2), pas plus que les auteurs précédents, ne songe à nier la cellule cancéreuse. J'ajoute même qu'il ne met nullement en doute sa spécificité anatomique. Pour cet auteur, la cellule cancéreuse est apte à caractériser certaines tumeurs malignes, le squirrhe et l'encéphaloïde, par exemple. Sur ce point, nous sommes complétement d'accord. Il est facile d'expliquer en quoi consiste la différence qui existe entre M. Paget et les observateurs français sur ce point important d'anatomie pathologique.

Le savant chirurgien anglais divise toutes les tumeurs en bénignes et malignes (*innocent and malignant tumours*) Cette division, dit-il, n'est pas fondée uniquement sur la pure structure appréciable, mais bien sur l'origine et les propriétés vitales. La nature du produit l'établit mieux que la structure seule (p. 10). On voit donc, en premier lieu, que M. Paget cherche à faire prévaloir la classification clinique sur la classification anatomique. Cette manière de voir, que pour notre part nous n'adoptons pas pour base de classification, quoique nous en tenions grand compte au point de vue chirurgical, est soutenue avec talent par l'auteur. C'est celle que nous avons vue adoptée par un bon nombre des membres de l'Académie qui ont pris part à la discussion, et parmi lesquels nous comptons plusieurs adhérents, comme MM. Leblanc et Malgaigne, par exemple.

Dans la classe des tumeurs bénignes, M. Paget range toutes les variétés de kystes, les tumeurs graisseuses, fibreuses, les productions fibro-cellulaires, celles qu'il nomme *recurrent fibroid tumours*, et qui correspondent aux tumeurs fibro-plastiques de M. Lebert, les enchondromes simples ou mixtes, les tumeurs formées par les cellules médullaires des os (*myeloid tumours*), les hypertrophies glandulaires, les *nævi materni*, etc., etc. La classe des tumeurs malignes ou cancers (*for these terms are synonymous*) comprend le squirrhe ou cancer dur, le médullaire, encéphaloïde ou cancer mou, le cancer épithélial, les cancers mélanoïde, hématoïde, ostéoïde, villeux et colloïde.

(1) Tels qu'ils sont représentés dans les observations 1 et 2, page 4 et 6.

(2) *Lectures on the Tumours*. London, 1853, in-8.

M. Paget prévoit les objections à sa classification, en reconnaissant que quelques-unes de ses tumeurs bénignes peuvent se comporter dans certains cas comme les malignes, et réciproquement. Et cette réserve est indispensable, car M. Velpeau lui-même, qui croit les opinions de M. Paget favorables à sa cause, ne manquerait certainement pas de lui reprocher d'avoir placé les tumeurs fibro-plastiques dans la classe des tumeurs innocentes, et de n'en avoir plus parlé à l'article des cancers.

Puisque M. Paget fait du mot cancer un terme générique, un nom de famille applicable à toutes les tumeurs malignes, il n'est pas surprenant que la cellule cancéreuse ne caractérise pas la famille; mais si elle est le signe anatomique *sine qua non* du squirrhe et de l'encéphaloïde, je prétends qu'il doit être compté comme des nôtres, d'après les explications que je vous ai précédemment fournies. Les passages suivants lèveront, je pense, tous vos doutes, et montreront de plus la valeur diagnostique que M. Paget, chirurgien éminent autant qu'anatomiste distingué, accorde aux éléments cancéreux si controversés.

A la page 300, M. Paget vient de donner de ces éléments une description détaillée et qui ne diffère pas sensiblement de ce que nous en disons. Il ajoute: « Tels semblent être les éléments normaux du squirrhe comme on les trouve dans la mamelle, et aussi, » mais moins mélangés et moins confus, dans les autres squirrhes » de la peau, des os et des autres organes. En vérité, ces caractères sont presque si constants et si particuliers, qu'un micrographe expérimenté peut très rarement hésiter à fonder sur eux » le diagnostic de la nature cancéreuse d'une tumeur qui les présente. »

Plus loin, page 366, à propos du cancer médullaire ou mou (encéphaloïde): « Il existe également des différences dans la structure » microscopique de ce cancer; il y a, à la vérité, certains caractères auxquels presque tous les autres sont subordonnés; c'est » pourquoi le diagnostic microscopique est rarement difficile, *très » rarement douteux.* »

Enfin la question de la spécificité des éléments est très clairement posée au double point de vue anatomique et clinique, dans un passage que je crois utile de traduire textuellement, page 565: « Les cellules du cancer sont formées d'après les types des » cellules d'épiderme ou d'épithélium glandulaire (c'est-à-dire » qu'elles sont ou à l'état de cellules complètes ou à celui de » noyaux); sans dévier du type général, elles ont des caractères » à l'aide desquels il est rarement difficile de les distinguer. On » peut poser les questions suivantes: Quels sont les caractères de » la vraie cellule cancéreuse? Ou bien le microscope a-t-il découvert » une certaine structure qui est spécifique (*decisive*) du cancer » quand on la trouve? A quoi on peut répondre: 1° Quand des » cellules telles qu'elles ont été décrites pages 298 et 435 (1) composent à elles seules, ou au moins en grande proportion, une tumeur, on peut être certain que cette tumeur est un cancer; c'est » pourquoi nous pouvons regarder ces cellules comme spécialement cancéreuses. 2° Quand une tumeur est composée principalement ou uniquement de corpuscules tels que les noyaux décrits » page 368, ou d'autres même que nous pouvons reconnaître » comme des cellules rudimentaires ou dégénérées, le diagnostic » n'est pas moins certain. »

Mais si la question est changée en celle-ci: Y a-t-il des cancers qui n'ont pas la même structure que celle qui vient d'être décrite? la réponse doit être affirmative; car il y a de rares tumeurs qui présentent *toute l'histoire clinique des cancers*, et qui pourraient donc être appelées du même nom, quoiqu'elles ne renferment pas les éléments particuliers du cancer, ou ne les présentent qu'en minime quantité.

M. Paget ne fait pas allusion aux cancers dont tous les éléments sont imparfaits, dégénérés ou malades, mais aux cancers fibreux, ostéoïdes, et à certaines variétés de médullaires. Ces cas s'écartent de la structure du cancer réputée spécifique, et deux d'entre eux, le

(1) A la page 435 sont représentés les éléments types des tumeurs épithéliales. M. Paget range ces dernières dans les cancers, non d'après leur structure, mais d'après leurs caractères cliniques. Voyez page 413, 3e note.

fibreux et l'ostéoïde, ont presque les caractères des tissus naturels.

Vous le voyez donc, l'éminent chirurgien anglais regarde les éléments du cancer tels que nous les admettons comme caractéristiques au point de vue anatomique. Mais sur le terrain de la clinique, il admet qu'en l'absence même de ces éléments, certaines tumeurs peuvent se comporter comme des cancers, et il se décide alors à leur donner le même nom *générique*.

Vous pouvez dès lors juger, honoré maître, si M. Paget, dans son très remarquable ouvrage, doit être considéré comme l'adversaire de la spécificité anatomique de la cellule cancéreuse.

J'ai été forcé de donner beaucoup d'étendue à ces citations, et vous en comprenez bien la raison. Quand on parle des autres, il faut connaître exactement ce qu'ils pensent, et ne point interpréter à la légère leurs opinions. N'est-il pas remarquable que, dans les trois traités principaux où ce sujet ait été traité à l'étranger, en 1847 (Vogel), 1849 (Bennett), 1853 (Paget), l'intervention microscopique ait occupé une place aussi importante aux yeux de trois pathologistes très distingués, tandis qu'en France ces recherches n'ont point trouvé place dans nos traités dogmatiques, et sont contestées encore par un grand nombre d'esprits attardés, quoique éminents ?

L'amour de la pratique est beau, sans doute, mais il ne devrait pas entraver l'essor de la science et les recherches qui ne paraissent pas améliorer immédiatement cette pratique ; par malheur cela est arrivé trop souvent dans notre pays, et pour bien d'autres branches de la science.

Ar. Verneuil,
Agrégé à la Faculté de médecine.

DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION, par le docteur Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien du bureau central des hôpitaux.

Suite et fin.—Voir les numéros 12, 13, 16, 21, 22, 33, 46, 57 et 65 du tome I.

§ 4. ÉTUDE CLINIQUE DU TRAITEMENT DES ANÉVRYSMES PAR LA COMPRESSION INDIRECTE.

5° DU CHOIX DES APPAREILS DE COMPRESSION.

Les *armatures à tiges articulées* doivent donc recevoir la préférence. Le plus ancien appareil de ce genre est le tourniquet de 'Estrange (1) ; mais c'est aussi le plus imparfait de tous. Il pèche surtout par l'exiguïté de sa contre-pelote. Il permet de porter la pelote en dedans ou en dehors, mais il ne se prête pas aux autres mouvements. L'armature de l'appareil inguinal de Carte vaut déjà mieux : elle se compose de deux branches, l'une verticale aboutis-

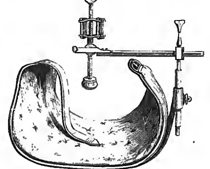


Fig. 16. — Appareil inguinal de Carte.

sant à la gouttière, l'autre horizontale et supportant la pelote. La branche verticale est formée d'une gaîne cylindrique dans laquelle se meut une tige pleine également cylindrique. Cette tige peut monter ou descendre, et tourner sur son axe comme la fiche d'un gond. Une vis de pression permet de la fixer très solidement dans toutes les positions. La seconde branche est prismatique et quadrangulaire ; elle glisse horizontalement, comme un tiroir, dans une coulisse qui appartient à la tige verticale, et une seconde vis de pression la fixe encore à volonté dans tous les points de son trajet horizontal. On peut donc, jusqu'ici, porter la pelote en haut, en bas, en dedans, en dehors, et lui faire décrire, d'avant en arrière, un arc de cercle horizontal autour de l'axe de la branche verticale. Les autres mouvements sont fournis par une articulation placée à l'extrémité libre de la branche horizontale. Cette articulation, connue sous le nom de *ball-and-ring*, d'*articulation universelle* ou de *jointure folle*, permet d'incliner en tous sens la vis qui supporte la pelote ; mais elle est fort compliquée, très sujette à se déranger, et surtout très difficile à tenir fixée dans les différentes directions qu'on lui donne.

Il m'a paru plus simple de remplacer le *ball-and-ring* par un écrou ordinaire, ou plutôt par l'écrou à pression élastique dont je parlerai tout à l'heure, et de compléter les mouvements de la pelote par deux mécanismes bien simples que le lecteur connaît déjà. J'ai exactement reproduit, sur la branche horizontale, la disposition adoptée par M. Carte pour la branche verticale, et j'ai fait articuler les deux branches l'une avec l'autre, au moyen de la vis de Signoroni (voy. fig. 17). J'ai ainsi, je le crois, rempli les deux indications : mobilité dans tous les sens, fixité absolue dans toutes les situations. Cette armature a en outre l'avantage d'être très facile à construire et de n'être pas sujette à se déranger. Pour rendre justice à tout le monde, même à l'occasion d'une vétille instrumentale, je dois dire que j'avais d'abord fait construire par M. Charrière fils l'armature ordinaire de M. Carte ; qu'au moment d'en faire l'application sur un malade de l'hôpital Beaujon, je reconnus avec M. Robert les inconvénients du *ball-and-ring*, et que je me concertai avec lui sur la modification précédente.

En voilà bien assez sur les armatures ; étudions maintenant leur mode d'union avec les pelotes.

A l'exception du compresseur de Signoroni, dont la pelote est fixée sur l'armature, tous les compresseurs ont des pelotes à *tourniquet*. L'armature supporte un écrou dans lequel chemine une longue vis. C'est sur cette vis qu'est fixée la pelote.

Fig. 17.—Nouvelle armature articulée.

Il importe d'abord que les pas de la vis soient très courts, et que chaque tour, par exemple, ne fasse pas descendre la pelote de plus d'un millimètre. M. Giraldès, qui, le premier en France, a salué la renaissance de la méthode compressive, a justement insisté sur la nécessité de substituer aux grossières vis des tourniquets ordinaires, des vis beaucoup plus parfaites, semblables à celles dont on se sert dans la construction des instruments de physique (1). On peut ainsi graduer la compression d'une manière rigoureuse, ce qui est tout à fait indispensable. Cela posé, nous avons à nous occuper de l'extrémité libre de la vis, de l'insertion de la pelote, et enfin de l'écrou.

La vis doit se terminer par une petite plaque ou poignée destinée à donner prise pour exécuter le mouvement par la seule action des doigts. Quelques chirurgiens ont voulu remplacer cette plaque par une clef susceptible d'être enlevée ; cela avait pour but de soustraire l'appareil aux caprices des malades indociles. Mais c'est là un vice radical : il faut, au contraire, que le malade puisse resser-

(1) Voy. tome I, 1854, page 530, figure 9.

(1) Giraldès, *De la compression dans le traitement des anévrysmes poplités*. — *Journal de Malgaigne*, 1845, tome III, page 69.

rer ou relâcher les pelotes à volonté. Lui seul est juge de l'opportunité des manœuvres alternatives, qui sont si utiles pour assurer l'innocuité de la compression. Nous savons, d'ailleurs, qu'il n'est pas nécessaire que la compression soit absolument continue, et que des interruptions, même fréquentes, n'en compromettent pas l'efficacité. Ainsi, la vis doit être mise en mouvement par la seule action des doigts, et le maniement doit en être confié au malade lui-même, bien entendu, sous la surveillance très fréquente du chirurgien. Dans le cas tout exceptionnel où le malade serait entièrement dénué de raison, le mécanisme de la clef pourrait devenir nécessaire; mais alors il faudrait qu'un aide restât nuit et jour dans la salle pour manier l'appareil.

L'insertion de la pelote sur l'extrémité opposée de la vis doit être telle que la pelote tourne librement autour de l'axe de la vis, sans jamais pouvoir s'en séparer. La pelote, en effet, doit cheminer avec la vis, mais ne doit pas tourner avec elle, sous peine de tordre et de froisser gravement la peau. Cette mobilité de la pelote autour de l'axe de la vis est très facile à obtenir. Elle est indispensable, comme on le voit; mais elle a un petit inconvénient, surtout quand la pelote est ovalaire : c'est qu'elle permet à la pelote de tourner légèrement sur elle-même à chaque pulsation de l'artère comprimée. On doit donc placer, à l'insertion de la pelote, une petite vis de pression qu'on relâche chaque fois qu'on manie l'appareil, et qu'on resserre dès que la pelote est en place sur le vaisseau.

Parlons enfin de l'écrou. Cette pièce, l'une des plus importantes, a donné lieu à un perfectionnement fort remarquable et fort utile, dû à l'esprit ingénieux de M. Carte. Les écrous ordinaires sont simplement creusés dans l'épaisseur de l'armature; et quand toutes les parties sont en place, quand toutes les vis sont serrées, l'appareil forme un tout rigide et inflexible. Il en résulte deux inconvénients : d'une part, la peau, le tissu cellulaire et les muscles que la pelote comprime avec l'artère, subissent en peu de temps une légère diminution de volume, par suite de l'expulsion des liquides qu'ils renferment, et il arrive souvent que la compression se relâche au bout de quelques instants; pour suivre l'affaissement des tissus, il faudrait, pour ainsi dire, ne pas quitter le malade, en appliquant incessamment une main sur l'anévrysme et l'autre sur le tourniquet. D'une autre part, cette compression inflexible, et en quelque sorte brutale, provoque promptement d'assez vives douleurs. Pour faire face à ce double inconvénient, M. Carte a imaginé la *compression élastique*.

La compression élastique est exécutée à l'aide du caoutchouc vulcanisé, dont l'élasticité inépuisable et régulière a déjà rendu tant de services à la thérapeutique chirurgicale et à l'industrie. On peut voir sur les deux compresseurs de M. Carte (fig. 16 et 18) un petit appareil assez compliqué, de forme à peu près cubique, disposé autour de la vis, au-dessus de l'armature. Cet appareil se compose de deux plaques métalliques rectangulaires, horizontales, traversées l'une et l'autre par la vis, et unies entre elles, par leurs bords latéraux, au moyen de deux pièces courtes et épaisses de caoutchouc vulcanisé. Les deux plaques métalliques peuvent par conséquent être rapprochées ou éloignées l'une de l'autre à la faveur de l'élasticité du caoutchouc. La plaque supérieure supporte l'écrou. La plaque inférieure, fixée sur l'armature par un cylindre métallique, est traversée, ainsi que ce cylindre, par la vis qui y glisse librement sans toucher les parois de la cavité cylindrique qu'elle parcourt.

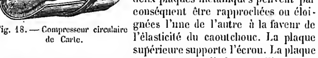


Fig. 18. — Compresseur circulaire de Carte.

Cela posé, voici quel est le mécanisme de cet appareil. Tant que la pelote ne rencontre aucun obstacle, on peut faire avancer la vis sans mettre en jeu l'élasticité du caoutchouc. Supposons maintenant que la pelote rencontre une surface résistance et incompressible; qu'arrive-t-il? A chaque nouveau tour, la vis avance dans l'écrou de la plaque supérieure; mais la pelote ne peut descendre, et il en résulte que c'est l'écrou qui doit remonter. Les deux plaques s'écartent donc en distendant le caoutchouc. Supposons enfin que la pelote rencontre la surface à demi résistante et compressible d'un membre, la force de la vis se divisera. Une partie de cette force fera descendre la pelote dans les chairs; l'autre partie fera remonter l'écrou en distendant le caoutchouc. En réalité, par conséquent, la pression sera maintenue par la rétraction de cette substance élastique. Dès lors, elle ne pourra ni diminuer ni s'accroître. Si les chairs s'affaissent, la pelote les suivra; si elles se tuméfient ou réagissent d'une manière quelconque, la pelote sera soulevée sans pour cela cesser d'agir comme auparavant. Enfin, l'expérience a démontré, ce qu'il était du reste permis de prévoir, que la compression élastique était tout aussi efficace et beaucoup moins pénible que la compression ordinaire. Il est arrivé plusieurs fois que les autres appareils ont été intolérables, et que l'appareil de Carte a été supporté sans inconvénient. Le fait de ce genre qui mérite le plus d'attention est celui qu'on doit à M. Robinson. Un malade (n° 131) fut traité, en 1851, à l'aide des tourniquets ordinaires, pour un anévrysme du jarret gauche. Cet individu, rebelle et impatient, dérangeait sans cesse ses appareils. La compression fut très irrégulière et échoua complétement. On fit la ligature. L'année suivante, le même malade rentra à l'hôpital pour un anévrysme de la cuisse droite (n° 132). On employa la compression élastique: contre toute attente, il la supporta sans se plaindre un seul instant, et guérit cette fois sans opération.

La compression élastique a un autre avantage : c'est qu'elle permet de reconnaître au premier coup d'œil quel est le degré de compression exercé sur l'artère. Chaque pulsation artérielle, en effet, soulève légèrement la pelote et agite la poignée de la vis. L'amplitude de ces petites oscillations donne la mesure de l'obstacle opposé au cours du sang, ainsi que je le montrerai plus tard.

Il m'a paru que cet ingénieux mécanisme laissait quelque chose à désirer; la plaque supérieure, qui seule supporte et fixe la vis, n'est pas seulement mobile dans le sens vertical; n'étant reliée à l'armature que par deux bandes de caoutchouc vulcanisé, elle peut s'incliner dans toutes les directions, et permet ainsi à la vis de se déplacer. J'ai pensé qu'on pourrait corriger ce défaut, et en même temps simplifier l'appareil. Je dois des éloges à M. Charrière fils, pour l'habileté avec laquelle il a rempli ces deux indications. Je crois que désormais il sera difficile de faire mieux et à moins de frais. La tige horizontale de l'armature se termine par une plaque ronde (fig. 19, A), percée, à son centre, d'un trou pour le passage de la vis. Deux petites baguettes rondes et verticales BB, se fixent sur cette plaque. L'écrou mobile C offre deux trous latéraux qui reçoivent ces deux baguettes. Un cylindre creux de caoutchouc vulcanisé D, inséré circulairement sur cet écrou, en dedans des deux trous précédents, va d'autre part s'insérer sur le pourtour de la plaque inférieure. La grande vis, cachée dans l'intérieur de ce cylindre élastique, ne reparaît qu'au-dessous de l'armature. L'appareil atteint exactement le même but que celui de Carte, mais il est beaucoup plus simple, et, de plus, l'écrou mobile, retenu par les deux baguettes BB, ne peut subir aucun déplacement dans le sens latéral. La vis agit, par conséquent, avec la même précision que si elle traversait un écrou ordinaire.

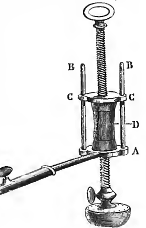


Fig. 19. — Nouvelle modification de l'écrou mobile.

Quelle que soit l'armature à laquelle on donne la préférence, on doit toujours la surmonter d'un écrou mobile, qui est devenu ainsi très facile à construire.

Je viens d'entrer dans des détails de mécanique instrumentale qui ont pu paraître fastidieux, mais qui sont pourtant rigoureusement nécessaires. Le succès de la compression dépend, en grande partie, du choix et de la construction des appareils. Les chirurgiens

doivent connaître toutes ces minuties, sous peine d'agir avec un empirisme plein de déceptions. On se trompe grandement, si l'on croit que la méthode compressive, en prenant la place de l'opération meurtrière de la ligature, ait diminué la responsabilité du chirurgien et rendu sa tâche plus facile. Il est incomparablement plus difficile d'appliquer convenablement la compression, que de pratiquer les ligatures les plus délicates. Je ne crains pas de dire que la plupart des insuccès de la compression n'auraient pas eu lieu, si l'on s'était toujours servi de bons appareils, et si on les avait bien appliqués et bien maniés. C'est là tout le secret de la différence des résultats obtenus en Angleterre et en Irlande. Tandis qu'à Dublin l'inefficacité de la compression constitue une exception rare, à Londres, au contraire, on est obligé d'en venir à la ligature sur le tiers des malades.

Pour en finir avec l'étude des appareils, disons quelques mots de ceux qui supportent plusieurs pelotes et qui sont destinés à exercer la compression double alternative. On remplit, en général, les indications de la méthode alsacienne à l'aide de deux instruments isolés. Pour l'anévrysme poplité, par exemple, on place un compresseur inguinal quelconque sur le pubis, et un clamp ou un ring sur l'anneau du troisième adducteur. Mais lorsqu'on applique ainsi deux instruments distincts sur le même membre, on est obligé de choisir des appareils qui tiennent peu de place, et qui prennent leur point d'appui sur une surface assez restreinte. On se prive ainsi des avantages que présentent, au point de vue de la précision et de la fixité, les appareils à gouttière. C'est pour remédier à cet inconvénient qu'on a construit des appareils à pelotes multiples. L'instrument employé par M. Rodgers, de New-York (n° 133), supportait trois pelotes. M. Reeves s'est servi d'un compresseur à deux pelotes. Je ne m'arrêterai pas à décrire cet appareil ; il suffira de eter les yeux sur la fig. 20, pour voir de quelle manière il agit et

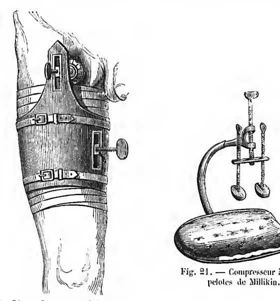


Fig. 20. — Compresseur à deux pelotes de Reeves.

Fig. 21. — Compresseur à deux pelotes de Millikin.

combien il est défectueux. Les pelotes ne possédant qu'un seul mouvement, l'instrument ne peut jamais servir pour plus d'un malade. On ne réussit à l'appliquer d'une manière convenable que par une sorte de hasard. L'appareil de M. Millikin vaudrait mieux, s'il n'avait pas l'inconvénient capital de fournir des pelotes beaucoup trop rapprochées (voy. fig. 21). Il serait pourtant très avantageux de faire reposer les deux pelotes sur le même appareil, qu'on mettrait en place une fois pour toutes, avec toute la solidité désirable, et dont on abandonnerait ensuite le maniement au malade. C'est ce qui m'a décidé à faire construire par M. Charrière fils l'appareil suivant, qui peut servir indistinctement pour tous les individus atteints d'anévrysmes des membres abdominaux.

La contre-pression est effectuée à l'aide d'une unique gouttière rembourrée, qui remonte jusqu'à la partie supérieure de la fesse et descend jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus du genou. Une ceinture pelvienne fixe solidement cette gouttière à sa partie supérieure, et il suffit de serrer très médiocrement la courroie inférieure pour assurer définitivement la fixité de l'appareil.

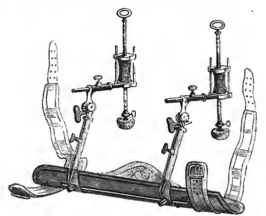


Fig. 22. — Nouvel appareil pour la compression de l'artère fémorale dans tous les points de sa longueur.

Le bord externe de la gouttière est rectiligne et parallèle à l'axe du membre. Le bord interne, au contraire, est échancré à sa partie supérieure, pour permettre à la gouttière de remonter jusque sous la fesse. Si l'on se contentait de cette disposition, l'instrument ne pourrait s'adapter que d'un seul côté, soit sur le membre droit, soit sur le membre gauche. On évite ce petit inconvénient, en faisant échancrer les deux extrémités du bord interne de la gouttière. Une gouttière ainsi construite peut servir indistinctement dans tous les cas, quel que soit le côté malade. Il suffit, lorsqu'on veut la transporter du côté droit au côté gauche, de placer l'extrémité supérieure en bas, et réciproquement.

La gouttière présente sur son côté externe une rainure longitudinale sur laquelle s'adaptent les armatures. Une vis de pression permet de fixer chaque armature à volonté sur tous les points de la longueur de la gouttière. On peut ainsi placer deux ou plusieurs pelotes, les porter plus haut ou plus bas, comprimer l'artère où l'on veut et en autant de points qu'on le veut ; si la peau menace de s'enflammer en un point, on peut faire la compression au-dessus ou au-dessous, et cela sans déranger l'appareil en lui-même. Enfin, cette gouttière, si avantageuse lorsqu'on veut appliquer la méthode alsacienne, est encore la meilleure lorsqu'il s'agit d'un anévrysme fémoral trop rapproché du tronc pour qu'on puisse placer deux pelotes superposées. On en est quitte alors pour enlever l'armature de la pelote inférieure. Si l'anévrysme est situé un peu plus bas, on peut rapprocher les pelotes presque jusqu'au contact, l'une appuyant sur le pubis, et l'autre immédiatement au-dessous. En un mot, il n'y a pas un seul anévrysme du membre inférieur, parmi ceux qui réclament la compression, qui ne soit susceptible d'être traité par ce nouvel appareil.

J'ai déjà décrit et figuré (fig. 17 et 19) le modèle des armatures que j'ai fait adapter à cette gouttière et les modifications que j'ai fait subir à l'écrou mobile de Carte. Sans avoir rien imaginé et sans avoir fait autre chose que de choisir et de combiner les meilleurs et les plus simples des mécanismes connus, je crois avoir ainsi obtenu un appareil supérieur à tous ceux qu'on a employés jusqu'à ce jour.

Cet appareil se prête mieux que tout autre à tous les modes de compression. Lorsqu'une fois le chirurgien a mis les pelotes en place, il fixe toutes les tiges articulées, et laisse au malade le maniement des tourniquets. La gouttière ne pouvant se déplacer, et les pelotes ne pouvant se mouvoir que dans une direction perpendiculaire à celle du vaisseau, on peut être certain que, dans les manœuvres alternatives de relâchement et de pression, la pelote retrouvera toujours le point précis sur lequel on l'avait d'abord appliquée. Cet avantage n'existe pas dans les autres appareils *fémoraux*, qui doi-

vent leur fixité à l'action opposée de la pelote et de la contre-pelote, et qui peuvent tourner librement autour du membre lorsque la grande vis est relâchée. Il en résulte que lorsqu'on les emploie — et l'on ne pouvait s'en passer jusqu'ici dans l'application de la méthode alsacienne — on est obligé de conserver toujours un certain degré de pression, sous peine de les voir glisser et abandonner l'artère chaque fois qu'on alterne le jeu des pelotes. Les tissus subjacents ne recouvrent donc jamais toute leur liberté, ce qui atténue beaucoup les bienfaits de la méthode alsacienne.

Depuis que ce nouvel appareil a été construit sous ma direction par M. Charrière fils, il a été appliqué deux fois, avec les résultats les plus satisfaisants, par M. Robert et par M. Depaul, qui ont bien voulu me prier de suivre avec eux leurs malades. Dans le cas de M. Robert, il s'agissait d'un anévrysme volumineux de la partie moyenne de la fémorale. Au bout de huit jours, la tumeur était grandement améliorée, moins grosse, plus ferme et moins pulsatile. Tout permettait de compter sur une guérison prochaine, lorsque le malade, effrayé par la mort d'un de ses voisins qui avait été frappé par le choléra, voulut absolument quitter l'hôpital. Dans le cas de M. Depaul, l'anévrysme occupait le jarret. On fit la *compression en deux temps*, et, au bout de quatre jours, la tumeur, entièrement solidifiée, avait définitivement cessé de battre. Je ne puis m'étendre plus longuement ici sur ces deux faits importants, dont l'un est actuellement soumis à l'appréciation de la Société de chirurgie. J'espère qu'ils contribueront à faire prévaloir en France la méthode compressive, complétement abandonnée dans notre pays depuis 1825.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

Il n'a été fait dans cette séance aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet : *a.* Différentes communications relatives à des remèdes secrets et nouveaux adressées par MM. *Portet*, *Crucq*, de Lemberg (Silésie), *Guy-Gauthier*, *Lartaud*, *Chevallier*, madame *Engisch*, M. *Léonard-Frédéric Dürr*, de Kempten (Bavière), M. *Michel*, de Munich, M. *Lasnet*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b.* Cahier d'observations sur le valérianate de zinc dans le choléra, par M. le docteur *Ourgaud*. (*Commission du choléra.*) — *c.* Rapports de MM. les docteurs *Goupil*, *Donon*, *Dufour* et *Houzelot*, sur les moyens qu'ils ont employés pour combattre le choléra dans le département de Seine-et-Marne. (*Commission du choléra.*) — *d.* Demande d'autorisation pour exploiter une fabrique d'eaux minérales à Lyon, par le sieur *Pion*. (*Commission des eaux minérales.*)

2. Communication relative à la nature et à la thérapeutique du choléra, par MM. *Vitry*, *Antoine* et *Ignace Séverin*, de Mirecourt.

3. Observation de monomanie, suivie de considérations médico-légales sur cette maladie, par M. le docteur *Lionet*, médecin de l'hôpital de Corbeil. (*Comm.*, MM. Ferrus et Baillarger, rapporteur.)

4. Note sur la curabilité du cancer, par M. le docteur *Rémy*, de Châtillon-sur-Marne. (*Comm.*, M. Barth.)

5. Mémoire adressé pour le concours des prix de l'Académie, année 1855. Ce mémoire prendra le n° 1.

M. *Jobert* remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence de ses séances ; il propose de voter des remercîments à son honorable prédécesseur M. *Rostan*, et à M. *Gibert*, qui vient de remplir pendant sept années consécutives la place de secrétaire annuel. M. Jobert rend ensuite compte de la réception qui a été faite aux Tuileries et au ministère de l'instruction publique au bureau et à la députation de l'Académie, à l'occasion du jour de l'an.

M. le président fait ensuite part à l'Académie de la mort de M. le professeur *Requin*, membre résident, et de celle de M. *Rigolo*, membre correspondant à Amiens.

M. *Depaul* remercie à son tour l'Académie de l'avoir appelé aux fonctions de secrétaire annuel.

Valeur du microscope. — Suite de la discussion.

M. *Dubois*, d'Amiens, lit au nom de M. *Hervez de Chégoin* un mémoire sur la curabilité du cancer. — M. Hervez de Chégoin pense que, malgré les dissidences qui se sont produites au sujet de la curabilité du cancer dans la discussion actuelle, à l'Académie de médecine, il est possible de trouver dans les considérations mêmes qui ont été émises et dans les faits qui ont été rapportés, le moyen d'asseoir sur des bases raisonnables la conduite qu'on doit tenir dans le traitement chirurgical du cancer. On est tellement accoutumé à considérer le cancer comme incurable que toutes les observations de guérison durable paraissent douteuses, pour ne pas dire erronées. M. Hervez de Chégoin a cependant suivi pendant plus de trente ans des malades opérées de tumeurs considérées comme cancéreuses, et qui n'ont point récidivé ; il est vrai de dire que le microscope n'avait pas été appliqué à l'examen de ces tumeurs. M. Hervez de Chégoin insiste sur cette particularité que les cas de guérison cités par M. Velpeau ont eu lieu précisément après des récidives multipliées, après la quatrième, la cinquième et la sixième opération. Est-ce que par hasard cette récidive serait une condition indispensable pour arriver à une cure définitive ? Cette idée, au premier abord, peut paraître extraordinaire ; mais elle conduit à des conséquences qui paraissent justes à M. Hervez, et il s'étonne que M. Velpeau les ait repoussées. La maladie, attaquée à son début, n'a pas été arrêtée dans un assez grand nombre de cas ; il a fallu que la maladie se renouvelât plusieurs fois pour qu'une dernière opération devînt efficace ; il a fallu qu'elle fût attaquée loin de son début pour être complétement détruite. En cherchant dans ses souvenirs et dans les cas rapportés à l'Académie, des exemples de guérison *d'emblée*, c'est-à-dire de cancers commençant, opérés une seule fois et guéris, M. Hervez de Chégoin trouve que les guérisons sont plus rares que celles de cancers déjà opérés.

L'auteur du mémoire répond ensuite à M. Velpeau au sujet de l'opinion que ce chirurgien a émise sur l'origine du cancer qu'il considère comme local. Je cherche vainement, dit-il, à concevoir comment une maladie primitivement locale, bornée, circonscrite, consistant dans une tumeur qu'on enlève complétement et au delà, comment cette tumeur, qu'on saisit à son point d'origine, peut se reproduire à une distance très grande ou dans les organes profonds, si elle ne tient pas à une cause générale. Je comprends moins encore, s'il est possible, comment une lésion extérieure, une contusion, par exemple, peut produire le cancer, c'est-à-dire une maladie qui tend incessamment à se reproduire loin du point d'action, qui n'a été qu'une cause bénigne, une lésion extérieure en un mot. M. Velpeau, pour appuyer son opinion, a passé en revue les différents organes, qui sont le plus souvent affectés de cancer, et il a montré que c'était précisément ceux qui étaient le plus souvent aussi exposés à quelques violences de causes mécaniques, comme les seins, le pharynx, le pylore, le côlon et le rectum, souvent en contact en effet avec des matières, qui, par leur consistance ou leur composition, peuvent devenir pour ces organes une cause répétée d'irritation. Mais, d'après M. Hervez de Chégoin, on peut tirer des remarques de M. Velpeau des conclusions bien différentes des siennes. Y a-t-il, par exemple, un organe plus tiraillé, plus distendu que le sein d'une nourrice qui a allaité cinq ou six enfants? Le cancer du sein cependant n'est pas plus fréquent chez les femmes qui ont nourri que chez celles qui n'ont jamais conçu. Dans un travail présenté à la Société de chirurgie, M. Hervez de Chégoin a publié des observations nombreuses qui conduisent justement à regarder les causes extérieures comme inhabiles à produire le cancer. Quant aux cancers des organes digestifs, dont M. Velpeau a remarqué la fréquence dans certains points qui sont plus que les autres exposés à des irritations répétées, soit par la nature, soit par la consistance des substances alimentaires qui les traversent, comme le pharynx, le côlon, etc., il existe, suivant M. Hervez de Chégoin, une cause d'erreur assez fréquente, c'est l'hypertrophie des fibres musculaires plus abondantes dans certaines régions, et qui simulent le squirrhe. Beaucoup de rétrécissements du pylore, du côlon et du rectum ne sont dus qu'à cette hypertrophie, sur laquelle M. Amussat a également insisté.

M. Hervez de Chégoin s'attache ensuite à réfuter les objections faites à l'opinion qui admet une cause générale au cancer. Il fait voir que d'autres maladies, qui reconnaissent indubitablement une cause générale, présentent des analogies qui satisfont la raison. C'est ainsi que, dans les scrofules, il arrive souvent que les symptômes disséminés sur les différentes parties du corps se limitent et se concentrent sur une seule, où ils produisent une désorganisation qui nécessite l'ablation de la partie malade, tandis que le reste du corps est depuis longtemps étranger à l'affec-

tion primitive, et l'expérience a si bien démontré cette vérité, qu'on base le succès de l'opération sur l'indépendance actuelle de l'état local et de l'état général. Le virus vénérien lui-même, certaines dartres, dont la cause est générale, viennent quelquefois à se borner ainsi à un seul point du corps, tandis que le reste de l'économie présente les signes d'une parfaite santé. Pourquoi n'en serait-il pas de même de la cause cancéreuse qui vient se déposer sur un seul point, s'y renouvelant jusqu'à ce qu'elle soit épuisée. M. Hervez de Chégoin ne croit pas à la formation d'un tissu nouveau, à une cellule de nouvelle création, mais à la modification des cellules naturelles dans leurs conditions physiques, par l'accumulation d'une substance de consistance et d'aspect divers qui constituent les différentes formes de cancer. Mais, l'ignorance où nous sommes du temps nécessaire à l'épuisement de cette cause, nous laisse dans l'incertitude du succès, d'une première ou d'une seconde opération et autorise ainsi à les multiplier, quand l'état local le permet et que l'état général le comporte également; en ayant bien soin de distinguer la véritable diathèse cancéreuse d'avec la cachexie qui peut exister chez un cancéreux, sans être cancéreuse elle-même. Enfin, M. Hervez de Chégoin se demande si le microscope appliqué à l'examen du cancer est actuellement d'une utilité réelle, en servant de guide à la pratique chirurgicale. Il arrive à cette conclusion que le microscope ne peut modifier en rien la conduite du chirurgien. Quelle est donc son utilité? Si sa décision est négative, il donne satisfaction et courage aux malades. Dans sa décision positive, il permet au chirurgien de porter un pronostic malheureusement trop souvent réalisé, mais avec quelques restrictions, et, en cas d'erreur, on accepte volontiers un démenti contre lequel on s'est prémuni et dont les personnes intéressées sont loin de se plaindre et d'en vouloir au médecin.

M. Hervez de Chégoin conclut de ce qui précède :

1° Que le cancer n'est pas constamment incurable;

2° Que le micrcoscope, si précieux pour quelques sciences, sans être indispensable au chirurgien, peut lui servir de guide, présente cependant quelques avantages dont il ne faut pas se priver.

M. *Robert.* Je prie l'Académie de vouloir bien m'excuser d'avoir pris de nouveau la parole dans cette discussion : mais il s'agit d'une question nouvelle et qui n'avait pas encore été solennellement discutée, d'une question qui intéresse au plus haut degré la chirurgie pratique; il s'agit de juger des travaux consciencieux et persévérants, de leur donner une impulsion nouvelle ou de les condamner peut-être à un fâcheux discrédit. Je croirais donc manquer à mon devoir si je ne venais réfuter diverses assertions émises à cette tribune et vous soumettre quelques éléments nouveaux d'appréciation. Je me bornerai d'ailleurs à l'examen de quelques-uns des points doctrinaux qui dominent la discussion et dans lesquels elle s'est aujourd'hui concentrée.

Une des questions fondamentales est assurément celle de savoir si, au point de vue anatomique, les éléments cancéreux admis par les micrographes sont doués de caractères spécifiques, c'est-à-dire des caractères de forme, de structure et de composition chimique qui les distinguent des autres éléments normaux ou pathologiques.

Au nombre des adversaires de cette spécificité, je trouve, en première ligne, M. Delafond, dont les arguments spécieux et présentés avec art ont produit dans cette enceinte une sensation marquée.

Notre collègue est partisan de la doctrine de Schwan sur la cellule unitaire, bien que cette doctrine ait été victorieusement combattue, et que, suivant l'expression même de M. Velpeau, *elle menace de disparaître de la science sérieuse.* Donc, suivant lui, toute l'organisation procède d'un seul et même élément, la cellule; et celle-ci se ressemble partout à elle-même. La seule différence qui la distingue dans les divers tissus, tient à la nature de la substance qu'elle contient, substance qu'elle a puisée dans le blastème ou liquide amorphe qui l'environne. D'après cette théorie, M. Delafond cherche à établir que la cellule dite cancéreuse n'a rien de spécifique dans ses attributs extérieurs; mais, comme en définitive, il ne peut contester la spécificité du cancer, il avance que cette cellule ne doit ses propriétés qu'au liquide ou suc cancéreux qu'elle renferme.

De ces deux propositions, la dernière est une simple vue de l'esprit sans démonstration, et dont je laisserai la responsabilité à notre collègue. Quant à la première, je vais la combattre, en me plaçant sur le terrain même que notre adversaire a choisi.

D'après M. Delafond, la forme de la cellule n'a rien de spécial et de constant; elle tient aux conditions diverses auxquelles elle est soumise de la part des tissus qui l'environnent. Ainsi, qu'elle se développe dans une trame organique molle et non comprimée par les tissus voisins, elle aura la forme sphérique ou ovoïde; qu'elle se trouve dans des conditions opposées, elle s'allongera plus ou moins, et prendra l'aspect d'un corps fusiforme, d'une fibre; ou bien elle s'aplatira et se convertira en une lame très mince.

Cette hypothèse peut séduire au premier abord; mais, à coup sûr, elle ne saurait soutenir le contrôle des faits. Qu'il me suffise de vous rappeler que, dans le squirrhe le plus dense, on trouve souvent la cellule cancéreuse avec la forme type, c'est-à-dire ovoïde ou sphérique, tandis que, dans l'encéphaloïde ramolli et même ulcéré, il n'est pas rare de voir des cellules allongées : dans les tumeurs épithéliales, libres de toute espèce d'entrave, telles qu'on les voit aux lèvres ou au col de l'utérus, on trouve des cellules aplaties; enfin, dans des tumeurs fibro-plastiques sous-cutanées et exemptes de compression, on voit des corps fusiformes. Tous ces faits sont évidents, incontestés, et je ne conçois pas que M. Delafond ait pu n'en pas tenir compte.

Notre collègue prétend aussi que le volume des cellules varie suivant les phases de leur développement, et qu'on ne saurait, par conséquent, l'invoquer pour caractériser les diverses espèces do produits pathologiques. Or, voulez-vous savoir jusqu'où peut conduire cette théorie, du reste entièrement dénuée de preuves? Tous les micrographes savent que les globules de pus sont beaucoup plus petits que les cellules du cancer; M. Delafond le reconnaît aussi. Mais comme, d'après lui, ces deux éléments doivent présenter la même organisation, il admet tout simplement que la cellule de pus *n'a pas eu le temps de se développer.*

Notre honorable collègue a fait passer sous vos yeux une série de dessins représentant des cellules cancéreuses, fibro-plastiques, et des globules de pus; puis, par un artifice que j'expliquerai tout à l'heure, il vous a démontré l'analogie de ces divers produits.

Je vous présenterai, à mon tour, divers dessins où sont représentées les formes types des éléments cancéreux, fibro-plastiques, épithéliaux, et les globules de pus. Ces dessins, exécutés par M. Lacerbauer, sous l'habile direction de M. Robin, sont l'expression la plus exacte de la vérité.

Les dessins que M. Robert fait passer sous les yeux de l'Académie représentent : 1° Les noyaux libres du cancer, l'élément le plus constant de ce produit morbide, et qui constituent à eux seuls un assez grand nombre de tumeurs désignées à cause de cela sous le nom de nucléaires. Ces noyaux sont volumineux, pyoïdes, constamment pourvus de un à trois nucléoles larges et brillants, quand on les étudie avec un grossissement de 500 à 600 diamètres;

2° Les noyaux fibro-plastiques plus allongés, moins volumineux, rarement pourvus de nucléoles, et que l'on rencontre moins souvent à l'état libre que les noyaux du cancer;

3° La cellule cancéreuse, caractérisée par son grand volume, par sa forme obronde, et surtout parce qu'elle contient toujours, au moins un noyau volumineux, pourvu lui-même de un à trois nucléoles;

4° La cellule fibro-plastique qui en diffère de la manière la plus évidente, par son petit volume, par sa forme très allongée, renflée en fuseau à sa partie moyenne, terminée en pointe fine à ses deux extrémités, et enfin par la petitesse et la forme allongée de ses noyaux;

5° La cellule épithéliale que M. Delafond a passée sous silence, et qui est facile à reconnaître à sa forme polygonale, et à la petitesse de son noyau, dont l'existence n'est même pas constante;

6° Enfin les globules de pus, caractérisés par leur forme exactement globuleuse, leur petit volume, leur aspect chagriné, leurs noyaux volumineux, et l'absence de nucléoles. Ici sont les globules de pyoïdes, ou globules sans noyaux, que fournit le pus des surfaces séreuses. M. Robert présente en outre deux dessins destinés à montrer l'action de l'acide acétique sur les globules de pus, action caractéristique qui, en faisant pâlir la cellule, met les noyaux plus en évidence.

Supposez, continue M. Robert, tous ces éléments placés à la fois sur l'objectif d'un microscope, et veuillez me dire s'il est possible de les méconnaître. Mais les êtres organisés ne sont pas assujettis à des formes constantes. Si, parmi ces dernières, il en est qu'ils affectent le plus souvent, il en est aussi d'exceptionnelles. Cette loi de variabilité des formes se retrouve non-seulement dans les grandes divisions des espèces animales, mais encore dans chaque être en particulier; elle se retrouve dans sa conformation extérieure aussi bien que dans ses éléments les plus intimes. Aussi les naturalistes qui étudient ces corps ont-ils pour principe de rechercher d'abord les formes les plus constantes qu'ils prennent pour types; puis ils placent les autres au second rang, et les considèrent comme des anomalies ou des aberrations.

Or, que penseriez-vous d'un anatomiste qui, voulant vous initier à la connaissance de l'organisation de l'homme, négligerait complétement les formes types et ne s'occuperait que des anomalies? C'est cependant ce qu'a fait M. Delafond; et c'est au moyen de cet artifice qu'il a cru pouvoir établir l'identité des cellules cancéreuses et fibro-plastiques, voire des globules de pus.

Ici M. Robert fait passer sous les yeux de l'Académie divers dessins représentant la cellule du cancer sous des formes insolites. — Ce sont d'abord des cellules très allongées : l'une est fusiforme, à un seul noyau; l'autre en contient deux; il en est qui sont irrégulièrement bifurquées. C'est ensuite une large cellule de cancer contenant plusieurs noyaux, ce qu'on a désigné sous le nom de plaque à noyaux multiples; une cellule mère qui emboîte une autre cellule; deux cellules se comprimant l'une

l'autre ; enfin une vieille cellule infiltrée de graisse. M. Robert fait encore remarquer des cellules de cancer ou d'épithélium que le hasard a fait présenter de face ou de profil sur le champ du microscope. Et cependant, dit-il, il est encore possible de les reconnaître toutes à leur volume et à la proportion relative de leurs noyaux.

Mais en admettant que, dans un cas donné, quelques cellules de cancer aient présenté des caractères douteux ou équivoques, ira-t-on pour cela contester à cet élément la spécificité de sa forme? A-t-on jamais avancé que l'examen isolé d'une cellule pût suffire au diagnostic d'une tumeur?

Si l'on rencontre de prime abord des formes insolites, il faut multiplier les recherches, examiner la pièce pathologique dans tous les points de son étendue, et, à coup sûr, on y découvrira des formes types qui mettront en évidence la nature vraie de l'altération.

J'arrive maintenant à l'objection la plus sérieuse qu'on ait adressée à la spécificité anatomique des éléments du cancer. On a dit que, dans plusieurs tissus normaux de l'économie, il se trouve des cellules ayant avec celles du cancer la plus grande analogie, si ce n'est une similitude complète. Produit d'abord par M. Virchow, cet argument jouit d'une certaine faveur en Allemagne. On le retrouve dans le *Manuel d'anatomie pathologique* de M. Forster, dans le *Traité d'histologie pathologique* publié très récemment par M. Wedl. Enfin il a été reproduit, dans le cours de cette discussion, par MM. Delafond et Velpeau. Suivant M. Virchow, les épithéliums pavimenteux de la membrane muqueuse des bassinets, de la vessie, des poumons, de la conjonctive, etc., ressembleraient beaucoup à la cellule du cancer ; et, il y a un an à peine, M. Michel, de Strasbourg, adressait à la Société de chirurgie un travail où il disait avoir trouvé la même analogie aux cellules de la moelle des os chez les jeunes enfants.

Ces faits m'ont d'abord paru graves; et j'ai eu à cœur de les vérifier tous par moi-même, afin d'en apprécier plus exactement la valeur.

Après avoir examiné comparativement, et à plusieurs reprises, des éléments recueillis sur des tumeurs cancéreuses, et sur les organes sains mentionnés plus haut, je n'ai pu conserver aucun doute sur la possibilité de les distinguer. Je reconnais, il est vrai, que si, dans cet examen, on se borne à constater les différences de *forme*, on peut quelquefois rester incertain. Mais si l'on prend aussi en considération le volume, la structure, et les caractères chimiques, il est très rare que l'on ne parvienne pas à une détermination précise et rigoureuse.

Après ce travail, je me suis demandé comment il se fait que des savants distingués, que des hommes versés dans les études histologiques, soient parvenus à des résultats si différents de ceux qu'on a signalés dans notre pays.

Cela ne tiendrait-il pas à la différence même des instruments qu'ils emploient, et à la faiblesse de leur grossissement?

Je conclus donc, et je dis que les objections élevées contre la spécificité anatomique des éléments du cancer sont moins fondées que spécieuses; et que, dans l'état actuel de la science, et pour des yeux exercés, ils peuvent toujours être distingués des autres éléments de l'organisation, soit normaux, soit pathologiques.

M. Velpeau, dans sa brillante improvisation, n'a que faiblement contesté ce point; mais il n'en a pas agi de même à l'égard de la spécificité de ces mêmes éléments, au point de vue de la pathologie et de la clinique; c'est de ce côté qu'il a le plus spécialement dirigé son attaque.

Notre savant collègue dit qu'on a trouvé la cellule cancéreuse dans des tumeurs qui n'étaient pas du cancer, et dont l'ablation a été suivie de la guérison sans récidive. A une première objection relative à l'insuffisance de la preuve déduite de l'absence de récidive, où M. Velpeau a répliqué que ce n'est point sur cette absence de récidive qu'il a fondé son diagnostic, mais bien sur la physionomie de la maladie, prise dans son ensemble, je réponds à mon tour que, si l'on analyse un à un tous les symptômes assignés par les cliniciens aux tumeurs cancéreuses, il n'en est pas un seul qui soit pathognomonique, pas un seul qui ne puisse tromper, surtout lorsque la cachexie manque, et que la généralisation ne s'est point encore manifestée. Les recherches microscopiques modernes, en nous apprenant à mieux distinguer la nature des tumeurs qu'on ne le faisait il y a douze ou quinze ans, nous montrent chaque jour que des symptômes réputés comme caractéristiques du cancer ne doivent plus être considérés comme tels, et qu'on les rencontre parfois dans des productions d'une tout autre nature.

M. *Robert* en cite deux exemples des plus frappants. Le premier est la rétraction du mamelon, dans les tumeurs du sein, considérée de temps immémorial comme un signe pathognomonique de l'existence du squirrhe, et qui se rencontre d'une manière très marquée dans une forme d'hypertrophie de la mamelle récemment décrite par M. Robin, laquelle rétraction consiste dans le développement exagéré des culs-de-sac glandulaires, avec atrophie des conduits excréteurs.

Le deuxième exemple est emprunté à la réunion de certains symptômes alarmants qui se sont rencontrés, à la connaissance de M. Robert, dans deux cas où il ne s'agissait que de tumeurs hypertrophiques.

M. Velpeau, dans une seconde proposition opposée à la spécificité clinique des éléments cancéreux, a avancé que ces derniers n'avaient point été trouvés dans des tumeurs réellement cancéreuses. Parmi les faits qu'il a cités se trouve, en premier lieu, cette fameuse tumeur du sein examinée par cinq micrographes, dans laquelle on n'a point trouvé d'éléments cancéreux, et qui, cependant, s'est comportée comme un cancer véritable. Mais quelle était donc la structure de cette tumeur? quelle était la structure des tumeurs secondaires, s'il y en avait? Cela méritait bien d'être mentionné, et je cherche en vain, dans le livre et dans les discours de M. Velpeau, ces renseignements indispensables.

M. Velpeau s'attache également à démontrer que des tumeurs qui, primitivement, ne renfermaient pas de cellules cancéreuses, ont récidivé après l'opération; et que les tumeurs secondaires étaient abondamment fournies de ces cellules. Il cite des faits de M. Mayor (de Genève), et c'est sans doute par mégarde : car il s'agit, dans la thèse de ce jeune confrère, de tumeurs de la verge ou des lèvres qui ont récidivé et amené la mort. On a trouvé des cellules cancéreuses dans les tumeurs secondaires; mais les tumeurs primitives qui avaient été enlevées pendant la vie n'avaient pas été examinées; par conséquent rien ne prouve qu'elles n'étaient pas cancéreuses elles-mêmes.

M. Velpeau rapporte plus loin une observation de M. Richet, qui lui paraît très concluante. C'est celle d'un marchand de bois affecté d'une tumeur des fosses nasales. Pour ma part, je la trouve si incomplète, que mes convictions n'en sont nullement ébranlées.

Notre éminent collègue réserve pour la fin une observation qui lui semble la plus décisive. C'est celle de la double tumeur des mamelles, cancéreuse d'un côté, non cancéreuse de l'autre. On n'y trouve pas la preuve de ce que M. Velpeau avance. On y voit : 1° au sein gauche, une tumeur que notre collègue a regardée comme non cancéreuse, et qui, examinée après la mort, contenait des éléments de cancer; 2° au sein droit, au contraire, une tumeur qu'il regardait comme squirrheuse, et qu'on a trouvée libre de tout élément cancéreux. Mais, en vérité, qu'est-ce que cela prouve, si ce n'est l'incertitude des renseignements fournis par la seule observation clinique? J'abandonne ce sujet pour aborder des questions plus immédiatement applicables à la pratique.

Je vais faire intervenir deux mots que je n'ai pas encore prononcés, et qui constituent le point culminant de cette discussion : je veux parler de la bénignité et de la malignité des tumeurs. La détermination de ces deux manières d'être, aidée par les notions de structure intime et d'histologie, ne leur est point rigoureusement subordonnée; et d'une autre part, elle domine de si haut la pratique, qu'on aurait bien vite à se demander si, au lieu de chercher à classer les productions morbides très scientifiquement, et suivant les principes de la méthode naturelle, il ne vaudrait pas mieux les distinguer tout simplement en bénignes et malignes, c'est-à-dire se préoccuper beaucoup plus de leur évolution et de leur pronostic que de leur structure.

Si j'étais mis en demeure de choisir entre ces deux manières d'envisager les faits qui nous occupent, je pourrais regretter assurément la classification anatomique ; mais j'accepterais sans hésiter la base clinique.

Mais une telle alternative n'est rien moins que nécessaire, à la condition expresse qu'on introduise dans les mots et dans leur emploi une réforme impérieusement commandée. Il ne faut plus associer, comme l'ont fait jusqu'à ce jour partisans et adversaires du microscope, les idées de bénignité et d'homœomorphisme, de malignité et d'hétéromorphisme; c'est là qu'est la source de la confusion, la barrière malencontreuse qui sépare les anatomistes et les cliniciens.

On ne saurait trop le répéter, toutes les tumeurs peuvent être bénignes ou malignes relativement. Un squirrhe vrai qui reste huit ou dix ans et plus sans s'ulcérer, sans engorger les ganglions, sans causer ni douleur ni cachexie; qui, après avoir été enlevé, ne reparaît plus ou ne récidive qu'après plusieurs années, est extérieurement bénin, si on le compare à certain encéphaloïde qui parcourt toutes ses phases et fait périr le malade en moins d'une année.

Le même raisonnement est applicable aux tumeurs épithéliales et fibro-plastiques, et à d'autres tumeurs peut-être encore peu connues, qui jouissent du funeste privilége de repulluler après l'ablation.

Je vais plus loin: un squirrhe tel que je viens de le décrire est beaucoup moins malin, sans contredit, qu'une simple tumeur adénoïde d'un volume considérable, ulcérée et fournissant une suppuration abondante et fétide.

Ainsi donc, si les caractères tirés de la structure sont stables et faciles à constater dans la majorité des cas, rien n'est au contraire plus variable et incertain que la notion puisée dans la seule évolution des produits morbides ; et chaque jour nous recevons des démentis quand nous cherchons à prévoir si une tumeur sera bénigne ou maligne, guérissable ou mortelle.

Nous devons donc toujours poser deux problèmes, résoudre deux questions : la structure, le pronostic.

N'allez pas croire qu'il y ait antagonisme entre ces deux solutions importantes, et que la première exclue la seconde. A mon avis, on ne serait nullement excusable de n'en chercher qu'une. Faut-il davantage se préoccuper de savoir celle qui doit avoir la suprématie sur l'autre, et s'enorgueillir de ce qu'on aura plus facilement démêlé la composition élémentaire que prévu l'issue ultérieure, ou réciproquement? Point du tout. Il ne s'agit pas d'établir la prééminence, mais uniquement la priorité de l'une de ces deux idées dans la série d'actes intellectuels que suscite l'observation d'une maladie. Or, il ne saurait y avoir doute à cet égard; la science du présent doit passer avant celle du futur, le diagnostic anatomique avant le pronostic. Cette manière de voir me rallie également aux anatomistes et aux cliniciens, dont les efforts aboutissent en définitive au même résultat. Que font les anatomistes cliniciens? Ils remarquent que telle tumeur reste longtemps en place sans porter une atteinte grave à l'organisme, que telle autre ne peut point guérir spontanément; que la première est généralement plus bénigne que la seconde, etc., etc. Ils constituent mentalement ainsi toute l'histoire de la maladie, posent les chances bonnes ou mauvaises, puis, en définitive, quand vient le moment de prendre un parti, ils opèrent ou s'abstiennent.

Que fait donc de plus le clinicien pur? En quoi pose-t-il mieux les indications? Son jugement est-il, par hasard, mieux assis sur des traditions d'une valeur douteuse et sur l'empirisme, qu'il ne le serait sur des notions plus complètes, plus exactes?

En résumé, choisir pour base de la classification des tumeurs la composition anatomique et la structure est à la fois plus philosophique et conforme à la vraie science.

Ce point de départ est plus propre, en certains cas, à éclairer le pronostic et à guider la pratique. Dans les cas douteux, il n'entraîne avec lui aucun inconvénient, et ne saurait jamais conduire dans une voie périlleuse.

Si, pour la plupart d'entre nous, le microscope a détruit bien des illusions sur la curabilité du cancer vrai, il nous a révélé la possibilité de guérir des maladies que souvent autrefois on abandonnait à leur marche funeste.

Les recherches faites au moyen de cet instrument ont réalisé un immense progrès dans l'étude des productions accidentelles; et si la lumière doit un jour devenir complète sur ce point si important, une grande part de gloire en reviendra à ceux qui ont apporté, à ces travaux difficiles, une louable ardeur et une persévérance digne d'encouragement.

Présentations. — *Kyste butyreux*. — M. *Maisonneuve* présente à l'Académie une jeune femme qui portait à la face une tumeur volumineuse recouvrant principalement un des yeux et le nez. A l'Hôtel-Dieu, où la malade avait été d'abord admise, on avait pensé à l'existence d'une tumeur encéphaloïde, et l'on n'avait pas cru devoir procéder à une opération. Cette opinion avait été partagée d'abord par M. Maisonneuve; mais il arriva qu'il s'échappa de la tumeur, par le nez, un peu de matière butyreuse. M. Maisonneuve reconnut alors qu'il avait affaire à un véritable kyste butyreux, et, par la malaxation, il fit sortir par la tumeur gros comme les deux poings de cette matière butyreuse. L'opération a été faite il y a quinze jours à peine, et déjà le visage a repris sa régularité.

Lipôme mélangé de parties stéatomeuses. — M. *Jobert* présente un volumineux lipôme mélangé, en certains points, de matière stéatomateuse. Il considère les portions stéatomateuses comme le résultat de la condensation du lipôme lui-même dans quelques-unes de ses parties. La tumeur occupait le creux axillaire et la partie interne du bras; son poids était de 4 kilogrammes 1/2 environ, et elle avait été portée par la malade depuis plus de trente ans. Mais, dans ces derniers temps, un travail inflammatoire survint; la tumeur s'ulcéra; la gangrène apparut en certains points. L'extirpation a mis ordre à tous ces accidents.

De la guérison des tumeurs lacrymales par la compression. — M. *Bonnafont* présente à l'Académie un jeune militaire chez lequel il a obtenu la guérison d'une tumeur lacrymale au moyen d'un appareil compresseur de son invention.

La séance est levée à cinq heures moins dix minutes.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Deux observations de dystocie dues, la première au développement énorme des reins, par M. Siebold, de Göttingen; **la seconde à un foie carcinomateux,** par M. Nœggerath.

Parmi les cas de dystocie (voy. *Gaz. hebd.*, nos 4 et 5), les maladies des reins chez le fœtus sont à peine indiquées. Pour combler cette lacune, nous citerons presque en entier le travail de M. Siebold, de Göttingen, où sont consignés, avec le nouveau fait, ceux qui ont été observés en Allemagne.

Obs. I. — Sophie O..., vingt et un ans, enceinte pour la première fois, s'est toujours bien portée depuis le milieu d'avril 1852 jusqu'au commencement de novembre de la même année. Vers cette dernière époque, elle perdit une grande quantité d'eau. Que ces eaux fussent les véritables, c'est ce que l'on ne peut préciser, attendu que quatre semaines plus tard la poche des eaux, au moment de l'accouchement, était intacte. Le travail commença le 3 décembre, à six heures du matin.

Présentation de la tête, dans une position qui ne peut être déterminée. Tout ce que l'on sentait, c'était une distension assez forte de la fontanelle. L'auscultation permit de distinguer les bruits du cœur. Les douleurs augmentèrent de plus en plus, la dilatation marcha régulièrement, et à quatre heures trois quarts du soir la tête avait franchi l'orifice.

Le cordon, enroulé autour du cou, fut facilement passé par-dessus la tête. Malgré des contractions énergiques de l'utérus, l'enfant ne se dégageait pas. En introduisant un doigt le long de l'épaule, on dégagea les bras, qui étaient très grêles.

Au moyen de tractions répétées, on parvint à la fin à extraire le corps du fœtus, qui était du sexe féminin. Ce corps n'était composé, pour ainsi dire, que de l'abdomen. Ce dernier mesurait 17 pouces de circonférence; depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à la symphyse, 8 pouces. Il pesait 7 livres 1/4; sa longueur était de 17 pouces; la circonférence de la tête de 14 pouces. Les extrémités inférieures, comme les supérieures, étaient très grêles. Il n'avait, à sa sortie, exécuté que quelques inspirations, puis il succomba aussitôt.

La délivrance s'opéra quelques instants après, et les suites de couches furent bonnes.

Autopsie, vingt-quatre heures après. — A l'ouverture de l'abdomen, quelques cuillerées d'une sérosité citrine. — On rencontre deux énormes tumeurs, qui laissent entre leurs interstices passer quelques anses intestinales. — On reconnut tout de suite que c'étaient les reins.

Les deux reins pèsent 1 kilog. Chaque rein a 6 pouces de long, 4 pouces de large, 3 pouces d'épaisseur.

Ils présentent des circonvolutions assez semblables aux hémisphères cérébraux. L'enveloppe cellulaire est dépourvue de graisse, la capsule est très tendue et fortement adhérente à la surface des reins. Lorsqu'on enlève cette capsule sur divers points, on trouve la surface du rein d'une coloration normale, mais très molle, à cause d'un état granulaire très fin. Çà et là on voit à l'œil nu de petits kystes contenant une sérosité transparente. La coupe, comme on la pratique ordinairement, montre à l'intérieur une texture différente de la texture normale. On ne peut pas distinguer la substance corticale des pyramides, mais la plus grande partie du rein consiste en de petits kystes qu'on distingue encore à l'œil nu; il en est d'autres plus grands, qui ont un diamètre de 1/2 à 3/4 de ligne.

Le contenu des petits kystes est transparent; ils sont serrés les uns contre les autres. A la surface du rein, ils sont entièrement petits, en approchant du hile ils s'agrandissent, et remplacent le tissu propre tout entier. Les calices et les bassinets sont proportionnellement agrandis, les calices forment de vastes culs-de-sac, dans lesquels aucune papille pyramidale ne fait saillie.

Les uretères sont d'une épaisseur normale et perméables à leurs deux extrémités. La vessie est contractée, vide, l'urètre normal. Les capsules surrénales sont aplaties et atrophiées.

Examen microscopique. Dans les parties où l'on ne distingue pas à l'œil nu des kystes, et où le tissu solide est mou et spongieux, on trouve: 1° Des canaux urinaires en forme de spirale, distendus d'une manière régulière et fusiforme. Leur texture est normale, le tissu cellulaire environnant est rare et vascularisé: à côté d'eux on aperçoit des corpuscules de Malpighi. 2° Des canaux urinaires distendus en forme de vésicules. Un petit canal urinaire d'un diamètre de 1/10e de ligne, se dilate subitement en une poche ronde de 1/100e de ligne de diamètre. Toutes ces petites vésicules ont la même texture que les canalicules. Elles sont formées par une membrane homogène et fondamentale, et de l'épithélium pavimenteux; elles contiennent une substance liquide transparente; et, dans quelque direction qu'on les observe, on peut voir la poche dans toute son épaisseur. 3° Les plus petits de ces kystes, visibles à l'œil nu, sont constitués de même par des canaux urinaires dilatés. Mais ici l'on trouve plus difficilement le canal d'entrée et de sortie. Le tissu cellulaire environnant s'est modifié en couches fibreuses servant de parois aux kystes. 4° Les kystes plus grands sont fermés de toutes parts. Plus de traces de canaux urinaires. Leurs parois sont d'une texture fibreuse. Tous ces kystes se laissent facilement énucléer.

— Ces reins rentrent dans la catégorie de ceux que Förster (*Lehrb. der pathol. Anat.*, 3. Aufl. Janv. 1853, 8, p. 406) décrit

sous le nom de *reins de fœtus vésiculaires* (Cruveilhier, livre VI, planche 6, et M. Verneuil, *Gaz. hebd.*, n° 5).

Outre cet état pathologique, il y avait encore un commencement d'hydrocéphale, d'où provenait la dilatation des sutures et des fontanelles.

Œsterlen a publié un cas semblable (*Neue Zeitsch. f. Geburtsk.*, Bd. 8, p. 384) dont les planches pourraient servir pour le cas présent. D'autres ont été décrits par : Osiander (*Gemeine Zeitsch. f. G.* Bd. 1, 1826, p. 167), Mansa (Ed. v. Siebold's *Journal f. G.* Bd. 15, 1836, p. 683), Höring (*Wurtemb. Med. Correspond. blatt.*, Bd. 7, p. 126).

Dans le cas de Mansa, la sage-femme, en faisant la traction, arracha la tête ; l'accoucheur, en se servant des crochets, arracha les deux bras, et, malgré cette mutilation, il fut obligé de pratiquer l'éventration du fœtus.

Dans le cas de Höring, l'un des chirurgiens appelés avant lui avait coupé l'enfant par morceaux, et, malgré l'ablation de la tête et de la poitrine, il ne peut enlever le restant du corps.

Höring, en touchant, trouva ce qui restait des côtes et des vertèbres dorsales de l'enfant ; il put facilement l'enlever avec les mains. En les introduisant de nouveau, il retira une masse énorme de chair qu'il prit d'abord pour le placenta dégénéré, mais qu'il reconnut être le rein droit. Une troisième introduction lui permit d'atteindre une partie recouverte de peau, et qu'en ramenant au dehors il reconnut être la seconde moitié de l'enfant.

Haase (*Neue Zeitschr. f. G.* Bd. 11, p. 562) cite encore un cas de dystocie par le volume du ventre, mais provenant d'un foie volumineux. (*Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten*, septembre 1854.)

Obs. II. — Cette observation est tirée de la polyclinique de M. Kilian, et rapportée par M. Noeggerath.

Le 8 septembre 1854, à onze heures du matin, je fus appelé, dit l'auteur, chez la femme B....y, et la trouvai dans de violentes douleurs. Cette femme était d'une constitution athlétique. Le travail avait commencé, d'après le dire de la sage-femme, à quatre heures du matin. La dilatation du col et la descente de la tête dans la cavité du bassin avaient marché rapidement et facilement. Arrivée là, elle n'avança plus, malgré de fortes contractions. Au toucher, on reconnut une forte tête dans la première position, placée plutôt dans une direction transverse que diagonale. Quant au bassin, il était bien conformé.

Malgré la période avancée du travail, la matrice était encore très distendue, et cependant les eaux ne paraissaient pas s'y trouver en trop grande quantité. — Une heure après, la tête avait fait un progrès insensible, mais les forces s'épuisant, je me décidai à appliquer le forceps. — L'application fut facile ; il n'en fut pas de même de l'extraction. — Malgré de fortes contractions et de violents efforts de la part de la femme, je fus obligé d'employer des tractions très énergiques pour amener la tête, quoique le périnée n'opposât aucune résistance. Il n'existait pas d'enroulement du cordon ; après la sortie de la tête, il n'y eut pas d'écoulement d'eau. D'après les renseignements fournis par la sage-femme, l'enfant était mort depuis dix jours, ce qui fut confirmé par l'aspect de la tête. Treize minutes s'étant écoulées et les épaules ne venant pas, j'exerçai de nouvelles tractions de toutes mes forces, mais en vain. Je fus obligé d'introduire mes doigts en forme de crochets sous les épaules, et en employant toutes mes forces, je parvins à faire l'extraction.

La masse principale du fœtus était formée par l'abdomen, qui présentait le quadruple de son volume normal. — Le reste du corps était bien conformé. — La délivrance s'opéra d'après les règles.

Autopsie six heures après la naissance. Poids de l'enfant, 8 livres ; longueur, 17 pouces. — Coloration rougeâtre de la peau, taches bleuâtres. A l'ouverture de la cavité abdominale, immédiatement sous la peau, je trouvai une tumeur d'un rouge clair, d'un aspect carniforme, qui s'étendait depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à la symphyse pubienne, et occupait l'espace des deux épines iliaques antérieure et supérieure, de telle façon qu'elle recouvrait tous les organes abdominaux. C'était le foie. Il pesait 2 livres 1/4, mesurait 8 pouces 3/4 en largeur, de bas en haut 6 pouces, et en épaisseur 3 pouces. Son aspect général était d'un rouge marbré, et mamelonné de distance en distance. La forme générale du foie n'était pas changée. Il existait des points indurés, surtout évidents aux bords, et à la coupe, le tissu était plus mou qu'à l'état normal. Le tissu propre du foie se rencontrait de distance en distance, mais dans sa plus grande partie il était remplacé par une masse hétéromorphe semblable à la substance grise de l'encéphale.

L'examen microscopique démontra la nature carcinomateuse du foie. Les autres organes ne présentaient rien d'anormal.

Influence de la diathèse cholérique sur le moral de l'homme, par J. Charles Ackinson. — **Du choléra chez les aliénés**, par W. Lauder-Lindsay (d'Édimbourg).

Le choléra, comme d'autres affections toxico-hémiques, en particulier la fièvre typhoïde, peut donner naissance à la folie. Dans une note publiée après 1849, M. Delasiauve en signale plusieurs cas de formes diverses, survenues pendant la convalescence de cette funeste maladie. L'épidémie encore régnante lui en a également fourni des exemples.

Ici la question est envisagée, par l'un et l'autre auteur anglais, sous des aspects différents. Selon M. Ackinson, l'infection cholérique occasionne chez ceux qu'elle envahit une fâcheuse apathie. L'esprit conserve sa lucidité et, jusqu'à un certain point, son aptitude ; mais il existe, relativement à l'invasion délétère et aux préservations qu'elle nécessite, une absolue indifférence, une sécurité inébranlable. Le malade n'imagine pas que sa santé soit altérée. S'il a de la diarrhée, le soulagement consécutif aux évacuations suffit pour lui enlever toute crainte. Il résiste aux avis comme aux traitements. Le dénoûment est alors, la plupart du temps, tragique.

Le meilleur moyen de conjurer cet état et ses suites est de violenter les individus. On cite un soldat instantanément guéri par le médecin de son régiment, qui s'était avisé de le rudoyer, le taxant de poltronnerie et le renvoyant brutalement à son poste. M. Ackinson se loue beaucoup d'avoir, dans les circonstances indiquées, en usant de procédés analogues, suscité, par un langage ferme et une attitude sévère, des émotions salutaires, et contraint les malades à suivre une médication indispensable. (*The Lancet*, 28 oct. 1854.)

M. Lindsay examine, lui, les caractères et la marche du choléra chez les insensés. D'après les observations, malheureusement restreintes, par lui recueillies dans l'asile de Dumfries, le mal offrirait des particularités dignes d'attention. L'invasion, d'abord, en serait ordinairement subite. Point de diarrhée prémonitoire, ce qu'explique peut-être l'uniforme régularité du régime dans les établissements spéciaux ; en second lieu, les symptômes, même alors qu'ils sont graves, ne sont pas toujours nettement accusés. Les douleurs, les crampes étant dissimulées par l'insensibilité ou l'obtusion mentale et ne provoquant point de plaintes, on ne découvre souvent l'état cholérique qu'à une période avancée. Cela arrive surtout quand les accidents surviennent la nuit, les surveillants étant tout étonnés, le matin, de trouver les patients souillés des matières rendues. D'ailleurs, les évacuations, rarement excessives, sans analogie avec l'aspect du riz, seraient en général bilieuses, muqueuses ou alimentaires, comme dans la diarrhée simple ou la dyssenterie, caractère confirmé par l'examen microscopique qui démontre la prédominance des globules graisseux ou des corpuscules muqueux et purulents.

Le collapsus est également moins profond, la cyanose moins prononcée ; ce qui n'empêche pas, toutefois, le danger d'être extrême, puisque, sur 454 cholériques signalés dans les asiles d'aliénés de la Grande-Bretagne, le chiffre des décès s'est élevé à 311, et qu'en moyenne la mort a eu lieu en sept ou huit heures. Peut-on en être surpris, quand on songe à l'état physique et moral des aliénés, à la difficulté de les astreindre à un traitement convenable ?

M. Lindsay n'accorde point aux conditions hygiéniques une influence protectrice aussi grande qu'on le suppose généralement. Ni l'isolement, ni les dispositions sanitaires ne sont une barrière au fléau. Dans les précédentes épidémies, les établissements qui avaient été épargnés ont été atteints dans celle-ci. Il prend ses victimes dans toutes les classes, en dépit des précautions, dont l'effet semble propre plutôt à mitiger et à diminuer la contagion qu'à la prévenir.

Ces données ont sans contredit leur valeur, et doivent figurer parmi les éléments de solution du problème ardu que présente le choléra ; mais on conçoit que, pour acquérir une autorité définitive, elles auraient besoin d'être appuyées par de plus nombreuses investigations. (*Association Medical Journal*, 27 oct. 1854.)

De l'ammoniaque que contient l'air expiré dans le cours des maladies, et en particulier dans l'urémie, par le docteur W. Reuling ; thèse inaug., Giessen, 1854.

Déjà plusieurs fois la *Gazette hebdomadaire* a entretenu ses lecteurs de la doctrine de l'urémie. Suivant la théorie dont M. le professeur Frerichs (de Breslau) a été un des plus ardents promoteurs, la source des principaux accidents de la maladie de Bright consisterait dans la rétention de l'urée dans le sang et sa conversion en carbonate d'ammoniaque ; ce dernier produit, suivant M. Frerichs, se retrouve alors à la surface de la membrane muqueuse du tube digestif et dans l'air expiré. Dans d'autres numéros du journal, nous avons vu que cette théorie avait déjà été réfutée par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons MM. Falck et Zimmermann en Allemagne, Bence Jones en Angleterre. M. le docteur Reuling vient de nouveau de soumettre cette théorie au creuset de l'expérience. Voici le résumé de ce travail, que nous empruntons à l'auteur lui-même.

1° L'air expiré contient, à l'état normal, une petite quantité d'ammoniaque.

2° La proportion de la quantité d'ammoniaque contenu dans l'air expiré varie suivant la proportion du même principe que renferme l'air inspiré.

3° Chez l'homme sain, la muqueuse pulmonaire n'est le siége d'aucune absorption ou excrétion d'ammoniaque.

4° Le sang frais, chez l'homme sain, ne renferme pas d'ammoniaque ; mais, quand il cesse de circuler dans les vaisseaux, il se développe dans son intérieur des produits ammoniacaux.

5° La quantité d'ammoniaque contenue dans l'air expiré augmente quelquefois dans les maladies suivantes : la carie dentaire, l'angine tonsillaire terminée par suppuration, le typhus, la pyémie, l'urémie, probablement aussi certains cas de choléra et de scarlatine.

6° L'augmentation de la quantité de l'ammoniaque dans l'air expiré se rencontre dans l'urémie ; cependant ce n'est pas là, à beaucoup près, un signe pathognomonique.

7° La formation de l'ammoniaque dans le sang est la cause la plus fréquente de l'urémie, mais non la seule.

8° L'urémie n'est pas une maladie spéciale.

Tels sont les résultats auxquels notre confrère allemand a été conduit par de nombreuses recherches cliniques et chimiques entreprises sous la direction du professeur J. Vogel (de Giessen). Disons quelques mots sur la méthode suivie par l'expérimentateur. Le papier rouge de tournesol ne lui ayant pas paru assez sensible, M. Reuling a eu recours à un autre moyen : c'est un papier à lettres ordinaire, auquel on enlève d'abord tout le fer ou la chaux qu'il renferme, et qu'on enduit ensuite du liquide suivant : 8 à 10 grammes de bois d'indigo fraîchement divisé sont mis dans un mélange de 4 onces d'alcool, 12 onces d'eau avec addition de 16 à 20 grains d'alun qui ne renferme aucune trace de fer ; on ajoute en outre à ce liquide de 12 à 16 grammes de chlorure de calcium fondu. On verse dans le liquide ainsi préparé une petite quantité d'acide chlorhydrique, suffisante pour rougir légèrement le papier de tournesol. Le papier doit être rosé, d'un rouge uniforme, rapidement desséché et tenu renfermé à l'abri du contact de l'air et de la lumière. Pour l'employer, il suffit d'en couper un petit fragment et de l'approcher de la bouche de l'individu sur lequel on veut expérimenter. M. Reuling a pu se convaincre que, toutes les fois que la proportion d'ammoniaque contenue dans l'air expiré ne dépassait pas la quantité normale, il fallait au moins quinze expirations pour donner au papier une couleur bleue marquée ; quand l'ammoniaque est en excès, le papier devient bleu au bout de quatre ou cinq expirations.

Ce travail, fait avec beaucoup de soin, a été couronné par la Faculté de médecine d'Heidelberg.

Nouveau signe pronostique dans l'ictère grave, par le docteur Cathcart Lees.

Les anciens auteurs ont signalé depuis longtemps une forme particulière d'ictère idiopathique se terminant fréquemment par la mort, et l'avaient, pour cette raison, désigné sous le nom d'*ictère malin*. Tout en reconnaissant l'existence de cette forme grave de jaunisse, les pathologistes du siècle dernier étaient demeurés dans l'ignorance de la cause réelle des accidents graves qui la caractérisent. En Allemagne et en Angleterre on a voulu, depuis quelques années, trouver dans une altération particulière du foie, l'atrophie aiguë (voyez *Gazette hebdomadaire*, 1853, t. I, n° 7, p. 87), la raison d'être de ces accidents. Tout en étant porté à placer le caractère anatomique de l'affection dans une altération particulière de l'élément sécréteur de la glande hépatique, nous devons cependant faire remarquer que l'observation clinique n'a jusqu'ici fait connaître aucun symptôme propre à établir le diagnostic de la forme de l'ictère malin; et, par conséquent, nous demeurons dans l'ignorance d'un phénomène capable d'éclairer le pronostic. Le docteur Cathcart Lees croit trouver dans une altération spéciale des urines un élément nouveau de diagnostic et de pronostic. Par l'examen de plusieurs faits, l'auteur établit que, dans l'ictère accompagné de symptômes cérébraux, on ne rencontre dans l'urine aucune trace d'acide cholique ou de ses composés ; au contraire, dans l'ictère simple, celui qui reconnaît si fréquemment pour cause un obstacle au libre cours de la bile dans les canaux excréteurs, l'acide cholique existe en abondance dans l'urine. Malheureusement, la constatation de cet acide dans l'urine exige des opérations chimiques multiples assez difficiles, et par conséquent impraticables pour le praticien. Aujourd'hui, à une époque où la chimie s'occupe si activement de la simplification de ses procédés d'analyse, il faut espérer que ce caractère, s'il existe réellement, comme l'indique M. Cathcart Lees, sera bientôt mis à la portée de tous. (*Dublin Quart. Journ. of Med. Science*, n° 36, nov. 1854, p. 298.)

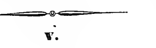
Éclampsie observée chez une femme accouchant pour la cinquième fois et ayant eu antérieurement des attaques éclamptiques à son premier et à son troisième accouchement ; par le docteur Lumpe.

Depuis l'époque où les travaux de M. Lever firent découvrir la présence de l'albumine dans les urines des femmes récemment accouchées et atteintes d'éclampsie, l'attention a été fixée sur l'état anatomique des reins. Quelques auteurs ne veulent voir dans l'éclampsie qu'une conséquence d'une lésion rénale, d'une néphrite albumineuse aiguë ; d'autres prétendent, au contraire, que ces deux ordres de phénomènes ne sont que des effets de coïncidence, et nullement d'une relation directe de cause à effet. Dans cette situation, il est du devoir de la presse médicale d'enregistrer les faits qui viennent à l'appui de l'une ou l'autre opinion ; aussi avons-nous cru que l'observation de M. Lumpe méritait d'être soumise à nos lecteurs. Voici, en résumé, l'observation telle que notre confrère allemand l'a communiquée à la Société impériale et royale des médecins de Vienne.

Obs. — Une femme accouche cinq fois. Le premier, le troisième et le cinquième accouchement sont marqués par des convulsions éclamptiques que la malade décrit avec une grande exactitude. Au dernier accouchement, l'éclampsie survint peu après l'expulsion du fœtus, et se termina rapidement par la mort. L'urine contenait une grande quantité d'albumine. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'arachnoïde opaque, épaissie ; une couche d'un jaune verdâtre puriforme infiltrait les mailles de la pie-mère à la convexité du cerveau. Le rein gauche, plus volumineux que dans l'état normal, était mou et friable ; la substance corticale, épaissie, anémique, était infiltrée d'un dépôt blanchâtre qui se remarquait à la surface convexe sous forme de petits grains durs du volume d'une tête d'épingle. Le rein droit était atrophié, du volume d'un œuf de pigeon, criblé de cicatrices à sa surface ; son tissu ferme et dense.

M. Lumpe a tiré les conclusions suivantes du fait clinique et des lésions anatomiques. L'altération du rein droit a été la cause des attaques éclamptiques qui ont signalé les premiers accouchements, et l'altération du rein gauche a été l'origine des dernières. Ces conclusions nous semblent assez hasardées : l'auteur n'a pas tenu assez de compte de la méningite trouvée à l'autopsie ; et même,

la lésion rénale est-elle celle de la néphrite albumineuse, ou seulement celle de la néphrite chronique? Le degré de lésion inégal dans les deux reins, fait exceptionnel dans la maladie de Bright, peut autoriser les doutes dans un cas de pathologie si anormal. (*Zeitschrift der K. K. Gesells. d. Aertze zu Wien*, août 1854, p. 177.)



V.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'état civil des nouveau-nés au point de vue de l'histoire, de l'hygiène et de la loi, par J.-N. Loir. Paris, Cotillon, éditeur, 16, rue des Grès.

Point de sujet si restreint en apparence qui, profondément mûri, ne puisse recevoir des développements étendus, chaque heure apportant sa révélation, dessinant quelque face nouvelle, faisant saillir de nouveaux rapports. En 1845, l'Académie des sciences morales et politiques avait posé cette question : « N'est-il pas possible de faire pour les nouveau-nés ce qu'on fait pour les morts, de constater les naissances à domicile? »

A première vue, on n'imaginerait guère que des termes aussi simples exigeassent plus qu'une solution brève et précise. Mais les idées s'enchaînent; l'éclaircissement d'un point amène souvent le besoin d'en élucider un autre. Après avoir, fidèle d'abord au cadre tracé par l'Académie, élaboré un mémoire en ce sens, M. Loir a été conduit à élargir le cercle de ses investigations, et à composer successivement d'autres écrits qui sont venus se fondre dans la publication actuelle, dont l'ensemble, ne comprenant pas moins de 462 pages, constitue une monographie complète de l'état civil des nouveau-nés, pleine d'aperçus ingénieux et riche de documents aussi curieux qu'utiles.

Du reste, les stimulants n'ont pas manqué à l'auteur. L'opinion s'était émue. Soutenu par ce puissant mobile, il a en outre été fortement encouragé par l'autorité publique, la sanction favorable de l'Institut, celle de l'Académie de médecine, et les vœux des conseils généraux, en particulier de celui de la Seine.

Ainsi que l'indique son titre, l'ouvrage se divise en trois parties principales. Dans une longue et intéressante introduction, M. Loir commence par tracer l'histoire comparée des règles et coutumes relatives aux naissances chez les peuples anciens et modernes; en d'autres termes, les phases qu'a traversées l'état civil des citoyens jusqu'à nos jours. Insistant ensuite sur les prescriptions de l'hygiène, il montre à cet égard, en s'appuyant notamment sur les données de la statistique, les suites fâcheuses qu'entraîne l'inobservance des plus sages préceptes. Il examine enfin la question des nouveau-nés dans ses rapports légaux avec l'administration et l'Église. Un appendice complémentaire contient, avec un résumé des travaux précédents de l'auteur et les appréciations académiques dont ils ont été l'objet, un compte rendu des vœux formulés par les conseils généraux, et diverses pièces concernant les procédures d'actes rectifiés.

En lisant la partie historique, on se sent presque indigné de l'incurie qui, sauf de rares et temporaires exceptions, n'a cessé, même dans les siècles voisins du nôtre, de présider à la constatation des naissances. Çà et là, dans les archives grecques et romaines, se rencontrent des traces qui attestent la velléité de régler ce point important. Marc-Aurèle, entre autres, a prescrit d'une manière formelle l'inscription des nouveau-nés sur des registres publics; mais les dispositions de son édit ont été insuffisantes et généralement éludées.

Pour nous en tenir à la France, l'usage des consignations régulières ne remonte pas au delà du XVI^e siècle. L'enregistrement des baptêmes par le clergé, bien que précieux à une époque où dominait exclusivement la religion catholique, était, on le conçoit, loin d'offrir les éléments d'une rigoureuse certitude, et, malgré l'ordonnance de Villers-Cotterets, rendue par François I^er en 1529, et qui enjoignait aux curés et aux vicaires d'inscrire tous les citoyens baptisés, avec indication du jour de leur naissance, un désordre regrettable ne continua pas moins de survivre dans cette branche de l'édilité. L'ordonnance précitée ne reçut d'ailleurs un commencement d'exécution qu'à partir de 1668, c'est-à-dire plus de cent vingt-sept ans après sa promulgation.

Il fallut, pour corriger l'abus, l'intervention puissante de la révolution de 89, qui, en opérant la séparation du civil et du religieux, imposa à l'autorité administrative l'obligation étroite de dresser acte de toutes les naissances dans le délai le plus rapproché.

Toutefois, si la législation actuelle présente aux individus des conditions plus favorables d'existence civile, elle semble, à certains égards et notamment sous le rapport hygiénique et médical, n'être pas absolument exempte d'inconvénients. Elle prescrit, en effet, de présenter les nouveau-nés aux mairies dans les trois jours. Or cette formalité n'est pas toujours accomplie, soit que les parents la négligent, ou que, comme dans beaucoup de communes, on se contente de leur simple déclaration; ce qui expose à des erreurs touchant l'état civil ou la distinction des sexes.

D'un autre côté, à cet âge si tendre, la santé des enfants étant très fragile, le trajet à la maison communale peut, par une infinité de causes, leur être préjudiciable, quoi qu'on ait pu dire à l'Académie de médecine, quand la question de transport à la mairie y est venue il y a cinq ou six ans.

Ce sont ces imperfections que M. Loir s'est appliqué à faire ressortir, et dont la réformation a été le principal mobile de son travail. Notre confrère énumère avec soin les nombreuses chances de mortalité qui pèsent sur le premier âge; il spécifie les maladies variées dont il est menacé dans le milieu ambiant, et combien le mode actuel de présentation est de nature à les faire naître ou à les aggraver.

Selon lui, au lieu de se faire à la mairie, la constatation devrait s'effectuer à domicile. A l'aide de ce changement, qui permettrait un examen sérieux des nouveau-nés, on ne préviendrait pas seulement les irrégularités signalées plus haut, mais on sauverait indubitablement la vie à une foule d'innocentes créatures; on mettrait la loi en harmonie avec les principes de justice et d'humanité.

Nous ne croyons pas devoir entrer dans le détail des raisons à la fois claires et concluantes invoquées par M. Loir à l'appui de son idée. Il a suffi à l'analyse de laisser entrevoir le but et la portée d'un travail qui veut être lu de ceux à qui il s'adresse; et ils sont nombreux, car la question soulevée ne se concentre pas exclusivement dans la sphère médicale. Par des côtés essentiels, elle concerne en même temps l'administration, le clergé, la société tout entière; elle s'élève à la hauteur d'un intérêt public.

Disons seulement qu'à part l'exécution, M. Loir a droit à de grands éloges pour la persévérance qu'il a mise à poursuivre le succès de sa tâche. Tout annonce, du reste, que ses efforts auront leur récompense. Aux tendances visibles de l'autorité, aux sympathies générales de la presse, on sent que la lumière est faite, que la pensée va aboutir.

Enseignement précieux pour qui saurait le comprendre! Le champ des perfectionnements est vaste, mais les ouvriers abondent; si chacun, à l'instar de M. Loir, avait le bon esprit de s'attacher à un problème, de s'opiniâtrer à en dégager les éléments, à en rendre ostensibles les données pratiques, nul doute que le progrès en tout genre ne tarderait pas à s'accomplir. Une cause éclairée est aux trois quarts gagnée. La gloire, d'ailleurs, est dans cette voie. Il n'est pas de moyen plus honorable et plus sûr de grandir dans l'opinion et de conquérir la reconnaissance publique, que d'identifier son nom avec une découverte, une élaboration, une application utiles.

Delasiauve.

VI.

VARIÉTÉS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE (1).

Ayant lu, dans le numéro du 10 novembre de la GAZETTE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, un article signé du docteur Schiff (de Francfort-sur-Mein), lequel article, tant par les nombreuses inexactitudes qu'il renferme que par les insinuations dont il est rempli, peut porter le plus grand préjudice à ma réputation, j'ose attendre de votre impartialité, et au besoin de mon droit, que vous vouliez bien admettre dans votre plus prochain numéro la réfutation de quelques-unes des erreurs que contient le récit de ce médecin.

M. Schiff insinue que ma machine galvanique est construite de telle façon, que je pouvais, à volonté, produire un courant interrompu et un courant continu, à l'avantage de mes somnambules, dans l'expérience comparative. A cela je réponds que M. Schiff, à force de vouloir voir trop clair, y a cette fois vu trouble. Ma machine est tellement simple, et mes expériences tellement loyales, que j'ai laissé cette même machine entre les mains de mes élèves de Francfort, dont, certes, on ne suspectera pas la bonne foi; et M. Schiff pourra voir ces derniers renouveler, quand il le voudra, les mêmes expériences avec le même instrument, dont il sera à même de contrôler la manipulation et d'éprouver sur lui-même les effets, ce à quoi il s'est refusé dans cette soirée, et ce qu'il ne confesse pas.

Pour donner plus de poids à son jugement, il s'appuie du témoignage de MM. Friedleben et Stein, deux médecins très distingués, dit-il. M. Friedleben n'est nullement célèbre à Francfort.

M. Schiff oublie également que M. Stein, qui y est entièrement inconnu, puisqu'il est étranger, ne l'appuie nullement de son témoignage; car, bien qu'il eût été amené à cette soirée par le docteur Schiff, M. Stein a fait insérer dans le même journal où était la déclaration de huit témoins en réponse à un article du *Volksfreund* (qui, s'il n'était pas écrit par le docteur Schiff, l'a été sous son inspiration, car il contient les mêmes erreurs): 1° qu'il n'avait assisté aux expériences des docteurs Schiff et Friedleben que comme spectateur, et n'y avait nullement pris une part active; 2° qu'il était entièrement étranger à l'article et à l'écrivain de l'article de l'*Ami du Peuple* (*Volksfreund*), journal à lui complétement inconnu; que l'accusation du numéro du journal *Intelligenzblatt* de la veille n'atteignait donc que l'auteur de cet article, et que c'était sur lui que retombait la responsabilité des faits qu'il avait avancés.

Quant aux paroles qu'on me fait prononcer, au moment où M. Schiff présenta son électro-moteur, relativement à l'Académie de Montpellier, c'est une pure invention de l'écrivain.

Pour ce qui regarde le récit même des expériences, je m'en réfère absolument à une relation toute contraire de huit témoins, insérée dans l'*Intelligenzblatt* le 29 octobre, auxquels pourrait se joindre, au besoin, le témoignage de trois ou quatre autres, c'est-à-dire de la totalité des personnes présentes, sauf les deux docteurs Schiff et Friedleben. Je veux seulement, en passant, relever quelques assertions erronées.

Il est faux, par exemple, que la somnambule ait été *de nouveau magnétisée* après avoir été soumise au contact de la grenouille. Il est également faux de dire que j'ai prétendu n'avoir *rendu insensible que le système nerveux, tandis qu'on agissait sur les muscles par le courant galvanique*; il est enfin absurde de me prêter ces paroles, « *que l'on pourrait produire le même résultat sur des cadavres, même quatre jours après la mort.* »

Enfin, tout ce qui est dit des expériences sur la joue gauche de la somnambule est encore en tous points contraire à la vérité.

Les cris de vengeance que j'ai, dit-il, fait entendre, sont assurément une idée assez heureuse pour donner une teinte dramatique à son récit; néanmoins, je dois dire qu'ils n'ont existé que dans l'imagination effrayée du docteur. Et pour ce qui est de sa fanfaronnade au sujet du respect que l'on a dû avoir pour l'épée et les armes que portait M. Stein, c'est du courage placé bien mal à propos dans une circonstance où ces messieurs en ont montré si peu. M. Stein était revêtu d'une énorme capote boutonnée jusqu'en haut, et n'était un bout de galon qu'il portait au collet de son habit, nous n'aurions guère pu soupçonner que c'était un militaire.

Je n'ai eu contre moi que deux articles publiés dans le *Journal allemand* de Francfort par quelques médecins de cette ville et ceux qu'ont fait insérer MM. Friedleben et Schiff dans les *Petites-Affiches des rues* (*Strassen Anzeiger*) et dans l'*Ami du Peuple*, journal ami de ces messieurs. On a au contraire rendu un témoignage très favorable de mes expériences dans plusieurs numéros du *Journal français de Francfort* et dans l'*Intelligenzblatt*, dont le rédacteur, M. J.-G. Holtzwart a bien voulu, chaque fois, faire la relation de mes séances, et cela d'une manière tout à fait désintéressée.

Le fait dont parle le docteur Schiff, relatif à une fille qui lui fut présentée par un de mes élèves, m'est tout à fait inconnu, ce qui m'étonne; ainsi donc, je ne puis rien en dire jusqu'à plus amples informations. Mais, par contre, je nie complétement la fable inventée au sujet de cette somnambule qui a quitté mon service pour chercher une place de servante. Je n'ai eu à mon service à Francfort, outre mes deux somnambules, qu'une fille que j'ai gardée vingt-quatre heures. Après l'avoir magnétisée deux ou trois fois, je l'ai fait paraître dans une séance publique, et je l'ai congédiée le lendemain, n'ayant plus besoin d'elle, en lui donnant 3 florins pour sa peine. Il y a bien loin de là à cette étude du rôle, qui, suivant le personnage imaginaire de M. Schiff, *demande de longues préparations qui sont répétées très souvent*, etc.

Je termine, monsieur le rédacteur, en vous annonçant que, loin de redouter l'examen et la critique des médecins pour mes expériences magnétiques, je veux au contraire les provoquer et m'y soumettre. Mais j'espère trouver à Paris des juges loyaux, de bonne foi, prêts à tout examiner avec impartialité et à rendre témoignage à la vérité quand elle se présente à leurs yeux.

Veuillez, agréer, etc. ANTOINE REGAZZONI.

Paris, ce 26 décembre 1854.

(1) M. Regazzoni a usé d'un droit en exigeant de nous l'insertion de la lettre qu'on va lire. Mais nous devons déclarer que les expériences publiées dans le n° 58 de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, par le docteur Schiff, et que la lettre tend à infirmer, nous ont paru et nous paraissent encore décisives. A. D.

— Le bureau de la Société de médecine du département de la Seine, est ainsi constitué pour 1855:
Président: M. Géry.
Vice-président: M. Cazeaux.
Secrétaire général: M. Boys-de-Loury.
Secrétaires particuliers: MM. Guibout, Forget.

— Par suite de la retraite de MM. Moreau et Bricheteau, nommés médecins honoraires des hôpitaux, M. Bouley passe à Necker, M. H. Bourdon, à Beaujon; M. Gubler, à Saint-Antoine; M. Oulmont, aux nourrices; et M. Moutard-Martin, à La Rochefoucault. M. Moreau ne se trouve pas remplacé à la Maternité.

— Par décrets impériaux rendus le 29 novembre 1854, sur la proposition du ministre de la guerre, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur: *au grade d'officier*: M. Scoutetten, médecin principal de première classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient; *chevaliers*: MM. Béving, Berthenot, Tourny, Herbin, Rolinger, médecins-majors; M. Choulette, pharmacien-major, et le sergent infirmier-major Bonnemaison.

— Par un décret de l'empereur, rendu le 30 décembre 1854, sur le rapport du ministre de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur: *au grade d'officier*: MM. Dufour, second chirurgien en chef; De Laporte, chirurgien de première classe, et Dutrouleau, premier médecin en chef; *chevaliers*: MM. Doury, chirurgien; Jossic, médecin professeur; Besnou, pharmacien, et Hubac, ancien chirurgien.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 43. Pellagre, par *Lussana*. — 44. *Idem*. — 45. Sur l'orthopédie, par *Strambio*. — 46. *Idem*. — Sur la contagion du choléra, par *Mauro Ferrari*. — 47. Sur la pellagre, par *Lussana*. — Thérapeutique du choléra, par *G. Rota*. — 48. De la fièvre et des fièvres, par *A. Pinacca*. — Conditions locales qui favorisent le développement du choléra, par *M. Ferrari*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 47. Estomac situé entièrement dans la cavité du thorax, par *G. Rossi*. — Ether et chloroforme, par *Berruti*. — 48. *Idem*. — 49. Choléra de Caramagna, par *Albertetti*. — 50. Broncho-pneumonie puerpérale, par *Riboli*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 47. Le choléra est-il contagieux, par *F. Bini*. — Choléra de Livourne, par *Rossini*. — 48. *Idem*. — 49. Fièvres à *processus* dissolutif, par *R. Bellini*. — Choléra de Livourne, par *L. Rossini*. — 50. Observations microscopiques et déductions pathologiques relatives au choléra, par *F. Pacini*. — Choléra de Livourne, par *L. Rossini*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — 47. Traitement de l'herpes-zoster, par *Gatti*. — *Idem*, par *Timermans*. — 49. Sur les œuvres chirurgicales du professeur Riberi, par *Pacchiotti*. — 50. Plaie d'armes à feu, plaie du poumon, guérison, par *Vecchi*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — No 21. Education des crétins, par *Demaria*. — Sur la contagion du choléra, par *Berruti*. — 22. Education des crétins, par *Demaria*. — Accouchement prématuré artificiel, par *Varalda*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Décembre 1854. Ligature de l'artère sous-clavière gauche pour un anévrysme spontané, guérison, par *Caccioppoli*. — Guérison d'une amaurose complète par l'électricité, par *le même*. — Cure radicale des varices, hémorrhoïdes et varicocèles par la méthode du professeur Palasciano, par *Conti*.

IL PROGRESSO (Gênes). — Nos . Observations microscopiques sur le sang des cholériques. — Le choléra-morbus à Gênes, par *Massone*. — Choléra de Romagnono, par *G. Rotta*. — Quarantaines et choléra, par *Bo*.

Livres nouveaux.

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE POUR LA VILLE DE PARIS, fondé par Domange-Hubert, et continué par l'administration de l'*Union médicale*. 26e année, 1855. Paris, aux bureaux de l'*Union médicale*. 1 vol. in-12 de 540 p. 3 fr. 50

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE ET PRATIQUE DE PATHOLOGIE INTERNE, par le prof. *A. Grisolle*. Sixième édition, revue et augmentée. Tome II, 1 vol. gr. in-8 de 902 pages. Prix des deux volumes: 18 fr.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 12 JANVIER 1855. — N° 2.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes en date du 9 janvier 1854, M. Charles Quesnoy est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Lille.

— Par arrêté en date du même jour, MM. Jacquemin et Schlagdenhauffen ont été institués en qualité d'agrégés près l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, pour la section de chimie, de physique et de toxicologie.

— Par arrêté en date du 6 janvier 1855, M. Malagutti, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Rennes, est nommé doyen de ladite Faculté, en remplacement de M. Morren, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 4 au 10 janvier 1855.

7. OLLIVIER, Antoine, né le 5 septembre 1829 à Entrevaux (Basses-Alpes). [*Du traitement général des fractures.*]

8. SARAZIN, Jules-Adrien, né le 8 juin 1830 à Calais (Pas-de-Calais). [*De la constriction des mâchoires au point de vue de ses causes et de son traitement.*]

9. GIROU, Pierre-Alexandre, né le 26 février 1831 à Bergerac (Dordogne). [*Études sur le choléra épidémique.*]

10. VIGNAL, Jean-Hippolyte-Alphonse, né le 4 juin 1830 à Auzers (Cantal). [*De l'éclampsie puerpérale.*]

11. DAL-PIAZ, Henri, né le 20 août 1822 à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise). [*Du diagnostic et du traitement de la chlorose.*]

12. SALONE, Nicolas-Émile, né le 31 octobre 1826 à Paris (Seine.) [*Des différents traitements préconisés contre la phthisie pulmonaire.*]

13. HERMAND, Ernest-Alexandre, né le 13 janvier à Montmirail (Marne). [*Des purgatifs.*]

14. MONCEAUX, Pierre-Victor, né le 19 mai 1826 à Paris (Seine). [*Études cliniques sur le cancer de la matrice.*]

15. BÉTANCES, Raymond-Hemeterio, né le 8 avril 1827, à Cabo-Rajo (Ile de Porto-Ricco). [*Des causes de l'avortement.*]

16. GUENARD, Charles-Prosper, né le 24 septembre 1824 à Orges (Haute-Marne). [*De la fissure spasmodique de l'anus.*]

17. DESNOS, Louis-Joseph, né le 22 septembre 1828 à Alençon (Orne). [*Sur quelques points des tumeurs cancéreuses pulsatiles, et particulièrement sur leur diagnostic et leur traitement.*]

18. MACRY, Christophe, né le 5 novembre 1822 à Céphalonie (Iles Ioniennes). [*De l'iritis aiguë.*]

FEUILLETON.

Mémoire sur les eaux de Paris,

présenté à la Commission municipale par M. le préfet de la Seine.

Le *Moniteur* vient de publier, sous ce titre, un document d'une haute importance, et dont nous avons cru devoir extraire les détails les plus propres à intéresser les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*. Les grandes questions de l'hygiène publique n'appartiennent ni à une localité ni même à une contrée : elles sont universelles ; et comme l'hygiène des populations n'est autre chose qu'une vaste application de l'hygiène individuelle, de même la moindre bourgade, une maison isolée, peuvent faire leur profit des études dont l'hygiène des grandes villes est l'objet.

L'utilité de distribuer largement les eaux, et sur la voie publique et dans l'intérieur des habitations elles-mêmes, n'est plus en question, à Paris, au moins, car dans la province, nos plus grandes villes sont encore très arriérées sous ce rapport. Deux seuls points préoccupent aujourd'hui l'administration : la qualité de l'eau qu'elle doit utiliser, et le moyen de la faire parvenir dans tous les points de la ville. Le premier de ces sujets est traité avec beaucoup de soin dans le mémoire présenté par M. le préfet de la Seine, et nous ne saurions trop louer le caractère purement hygiénique dont ce remarquable document porte tout entier l'empreinte.

La question de quantité semble tout d'abord résolue pour le service des eaux à Paris. En effet, en réunissant, dans l'ordre d'importance relative, les quantités d'eau qui seront encore disponibles après la suppression prochaine de la pompe Notre-Dame et de celle du Gros-Caillou, on trouve un total de 7,390 pouces fontainiers (1), savoir :

Canal de l'Ourcq.		5,200 pouces.
Eau de Seine, pompe de Chaillot .	2,000	2,040
— — d'Austerlitz.	40	
Aqueduc d'Arcueil		80
Puits de Grenelle.		45
Sources du Nord (eaux de Belleville et des Prés-Saint-Gervais).		25
Somme égale. . . .		7,390 pouces.

(1) Un pouce fontainier donne, en vingt-quatre heures, 19,193 litres, soit environ 20 mètres cubes.

3. DENAYVILLE, Édouard-Louis, né le 1er janvier 1824 à Gisors (Eure). [*Études sur les altérations anatomiques, les causes et le traitement du rachitisme.*]

4. VIZERIE, Jean-Jacques-Léonce, né le 4 septembre 1826 à Bergerac (Dordogne). [*De l'usage de la saignée en médecine.*]

5. DOUMIC, Arthur, né le 25 août 1831 à Paris (Seine). [*De l'opération de la cataracte par kératotomie supérieure.*]

6. ROBY, François, né le 22 août 1828 à Nontron (Dordogne). [*De la douleur considérée comme moyen thérapeutique de l'inflammation.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 10 janvier 1855.

COUP D'ŒIL SUR LE CHOLÉRA DES DÉPARTEMENTS EN 1854

§ II. — Conditions et développement de l'épidémie.

2° CONDITIONS MÉTÉOROLOGIQUES.

On attribue généralement à l'élévation de la température animale une certaine influence sur le développement du choléra épidémique, et la raison qu'on en donne est qu'il apparaît ordinairement dans une localité en même temps que les premières chaleurs. On remarque, par exemple, qu'il a envahi deux fois Paris (en 1832 et 1849) vers l'époque du printemps, et que, en 1854, c'est à l'époque des premières chaleurs qu'il s'est étendu de la capitale aux départements. Cette manière de considérer les faits n'est rien moins que rigoureuse. En réalité, le printemps n'a pas été, en France, l'époque choisie des invasions cholériques; car, en 1832, le premier cas s'est montré le 6 janvier et le second le 13 février, et en 1849 l'épidémie a éclaté dans le mois d'octobre. Théoriquement, on raisonne comme si l'épidémie était née et morte chez nous, tandis que son passage à Paris ou dans les divers départements n'a jamais été qu'une étape de son immense itinéraire. De sorte que, à supposer qu'il y ait eu coïncidence constante entre son apparition dans un lieu circonscrit et l'élévation de la température, il n'y aurait pas grande conséquence à en tirer si le même rapport ne se rencontrait pas dans les autres sections de son parcours. Qu'importe que le choléra de 1849 se soit montré à Paris dans les premiers jours de mars, s'il occupait les départements du nord dès le mois de novembre 1848? Qu'importe qu'il éclate ici au printemps ou dans l'été, s'il brave en plein hiver, comme on l'a vu, les rigueurs des climats septentrionaux? En second lieu, réduire l'action du printemps à celle de la température, c'est supprimer les trois quarts du problème. Si la température était l'agent principal de cette influence, ce n'est pas au mois de mars ou au mois d'avril que l'épidémie devrait faire son apparition, ce serait au mois de juin ou de juillet. Le printemps, en bonne météorologie médicale, ce n'est pas seulement le retour des chaleurs; c'est encore et surtout l'époque de ce travail mystérieux qui s'empare de la nature entière, qui échauffe les organismes en même temps que le sol, et fait éclore certains germes morbides aussi bien que les germes des plantes. Les éléments météorologiques, enfin, ne s'isolent pas dans la nature au gré de nos conceptions systématiques; un élément donné, comme la chaleur, en rencontre toujours d'autres dont l'influence se mêle à la sienne, et il n'est pas aisé de faire la part des actions particulières dans le résultat total de ces actions combinées. La direction des vents, les variations brusques du baromètre et du thermomètre, la quantité de pluie tombée, l'existence ou l'absence du brouillard, sont les circonstances dont il importe le plus de tenir compte. En 1832, les jours brumeux ou pluvieux, de fréquentes alternatives de chaud et de froid, de vents du nord et de vents du sud, ont prédominé au début et pendant l'accroissement de l'épidémie, et cet état atmosphérique ne s'est pas modifié sensiblement pendant la période de décroissance; et la plupart des observateurs anglais attribuent au brouillard une importance étiologique supérieure à celle de la température.

Il ne suit pas de ce qui précède qu'il n'y ait aucune relation entre le développement ou le degré d'intensité d'une épidémie et la constitution météorologique. La cause essentielle du choléra n'étant manifestement ni dans l'ensemble des éléments de cette constitution ni dans aucun d'eux en particulier, la maladie pourra sans doute prendre naissance dans des contrées, à des époques de l'année et sous des températures très différentes; mais cela entendu, il est très concevable qu'elle soit ou activée ou contrariée dans son développement par les conditions qu'elle rencontre sur sa route. Pour s'en assurer, il faut d'abord laisser les termes du problème tels que la nature nous les fournit, et rechercher si les explosions successives qui marquent l'itinéraire de l'épidémie, si

---

Ces eaux sont distribuées par environ 312,000 mètres de conduites, dont 70,000 de 25 à 60 centimètres de diamètre, et 242,000 de 8 à 21 centimètres. 18 bassins, ayant ensemble une contenance de 3,000 pouces, ou 60,000 mètres, se remplissant pendant la nuit, alors que la plupart des orifices d'où l'eau s'écoule dans la journée sont fermés, concourent, avec ces conduites, à la distribution générale.

Les 7,390 pouces d'eau de toute provenance dont la ville peut disposer, forment un volume de 147 mètres cubes, ou près de 148,000 litres par jour, soit environ 148 litres par chaque habitant, ce qui est grandement suffisant pour la plus large consommation.

Mais la ville est loin de faire emploi de toutes ses ressources. La distribution absorbe à peine la moitié des 5,200 pouces qu'elle a droit de prendre dans le canal de l'Ourcq. Cela tient à deux causes : 1° le diamètre de la plupart des anciennes conduites est trop faible; 2° le niveau des eaux de l'Ourcq, d'Arcueil, et des sources du Nord, à leur entrée dans Paris, n'est pas assez élevé.

Il est facile de remédier à l'insuffisance des organes de distribution, et déjà l'administration a commencé d'importantes opérations dans ce sens, qu'elle se propose de continuer à l'aide d'allocations annuelles et considérables au budget de la ville.

Il n'en saurait malheureusement être ainsi des inconvénients qui résultent de la hauteur insuffisante des eaux.

L'eau de l'Ourcq n'arrive dans Paris qu'à 25m,24 au-dessus de l'étiage de la Seine, soit 51m,49 au-dessus du niveau de la mer. Une certaine perte de hauteur est nécessaire pour qu'elle puisse sourdre à la surface du sol, perte qu'on évalue à 2 mètres en moyenne sur la rive droite, et à 4 mètres sur la rive gauche, dont elle alimente encore une grande partie.

Il en résulte que les points de la rive droite qui ont une élévation supérieure à 23m,24 au-dessus de l'étiage de la Seine, ceux de la rive gauche qui dépassent 21m,24, sont inaccessibles à l'eau de l'Ourcq. C'est à peu près un cinquième de la ville; sur les quatre autres cinquièmes, l'eau de l'Ourcq peut arriver au moins au rez du sol. Mais le périmètre de sa distribution se restreint bien davantage s'il s'agit de desservir les maisons jusqu'aux étages supérieurs; il faut alors le tracer beaucoup plus bas, et il n'embrasse guère que les deux cinquièmes de la surface de Paris, les plus peuplés, il est vrai.

Si les eaux d'Arcueil, du puits de Grenelle, des sources du Nord et du nouveau bassin de Chaillot ont plus d'élévation que l'eau de l'Ourcq, elles ne pourraient cependant fournir encore que d'une manière très insuffisante au service dont il est ici question.

la formation des grands foyers, si les recrudescences dans un foyer donné, coïncident habituellement, soit avec telle ou telle saison prise en gros, printemps, été, automne, soit avec tel ou tel ensemble de conditions météorologiques, chaleur, humidité, variations de température et de pression atmosphérique, état électrique de l'air, etc.; après quoi, rien ne défend de détacher de ces groupes un élément particulier, la température, par exemple, et d'essayer de constater une influence qui lui soit propre. Mais ici la question devient d'autant plus embarrassante et plus compliquée, pour ainsi dire, qu'on la simplifie davantage, parce que, le morcellement ne portant que sur l'un des termes — la constitution météorologique —, et l'autre — le mouvement épidémique — restant indivis, il devient d'autant plus difficile de fixer leurs rapports, et de dire précisément quelle part revient dans le résultat final à l'une seulement des causes qui l'ont produit.

Ces remarques étaient nécessaires pour rendre compte de la pénurie d'observations dans laquelle nous laisse l'épidémie actuelle. Aucun travail, que nous sachions, n'a été entrepris sur une échelle et avec une sévérité suffisantes pour conduire à des résultats de réelle importance. Si le choléra s'est étendu dans les départements à partir des *premières chaleurs* (ce qui n'explique pas, encore une fois, pourquoi il s'était développé à Paris en même temps que les *premiers froids*), il a envahi les départements du nord avant ceux du midi; et, dans cette dernière région, un assez grand nombre de départements ont traversé toutes les chaleurs de l'été sans recevoir la moindre atteinte. Ces faits, dans leur généralité, n'ont donc aucune signification précise. Tout ce qu'on peut dire, d'après les notes que nous avons en main et d'après quelques indications de journaux, c'est que, dans certaines localités, l'accroissement ou la diminution du nombre des cholériques ont paru coïncider avec l'élévation ou l'abaissement de la température. Nous citerons comme exemples : Strasbourg, où l'épidémie, déjà sur son déclin, s'est un peu ranimée dans la seconde moitié de septembre, à la suite de chaleurs survenues vers le 14 (*Gazette médicale de Strasbourg*) ; et Montpellier, où la décroissance s'est prononcée en même temps qu'un abaissement marqué de la température, avec vent du nord, sans orages ni pluie (*Revue thérapeutique du Midi*).

Mais un fait digne d'attention, et qui ne s'accorde pas très bien avec les précédents, c'est l'influence des orages sur le développement ou l'intensité de l'épidémie. A Bordeaux, c'est à la suite d'un orage que le choléra, importé comme nous avons vu, a pris quelque extension. Si cette corrélation, faute de détails suffisants, ne paraissait pas bien établie, il n'en pourrait être de même à l'égard de ce qui s'est passé à Toulouse. L'épidémie y décroissait rapidement et était réduite à de très petites proportions, quand, dans la nuit du 8 au 9 octobre, survint un ouragan violent avec un peu de pluie. Le vent était au sud-est. Le thermomètre, qui était à 30 degrés centigrades, descendit les jours suivants jusqu'à 11 degrés, et la pluie continua, quoique très peu abondante. Dès le lendemain de l'orage, on constatait à Toulouse 60 décès, le jour suivant 82, le troisième jour, 75 ; bref, du 9 au 19, il y eut 480 décès environ, après quoi la mortalité s'abaissa de nouveau. Ainsi, l'épidémie était en plein déclin sous une chaleur de 30 degrés ; elle se ravive sous le coup d'une violente perturbation atmosphérique dont l'effet sur la température est, non de l'élever encore, mais, au contraire, de l'abaisser considérablement.

3° CIRCONSTANCES HYGIÉNIQUES.

Comme pour ce qui concerne la météorologie, il est plus sûr de porter l'examen sur des groupes d'éléments étiologiques que sur des éléments séparés. La misère et l'insalubrité des habitations sont deux conditions sur lesquelles nos documents sont très explicites et généralement concordants.

L'influence prédisposante de la misère, avec son cortége habituel, mauvaise nourriture, malpropreté, fatigues, etc., s'est montrée partout dans l'épidémie que nous venons de traverser. M. Chauffard, à Avignon, M. Vial, à Saint-Étienne, M. Lhuillier, à Noviant (Meurthe), M. Mosnier, à Châlons-sur-Marne, M. Morisson, à Lille, M. Bénard, à Angoulême, M. Bigot, à Angers, s'accordent sur ce point, que l'épidémie a frappé d'abord la classe indigente, et les journaux de médecine qui ont rendu compte des progrès de l'épidémie dans certains départements confirment tout à fait ces renseignements. Il est des localités où cette cruelle prédilection du fléau s'est traduite par une proportion énorme de décès, et a été même longtemps exclusive. A Grenoble, à Châlons-sur-Marne, à Ruffec, l'indigence payait presque seule son tribut dans les premiers temps de l'invasion; à Toulouse, elle a fourni, suivant le docteur Guitard, 31 cas de choléra sur les 32 qui ont été enregistrés du 23 août au 30 septembre.

Cette concordance, sur laquelle nous n'insistons pas, précisément parce qu'elle est très générale, ne laisse aucune force aux faits exceptionnels qu'on pourrait citer. Comme nous l'avons dit, il faut que la cause essentielle du mal soit pré-

---

Mais le service des eaux de Paris ne pècherait pas par ces deux conditions graves : insuffisance, remédiable il est vrai, des moyens de distribution ; insuffisance à peu près irrémédiable d'élévation, qu'il faudrait savoir encore si ces eaux présentent les qualités essentielles pour une bonne alimentation.

Ces qualités sont, d'après le mémoire de M. le préfet de la Seine :

1° Que l'eau distribuée soit de qualité salubre ;

2° Qu'elle soit limpide ;

3° Qu'elle ait une fraîcheur constante.

Les eaux de Paris laissent toutes plus ou moins à désirer sous ces divers rapports.

Nous n'avons pas besoin de rappeler ici quelles sont les conditions qui font qu'une eau est ou non salubre. Il nous suffira de faire remarquer que les eaux d'Arcueil et des sources du Nord arrivent saturées de sulfate de chaux; que les eaux de la Seine reçoivent, en amont de Paris, des sources altérées par la même cause, et participent, bien qu'à un moindre degré, à la même composition ; qu'elles sont d'ailleurs chargées de matière organique, ainsi que celles de l'Ourcq, dont la composition est, à part cela, moins altérée. Toutes ces eaux incrustent plus ou moins les tuyaux de plomb.

Les eaux d'Arcueil, de Grenelle et des sources du Nord sont les seules eaux de Paris qui arrivent limpides. Celles de la Seine et du canal de l'Ourcq sont plus ou moins troublées, suivant les saisons, par des matières en suspension ; pendant toute l'année, elles doivent être filtrées aux fontaines marchandes. Quant à la possibilité d'appliquer économiquement aucun système de filtrage aux énormes masses d'eau nécessitées par la consommation de Paris, elle paraît plus que douteuse à M. le préfet de la Seine.

Le mémoire que nous analysons insiste d'une manière toute particulière, et plus que ne le font en général les traités d'hygiène, sur la température que doit présenter une eau potable.

Pour être potable, l'eau doit avoir une température constante de 10 à 12 degrés centigrades, de manière à être toujours suffisamment fraîche en été, et à ne jamais devenir trop froide en hiver.

Or les eaux de l'Ourcq et de la Seine, pendant les chaleurs, ont une température élevée qui les rend désagréables; pendant l'hiver, elles se congèlent dans les conduites particulières, de telle sorte que le service est presque tout entier interrompu lorsque le thermomètre descend de plusieurs degrés au-dessous de zéro.

sente pour que les causes accessoires puissent exercer leur action; et il peut très bien arriver que la première passe à côté du séjour de la misère sans y entrer, comme aussi le corps le plus fatigué, l'organisme le plus épuisé par la mauvaise alimentation ou l'insalubrité de l'air peut demeurer réfractaire à l'action d'un principe morbide spécifique. Mais les exceptions naturelles et inévitables n'affaiblissent en rien la portée des faits positifs qui établissent la règle.

L'influence des habitations n'est pas plus douteuse : elle se lie d'ailleurs d'une manière étroite à celle de la misère, les logements étroits, mal aérés, mal éclairés, le plus souvent humides, allant ordinairement de compagnie avec la maigre chère, la malpropreté et les fatigues corporelles. Très vraisemblablement c'est à cette réunion de circonstances qu'il faut attribuer la fréquente concentration de l'épidémie dans les petites communes. Un village situé sur une hauteur n'est même pas une garantie de bonne aération : l'étroitesse des logements, l'insuffisance de la ventilation, l'entassement des habitants, les mares et le fumier des cours, neutralisent, et au delà, les avantages de l'exposition. Un village du département d'Yonne, qui a beaucoup souffert, Précy, est dans une position élevée qui permettrait aux vents de balayer les effluves épidémiques, si le village lui-même ne fabriquait pas constamment une atmosphère de miasmes en répandant sur toute la longueur de l'unique rue qui le traverse une litière de paille qu'on arrose et qu'on fait fouler par les voitures pour obtenir du fumier. On voit par cet exemple combien la connaissance positive d'un lieu est indispensable pour pouvoir juger de son degré de salubrité. En voici un autre tout aussi remarquable, que nous devons à notre distingué confrère, le docteur Bigot, d'Angers : « Le choléra, nous écrit-il, a éclaté sur plusieurs points de notre ville dont les uns paraissaient être dans des conditions d'aération et de salubrité convenables, mais qui, après examen fait des lieux, ont présenté des causes graves d'insalubrité... Ainsi, dans le quartier de la Madeleine, dont la position est excellente, et qui paraît sain sous tous les rapports, le choléra a sévi dès le début avec une violence remarquable. *La visite minutieuse* que nous avons faite dans ce quartier nous a montré qu'il existait dans les cours et dans les jardins très rapprochés des maisons, des conduits ou canaux servant à transmettre les eaux de vaisselle ou ménagères dans de vastes citernes, et que dans tout leur parcours, dans les citernes et dans les canaux, s'était accumulée en abondance une vase infecte dont les émanations viciaient l'air du voisinage. Des fumiers composés de débris de végétaux et de matières animales en putréfaction, des fosses d'aisances mal tenues, le mélange des urines et des matières fécales, dont une partie notable se rendait dans les citernes ou séjournait sur un dallage formé d'ardoises mal jointes et soulevées par cette boue fétide, ajoutaient encore aux causes d'insalubrité. L'autorité a prescrit sur-le-champ les réparations nécessaires et fait employer les désinfectants que nous avions conseillés; elle a ordonné la fermeture des puits dont l'eau était gâtée, et nous avons eu la satisfaction de voir les mesures que nous avions suggérées suivies du plus heureux résultat. Aucun cas nouveau ne s'est déclaré là où les précautions hygiéniques ont été prises (15 septembre). »

Au reste, la plupart de nos correspondants s'accordent sur ce point que le choléra a sévi de préférence sur les habitations humides, basses, étroites et mal aérées. Les exceptions ne se sont guère montrées que dans des localités où, comme à Lyon, l'épidémie était partout bénigne. Il est des villes où elle a pris naissance dans un foyer bien déterminé et circonscrit d'insalubrité. A Châlons-sur-Marne, par exemple, nous écrit M. Mosnier, elle a eu pour point de départ, dans une petite ruelle qui conduit à un canal d'eau courante, une maison humide, infecte, privée d'air, où le propriétaire entassait ses fumiers de lapins et de volailles, sur lesquels il forçait les locataires à vider leurs pots de nuit, pour augmenter ses engrais. Il n'y a point de latrines dans ce bouge. On voit que cet ingénieux propriétaire ne pouvait rejeter le mot de cet empereur romain qui, ayant mis un impôt sur l'urine, disait que le produit n'en sentait pas mauvais. Trois habitants de cette maison ont été enlevés en moins de quarante-huit heures; l'autorité a pris aussitôt des mesures d'assainissement qui eurent un bon résultat. Enfin, l'influence des habitations s'est traduite dans plusieurs localités par un fait remarquable : c'est la persistance de l'épidémie à débuter, dans plusieurs invasions successives, par la même rue et quelquefois la même maison. Le choléra avait épargné la ville de Reims en 1832. En 1849 il y a fait une dizaine de victimes; en 1854, un plus grand nombre. Or, à ces deux dernières époques, il a débuté *par la même maison*. La première fois, *tous* les locataires ont été frappés et sont morts; la seconde une moitié avait déjà succombé que le reste s'est sauvé. Cette fidélité du fléau au même lieu, dont on a cité d'autres exemples, n'est pas toujours aussi rigoureuse; mais il est fréquent de le voir débuter à plusieurs reprises par le même quartier. Nos documents en relèvent un exemple à Toulouse : en 1832

L'eau du puits de Grenelle, venue d'une profondeur de plus de 100 mètres, est limpide, mais toujours chaude.

L'eau d'Arcueil et celle des sources du Nord ont seules le double avantage d'être constamment claires et fraîches. Elles lui doivent la préférence marquée dont elles ont été longtemps l'objet à Paris, malgré les quantités considérables de sulfate de chaux qui les chargent, et qui atteignent, pour les sources du Nord, des proportions inouïes.

Tant que l'eau distribuée à domicile ne réunira pas ces trois conditions d'être parfaitement salubre, limpide, fraîche en été, le but ne sera pas atteint.

Comment parer à tous ces inconvénients, et procurer enfin à la ville de Paris des eaux qui, sous le rapport de la quantité, de la facilité de distribution, des bonnes qualités enfin comme eaux potables, ne laissent rien à désirer?

Ici M. le préfet de la Seine oppose, dans un parallèle plein d'intérêt, les travaux des anciens qui, au moyen d'aqueducs, fleuves suspendus d'eau pure et toujours fraîche, amenaient dans les villes l'eau de sources lointaines qu'aucun accident ne pouvait altérer ni tarir, à ceux des modernes, qui, à l'aide d'appareils compliqués et fragiles, et par la combustion incessante de charbon, élèvent à grands frais une eau mêlée de matières étrangères, et que, pendant une grande partie de l'année, on ne peut boire sans dégoût.

« De quel côté sont l'erreur et la barbarie, ajoute M. le préfet? Il m'a paru qu'une eau de rivière chargée des détritus animaux et végétaux que les riverains y jettent, des sels malfaisants que les ruisseaux ou les terrains y apportent, échauffée d'ailleurs par le soleil en juillet ou gelée en janvier, ne pouvait être offerte en boisson aux habitants d'un grand centre de civilisation, sinon comme pis-aller et à défaut d'une eau plus saine, plus claire, et d'une température moins variable. »

(La suite à un prochain numéro.)

Durand-Fardel.

— Par décret impérial, en date du 31 décembre, M. le docteur Tenain, médecin par quartier de S. M. l'Empereur, a été nommé chevalier de l'ordre de la Légion d'honneur.

— Le docteur Auzoux commencera son cours d'anatomie humaine et comparée, le dimanche 14 janvier, à une heure, et le continuera les dimanches suivants, à la même heure.

et en 1854, le choléra a eu son point de départ dans le quartier Saint-Pierre, en deux endroits fort rapprochés et presque dans la même rue.

Dans cette catégorie de conditions étiologiques, nous sommes en mesure de fournir quelques renseignements sur quatre points particuliers relatifs à l'*âge*, au *sexe*, aux *écarts de régime* (abstraction faite de l'alimentation habituelle) et à la *contagion*.

4° CONDITIONS PARTICULIÈRES ET INDIVIDUELLES.

a. Relativement à l'*âge*, pas de relevés statistiques. Mais dans plusieurs départements, les médecins des épidémies, les inspecteurs du conseil de salubrité, ont remarqué que la proportion des décès était considérable chez les enfants. Il faut d'ailleurs noter à cet égard que les enfants succombent fréquemment à des affections intestinales qui mériteraient plutôt le nom de cholérine que celui de choléra, et qui ne tueraient pas un adulte. C'est le seul fait de cet ordre qui nous soit transmis par plusieurs correspondants; M. Chauffard (d'Avignon) y insiste d'une façon particulière.

b. C'est lui aussi qui nous transmet les documents les plus complets relativement à l'influence du *sexe*. Son tableau statistique, en effet, comprend tous les cas de choléra déclarés dans le département de Vaucluse, du 7 juin au 30 septembre, avec indication du sexe pour les jeunes gens et les adultes. Or, le total des cholériques, abstraction faite des enfants, étant de 3,400, le chiffre des hommes est de 1,727 et celui des femmes de 1673 : différence au profit des hommes, 54. On voit que les proportions se balancent sensiblement. En thèse générale on a constaté que le choléra était moins fréquent chez les femmes que chez les hommes, eu égard à la population respective des deux sexes. C'est ce qui a eu lieu constamment à Paris, en 1832 et en 1849. Les chiffres que nous donnons pour le département de Vaucluse ne pourront être utilisés qu'en les mettant en regard des chiffres proportionnels de la population masculine et de la population féminine dans ce département.

On ne doit pas oublier d'ailleurs qu'une question de ce genre ne peut être éclairée que par une statistique considérable. Dans une localité déterminée, sur quelques centaines de cas, la proportion pourrait être renversée. C'est ainsi qu'à Marseille, sur les 1,050 premiers cholériques adultes, on comptait, suivant le calcul de M. Melchior Robert, 421 hommes et 629 femmes; et qu'à Meung-sur-Loire, d'après M. Hybord, l'épidémie n'a pendant quelque temps frappé que les femmes et les enfants. Ce sont des accidents de peu d'importance dans la question.

c. Nous signalons particulièrement les *écarts de régime*, parce que les observateurs attentifs ont presque tous reconnu là une cause occasionnelle puissante du développement de la maladie. Les excès de nourriture ou de boisson, l'abus des mauvais fruits, l'usage d'eaux froides ou malsaines sont surtout indiqués par les docteurs Vernay (de Lyon), Vial, Chauffard, Hybord, et par M. Grimaud, envoyé en mission dans le département de la Haute-Marne. Le premier entre à cet égard dans quelques détails qui méritent d'être reproduits. Après avoir fait remarquer que, malgré la dissémination de l'épidémie dans toute la ville, les ouvriers en soie ont peu souffert, il continue ainsi : « On doit attribuer cette circonstance à la salubrité du plateau qu'habitent ces ouvriers, à mi-chemin duquel on lit encore cette inscription : NON ULTRA PESTIS, 1670; et de plus, à ce que leur travail sédentaire ne les expose pas à l'ardeur du soleil et aux *écarts de régime*. Au contraire, les journaliers, terrassiers, etc., qu travaillaient par une température de 30 degrés, mangeaient beaucoup de fruits et se désaltéraient aux fontaines, ont payé un large tribut. En voici un triste exemple. A la Pape, hameau situé à 3 kilomètres de Lyon, 84 ouvriers travaillaient aux terrassements du chemin de fer de Genève; 30 de ces ouvriers ayant été frappés du choléra en quelques jours, une enquête fut poursuivie par les soins de l'administration et l'on constata que ces malheureux s'étaient abreuvés sans mesure à une fontaine très froide qui coulait près de là. Les paysans du voisinage, et même des terrassiers occupés à un autre chantier éloigné de 2 kilomètres, n'offraient pas un seul cas de la maladie. »

Ici encore quelques exceptions, comme l'histoire de cette famille dont nous parle M. Mosnier, dans laquelle il a été consommé en un mois plus d'une centaine de melons sans aucun accident. Mais notre confrère, pas plus que nous, ne conseillerait à personne de s'y fier.

d. Abordons maintenant cette question si controversée encore de la contagion. Controversée, nous ne savons pourquoi. Nous le comprenions en 1832, voire en 1849; nous ne le comprenons plus aujourd'hui. L'auteur de ces lignes écrivait, il y a quatre ans, que, du moment où l'on se mettrait sérieusement à la recherche des faits de contagion, on en rencontrerait en grand nombre. Cette prévision s'est réalisée. L'opinion contagioniste a fait de très grands progrès dans les départements; notre correspondance en porte le témoignage, et plusieurs confrères que cette opinion révoltait autrefois l'embrassent aujourd'hui avec conviction. On peut le dire en toute assurance, ceux-là seuls ne croient pas à la contagion, que le hasard de l'observation a mal servis, ou que la nature de leur esprit indispose contre les faits de cet ordre comme ayant quelque chose d'occulte et d'assez analogue à la sorcellerie.

La question est, selon nous, trop avancée pour qu'il soit utile de la reprendre ici à sa source. Ceux qui résistent encore ne peuvent plus être persuadés par des analogies; il faut les convaincre par l'expérience. Nous ne rappellerons donc pas que les grandes épidémies qui ont fait irruption en Europe dans les siècles derniers étaient contagieuses; car on nous répondrait que le choléra forme exception. Nous n'insisterons pas sur ce fait, remarqué par la plupart des observateurs et signalé par bon nombre de nos correspondants, que la maladie, une fois installée dans une maison, la ravage souvent du haut en bas ; car on dirait que tous les habitants ont puisé la même affection dans la même atmosphère, au lieu de se la transmettre les uns aux autres. Nous nous arrêterons peu aux cas dont on peut suivre la filiation d'individu à individu, mais qui se produisent au sein du même milieu cholérique (M. Vernay, de Lyon, nous envoie la relation de cas semblables), parce que l'objection précédente serait encore de mise, bien qu'il ne prenne à personne envie de nier la contagionabilité de la variole quand, même au sein d'une épidémie, elle passe d'un malade à celui qui l'a soigné ou visité (1). Nous irons jusqu'à sacrifier, si on l'exige, les cas où une troupe en marche, venant d'un pays sain, traverse rapidement un pays infecté, communique avec les habitants et en emporte le germe de la maladie qui éclate quelques jours plus tard, ainsi que M. Monginot, de Lunéville, nous en raconte un exemple; car, qui sait? la troupe a pu prendre la maladie, comme tout le monde, dans l'air. Mais ce dont on ne peut dénier

(1) On trouvera des cas de ce genre dans la *Rev. thérap. du Midi*, n° du 30 octobre.

la signification, c'est la réunion des circonstances suivantes : Un individu venant d'un pays contaminé arrive, atteint lui-même du choléra, dans un pays sain, ou en est pris quelques jours après ; des personnes qui lui donnent des soins sont d'abord frappées, puis celles qui ont eu des rapports avec ces dernières, et ainsi de suite, dans l'ordre des communications, jusqu'au cinquième, au sixième, au septième malade ; puis enfin la maladie prend le caractère épidémique, et, ce qui est plus significatif encore, s'éteint dans le cercle où elle a été importée. Or des observations de ce genre nous ont été envoyées, qui ne laissent aucun doute ; nous les joignons à celles de M. Jacquot (*Gazette médicale*, n° du 16 septembre 1854), de M. Diday (*Gazette médicale de Lyon*, n° 10), au cas de la blanchisseuse de Crapoine près Lyon, qui a été l'occasion d'une polémique animée, etc.

1er FAIT. — M. le docteur Darnel (de Calais) est appelé, le 6 octobre, pour visiter un enfant de cinq mois atteint d'un choléra cyanique, avec algidité et insensibilité du pouls. Cet enfant avait été ramené, le 4, du village de Coulogne (où deux cholériques venaient de succomber) à Calais, où l'épidémie ne régnait pas, et il avait été pris des premiers accidents dans la nuit du 5 au 6. La mort eut lieu le 6, à dix heures et demie du soir.

Dans la même nuit, à quatre heures du matin, une sœur de l'enfant, âgée de vingt-deux mois, est prise de vomissements ; en quelques heures les symptômes les plus caractéristiques du choléra se déclarent, et la petite fille succombe la nuit suivante, à deux heures du matin.

Depuis cette époque, il n'y a eu à Calais qu'un autre cas de choléra, survenu le 18 octobre, et qui devint mortel en moins de six heures. C'était chez un homme atteint de diarrhée depuis quinze jours ; mais ce cas isolé peut-il ôter sa signification au développement du choléra chez une petite fille parfaitement bien portante quelques heures auparavant, et qui n'avait pas présenté le moindre prodrome ? M. Darnel ne le pense pas, et nous sommes entièrement de son avis.

2e FAIT. — Le fait que nous venons de rappeler suggéra à M. Darnel l'idée de remonter à l'origine de cinq autres cas de choléra qui s'étaient montrés, vers la fin d'août, dans une même famille habitant *hors de l'enceinte de la ville*. Or, voici ce qu'il apprit. Le père travaillait depuis quelque temps à Saint-Omer, alors envahi par le choléra. Il y fut pris d'une indisposition dont la nature n'est pas spécifiée. Sa femme se rendit près de lui pour le soigner, puis fut rappelée, au bout d'une quinzaine de jours, au *Courgain* (c'est le nom du quartier des marins, à Calais) pour sa petite fille atteinte de la rougeole. L'enfant mourut. Bientôt après, la mère est prise de choléra. Le père, accouru de Saint-Omer, est frappé à son tour, *et, après lui, un enfant de seize ou dix-huit ans*. Tous trois succombèrent.

C'est ce dernier terme de la succession qui constitue toute l'importance du fait. La mère, dira-t-on, a pris le choléra à Saint-Omer ; le père l'a rapporté plus tard, en incubation, du même lieu. Soit ; mais l'enfant ? — L'enfant l'a pris de ses parents, ou il n'y a plus d'expérience possible en cette matière.

3e FAIT. — Celui-ci nous est communiqué par M. Alfred Grimaud, qui a rempli une mission dans la Haute-Marne.

N° 1. Le nommé Colin, manouvrier, habitant Buxières, commune des environs de Chaumont, qui, jusqu'alors, n'avait pas offert un cas de choléra, se rend le 14 juin à Doulaincourt, localité voisine envahie depuis quelque temps. De retour chez lui, il est frappé, le 16, d'un choléra intense. Il guérit.

N° 2. Sa sœur, la fille Colin, quarante-deux ans, qui l'a soigné, rapporte le choléra chez elle, et meurt le 19.

N° 3. La belle-sœur de cette dernière, Thérèse Colin, âgée de soixante-trois ans, qui a passé plusieurs nuits à son chevet, est prise le 24 et succombe quelques jours après.

N° 4. Thérèse Colin a été veillée par Eugénie Prost, qui succombe le 28.

N° 5. Eugénie Prost a été, dès le premier jour de sa maladie, transportée chez une voisine, Marguerite Janiot, âgée de soixante-dix ans, qui, après l'avoir soignée avec assiduité, est prise à son tour du choléra, qui l'emporte le 30 juin.

« Il est impossible, ajoute M. Grimaud, de dire que le fléau ait été puisé par toutes les victimes à un foyer primitif ; car Thérèse Colin (n° 3) n'est point entrée dans la maison de Colin, qui a importé le choléra à Buxières, et Marguerite Janiot (n° 5) n'a pu le prendre que d'Eugénie Prost, qui avait été transportée dans sa demeure.

» Il y a donc eu ici succession prolongée de transmissions contagieuses. »

4e FAIT, communiqué à M. Alfred Grimaud par le docteur Roché, médecin à Toucy, chef-lieu de canton (à cinq lieues d'Auxerre), qu'avait toujours respecté le choléra. — Le nommé Marien Belhomme, habitant Toucy, se rend à Champignelle, à 16 kilomètres de distance, pour y recevoir les adieux de son frère, atteint du mal qui régnait depuis six mois dans cette commune. Les deux frères, qui ne s'étaient pas vus depuis longtemps, s'embrassent. Le lendemain, le malade succombe. Marien assiste à ses funérailles, et revient à Toucy, n'éprouvant qu'une légère diarrhée, qui, disait-il, l'avait pris le soir même de son arrivée à Champignelle. Deux jours après, le choléra se déclarait avec une intensité effrayante, et le malade succomba rapidement le 21 novembre.

C'était le premier cas de choléra qui se fût manifesté à Toucy. Le médecin attribua la mort à l'émotion bien naturelle éprouvée par Belhomme en voyant mourir son frère, etc.

Le 28 novembre, une voisine, la femme Carré, amie de la femme du défunt, voulant prouver qu'il n'y avait nul danger à coucher dans la chambre de Belhomme, y vint passer la nuit avec sa veuve.

Le lendemain, elle enleva la couverture de laine, les draps, les matelas qui avaient servi au cholérique, mit tout cela à part, et retourna chez elle.

Le surlendemain, 1er décembre, elle fut prise d'un choléra algide auquel elle succomba en vingt-quatre heures.

Depuis lors, aucun cas de choléra à Toucy.

5e FAIT. — Vers le 10 ou le 12 août, nous écrit M. le docteur Prieur, une famille parisienne vient s'établir aux bains de mer, dans une commune à 17 kilomètres de Caen. Entre autres personnes, elle se composait de trois enfants, de leurs mères et d'une femme de chambre. Un des enfants fut atteint du choléra presque à son arrivée (il en avait apporté le germe, car il n'y en avait pas dans la localité). Il guérit néanmoins. Sa mère, effrayée, voulut soustraire ses autres enfants au contact du malade ; et laissant la convalescente aux soins d'une parente, elle quitta le village (on le nomme Saint-Aubin-sur-mer), et vint à Caen, accompagnée de ses deux enfants et de sa femme de chambre, descendit dans un hôtel, pour, de là, continuer sa route le lendemain. C'était le soir du 18 au 19 août. La femme de chambre, jeune fille de vingt-quatre à vingt-six ans, fut prise d'une attaque de choléra foudroyant. Le matin (samedi 19 août), on l'apporta à l'Hôtel-Dieu, comme pensionnaire en chambre séparée. Elle fut placée dans une chambre ouvrant sur le même palier qu'une grande salle de femmes contenant soixante lits (salle Sainte-Marie). La sage-femme a ses appartements sur ce palier.

La jeune malade, entrée première cholérique à l'Hôtel-Dieu, mourut le même jour (19 août), à trois heures de relevée. Le samedi suivant, 26 août, à trois heures du soir, cinq cas de choléra se déclarent à la salle Sainte-Marie ; le lendemain, quatre nouveaux cas ; le surlendemain, quatre autres ; le 29 seulement il en arriva du dehors.

Tel est le contingent personnel que nous apportons à la grande question de la contagion du choléra. Il ne pourra rien contre les opinions de parti pris ; mais il est de nature, ce nous semble, à faire réfléchir ceux qui n'hésitent encore que par défaut d'expérience.

Nous avons achevé la partie la plus importante et la plus longue de notre histoire abrégée du choléra des départe-

ments. Nous croyons pouvoir la terminer dans le prochain article.

A. Dechambre.

La séance de l'Académie a été fort remplie. Deux discours et demi ont été entendus. M. Leblanc est d'abord monté à la tribune pour démontrer que M. Delafond avait péché comme clinicien, lorsque, dans son premier discours, il avait combattu l'opinion très exacte de la fréquence plus grande du cancer chez les carnivores. M. Leblanc a établi de nouveau que bon nombre de maladies des herbivores, que M. Délafond confond obstinément avec le cancer, en diffèrent et par la structure et par la marche clinique. Il ressort de cette troisième allocution de M. Leblanc, que son antagoniste connaît bien peu, et les tumeurs épithéliales, et les hypertrophies glandulaires, et les productions fibro-plastiques et fibreuses, qui sont précisément celles que l'on rencontre communément chez le cheval, le bœuf, le porc, etc., etc.

Nous aurons l'occasion de revenir un jour sur ce fait, car nous préparons nous-même, avec un vétérinaire très distingué, un travail sur ces tumeurs des parties génitales externes de l'âne et du mulet, que M. Delafond donne comme des cancers, et qui n'ont avec cette maladie que des ressemblances très éloignées au point de vue clinique, et des dissemblances radicales comme structure.

MM. Delafond et Velpeau ont chacun pris la parole pour accabler M. Robert. Ces deux honorables académiciens semblent s'être distribué les rôles : le premier se chargeant du côté anatomique, le second du côté clinique. Les éloges échangés entre les deux adversaires indiquent entre eux une entente cordiale. Quand M. Velpeau aura terminé son discours, et épuisé, sans doute, tout ce qui peut encore être dit d'important sur la question, nous nous livrerons à une dernière appréciation des arguments que la discussion a fournis contre l'école micrographique.

Ar. Verneuil.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

PHYSIQUE MÉDICALE.

DE LA PRODUCTION DE CHALEUR CHEZ LES ANIMAUX HIBERNANTS, par M. le professeur Gavarret.

(Suite et fin. — Voir le numéro 65 du tome Ier.)

Engourdissement hibernal.—Dans cet état, l'animal est replié sur lui-même en forme de boule pour présenter le moins de surface possible à l'action de l'air. Son corps est roide, et son excitabilité très faible. En ayant soin de ne l'exposer ni à un froid trop vif ni à une température trop douce, on peut l'emporter au loin sans qu'il exécute aucun mouvement, et même le faire rouler à terre. Prunelle raconte qu'en novembre 1806 on lui envoya par la diligence une caisse qui resta dix jours en route, et qui contenait 10 marmottes *engourdies* emballées dans le foin comme des minéraux peu précieux; ces animaux ne s'étaient pas réveillés, ils ne parurent pas avoir souffert. On peut, dit Spallanzani, les rouler dans les mains et les jeter en l'air sans les éveiller. Prunelle a pu faire tomber une marmotte *engourdie* de $1^m,50$ de hauteur sans la réveiller. Mangili raconte qu'un coup de fusil tiré dans une grotte ne suffit pas pour interrompre le *sommeil hibernal* des chauves-souris suspendues à ses parois. Cependant l'excitabilité n'est pas éteinte même chez ceux de ces animaux qui sont le plus profondément engourdis. Prunelle a réveillé une marmotte en lui faisant respirer de l'ammoniaque; Saissy et Mangili ont obtenu des signes évidents de sensibilité en employant des excitants mécaniques et chimiques. Sans modifier la température très basse de l'atmosphère, Saissy irrita avec un instrument piquant un lérot, un hérisson et une chauve-souris, tous les trois profondément engourdis : les deux premiers étaient à $+3°$, la chauve-souris à $+4°$; leur respiration s'accéléra, leur température s'éleva, et ils se réveillèrent. Une heure et quart après le réveil, le lérot était à 36°; il fallut une heure trois quarts à la chauve-souris pour atteindre 27°, et deux heures au hérisson pour monter à 32°. Quand les excitations extérieures cessent, la respiration des animaux se ralentit, ils se refroidissent de nouveau graduellement, et ils retombent spontanément en hibernation.

L'irritabilité musculaire peut aussi être directement mise en jeu; il suffit de dénuder un muscle et de l'irriter directement avec la pointe d'un scalpel pour le voir se contracter. De tous les moyens de réveiller l'irritabilité musculaire, l'électricité est le plus puissant; ce fait a été constaté directement par Saissy, Mangili et Prunelle. Saissy a fait contracter divers muscles et le cœur lui-même en soumettant à l'action du courant électrique les nerfs qui s'y distribuent; il pense que ce phénomène n'a lieu que quand le courant est *direct*, c'est-à-dire marche des racines des nerfs à leurs terminaisons; il a vainement essayé de faire contracter par ce moyen les fibres musculaires de l'estomac et des intestins. Mangili a fait une observation très importante sur la durée de l'irritabilité musculaire après la mort. Chez une marmotte décapitée pendant l'état de veille, deux heures suffisent pour que l'irritabilité musculaire disparaisse complétement, tandis que, chez une marmotte décapitée pendant *l'engourdissement hibernal*, les muscles se contractent encore fortement quatre heures après, sous l'influence du courant électrique.

La circulation se ralentit chez les animaux en *hibernation*, mais elle continue. Mangili a vu au microscope le sang circuler dans les capillaires de l'aile d'une chauve-souris engourdie. L'abaissement seul de la température extérieure suffit pour ralentir les mouvements du cœur, qui deviennent encore plus rares pendant l'engourdissement. D'après Saissy, les pulsations du cœur suivent la loi suivante de décroissement :

	Marmotte.	Hérisson.	Lérot.	Chauve-souris.
Atmosph. à 19°, animaux *éveillés*.	90	75	105	90
Atmosph. à 6°, animaux *éveillés*.	70	25	60	30
Animaux *engourdis*.	9 à 10	9 à 10	9 à 10	9 à 10

Mangili a observé que, chez une marmotte tuée pendant *l'état d'hibernation*, le cœur continue à battre pendant *trois heures* après la mort, tandis que, chez les marmottes tuées pendant l'état de veille, *quarante minutes* suffisent pour faire disparaître tous les mouvements spontanés de cet organe. Ainsi, tant par le degré et les variations de leur température propre que par la persistance de l'irritabilité musculaire et des battements spontanés du cœur après la mort, les mammifères en *hibernation* se rapprochent beaucoup des animaux inférieurs, avec lesquels ils partagent la faculté singulière de pouvoir rester *engourdis*, privés de nourriture, pendant toute la durée de la saison froide, sans que leur vie soit menacée.

Tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître que, sous l'influence du *refroidissement* de l'atmosphère et du *sommeil hibernal*, les phénomènes mécaniques de la respiration éprouvent les mêmes modifications que les battements du cœur. D'après Mangili, chez les animaux engourdis, les mouvements du thorax ne seraient pas seulement ralentis, mais régulièrement interrompus par des périodes de repos complet. Saissy a déduit de ses observations les résultats suivants pour le nombre des inspirations exécutées en une minute :

	Marmotte.	Hérisson.	Lérot.	Chauve-souris.
Atmosph. à 20°, animaux *éveillés*.	30	16	45	70
Atmosph. à 7°, animaux *éveillés*.	20	10	30	8
Animaux *engourdis*.	7 à 8	4 à 5	9 à 10	5 à 6

Les phénomènes chimiques de la respiration ont aussi été étudiés avec beaucoup de soin chez les animaux *hibernants* pendant l'état de veille et pendant l'état d'engourdissement. Spallanzani (1) dit que ces animaux meurent d'autant plus vite dans une masse donnée d'air, que la température extérieure est plus élevée. Mangili a directement constaté que, pendant leur engourdissement, ces animaux continuent à absorber de l'oxygène et à exhaler de l'acide carbonique. Prunelle a obtenu des résultats du même genre. Ce dernier observateur a de plus prouvé par des expériences directes que la quantité d'oxygène consommé dans un temps donné augmente avec la température de l'animal, même quand l'engourdissement persiste. Saissy a fait de nombreuses recherches pour déterminer la quantité d'oxygène consommé par ces animaux dans un temps donné pendant l'état de veille à diverses températures, et pendant l'*engourdissement*. Quoique la méthode par lui adoptée ne soit pas susceptible d'un grand degré de précision, nous croyons cependant devoir donner ici les résultats qu'il a obtenus. Ces animaux, dans ses recherches, ont absorbé moyennement par heure :

	Marmotte.	Hérisson.	Lérot.	Ch.-souris.
Atmosph. à 18°, animaux *éveillés*.	2lit.,546 d'oxyg.	1lit,885	0lit,818	0lit.,422
Atmosph. à 7°,5, anim. *éveillés*.	1, 697	0, 628	0, 485	0, 091
Animaux *engourdis*.	» »	0, 048	0, 027	» »

Quelque vicieuse que soit la méthode employée par Saissy, il ne résulte pas moins de ce tableau que la quantité d'oxygène consommé par ces animaux diminue à mesure que la température extérieure s'abaisse, qu'elle devient très faible pendant l'engourdissement hibernal, et que, par suite, l'intensité des phénomènes chimiques de la respiration se modifie dans le même sens que leur température propre et que la quantité de chaleur qu'ils dégagent dans un temps donné. Saissy, dans le cours de ses expériences, a vu des marmottes *éveillées* vivre longtemps dans des masses d'air confiné qui ne contenaient plus assez d'oxygène pour entretenir la respiration de lapins, de souris, de cochons d'Inde et de moineaux; il a même cru que les animaux hibernants, dans l'*état de veille* et dans l'*état d'engourdissement*, enfermés dans des vases clos, ne succombent que quelques minutes après avoir consommé la *totalité* de l'oxygène de l'air qui les entoure. Il a fait des expériences comparatives à ce sujet sur des hérissons, des oiseaux et des mammifères non hibernants placés dans des cloches renversées sur l'eau; ses analyses endiométriques lui ont indiqué que, avant de mourir, ces animaux absorbent l'oxygène de l'air confiné dans les proportions suivantes :

Hérisson *éveillé*.	Lapin.	Rat.	Cochon d'Inde.	Moineau.
La totalité.	0,750	0,625	0,500	0,425

Saissy a placé les mêmes animaux dans des cloches qui ne contenaient plus d'oxygène et qui étaient remplies d'azote pur; il a mesuré le temps qui s'écoulait entre l'introduction de chacun d'eux et sa mort :

Hérisson *éveillé*.	Cochon d'Inde.	Rat.	Souris.	Moineau.
15 minutes	6 minutes	2m,50	2m,50	0m,50

Ces faits démontrent évidemment que les animaux hibernants, *même éveillés*, résistent beaucoup plus longtemps que les autres à l'action des gaz *asphyxiants*, et peuvent vivre beaucoup plus longtemps dans une atmosphère peu riche en oxygène; mais il y a certainement de l'exagération à dire qu'ils ont la faculté d'absorber *tout l'oxygène* avant de succomber, même quand ils sont *engourdis*. Cette assertion de Saissy est en contradiction avec tous les faits connus, et tient sans doute aux imperfections de ses procédés eudiométriques. L'expérience suivante de Prunelle ne laisse aucun doute à cet égard. L'air étant à + 3°,5, il plaça dans un manomètre de 50 *litres* une capsule contenant du carbonate de chaux et une marmotte *engourdie* dont la température était de 8°,5. A l'aide d'un tube, il versa quelques gouttes d'acide sulfurique sur le carbonate de chaux. Le vase fut ainsi rempli d'un mélange d'acide carbonique et d'air atmosphérique. Au bout de treize minutes, la marmotte éprouva un léger mouvement convulsif; on la retira : elle était morte. Les conditions étaient les mêmes que dans les recherches de Saissy, puisque ce dernier observateur n'absorbait pas l'acide carbonique qui se formait dans les cloches où ces animaux étaient enfermés; et cependant la marmotte de Prunelle, quoique *bien engourdie*, mourut longtemps avant d'avoir consommé non-seulement la *totalité*, mais même la *majeure partie* de l'oxygène contenu dans le manomètre.

(1) *Mém. sur la respiration*, p. 148.

Prunelle a immergé dans de l'eau à + 7°,05 deux chauves-souris *engourdies*. L'une, retirée au bout de six minutes, vivait encore; l'autre y fut laissée vingt minutes, elle était morte. Saissy a fait des expériences du même genre avec des hérissons, des loirs et des chauves-souris, et a vu que, pendant leur *engourdissement*, ces animaux peuvent séjourner de dix à quinze minutes sous l'eau, sans s'éveiller et sans souffrir.

De ces observations et de la discussion à laquelle nous les avons soumises nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

1° Chez les animaux hibernants, pendant l'*état de veille*, la quantité d'oxygène absorbé diminue à mesure que la température extérieure et que leur température propre s'abaissent.

2° Pendant l'*engourdissement hibernal*, la consommation d'oxygène est beaucoup plus faible que pendant la *veille*, mais elle n'est jamais *nulle*. La respiration n'est *suspendue* ni dans ses phénomènes mécaniques, ni dans ses phénomènes chimiques.

3° Les animaux hibernants, même *éveillés*, résistent beaucoup plus longtemps à l'asphyxie par les gaz irrespirables que les autres animaux supérieurs; cependant une trop forte proportion d'acide carbonique les fait mourir même pendant l'*engourdissement*.

4° Les animaux hibernants *engourdis* résistent beaucoup plus longtemps que les autres mammifères à l'asphyxie par submersion.

Ainsi donc, qu'on les considère dans l'état de veille ou dans l'état d'hibernation, l'influence des variations thermiques de l'atmosphère sur leur température et les phénomènes chimiques de leur respiration, et la résistance qu'ils opposent à l'asphyxie par gaz irrespirables et par submersion, se réunissent pour prouver que les mammifères *hibernants* sont réellement des animaux à *température variable*.

A ces faits déjà si probants nous pouvons ajouter les résultats précieux des expériences peu nombreuses, mais d'une exactitude irréprochable, contenues dans le grand travail de M. Regnault sur la respiration des animaux. Commençons par dire qu'un accident occasionné par le réveil d'une des deux marmottes introduites *engourdies* dans son appareil démontre que ces animaux, quand ils sont *éveillés*, meurent *asphyxiés* dans un air qui cependant contient encore assez d'oxygène pour suffire aux besoins de leur respiration dans l'*état d'hibernation*.

Deux expériences portent sur des marmottes complétement *éveillées*.

Elles ont moyennement consommé, par kilogramme et par heure, 0gr.,986 d'oxygène.

Le rapport moyen de l'oxygène contenu dans l'acide carbonique exhalé à l'oxygène absorbé a été de 0,741.

Elles ont exhalé de l'azote.

Le poids moyen des trois marmottes en expérience était 2kil.,421.

Les lapins nourris, comme les marmottes, avec des plantes fraîches, ont donné les résultats suivants :

Oxygène consommé par kilogramme et par heure, 0gr.,918;

Rapport de l'oxygène contenu dans l'acide carbonique exhalé à l'oxygène absorbé, 0,919.

Exhalation constante d'azote.

Poids moyen des lapins en expérience, 3kil.,273.

Les phénomènes chimiques de la respiration chez les marmottes *éveillées* se rapprochent donc beaucoup de ce qu'ils sont chez les mammifères appartenant au même ordre des rongeurs. La différence la plus saillante est celle qui existe dans le rapport de l'oxygène de l'acide carbonique exhalé à l'oxygène absorbé. Ce fait annonce que, proportionnellement, il y a plus d'hydrogène et moins de carbone brûlé chez les marmottes que chez les lapins.

La quantité d'oxygène consommé par les marmottes dépasse aussi un peu celle qu'absorbent les lapins ; mais ici il faut tenir compte d'un élément qui joue un grand rôle dans tous les phénomènes de calorification, et sur lequel nous avons souvent insisté. Le poids moyen des lapins en expérience était de 3^{kil},273, tandis que celui des marmottes ne s'élevait qu'à 2^{kil},121. Ces derniers animaux, étant d'un volume beaucoup plus petit, donnaient plus de prise que les premiers aux causes extérieures de refroidissement, et avaient besoin de produire plus de chaleur pour se maintenir à la même température.

Le mémoire de M. Regnault contient deux expériences qui portent sur des marmottes complétement *engourdies* ; les résultats de l'analyse sont très remarquables.

Oxygène consommé par kilogramme et par heure, 0^{gr},044 ;

Rapport de l'oxygène de l'acide carbonique exhalé à l'oxygène absorbé, 0,493.

Il y a eu absorption d'azote.

Ce qui frappe d'abord quand on compare ces résultats à ceux qu'ont fournis les marmottes *éveillées*, c'est l'*énorme diminution* de la consommation d'oxygène ; mais, en outre, comme on pouvait le prévoir, l'*hibernation* modifie les phénomènes chimiques de la respiration, dans le même sens que l'*inanition*. Nous voyons, en effet, qu'au lieu d'exhaler de l'azote, les marmottes *engourdies* en ont absorbé ; en second lieu, le rapport de l'oxygène de l'acide carbonique exhalé à l'oxygène absorbé s'est considérablement abaissé. Tant que dure la période d'engourdissement, les *hibernants* sont dans un véritable état d'inanition, la digestion ne répare plus les matériaux combustibles de leur sang ; ils vivent aux dépens de leur propre substance, ils brûlent leur graisse, et les produits de leur respiration sont identiques avec ceux que fournissent les animaux privés de toute nourriture. Mais pendant qu'ils sont plongés dans la *torpeur*, l'activité de leurs fonctions est très faible et les pertes qu'ils éprouvent sont très *minimes*. M. Sacc, en effet, ayant pesé, le 8 janvier et le 21 février suivant, quatre marmottes *endormies*, trouva que, dans ces *quarante-quatre jours*, elles n'avaient perdu, moyennement, que les *huit centièmes* de leur poids initial, c'est-à-dire, les 0,0018 par jour. En comparant ces résultats à ceux que nous avons cités plus haut pour les pertes quotidiennes éprouvées par les divers animaux à l'inanition, il est facile de s'assurer que, pendant leur état de torpeur, les *hibernants* se conduisent absolument comme des animaux inférieurs. Il est dès lors tout simple que leur état d'hibernation puisse se prolonger quatre et cinq mois sans compromettre leur vie.

Enfin, dans deux des expériences de M. Regnault, les marmottes n'ont été engourdies que pendant une partie du temps qu'elles ont passé dans son appareil ; elles étaient éveillées pendant le reste de l'observation. Il est intéressant de connaître la moyenne des analyses faites dans ces deux cas.

Oxygène absorbé par kilogramme et par heure, 0^{gr} 337.

Rapport de l'oxygène de l'acide carbonique exhalé à l'oxygène absorbé, 0,601.

Dans l'une des deux expériences, il y eut une faible absorption d'azote ; dans l'autre, il n'y eut ni absorption, ni exhalation de ce gaz.

Sous tous les rapports, les résultats de ces deux observations mixtes sont intermédiaires à ceux qu'ont fournis les marmottes *éveillées* et les marmottes *engourdies*.

Les observations directes nous ont montré que, dans l'*état de veille* comme dans la période d'*engourdissement*, la température des mammifères *hibernants* s'abaisse et s'élève avec celle de l'atmosphère. Malgré la place qu'ils occupent dans l'échelle zoologique, ce sont donc véritablement des animaux à *température variable*. Contrairement à ce qui se passe chez tous les animaux supérieurs, la production de chaleur est chez eux d'autant moins intense, qu'ils sont exposés à l'action d'un milieu plus froid. D'autre part, les expériences de Spallanzani, de Mangili, de Saissy, de Prunelle, et les analyses si exactes de M. Regnault nous ont prouvé que les phénomènes chimiques de la respiration diminuent, chez eux, d'intensité à mesure qu'ils reçoivent moins de chaleur du dehors. Dans toutes les périodes de leur vie, il y a donc accord parfait entre l'élévation de leur *température propre* et l'activité des combustions respiratoires. Pour eux, donc, comme pour tous les autres animaux, la faculté de produire de la chaleur dérive de l'action de l'oxygène absorbé sur les matériaux du sang, et, dans une circonstance quelconque, la résistance aux causes extérieures de refroidissement est renfermée dans les mêmes limites que la quantité d'oxygène qu'ils peuvent consommer dans un temps donné.

Il nous suffit d'avoir montré que la théorie de Lavoisier rend parfaitement compte de toutes les variations de température des animaux *hibernants* dans l'état de veille et dans l'état d'engourdissement ; il n'est pas dans notre sujet de chercher à démêler les causes organiques de la *torpeur* dans laquelle ils passent toute la saison froide. Les théories proposées par les auteurs qui se sont occupés de leur histoire nous paraissent parfaitement insuffisantes, et nous nous contenterons de faire ici quelques rapprochements qui ressortent naturellement des faits successivement exposés dans le cours de notre travail.

D'abord, constatons un fait très important. En été comme en hiver, il suffit d'abaisser la température au-dessous de 9 à 10 degrés autour des mammifères *hibernants* pour qu'ils s'*engourdissent*. En hiver comme en été, on peut les conserver parfaitement *éveillés*, en ayant soin de les faire vivre dans une enceinte à 15 degrés et au-dessus. Le *sommeil hibernal* ne dépend donc ni d'un défaut de nourriture, ni d'une modification qui s'opère dans leur constitution à des époques déterminées, ni d'un besoin de repos absolu qui se reproduit périodiquement. L'*engourdissement* de ces animaux est la conséquence directe et nécessaire de la diminution d'activité de leurs fonctions, produite elle-même par le refroidissement qu'ils éprouvent quand la température de l'atmosphère s'abaisse.

Les mammifères et les oiseaux adultes peuvent sans doute, en activant leurs combustions intérieures, rendre leur température sensiblement indépendante de celle du milieu ambiant ; cependant, cette résistance qu'ils opposent aux causes extérieures de refroidissement a ses limites. Lorsque la température se maintient autour d'eux trop et trop longtemps abaissée, ils s'épuisent, ils succombent, ils s'*endorment*, ils se refroidissent ; et, comme leur organisation est trop parfaite pour supporter sans danger cet affaiblissement extrême des fonctions, ils passent très rapidement du *sommeil* à la *léthargie par le froid*, ils meurent.

Au moment de leur naissance, certains oiseaux ont le corps dépouillé de plumes, certains mammifères ont encore la membrane pupillaire intacte. Par cela seul que leur organisation est moins avancée, nous avons vu que, chez ces jeunes animaux, la faculté d'absorber de l'oxygène n'a pas encore le haut degré de développement qu'elle atteindra plus tard. Aussi, ils produisent moins de chaleur que les adultes de même espèce ; ils ne peuvent pas encore, sans le secours de leur mère, maintenir leur température constante, ils se conduisent, dans les premiers temps de leur existence, comme des animaux inférieurs *à température variable*. En même temps que leur organisation moins parfaite les rend plus accessibles aux causes extérieures de refroidissement, nous devons ajouter que, sans danger pour leur vie, leur température peut s'abaisser à des degrés auxquels ne saurait descendre impunément celle des adultes de même espèce. Les expériences de Buffon, de Legallois et d'Edwards nous ont montré qu'à leur naissance ils ressemblent aussi aux animaux inférieurs *à température variable*, par la résistance qu'ils opposent à l'asphyxie par submersion.

Rapprochés des faits précédents, les phénomènes présentés par les *mammifères hibernants* nous semblent beaucoup moins exceptionnels qu'ils le paraissent au premier abord. Un degré de plus dans l'imperfection du développement organique des jeunes oiseaux qui naissent sans plumes et des jeunes mammifères qui viennent au monde avec la membrane pupillaire, avec la persistance de cet état d'imperfection pendant l'âge adulte, suffit pour faire un oiseau et un mammifère *à température variable*, un oiseau et un mammifère *hibernants*. Le *sommeil hibernal* est la traduction de l'impuissance où se trouve l'animal de porter l'absorption de l'oxygène et la production de chaleur à un degré assez élevé pour rendre

sa température indépendante de celle de l'atmosphère ; cette impuissance elle-même est la conséquence d'une imperfection de son organisation. Mais de quel côté est le défaut de développement organique ? Faut-il le chercher dans l'organe pulmonaire, dans le système circulatoire, dans la composition du sang, dans les organes digestifs qui ne répareraient pas assez vite les matériaux combustibles de l'économie, ou dans le système nerveux qui communique l'activité à toutes les parties ? Il nous suffit d'avoir posé la question dans des termes que nous croyons vrais ; espérons que les anatomistes et les physiologistes trouveront la solution du problème dans une étude plus approfondie, et jusqu'ici trop négligée, de l'organisation de ces animaux.

Léthargie par le froid. — Quand la température extérieure s'abaisse à zéro ou au-dessous, les mammifères *hibernants* plongés dans l'*engourdissement* donnent des signes de malaise, ils s'agitent, leur respiration s'accélère, ils se réchauffent, se réveillent ; ils peuvent lutter quelque temps, soutenir leur respiration au type nécessaire pour maintenir leur température à 20, 23 et même 26 degrés ; mais si l'action du froid continue, ils s'épuisent, leur respiration se ralentit, ils se refroidissent peu à peu, et bientôt ils retombent de nouveau dans l'engourdissement. Ce nouvel état de *torpeur* n'est pas le véritable *sommeil hibernal* : c'est la *léthargie par le froid*, qui commence chez eux aux environs de zéro, et qui ne se produit qu'à des températures plus basses chez les animaux qui ont la faculté de soutenir longtemps une grande consommation d'oxygène.

Lorsque la *léthargie* est bien établie, les fonctions ne sont plus seulement ralenties, ramenées au minimum d'activité : elles sont *totalement suspendues*. Les excitants chimiques et mécaniques sont impuissants, non-seulement pour réveiller l'animal, mais pour obtenir les moindres signes de sensibilité. On peut mettre les nerfs à découvert, les piquer, les déchirer avec la pointe d'un scalpel sans déterminer aucun phénomène ; le courant électrique lui-même est employé sans résultats : la sensibilité est suspendue. L'irritabilité musculaire est difficile à mettre en jeu, en sectionnant ou irritant avec la pointe d'un scalpel des muscles mis à nu, on observe à peine quelques oscillations dans leurs fibres. Spallanzani n'a rien obtenu avec la décharge de la bouteille de Leyde ; Saissy, avec le courant électrique, a réveillé des contractions évidentes, mais bien moins fortes que dans le simple engourdissement hibernal. La circulation est complétement suspendue. Saissy a trouvé les vaisseaux de la périphérie presque vides, le sang accumulé et *stagnant* dans le cœur et les vaisseaux abdominaux. Une ligature placée sur un vaisseau ne détermine aucun gonflement. A l'incision, le sang encore liquide s'écoule au dehors, mais *passivement*. A l'inspection directe, le cœur ne présente aucun mouvement : le courant électrique peut cependant réveiller son irritabilité et déterminer des contractions de ses parois. Il est nécessaire, pour bien comprendre l'action du courant électrique sur les muscles, de se rappeler que l'irritabilité est une propriété qui continue à exister chez tous les animaux pendant un certain temps, même après la *mort réelle*. Les phénomènes mécaniques de la respiration sont complétement suspendus ; à l'œil il est impossible de distinguer le moindre mouvement des parois thoraciques. Saissy ayant mis sous l'eau une marmotte en *léthargie*, il s'échappa quelques bulles de gaz emprisonné dans ses oreilles et dans sa bouche ; mais l'animal resta immergé quinze minutes sans que rien sortît de son poumon. Les hérissons, les lérots, les chauves-souris donnèrent les mêmes résultats. Spallanzani a laissé une marmotte en *léthargie* pendant quatre heures dans l'acide carbonique, et elle ne mourut pas La température extérieure était à — 15 degrés. Dans une seconde expérience, l'air étant à — 11°,25, l'animal séjourna deux heures dans l'azote sans exhaler aucune trace d'acide carbonique. Saissy a constaté que, pendant la *léthargie*, ces animaux n'absorbent pas d'oxygène et n'exhalent pas de traces sensibles d'acide carbonique. M. Chatin (1) a laissé très longtemps un loir en *léthargie* exposé à l'action de vapeurs arsenicales ; l'animal ne mourut pas : l'absorption pulmonaire et cutanée était donc suspendue.

Les mammifères hibernants en *léthargie* se conduisent donc comme des *cadavres* ; cependant la mort n'est pas encore réelle, elle n'est qu'apparente. Sous l'influence d'une température de 1, 6, 8 et 10 degrés au-dessus de zéro, peu à peu la sensibilité, la circulation, les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration se rétablissent ; ils repassent à l'état d'*engourdissement hibernal*, et, si l'air s'échauffe encore autour d'eux, ils se réveillent, et recouvrent le libre et plein exercice de toutes leurs fonctions.

Si, au contraire, on les maintient trop longtemps sous l'influence d'une température trop basse, comme ils n'absorbent plus d'oxygène, ils ne produisent plus de chaleur ; alors ils se refroidissent comme des corps inertes, mais lentement, parce que leurs tissus sont mauvais conducteurs. La congélation frappe d'abord les extrémités, elle s'étend peu à peu, envahit les centres organiques, et à la *léthargie* succède la *mort par le froid*, accompagnée des désordres anatomiques constatés chez tous les animaux en cas pareil.

Lorsque la température du milieu ambiant devient trop basse, les animaux inférieurs, eux aussi, passent du simple *engourdissement hibernal* à l'état de *léthargie par le froid*. Spallanzani (1) en rapporte un bel exemple dans le récit de ses expériences. Des limaçons *engourdis* à la température de 8 ou 10 degrés au-dessus de zéro absorbaient de l'oxygène et exhalaient de l'acide carbonique ; le cœur battait d'une manière évidente. Il abaissa la température autour d'eux à zéro ; alors les phénomènes mécaniques et chimiques de la respiration s'arrêtèrent complétement. La température étant tombée à — 1°, le cœur s'arrêta : la *léthargie* était complète. Dans cet état, il était encore possible de les réveiller en les réchauffant ; mais si la température continuait à baisser, la congélation commençait, et les animaux mouraient. Ce sont sans doute des limaçons en *léthargie*, et non en *simple hibernation*, que M. Gaspard (2) avait observés, quand il disait : « Les escargots vivent sans » mouvement, sans chaleur, sans aliments, *sans respiration*, *sans* » *circulation*.... C'est comme la vie d'un germe avant la fécondation, d'une graine avant la germination.... Ce n'est pas une vie, » c'est une simple aptitude à vivre. » Pendant la *léthargie par le froid*, toutes les fonctions sont donc momentanément suspendues chez les animaux inférieurs comme chez les *mammifères hibernants* ; par la distinction si heureusement établie par Mangili entre le *sommeil hibernal* et la *léthargie*, tout s'explique, les faits de Spallanzani et de M. Gaspard cessent d'être en contradiction avec ceux de M. Delacroix, rapportés plus haut. Cette distinction est nécessaire, parce que, pour les animaux inférieurs comme pour les mammifères, le *sommeil hibernal* est un *état physiologique sans danger*, tandis que la *léthargie par le froid* est un *véritable état pathologique qui aboutit fatalement à la mort s'il est trop longtemps prolongé*.

Du reste, en raison même de l'imperfection de leur organisation, les animaux *inférieurs* résistent beaucoup mieux et beaucoup plus longtemps que les mammifères *hibernants* à l'influence des températures très basses. Il y a dans la science des faits bien observés, qui démontrent que non seulement des insectes, mais même des vertébrés, peuvent, *sans mourir*, éprouver une véritable congélation. Boerhaave fait observer que, pendant l'hiver de 1709, les œufs d'insectes déposés sur les branches d'arbres et dans des lieux découverts restèrent féconds, bien que la température descendît à — 17°,5. Nous avons été témoin d'un fait semblable pendant l'hiver de 1829 et 1830. Réaumur (3) a vu certaines espèces d'insectes périr sous l'influence d'une température encore supérieure à celle de la congélation de l'eau, tandis que d'autres ne mouraient qu'à — 13°,7, et que d'autres supportaient impunément l'impression de l'air à — 23°,75. Spallanzani (4) a vu des œufs d'insectes restés féconds après avoir été exposés à une

(1) *Thèse inaugurale de médecine*, 1844, p. 15. M. Chatin, dans sa thèse, se contente de dire *un loir engourdi* ; mais des détails qu'il nous a fournis lui-même sur cette expérience remarquable, il résulte évidemment qu'il ne s'agissait pas d'un loir plongé dans le *sommeil hibernal*, mais d'un loir en *léthargie*.

(1) *Mém. sur la respiration*, p. 150-151.
(2) *Mémoire physiologique sur le colimaçon* (*Journal de Magendie*, 1822).
(3) *Mém. sur les insectes*, t. II et V.
(4) *Opusc. de phys. anim.*, t. I, p. 82 et 85.

température de — 30 degrés, tandis que les animaux qu'ils produisent périssaient à — 10 degrés et même — 9 degrés ; il a constaté ce fait sur des vers à soie et sur le papillon de l'orme. Ainsi, pour les basses comme pour les hautes températures, la résistance des œufs est plus énergique que celle des animaux qui en proviennent. M. Bonafous (1) soumit, en 1837, des œufs de vers à soie à l'influence longtemps prolongée d'une température de — 25 degrés, et le germe ne mourut pas ; leur éclosion se fit comme celle des œufs constamment conservés au-dessus de zéro. Le capitaine Ross (2) plaça trente chenilles dans une boîte qu'il exposa quatre fois successivement, pendant une semaine, à une température de — 42 degrés environ. A chaque exposition elles devinrent roides et furent congelées. La première fois, il suffit de les ramener dans une chambre chaude pour qu'elles revinssent *toutes* à la vie. La seconde fois, vingt-trois survécurent ; la troisième fois, onze résistèrent à l'épreuve ; enfin, après le quatrième essai, deux seulement purent être rappelées à la vie. Conservées dans une chambre chaude, ces deux chenilles formèrent leurs cocons : l'une ne produisit qu'une chrysalide imparfaite, l'autre fournit six mouches.

On sait, depuis longtemps, qu'en Russie et dans la partie septentrionale des États-Unis d'Amérique, on transporte au loin des poissons roides comme des bâtons et dans un véritable état de congélation ; cependant, il suffit de les plonger dans l'eau au-dessus de zéro, pour leur rendre leurs mouvements. Voici un fait fort intéressant, qui prouve qu'un animal vertébré peut résister à une congélation complète. En Islande, pendant l'hiver 1828 et 1829, M. Gaymard (3) plaça des crapauds dans une boîte remplie de terre et les exposa en plein air à l'influence de la température extérieure. Au bout de quelque temps on ouvrit la boîte. Ils étaient durs et roides comme des cadavres gelés ; toutes les parties de leur corps étaient *inflexibles* et *cassantes* ; quand on les brisait, il ne s'en échappait pas une seule goutte de sang. Ces animaux avaient creusé des trous dans la terre de la boîte ; ils s'étaient ainsi refroidis lentement, et étaient parvenus graduellement à l'état de congélation. Placés dans de l'eau légèrement chauffée, ils recouvrèrent la flexibilité de leurs membres à mesure que les glaçons fondirent, et en dix minutes ils revinrent complétement à la vie. M. Gaymard fait observer qu'une *congélation rapide* tue toujours ces animaux ; pour qu'ils résistent, il faut que l'influence du froid soit graduée. Les mêmes expériences furent tentées sur des grenouilles et ne réussirent pas.

(1) *Bibl. univ. de Genève*, 1838, t. XVII, p. 200.
(2) *Bibl. univ. de Genève*, 1836, t. III, p. 423.
(3) *Bibl. univ. de Genève*, 1840, t. XXVI, p. 207.

NOTE SUR LA DÉCOUVERTE D'UN MOYEN PRÉSERVATIF DU VIRUS SYPHILITIQUE, C'EST-A-DIRE D'UN LIQUIDE DOUÉ DE LA PROPRIÉTÉ DE NEUTRALISER CE VIRUS, par M. A. RODET, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon.

(Cette note est extraite d'un discours qui a été prononcé dans la séance publique du conseil d'administration des hospices de Lyon, le 30 décembre 1854, et contenant le compte rendu de la pratique chirurgicale de l'Antiquaille, depuis le 1er janvier 1849 jusqu'au 30 décembre 1854.)

Lorsque la syphilis fit son apparition en Europe, à la fin du XVe siècle, elle se répandit avec une rapidité inouïe, et frappa ses victimes avec une effroyable intensité. Mais on ne tarda pas à voir ce fléau perdre peu à peu une partie de sa fureur ; aussi les auteurs qui écrivirent un demi-siècle plus tard crurent-ils pouvoir prédire qu'il ne serait que temporaire, et qu'il disparaîtrait au bout de quelques siècles, comme avait fait la lèpre, cet autre fléau plus effroyable et plus terrible encore. Cette prédiction ne s'est pas réalisée, et malheureusement rien n'annonce qu'elle doive se réaliser un jour. Entretenue et propagée par des passions que l'on ne parviendra jamais à étouffer, la syphilis s'étend de plus en plus, au lieu de disparaître. Elle s'insinue peu à peu dans les villages, dans les hameaux, et quelquefois jusque dans les chaumières, d'où l'avaient exclue pendant longtemps des mœurs simples et pures ; et si elle se montre moins cruelle qu'autrefois pour chacune de ses victimes, c'est peut-être uniquement parce que l'art est mieux armé pour la combattre (1).

Lorsqu'on réfléchit à tous les ravages que produit cette maladie ; lorsqu'on voit le nombre de victimes qu'elle frappe incessamment ; lorsqu'on songe surtout que bon nombre de ces victimes, ignorant la gravité du mal qui les dévore, ne se soumettent pas à des traitements suffisants, et transmettent à leurs descendants le poison qui circule dans leurs veines, il est impossible de ne pas être effrayé et de ne pas appeler de tous ses vœux la découverte de quelque remède efficace qui, tarissant le mal dans sa source, l'empêche de se propager, le rende de plus en plus rare, et finisse par le faire disparaître entièrement.

Plusieurs tentatives hardies ont été faites pour obtenir ce résultat immense; mais jusqu'ici, il faut l'avouer, aucune n'a été couronnée de succès.

La *syphilisation*, la plus audacieuse de toutes, n'a pu réaliser ses brillantes promesses. Séduit par ses pompeuses annonces, je l'ai mise en pratique une fois, et ce fait unique a suffi pour me convaincre de son impuissance et de ses dangers.

La *vaccination syphilitique*, imaginée par M. Diday, s'est montrée bien plus modeste, et surtout bien plus innocente. Elle n'avait pour but que de prévenir la syphilis constitutionnelle chez les malades atteints déjà de chancres ; mais comme elle excluait de sa sphère d'action tous les chancres indurés, il en résulte qu'elle ne prétendait préserver que les malades les moins exposés à l'infection générale.

Persuadé que rien n'autorise jusqu'à présent à espérer la découverte d'un vaccin syphilitique, et que ce vaccin, s'il était connu, serait encore difficilement applicable, ce n'est pas dans ce sens que j'ai dirigé mes investigations. J'ai cherché à découvrir une substance qui fût douée du pouvoir de neutraliser complétement le virus syphilitique, même lorsqu'il est insinué depuis plusieurs heures dans l'épaisseur de la peau ou des membranes muqueuses, et de l'anéantir avant qu'il ait eu le temps de produire les moindres effets. Le problème était très difficile à résoudre, car il fallait que cette substance réunît plusieurs conditions presque inconciliables. Ainsi il fallait : 1° Qu'elle fût douée de propriétés assez énergiques pour détruire le virus, mais pas assez pour cautériser les piqûres ou les excoriations ; 2° qu'elle fût liquide pour pouvoir s'insinuer facilement dans les membranes, à travers les moindres fissures ; 3° qu'elle ne fût pas irritante, afin que la peau et les membranes muqueuses pussent supporter son contact; 4° qu'elle ne fût ni toxique ni vénéneuse, afin que son absorption n'exposât à aucun accident ; 5° et enfin, qu'aucun élément d'un prix élevé n'entrât dans sa composition et ne l'empêchât de devenir vulgaire.

Ces difficultés ne me rebutèrent pas. Certain que si une telle découverte était difficile, du moins elle n'était pas impossible, puisque Luna Calderon avait déjà trouvé, en 1812, un liquide neutralisant dont il ne fit pas connaître la composition ; encouragé d'ailleurs par l'espoir de découvrir un secret qui pouvait avoir des conséquences si incalculables, je me mis à l'œuvre avec ardeur, et j'entrepris, en novembre 1853, une série d'expériences dont je vais indiquer brièvement les résultats, me proposant de les publier bientôt d'une manière plus étendue.

Depuis quelque temps je me livrais à des recherches sur les effets que pouvaient produire les différents chlorures employés dans le pansement des chancres et des bubons ulcérés, et j'avais remarqué que celui d'entre tous qui était doué, sous ce rapport, des propriétés les plus remarquables, était le chlorure de zinc. Dissous

(1) D'après une idée émise récemment par M. le docteur Clerc (Voy. *Union médicale*, 1854, nos 151 et 152), les chancres indurés et la syphilis constitutionnelle deviendraient de plus en plus rares. Cet auteur pense que non-seulement les individus qui ont ou qui ont eu la syphilis constitutionnelle ne peuvent plus contracter des chancres indurés, comme l'a établi M. Ricord, mais encore que le virus, en passant de nouveau par leur organisme, perd pour toujours le pouvoir d'infecter d'autres constitutions et ne conserve que celui de produire des effets locaux, c'est-à-dire de reproduire des chancres simples.

dans 30 ou 40 fois son poids d'eau distillée ou d'alcool, il modifie puissamment la surface des chancres, les transforme quelquefois rapidement en plaies simples, surtout s'ils sont élevés, et en amène alors la cicatrisation en un petit nombre de jours. Assez souvent, il est vrai, il produit des eschares superficielles ; il agit alors trop fortement, et doit être remplacé par un chlorure plus faible, celui de baryum, par exemple, ou par tout autre moyen. Ce chlorure étant d'ailleurs sans effet sur la peau tant que l'épiderme est intact, et s'insinuant facilement à travers les plus légères fissures, me parut réunir plusieurs conditions favorables, et ce fut par lui que je commençai mes expériences.

Dissous dans 8 fois son poids d'eau distillée et appliqué sur une piqûre récemment inoculée, il détruit le virus et empêche la formation du chancre. Mais comme il cautérise légèrement tout l'intérieur de la piqûre, il se forme, au bout de deux ou trois jours, un léger travail éliminatoire, d'où résulte une pustule simple qui dure ordinairement de six à neuf jours.

Le chlorure de zinc ne remplit donc pas toutes les conditions désirables. Il préserve, mais il cautérise. J'eus beau varier les doses de ce remède et l'associer de différentes manières, je ne pus pas sortir de l'alternative de cautériser ou de n'obtenir qu'une préservation incomplète.

L'iodure de zinc, le chlorure de cadmium et le chlorure de baryum, que j'essayai ensuite, produisent des effets analogues : ils préservent lorsque leur solution est assez concentrée, mais en donnant lieu à une pustule simple.

Le perchlorure de fer ne cautérise pas les piqûres, mais il ne préserve pas ; il ne fait que retarder un peu les effets du virus. Quel que soit le degré de concentration auquel on l'emploie, on n'obtient pas de meilleur résultat. Quoique insuffisant, ce médicament me parut doué de propriétés précieuses; et, loin de le rejeter, je cherchai, par différentes combinaisons ou associations, à lui donner les qualités qui lui manquent sans lui faire perdre celles qu'il possède déjà. Après quelques essais, le problème me parut résolu. Ayant appliqué sur une piqûre d'inoculation une solution de perchlorure de fer et d'acide citrique, la préservation fut obtenue de la manière la plus irréprochable. Je répétai l'expérience un certain nombre de fois, et j'obtins toujours à peu près le même succès. Je me croyais arrivé au terme de mes expériences, lorsque je fus arrêté tout à coup par un de ces obstacles imprévus que la nature sème souvent sous les pas des expérimentateurs, comme si elle voulait que les découvertes fussent toujours le prix de la persévérance.

L'échantillon de perchlorure de fer qui m'avait servi jusque-là étant épuisé, je m'en procurai un autre qui ne fut plus doué des mêmes propriétés : la préservation ne fut plus obtenue, ni avec les mêmes doses, ni avec des doses plus fortes. Je m'adressai alors à toutes les officines ; mais ce fut en vain, je ne pus plus trouver du perchlorure semblable au premier. Je fus alors tenté de douter de moi-même, et de croire que je m'étais fait illusion dans mes premières expériences. Heureusement je trouvai dans mon cabinet deux petits flacons contenant encore un peu du liquide que j'avais préparé avec le premier échantillon : je les essayai, et la préservation fut obtenue. Il n'y avait plus de doute possible. La différence des résultats ne tenait donc qu'à la différence de composition du perchlorure que j'avais employé. Mais quelle était cette différence, et que fallait-il ajouter aux derniers échantillons pour les rendre semblables au premier? Plusieurs tentatives que je fis dans ce sens furent infructueuses ; mais, remarquant ensuite que le premier perchlorure était entièrement soluble dans l'eau distillée, tandis que les autres l'étaient incomplétement et formaient tous un dépôt plus ou moins considérable, je pensai que là était probablement la clef de l'énigme. J'ajoutai donc à la solution de mes nouveaux échantillons une quantité suffisante d'acide chlorhydrique pour en compléter la solubilité et faire disparaître toute trace de dépôt, et dès lors les mêmes résultats purent être obtenus. La préservation eut lieu comme avec le premier échantillon.

Maître désormais de graduer à mon gré les effets du remède, il ne me restait plus qu'à résoudre des questions accessoires et à déterminer :

1° Quelles sont les doses et les compositions qui préservent le mieux sans irriter les tissus sains ?

2° Quelle est la manière la plus simple et la plus efficace d'employer le remède ?

3° Quels sont les effets appréciables du remède sur les piqûres d'inoculation ?

4° Quelle est, à partir de l'insertion du virus, la durée du temps pendant lequel le remède jouit d'une puissance préservatrice, et quelles sont les modifications que présentent ses effets à différentes distances de ce point de départ ?

5° Quelles sont les causes qui peuvent faire varier les effets préservatifs du remède ?

6° Enfin, quelles sont les autres applications dont ce remède est susceptible ?

Les nombreuses expériences que j'ai faites pour éclairer ces différentes questions, et que je ne puis rapporter ici, me permettent d'établir les propositions suivantes :

1° La dose la plus convenable de perchlorure de fer et d'acide citrique est de 4 grammes de chaque pour 32 grammes d'eau distillée. En ajoutant à cette solution 1 gramme d'acide chlorhydrique, la préservation a lieu, mais elle est incomplète ou incertaine. Avec 2 grammes d'acide chlorhydrique, la préservation est plus sûre, et avec 4 grammes elle est plus sûre encore. On obtient ainsi pour formule :

℞ Eau distillée	32 grammes.
Perchlorure de fer. . . .	} āā 4 —
Acide citrique.	
Acide chlorhydrique. . .	
M. s. a.	

On forme encore un liquide doué de propriétés à peu près identiques en retranchant l'acide citrique et en augmentant d'un tiers la dose de l'acide chlorhydrique, ce qui donne pour formule :

℞ Eau distillée	32 grammes.
Perchlorure de fer	4 —
Acide chlorhydrique.	6 —
M. s. a.	

Cependant ce dernier liquide me paraît un peu plus irritant, et je donne la préférence au premier.

2° La manière la plus simple d'employer ce liquide consiste à en déposer une goutte sur la partie où le virus a été inoculé, et à l'y laisser pendant dix ou quinze minutes, ou bien à appliquer sur cette partie un peu de charpie ou de linge qu'on en a préalablement imbibés. Si le contact du liquide est de trop courte durée, la préservation est incomplète, et l'on voit survenir un ulcère qui marche lentement, et que je considère comme un chancre imparfait.

Il suffit que la charpie ou le linge soient maintenus appliqués pendant une heure pour que la préservation soit complète. Un temps plus court suffirait même probablement, mais il n'y a point d'inconvénient à les laisser vingt-quatre heures.

3° Aussitôt que le liquide est mis en contact avec la piqûre d'inoculation, le malade éprouve un sentiment de cuisson qui ne dure qu'un instant. Un moment après, on voit la piqûre s'élever et prendre la forme d'une papule ; puis cette papule s'étend peu à peu du centre à la circonférence, et finit par prendre assez bien l'aspect d'une piqûre de cousin. Au bout de 20 à 30 minutes environ, elle cesse de s'étendre ; deux heures après elle commence à se flétrir, et quelques heures plus tard il n'en reste plus aucune trace. Cette élevure est le signe certain que le liquide a pénétré dans la piqûre, qu'il s'est infiltré dans les mailles du tissu réticulaire de la peau, et que le virus, qui paraît s'y insinuer beaucoup plus lentement, a été complétement atteint. Pour que la préservation soit assurée, il faut que cette élevure acquière une étendue suffisante, ce qui nécessite l'absorption d'une certaine quantité de liquide ; et voilà pourquoi il faut que ce liquide reste en contact avec la piqûre pendant un certain temps.

4° La préservation peut être obtenue tant que le virus n'a produit sur la piqûre aucun effet appréciable. Au bout de deux heures,

de quatre heures et de six heures, elle a été aussi complète qu'après un temps plus court, pourvu que le liquide ait été laissé sur la piqûre pendant un temps suffisant.

Si l'inoculation a déjà produit des effets sensibles, soit une pustule, soit seulement une papule, l'absorption du liquide se fait mal, l'élevure ne se forme pas d'une manière régulière, et, conséquemment, la préservation demeure incomplète. La cautérisation avec un fragment de nitrate d'argent solide est alors bien plus sûre et doit être préférée.

5° Les effets du liquide préservatif peuvent être modifiés, non-seulement par les doses des substances actives qui entrent dans sa composition et par la durée de son contact avec les parties contaminées, mais encore par le degré d'activité du virus employé. J'ai vu des doses faibles préserver complétement dans certains cas, et ne produire dans d'autres que des préservations incomplètes. D'après ces faits, je crois pouvoir établir que le virus syphilitique a d'autant plus d'énergie que l'ulcère qui le fournit est plus récent, et d'autant moins, au contraire, que cet ulcère se rapproche davantage du moment où il se transforme en plaie simple. Cela ne veut pas dire que le virus produise des chancres nécessairement plus bénins dans un cas que dans un autre, car il peut se retremper et se régénérer par une nouvelle germination, mais seulement qu'il épuise, en quelque sorte, le sol sur lequel il a été implanté, qu'il s'affaiblit lui-même en vieillissant, qu'il produit plus lentement ses premiers effets, et qu'il résiste moins à l'action neutralisante du liquide préservatif.

6° Ce liquide me paraît susceptible de plusieurs autres applications. D'abord il modifie les chancres simples avec un rapidité vraiment remarquable, et leur fait perdre quelquefois en vingt-quatre heures la propriété de sécréter du pus virulent.

Le virus vaccin est neutralisé par ce liquide de la manière la plus complète. Ce fait offre peu d'importance par lui-même, mais il permet de croire que l'on parviendrait peut-être à empêcher l'éruption variolique et à prévenir les stigmates désolants qu'elle laisse quelquefois, en lavant avec ce liquide, en temps opportun, les parties de la peau que l'on voudrait préserver.

Enfin, ce liquide serait-il capable de neutraliser le virus de la rage aussi bien que celui de la syphilis et de la vaccine? Si l'expérience venait à répondre affirmativement, la science aurait fait une conquête importante. Ce remède ne cautérisant pas les tissus, on ne craindrait pas de s'en servir pour laver toutes les morsures, même les moins suspectes, et la rage n'aurait jamais lieu; tandis que la cautérisation, outre qu'elle est repoussée par bon nombre de victimes à cause de l'effroi qu'elle inspire, n'atteint pas toujours toutes les morsures et ne détruit pas toujours tout le virus.

Je viens de faire connaître un moyen très simple et très facile de neutraliser le virus syphilitique partout où il se trouve, et de tarir ainsi dans sa source l'une des maladies les plus répandues et les plus redoutées (1). En le livrant à la publicité, je crois devoir remplir un devoir impérieux et sacré. Mais qu'il me soit permis de ne pas le suivre dans ses applications, et de jeter un voile sombre sur ces plaies hideuses de la société. Sera-t-il accueilli favorablement, et ne me semble-t-il pas déjà entendre murmurer de loin le reproche d'immoralité? Si un reproche semblable venait à être formulé, je le repousserais de toutes mes forces. Ce qui est immoral, c'est la débauche, c'est la dépravation, c'est la promiscuité, c'est, en un mot, ce qui peut nécessiter l'emploi de ce moyen prophylactique. Ce qui serait immoral encore, pour un médecin, ce serait d'avoir dans ses mains le moyen de prévenir de grands maux, et de refuser d'en faire usage pour un motif quelconque. La médecine est comme la charité : elle doit faire le bien en détournant la tête. Sa mission sainte est de guérir les maux, de quelque source qu'ils émanent; et l'on voudrait qu'elle refusât de les prévenir! Et qu'on ne dise pas que la syphilis doit faire exception à ces règles éternelles. Si Dieu avait voulu l'envoyer en punition à la débauche, comme on l'a soutenu, pourquoi n'aurait-elle pas exercé ses ravages dans les sociétés antiques, où la dépravation des mœurs était portée au comble ?

(1) Avant de me livrer aux recherches que je viens de faire connaître, j'avais essayé plusieurs fois le liquide de M. Langlebert. Je l'ai essayé plusieurs autres fois depuis, et voici les résultats que j'en ai obtenus : 1° Un petit tampon de charpie imbibé de ce liquide et placé à demeure sur une piqûre, peu de temps après l'inoculation, détruit le virus, mais produit inévitablement une vésication sur toute l'étendue de la peau qui a subi son contact. Si l'on enlève l'épiderme ainsi soulevé, on voit le derme rouge, irrité et quelquefois excorié sur plusieurs points. On voit aussi le point où la piqûre a été faite. Ce point est ordinairement érodé, mais le chancre ne s'y forme pas. 2° Si l'on se borne à laver la piqûre et à la laisser couverte d'une couche spumeuse de ce liquide, la vésication a encore lieu, mais elle se forme plus lentement. 3° Si on lave la piqûre sans la laisser couverte de liquide, la vésication ne se produit pas, mais la préservation n'a pas lieu ou est incomplète.

Ces résultats ont été observés sur la cuisse. Ils seraient probablement plus prononcés encore sur la peau délicate et sur la membrane muqueuse des organes génitaux.

Si les mœurs sont aujourd'hui meilleures, ce n'est pas à la crainte qu'inspire la syphilis qu'il faut l'attribuer, mais à l'action bienfaisante du christianisme. Que la religion poursuive donc son œuvre; qu'elle épure les sentiments et les mœurs qui en sont l'expression générale; qu'elle apaise les passions désordonnées; qu'elle éloigne peu à peu ces foyers impurs où s'allument tant de maux et qui sont la honte des sociétés, et la médecine applaudira la première à de tels résultats. Mais, en attendant, qu'on ne lui oppose point d'obstacle lorsqu'elle poursuit aussi son œuvre, non moins sublime, qui consiste à prévenir les maladies toutes les fois qu'elle le peut, à les guérir lorsqu'elle n'a pu les prévenir, et à les soulager lorsqu'elle ne peut les guérir.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination d'un vice-président qui, cette année, doit être pris parmi les membres des sections des sciences mathématiques.

Au troisième tour de scrutin, M. *Binet* obtient 25 suffrages, et M. *Despretz* 21 ; il y a trois billets blancs. En conséquence, M. Binet est élu vice-président pour l'année 1855.

M. *Regnault*, vice-président pendant l'année 1854, passe aux fonctions de président.

CHOLERA.—L'Académie reçoit différentes communications sur le choléra adressées par les auteurs dont les noms suivent : *Réflexions sur le choléra asiatique*, par M. *Voizot*. La pensée fondamentale de ce mémoire est résumée par l'auteur dans les termes suivants : « L'agent morbide est le germe d'un vibrion délétère et parasite de l'homme se développant sur les parois de sa trachée-artère. »

M. *Missoux*, de Fournols : Mémoire sur la formation, la progression et l'accumulation des miasmes épidémiques; sur le traitement rationnel des affections cholériques; suivi d'un Appendice sur la névropathie épidémique des nerfs trijumeaux et ses fâcheux effets sur la vue.

Madame *S. Merito*, de Nice : Note sur une méthode de traitement du choléra, employée avec succès dans l'Inde, et qui l'a été récemment avec un égal succès en Europe.

M. *Polin*, de Saint-Laurent (Meuse) : Considérations sur les épidémies en général, et en particulier sur le choléra-morbus épidémique.

M. *Virolle*, de Saint-Jurien (Haute-Vienne) : Note sur les effets du vin chaud miellé dans le traitement des cholériques.

M. *Pacini*, professeur d'anatomie à Florence : Des recherches microscopiques sur le choléra-morbus, suivies de déductions pathologiques.

Ces mémoires sont renvoyés à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

ÉPILEPSIE.— M. *Moreau* adresse au concours, pour les prix de médecine et de chirurgie, son travail sur l'*Étiologie de l'épilepsie*.

Note sur l'opium indigène. — M. *Descharmes* soumet à l'Académie quelques résultats d'analyses faites en collaboration avec M. *Bénard*, pharmacien d'Amiens, qui a recueilli l'opium. L'opium de la récolte de 1854, dosé par le procédé de M. *Guillermont*, a donné une quantité de morphine sensiblement supérieure à celle qui avait été trouvée dans l'opium de 1853. MM. *Descharmes* et *Bénard* ont, en outre, constaté la présence de la codéine dans l'opium indigène, mais ils n'ont pu la doser, n'ayant pas à leur disposition une quantité suffisante d'opium. Il a paru

intéressant aux auteurs de ce travail de savoir si la morphine, le principe le plus actif de l'opium, se volatilisait pendant la combustion. L'expérience leur a prouvé que, dans la combustion de l'opium ou de la morphine, il n'y a pas de décomposition complète de l'alcaloïde, mais sublimation partielle de cette substance. On peut conclure de là que c'est la morphine qui agit sur le système nerveux quand on fume l'opium.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 8 JANVIER 1855.
PRÉSIDENCE DE M. COMBES.

La séance s'est ouverte par la proclamation des prix décernés et des prix proposés (voir aux *Variétés*).

On a entendu ensuite une notice biographique sur la vie et les travaux de Malus, écrite par Arago.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Deux lettres du cabinet de l'Empereur : *a.* M. *Hartoys*, demeurant à Paris, faubourg Montmartre, 7, a offert à l'Empereur de fournir l'armée d'Orient d'un liquide inventé par un pharmacien allemand, et qui guérit en deux jours les membres gelés ou atteints par des engelures. Avant d'accepter cette offre, Sa Majesté désire que l'Académie de médecine se prononce sur le mérite de cette découverte et émette son opinion sur l'efficacité de ce liquide.— *b.* M. *Brocchieri*, inventeur d'une eau destinée à guérir rapidement les blessures d'instruments tranchants et acérés, a offert à l'Empereur d'en mettre un certain nombre de flacons à sa disposition pour l'armée d'Orient. L'Académie est également appelée à se prononcer sur le mérite de cette invention et sur l'efficacité de cette eau. (*Comm.*, MM. Jobert, Bussy et Robert, qui devront se réunir d'urgence et faire très prochainement leur rapport.)

2. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les cinq pièces suivantes : *a.* Rapport de M. *Lebon*, officier de santé à Conflans, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune d'Olley. (*Commission des épidémies.*)— *b.* Demande d'autorisation pour vendre en France l'eau minérale de Saxon (Suisse). (*Commission des eaux minérales.*)—*c*, *d*, *e*. Trois communications relatives à des remèdes secrets.

3. Discours prononcé aux obsèques de M. Requin, par M. *Dubois*, d'Amiens.

4. Lettre de remercîments de M. *Imbert-Gourbeyre*, professeur suppléant à l'école de Clermont-Ferrand.

5. Lettre de remercîments de M. *Dubois*, de Tournay, qui sollicite le titre de membre correspondant. (*Future commission des correspondants étrangers.*)

6. Le docteur *Alfred Sidney Droz*, de la Chaux-de-Fonds (Suisse), adresse un paquet cacheté intitulé : *Mémoire sur la variole et sa thérapeutique.*

7. *Note sur le cancer*, par M. le docteur *Élie*. (*Comm.*, MM. Cloquet et Barth.)

8. Mémoire intitulé : *Des sangsues considérées comme corps étranger vivant dans les voies aériennes, et en particulier dans le larynx*, par M. le docteur *Ridreau*, aide-major à l'armée d'Orient. (*Comm.*, MM. Soubeiran, Desportes.)

Le président annonce à l'Académie que M. le docteur *Mandilény*, membre correspondant étranger, assiste à la séance. Il fait aussi part à l'Académie de la nouvelle perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur *Czermak*, correspondant étranger à Vienne (Autriche).

Valeur du microscope. — Suite de la discussion.

M. *Leblanc*. J'avais énoncé, dans une précédente séance, que le cancer était beaucoup plus fréquent chez les carnivores que chez les herbivores, et que le régime végétal, combiné avec le régime animal, était un moyen préventif contre le développement du cancer chez les chiens et chez les chats. Les premiers mots de M. Delafond ont été prononcés pour combattre ces opinions. Il a cherché, avant tout, à expliquer mon erreur, en avançant qu'ayant eu l'occasion d'examiner beaucoup plus d'animaux carnivores que d'animaux herbivores, j'avais dû constater une plus grande fréquence du cancer chez les carnivores. C'était une simple supposition de la part de M. Delafond qui a commis à son tour dans cette circonstance une grave erreur. Depuis que je professe la médecine vétérinaire, j'ai vu bien plus d'herbivores que de carnivores, la différence est au moins comme 40 est à 1. M. Delafond ignore sans doute que j'ai pratiqué la médecine vétérinaire pendant quatre années dans le Poitou, où les bœufs, les mulets, les ânes, les moutons, les cochons pullulent. Je continue donc à soutenir ma proposition comme vraie.

Ce qu'il y a d'assez singulier dans les objections faites à cette proposition par M. Delafond, c'est qu'il a fini par admettre mon opinion, un peu mitigée, il est vrai. Il pense que la plus grande fréquence que j'avais dit exister chez les carnivores est réelle, mais qu'elle est moins grande que je ne l'avais annoncé.

D'après les développements dans lesquels est entré M. Delafond sur le cancer des herbivores, je suis convaincu qu'il a regardé comme lésions cancéreuses des maladies qui n'ont certainement pas les caractères que M. Velpeau avait considérés comme appartenant au cancer, et qui n'ont pas, non plus, ceux admis par les micrographes. Je ne parle pas, bien entendu, des micrographes de l'école de M. Delafond.

Je citerai, entre autres lésions, ces tumeurs si fréquentes qui surviennent aux mâchoires des bœufs, appelées par le vulgaire des noms de suros, d'os de graisse, etc., etc., et désignées par les vétérinaires sous les dénominations de sarcôme, carcinôme, ostéo-sarcôme, etc. J'ai observé et excisé un grand nombre de ces tumeurs et je les ai décrites.

Je ferai les mêmes observations pour la plupart des tumeurs testiculaires des chevaux, que M. Delafond dit être si souvent cancéreuses. Ce sont simplement, le plus souvent, des indurations des tissus des diverses régions dont je viens de parler. Quand on les excise complétement, elles guérissent toujours radicalement; elles guérissent même quelquefois, lorsque l'excision n'est pas complète.

Avec ces engorgements non cancéreux, et qui sont toujours dus à des violences extérieures, on observe très fréquemment le gonflement des organes testiculaires, enveloppes et glandes que j'appellerai morveux, parce qu'il est une manifestation de cette maladie. Ce ne sont point encore là des lésions cancéreuses.

Je ne nie pas pour cela le cancer du testicule chez les herbivores; je dis seulement qu'il est très rare. Il y a des caractères cliniques particuliers dont un des principaux est une disposition en bosselures, une limitation assez marquée dans un point du testicule. Ce n'est pas le lieu de m'étendre ici plus longuement sur les diverses nuances de ces caractères différentiels.

Les tumeurs des mamelles sont beaucoup plus rares chez la jument et l'ânesse que chez la chienne; j'ai constaté qu'elles étaient le plus souvent bénignes, c'est-à-dire hypertrophiques.

Je ne nie pas davantage le cancer chez les herbivores autres que le cheval. J'en ai observé, comme M. Delafond, chez le mulet, l'âne, le cochon, le mouton et les oiseaux. J'ai trouvé des cancers épithéliaux chez les poules et chez les perroquets; j'en ai opéré; ils ont récidivé assez souvent; mais je dois faire remarquer qu'il est très difficile de les exciser complétement, parce qu'ils existent ordinairement aux yeux, aux paupières, autour des oreilles, et que les grandes plaies se cicatrisent difficilement chez ces animaux, parce qu'elles ne sécrètent pas ou du moins presque pas de pus. J'ai enfin rencontré de vrais cancers et des cancers fibro-plastiques dans diverses régions des différents herbivores; mais j'ai constaté qu'il y avait une différence énorme entre leur fréquence et celle des cancers des carnivores, du chien et du chat domestiques.

Ce qui m'avait fait penser aussi que le régime, en grande partie végétal, était un moyen préventif pour le chien, c'était parce que j'avais observé une bien plus grande fréquence du cancer chez les chiens des gens riches qui peuvent nourrir abondamment leurs animaux avec de la viande, que chez les chiens de la campagne qui ne mangent guère que du très mauvais pain ou des pommes de terre.

Je le répète, je maintiens ma proposition et je conserverai mon opinion jusqu'à ce que M. Delafond m'ait prouvé, par des faits nombreux et bien circonstanciés, qu'elle n'est pas fondée.

Les dispositions au cancer sont tellement grandes chez le chien et chez le chat que, chez ces animaux, les tumeurs hypertrophiques que je viens de rappeler sont assez souvent mixtes, c'est-à-dire qu'elles sont à la fois hypertrophiques et cancéreuses. Là, non-seulement l'observation clinique l'indique par la manière dont se comportent ces tumeurs, qui récidivent presque toujours, quand elles sont volumineuses surtout, qui se répètent et se généralisent; mais les recherches microscopiques viennent encore confirmer ce que l'examen ordinaire avait fait présumer.

J'avais préparé une réponse à l'opinion hypothétique développée par M. Delafond sur l'histologie du cancer; mais vous comprendrez, Messieurs, que je me donnerai bien de garde de traiter de nouveau une question qui a été si bien élucidée par notre honorable collègue M. Robert.

— M. *Delafond* : Messieurs, lorsque j'ai pris la parole pour faire connaître ce que l'observation m'avait appris en pathologie comparée, sur l'organisation microscopique du cancer, et sur la spécificité de la cellule dite cancéreuse, je m'attendais bien à rencontrer une vive opposition, non-seulement dans cette savante assemblée, mais encore parmi les médecins et les micrographes distingués dont notre honorable collègue,

M. Robert, s'est fait le très habile interprète et défenseur. Que sais-je toutes les récriminations que mes idées ont soulevées ? Pour les uns, je suis un confusioniste radical ; pour les autres, un unitaire arriéré ; pour celui-ci, j'ai créé de toutes pièces une cellule romantique, et pour notre honorable et très spirituel collègue M. Bouillaud, la cellule qu'il veut bien m'attribuer est plus *philosophale* que *philosophique*.

J'attendais donc avec impatience, pour ne pas dire avec anxiété, la réfutation de mes recherches et de mes opinions par M. Robert. J'avais pensé qu'il viendrait nous démontrer sans réplique, que par sa forme, sa structure, son contenu et l'emploi de certains réactifs chimiques, il ne serait plus possible de confondre la cellule cancéreuse avec toute autre cellule, et notamment avec les cellules épithéliale et fibro-plastique. Aussi, j'avoue que ma surprise a été grande, lorsque j'ai entendu répéter à cette tribune tout ce que j'avais déjà lu dans les ouvrages micrographiques, publiés sur les tumeurs fibro-plastiques, épithéliales et cancéreuses, et que je me suis aperçu que tous les faits, les recherches pratiques, les arguments dont je m'étais servi pour chercher à démontrer que la présence de la cellule dite cancéreuse, telle qu'on l'a caractérisée, n'était point l'élément spécial du cancer, n'avaient pas été victorieusement réfutés.

Le discours de M. Robert a donc eu le mérite de fortifier la conviction que je m'étais faite, sur la non-spécificité de la cellule du cancer.

M. Robert vous a dit que j'étais partisan de la doctrine de Schwann sur la cellule unitaire, bien que cette doctrine ait été victorieusement combattue, et que, suivant l'expression même de M. Velpeau, elle était menacée de disparaître de la science sérieuse. Selon lui j'ai donc eu tort de vouloir rajeunir une idée vieille et usée, pour chercher à prouver que la cellule cancéreuse n'avait rien de spécial dans ses attributs.

Malgré toute l'admiration que je professe pour les travaux micrographiques modernes ; malgré aussi tout le respect que m'inspire le sentiment de M. Velpeau sur la doctrine unitaire des cellules présidant à la formation primordiale des tissus ; et bien que je doive admettre que cette doctrine mérite d'être modifiée en ce qui regarde la formation primitive de certains tissus libreux et étendus en membranes, je n'en persiste pas moins à dire qu'une cellule organisatrice préside à la formation primordiale du plus grand nombre des tissus qui entrent dans la composition de l'organisation végétale et animale.

Croyez-le bien, messieurs, la doctrine cellulaire qui repose, en définitive, sur l'observation de faits incontestables, et qui a été proclamée comme vraie par les plus savants botanistes contemporains, tels que Dutrochet, Brown, Kiéser, Mirbel, Amici, Dujardin, Mohl, Richard, etc., etc.; et adoptée, confirmée par les anatomistes, les physiologistes et les micrographes les plus renommés de notre époque, tels que Purkinje, Turpin, Valentin, Schultz, Vagner, Bischoff, Martin Barry, Guttembork, Vogel, J. Müller, Henle et autres, n'est pas menacée, quoiqu'on l'ait dit, d'être de sitôt rayée de la science sérieuse.

M. Delafond cite à l'appui de son opinion différents passages du *Cours de physiologie* de M. Bérard et du *Traité anatomique du cancer* de M. Broca lui-même. M. Henle et M. Mandl se rattacheraient aussi à cette manière de voir, bien qu'ils aient apporté quelques restrictions à la doctrine des cellules en ce qui touche le développement de certaines fibres et de certains tissus étalés en lames minces. Pour moi donc, continue-t-il, la doctrine cellulaire, que notre honorable adversaire M. Robert a dédaigné de combattre, existe réellement comme démontrée dans la science par les plus célèbres micrographes, et même par ceux d'entre eux qui admettent la spécificité de la celule cancéreuse.

M. Velpeau avait allégué, et après lui j'avais dit aussi que certains tissus normaux conservent la forme cellulaire même chez les adultes.

Parmi ces cellules, je puis citer aujourd'hui les épithéliums de beaucoup de surfaces libres, les cellules pigmentaires, les cellules simples et surtout les cellules mères des cartilages, décrites et figurées par Henle, les cellules de la moelle des os dans le jeune âge, les cellules de la partie antérieure du cristallin, les corpuscules ganglionnaires et même les cellules blanches de la lymphe et du sang. Et nous avons ajouté, pour démontrer le peu de spécificité de la cellule cancéreuse, que certaines cellules normales avaient une analogie si parfaite avec la cellule cancéreuse, qu'il devenait impossible de les distinguer.

Ces faits ont paru graves à M. Robert, et, ainsi qu'il le déclare, il a eu à cœur de les vérifier tous par lui-même, afin d'en apprécier la valeur. Pour cela, notre collègue dit avoir eu recours à l'obligeance bien connue de micrographes fameux de la capitale, avec lesquel il a pu étudier un très grand nombre de préparations. Or, dit M. Robert, d'après l'examen comparatif que j'ai fait, à plusieurs reprises, des éléments recueillis sur des tumeurs cancéreuses et sur des cellules normales, je n'ai pu conserver aucun doute sur la possibilité de les distinguer des cellules cancéreuses.

J'ai assurément la plus grande confiance en l'habileté des micrographes qui ont bien voulu éclairer notre collègue sur la grave question dont il s'agit ; mais qu'il me soit cependant permis de dire à l'Académie que les résultats de son examen se trouvent dans un désaccord complet avec les études approfondies qui ont été faites à ce sujet par les hommes les plus compétents pour juger cette question.

Ici, M. *Delafond* commente, à l'appui de sa manière de voir, les opinions émises par Vogel, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, p. 267 et 269, sur les différents caractères des cellules cancéreuses. Il cite aussi Virchow, qui a nié la spécificité des cellules cancéreuses ; puis il continue ainsi :

« Ces opinions fondées sur l'observation et l'expérience, on les retrouve encore très nettement exprimées, ainsi que s'en est convaincu, d'ailleurs, M. Robert, dans le *Manuel d'anatomie* de M. Forster, et dans le très bon *Traité d'Histologie pathologique*, publié en 1854, par M. Wedl.

» Müller lui-même, le grand Muller, l'auteur de la découverte des cellules dites cancéreuses, *n'admettrait pas*, au dire de M. Velpeau, la *spécificité de la cellule dont il s'agit*.

» M. Robert est donc, messieurs, en complète contradiction avec les célèbres pathologistes micrographes que je viens de citer, et pour expliquer comment des hommes aussi versés dans les études histologiques sont parvenus à des résultats si différents que ceux qui ont été signalés par les micrographes de l'école de M. Lebert, voici l'argumentation à laquelle a recours notre collègue :

» Si, dans l'examen comparatif des cellules naturelles et des cellules cancéreuses on se borne à constater les différences de forme, on peut *quelquefois rester incertain*. Mais si l'on prend aussi en considération, le *volume*, la *structure* et les *caractères chimiques*, il *est très rare* que l'on ne parvienne pas à une détermination précise et rigoureuse. »

Mais alors, comment se fait-il que M. Robert néglige de nous faire connaître ces différences fondamentales de volume, de structure et de réaction chimique qui lui semblent si évidentes et qui seraient de nature à trancher la question en litige, d'une manière complète, définitive ?

Pourtant M. Robert a fait quelques pas en avant, mais tout en se tenant sur une défensive douteuse, il vous a dit : « Mais cette dissidence ne tiendrait-elle pas à la *différence même des microscopes que les adversaires de la spécificité de la cellule cancéreuse emploient, et à la faiblesse de leurs grossissements? N'est-il pas évident qu'un puissant microscope peut nous faire saisir des détails importants quoique très délicats, qui échapperont à des grossissements moins considérables?* Et, pour ne pas nous éloigner du cancer, qui n'a pu constater une différence très notable dans l'aspect des cellules étudiées à 300 ou à 500 diamètres ?

M. *Delafond* repousse cette interprétation ; le reproche adressé par M. Robert aux habiles micrographes d'outre-Rhin est immérité incontestablement, dit-il ; s'il était vrai, en quelque chose, il pèserait également sur les micrographes anglais et français. Il cite, à cette occasion, le sentiment de Bennett, de Paget, qui n'admettent pas plus que les Allemands la spécificité de la cellule cancéreuse. Il place à côté de ces témoignages celui de M. Michel, de Strasbourg et, enfin, il cite un passage de l'introduction du *Traité sur les maladies cancéreuses*, de M. Lebert, dans lequel ce savant micrographe déclare qu'il s'est bien gardé de dire que les cellules cancéreuses ont des caractères chimiques, physiques ou autres, tels qu'on ne pourrait les rencontrer nulle part dans la nature ailleurs que dans le cancer. M. Delafond termine l'examen de cette première question en disant que M. Robert, après s'être efforcé de battre en brèche les opinions de Virchow, de Vogel, de Forster, de Wedl, de Bennett, de M. Velpeau, etc., n'a rien appris de positif à l'Académie, *touchant les caractères distinctifs de dissemblance entre les cellules normales et la cellule cancéreuse*.

Cette première et grave question élucidée, dit M. Delafond, voyons si M. Robert a été plus heureux en ce qui touche les attributs différentiels existant, selon lui, entre les trois cellules épithéliales et fibro-plastiques, qui n'appartiendraient point au tissu cancéreux, et la véritable cellule du cancer.

M. Robert a cherché à démontrer que, contrairement à ce que j'ai eu l'honneur de dire à l'Académie, la cellule fibro-plastique, et les cellules cancéreuses simples et multiples offraient des *différences tranchées*, en ce qui touche la *forme*, la *structure*, les *noyaux*, les *nucléoles*, et les *réactions chimiques*, qui ne pouvaient les faire méconnaître.

En recherchant le mode de formation des cellules épithéliale, fibro-plastique et cancéreuse, j'ai été conduit à admettre, quant à présent, avec M. Lebert et beaucoup d'autres micrographes distingués, que la cellule morbide se formait comme la cellule primitive au sein d'un liquide amorphe ou dans un blastème, mais avec cette différence fondamentale que ce liquide amorphe ou blastème était de nature morbide.

Dans ce blastème, en effet, se montrent de fines granulations moléculaires et des noyaux, puis ces noyaux s'entourent d'une enveloppe ou cellule, cellule d'abord très petite qui ne tarde pas à s'accroître, en se pénétrant par endosmose et par exosmose des principes organiques de blastème anormal ; puis, ai-je dit, la cellule grandit et subit diverses

modifications selon la nature du blastème où elle se produit, et l'organisation de la matière pathologique où elle se développe.

A cette occasion, j'ai cherché à prouver que la cellule fibro-plastique, la cellule épithéliale et la cellule cancéreuse affectaient une forme arrondie ou très légèrement ovale peu de temps après leur formation, et que toutes ces cellules offraient souvent aussi une enveloppe, un noyau, et même un ou plusieurs nucléoles. C'est là un fait exact que j'ai vérifié, et que je donne comme incontestable. Or c'est précisément la ressemblance de ces cellules qui peut les faire prendre les unes pour les autres, et faire commettre des erreurs de diagnostic.

Voilà ce que j'ai dit, ce que je maintiens comme important, et ce que M. Robert s'est bien gardé de contester.

J'ai avancé que, selon les conditions d'organisation fibreuse, dense, dure, molle ou pulpeuse, la cellule dite *cancéreuse* pouvait offrir, selon qu'elle absorbait, par endosmose ou exosmose, plus ou moins de suc ou d'eau, des formes et un volume différents.

Notre collègue M. Robert *prétend que ceci est une* HYPOTHÈSE *qui peut séduire au premier abord, mais qui, à coup sûr, ne saurait soutenir le contrôle des faits.*

M. *Delafond* insiste particulièrement sur la différence de forme et de volume que peuvent présenter les cellules fibro-plastiques et cancéreuses, selon leur degré de formation, leur structure, la quantité et la nature plus ou moins aqueuse du suc cancéreux. Rien de plus facile que de contrôler par l'expérience l'exactitude de ces faits. C'est à ces formes et à ce volume si variables que devaient être sans doute rattachées, dit M. Delafond, les nombreuses erreurs de diagnostic commises par les micrographes dans l'inspection des tumeurs fibro-plastiques et cancéreuses, qui ne sont réellement, en définitive, que deux formes différentes qu'affecte le cancer.

Pour M. Robert, ceci est encore une hypothèse dénuée de preuves. Notre collègue n'a pas daigné tenir compte de la mensuration que j'ai dit avoir faite des cellules appartenant au cancer fibro-plastique, au cancer dit *squirrheux* et au cancer encéphaloïde des animaux, ce qui m'a mis à même de constater des différences très grandes dans le volume et la forme des cellules, ainsi que l'établissaient les dessins que j'ai soumis à l'Académie. Pour obtenir de M. Robert plus de confiance, cette fois, j'emprunterai mes preuves aux ouvrages de M. Lebert.

M. *Delafond* donne lecture d'un tableau indiquant les mesures micrométriques moyennes et comparatives, chez l'homme et les animaux, de la cellule simple et multiple, du noyau et des nucléoles des produits fibro-plastiques, squirrheux et encéphaloïdes.

Les mesures micrométriques comparatives inscrites dans ce tableau démontrent donc d'une manière indéniable, dit M. Delafond, que chez l'homme, aussi bien que chez les animaux, les enveloppes, les noyaux et les nucléoles des cellules ordinaires du tissu fibro-plastique, qui n'est autre chose, je le répète, qu'un cancer fibreux, ont un diamètre moins considérable que celles du cancer squirrheux, dont la texture est un peu moins fibreuse et dure que le cancer fibro-plastique, et que, à leur tour, les cellules de ce dernier cancer, leurs noyaux et leurs nucléoles, ont un diamètre moins grand que les enveloppes, les noyaux et les nucléoles du cancer encéphaloïde, dont la structure est molle, pulpeuse et pénétrée d'un suc contenant une plus grande proportion de sérosité ou d'eau.

Contrairement aux assertions de M. Robert, la texture plus ou moins fibreuse, serrée et surtout dure, influe donc d'une manière incontestable sur la forme et le diamètre des éléments cancéreux, et, par conséquent, sur leur évolution morbide et leurs attributs pathologiques.

M. Robert a beaucoup insisté sur l'existence au sein des tumeurs de noyaux libres et nageant dans le blastème cancéreux, comme étant un des éléments les plus constants du cancer. A eux seuls, dit-il, ces noyaux constituent un assez grand nombre de tumeurs désignées, à cause de cela, sous le nom de *cancers nucléaires*. Ces noyaux sont *volumineux, ovoïdes, constamment pourvus d'un à trois nucléoles larges, brillants* lorsqu'on les étudie avec un grossissement de 300 à 600 diamètres.

M. *Delafond* conteste qu'il soit facile, surtout lorsque les cancers sont très jeunes, de bien pouvoir constater ces noyaux libres dans le suc ou le blastème cancéreux, en raison du très petit diamètre de ces noyaux. Beaucoup de micrographes ont éprouvé, à cet égard, le même embarras, et particulièrement M. Mandl, ainsi qu'il l'écrivait lui-même à l'Académie dans sa lettre du 14 novembre dernier.

Les caractères différentiels fournis par les noyaux et les nucléoles des tissus fibro-plastiques et cancéreux n'offrent pas davantage de signes suffisamment tranchés et constants, pour faire reconnaître d'une manière certaine la nature du cancer, malgré ce que M. Robert a avancé à ce sujet. M. *Delafond* ne veut d'autres preuves de ceci que le désaccord complet qui existe sur les caractères distinctifs des noyaux et des nucléoles cancéreux, entre les micrographes, et particulièrement entre MM. Robert, Broca et Lebert. Il suffit, en effet, dit-il, d'une intensité lumineuse plus ou moins vive, de l'éloignement ou du rapprochement du noyau de la lentille objective pour rendre, par exemple, les nucléoles ternes ou brillants.

J'arrive à un autre argument de M. Robert, qui me paraît adressé personnellement : « C'est, dit-il, au moyen d'un artifice adroit que j'ai voulu établir l'identité des cellules cancéreuse et fibro-plastique. Selon lui, et contrairement à tout ce qui se fait en histoire naturelle, j'aurais négligé les formes constantes, les formes types des cellules cancéreuses, pour ne m'occuper que des anomalies. » Je rappellerai à M. Robert que, dans mon discours, j'ai commencé précisément par faire connaître ce que les micrographes ont nommé la cellule type simple, la cellule type mère, et que j'en ai décrit les principaux caractères. Il y a plus, j'ai montré des figures de ces deux cellules ; j'ai dû ensuite passer en revue les anomalies.

Ici, je dois l'avouer, j'ai longuement insisté sur les formes exceptionnelles des cellules jeunes, adultes, vieilles, vierges ou mères, rondes, ovales, elliptiques, allongées, etc., comme aussi sur les cellules gonflées, aplaties, ridées, unies, ponctuées, lisses, granulées, graisseuses, pigmentaires, concentriques, endogènes, bicornes, unicornes, unipares, multipares, sans noyau ou avec noyau, et dans ce dernier cas, avec un, deux, trois, quatre noyaux, ovales, elliptiques, irréguliers, avec ou sans nucléoles, grands ou petits, ternes ou brillants, que sais-je encore ? formes toutes irrégulières, incomparables les unes aux autres, que M. Robert a fait passer à son tour sous les yeux de l'Académie, et que l'on voit figurer d'ailleurs, depuis Müller, dans tous les ouvrages qui traitent des caractères microscopiques du cancer.

A cette occasion j'ai déjà dit à l'Académie, et je répète encore, que ces très nombreuses exceptions ou anomalies comparées à la rareté des formes types, s'opposent à la possibilité d'attribuer des caractères spécifiques à la cellule que l'on a appelée cancéreuse, bien à tort assurément. Or, ce sont précisément ces très nombreuses formes insolites qui font planer la plus grande incertitude sur le diagnostic microscopique du cancer, et le rendent erroné, même par les micrographes les plus expérimentés.

Je n'ai donc point *employé d'artifice* pour démontrer que la cellule dite cancéreuse, en raison de l'inconstance, de l'irrégularité de ses formes, de son diamètre, de ses noyaux, pouvait être confondue, dans un grand nombre de cas, avec les formes assez fréquemment diversifiées, le diamètre et le contenu de la cellule fibro-plastique et de la cellule épithéliale de certaines surfaces libres.

M. Robert avait annoncé, dans son argumentation, qu'il démontrerait la possibilité de distinguer, par des réactions chimiques, la cellule fibro-plastique de la cellule épithéliale, et celle-ci de la vraie cellule cancéreuse. A mon grand étonnement, M. Robert a négligé cet important sujet. Les expériences de M. Broca l'avaient conduit à savoir : « Que les parois des cellules n'ont pas la même composition que le noyau, » mais, on arrive aux mêmes conclusions si l'on fait agir les mêmes réactifs sur les cellules purulentes, épithéliales, fibro-plastiques et cancéreuses. M. Lebert a également avoué : « qu'il ne pourrait tirer de conclusions des réactions chimiques qu'il avait essayées. » J'étais donc dans le vrai en disant que, contrairement à l'énoncé affirmatif de M. Robert, les réactifs chimiques s'étaient montrés impuissants jusqu'à présent à faire reconnaître et distinguer entre elles les trois cellules fibro-plastique, épithéliale et cancéreuse.

Maintenant je dois dire, en terminant, qu'un grand fait, dominant le débat, vient prouver d'une manière indéniable la non-spécificité de la cellule cancéreuse : je veux parler de l'existence du cancer en l'absence de la cellule. M. Leblanc, M. Mandl en ont rapporté des exemples que M. Robert n'a pas commentés. J'en ai cité, pour ma part, plusieurs faits, que je crois remarquables, et que notre collègue n'a pas contestés. Le savant pathologiste Vogel et le célèbre professeur Virchow, n'ont-ils pas aussi consigné des faits semblables dans leurs très remarquables travaux sur le cancer?

D'un autre côté, M. Velpeau n'est-il pas venu déclarer que quatre tumeurs dans lesquelles MM. Robin, Follin et Lebert avaient constaté d'une manière positive, et par écrit, la non-existence du cancer et promis une guérison positive, ces tumeurs, après avoir été complétement extirpées, s'étaient multipliées, étendues, ulcérées et comportées à la manière de véritables cancers? Je suis profondément convaincu que des faits semblables à ceux-ci se multiplient de plus en plus.

D'ailleurs les récidives, les repullulations sur place dans le voisinage, les environs et même loin des tumeurs fibro-plastiques; la reproduction des tumeurs épithéliales dans l'épaisseur de la peau, des muscles, du corps du pénis et même dans le centre des os; leur manifestation dans les ganglions lymphatiques voisins et les ganglions intérieurs, les viscères importants à la vie, tels que les poumons, le foie, le cœur même, ces faits, des plus curieux et des plus importants recueillis par des micrographes sérieux, tels que MM. Paget, Rokitanski, Virchow et autres, ne démontrent-ils pas déjà jusqu'à l'évidence que cette altération est cancéreuse? Tous ces faits, qui ne peuvent manquer de se multiplier, prouvent

donc bien positivement que la cellule dite cancéreuse n'est pas d'une manière exclusive le caractère spécial ou toujours vrai du cancer. Je suis donc parfaitement convaincu qu'en dehors des cellules fibro-plastiques, épithéliales et les cellules qu'on a improprement appelées cancéreuses, existe un principe, un blastème, un liquide cancéreux amorphe, encore insaisissable à nos moyens d'investigation, et que c'est ce principe morbide qui constitue le véritable cancer.

Des considérations nouvelles dans lesquelles je viens d'entrer et de la réfutation que je viens de faire des objections et observations de M. Robert, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe dans l'organisme, indépendamment des cellules primaires embryonnaires, des cellules normales ayant une si parfaite analogie dans leurs caractères microscopiques avec les cellules que l'on a nommées cancéreuses, qu'il n'est pas possible de distinguer d'une manière positive ces deux espèces de cellules les unes des autres, en se servant des microscopes les mieux perfectionnés et portant les grossissements jusqu'à 500 et 600 diamètres.

2° Dans l'origine de leur formation primordiale, les trois cellules fibro-plastique, épithéliale et cancéreuse n'offrent aucune dissemblance tranchée quant à leurs formes, leurs noyaux, leurs nucléoles et leurs caractères chimiques.

3° Si plus tard ces trois cellules, et notamment la fibro-plastique et la cellule cancéreuse, offrent des différences dans leur forme, leur volume, leurs noyaux et leurs nucléoles, ces anomalies se rattachent à la nature plus ou moins dense, fibreuse, molle ou pulpeuse des tumeurs. Les mesures micrométriques des cellules fibro-plastique, squirrheuse et encéphaloïde démontrent d'une manière irréfutable qu'il en est véritablement ainsi.

4° L'état libre ou inclus, la forme, le volume, les réactions chimiques et les attributs variables, inconstants des noyaux et des nucléoles de la cellule dite cancéreuse, ne sont point des caractères tranchés capables de faire reconnaître cette cellule d'une manière positive de la cellule fibro-plastique.

5° La grande diversité de volume, de forme, de contenant et de contenu des cellules cancéreuses, comparée à la rareté des cellules types, s'oppose à ce que l'on puisse reconnaître à cette cellule des caractères propres ou spéciaux à l'aide desquels il soit possible de pouvoir diagnostiquer d'une manière facile et précise, la présence ou l'absence du cancer.

6° Les réactifs chimiques se montrent impuissants à faire constater d'une manière certaine si la cellule mise en contact avec eux est épithéliale, fibro-plastique ou cancéreuse.

7° Des faits déjà nombreux, recueillis par des micrographes habiles et des chirurgiens très expérimentés, démontrent que des cancers véritables n'ont point offert la cellule dite du cancer, tandis que des tumeurs positivement non cancéreuses ont présenté des cellules.

8° Des faits également indéniables et déjà nombreux ont appris que les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques sont de vrais cancers capables de repulluler sur place, au loin, dans les ganglions lymphatiques externes, les ganglions internes, la peau, les muscles, le corps du pénis, les os, les poumons, le foie, le cœur même.

9° Ces faits démontrent que le blastème, le principe morbide du cancer réside dans un principe amorphe insaisissable par les moyens d'investigations que nous possédons aujourd'hui, et indépendant des cellules fibro-plastique, épithéliale et de la cellule improprement nommée cancéreuse.

M. *Velpeau* remplace M. Delafond à la tribune. Nous sommes obligés de remettre au prochain numéro le discours de M. Velpeau, que l'honorable professeur achèvera seulement d'ailleurs dans la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures un quart.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur le tympan artificiel de Toynbee,

par le docteur Housselle (de Stralsund).

Les idées du docteur Toynbee étant encore peu connues en France, si ce n'est des médecins qui s'occupent spécialement des maladies de l'oreille, nous allons donner un court résumé de son travail, d'après la traduction allemande qu'en a faite un malade du docteur Housselle, en reconnaissance du bien qu'il en avait reçu.

Les perforations de la membrane du tympan ont une influence plus ou moins considérable sur l'audition, suivant leur étendue et suivant les lésions qui les compliquent ou qu'elles occasionnent.

L'auteur commence par établir, comme il l'a prouvé dans un autre mémoire, que la trompe d'Eustache est habituellement fermée, et qu'elle ne s'ouvre que pendant l'acte de la déglutition, par l'action des muscles *tensor* et *levator palati* (péristaphylins interne et externe). A ce moment, le mucus de l'oreille moyenne peut couler dans le pharynx, en même temps que l'équilibre s'établit entre les pressions qui s'exercent sur les deux faces de la membrane du tympan. Pour s'assurer de ce fait, il suffit de se rappeler que les personnes qui descendent sous l'eau, dans la cloche à plongeur, éprouvent dans l'oreille une sensation douloureuse persistante, mais qu'un mouvement de déglutition fait disparaître immédiatement. Lorsqu'on avale en se pinçant le nez, la contraction du pharynx pousse l'air dans la trompe d'Eustache béante ; la rétention de cet air dans la cavité tympanique y produit une sensation de pression qui dure jusqu'à ce qu'une nouvelle déglutition lui permette de s'échapper.

Les vibrations sonores transmises à l'oreille interne par les parois crâniennes sont perçues bien plus nettement lorsque le conduit auditif est fermé que lorsqu'il est ouvert. Si l'on fait vibrer un diapason, et qu'on se bouche l'oreille au moment même où le son produit cesse d'être entendu, ce dernier redevient parfaitement distinct à l'oreille : d'où il suit que les vibrations qui se font dans le conduit auditif sont plus énergiques au moment où ce conduit est transformé en une cavité close de toutes parts, que lorsqu'il communique librement avec l'extérieur. Rapprochant ce fait de celui de l'occlusion habituelle de la trompe d'Eustache, l'auteur se croit en droit d'établir que les vibrations qui ont lieu dans la cavité tympanique ne produisent un effet convenable sur les membranes du labyrinthe que dans les cas où cette cavité est complétement close et ne permet pas aux vibrations de se propager au dehors.

Mais l'affaiblissement de l'audition déterminé par la perforation de la membrane du tympan n'a pas pour cause unique le fait de la propagation des ondes sonores en dehors de la cavité tympanique : il dépend aussi des modifications consécutives qui ne tardent pas à survenir dans la structure de la muqueuse de cette cavité. En effet, cette membrane, tellement fine, à l'état normal, que, pour en constater l'existence, il faut recourir à la loupe, s'épaissit considérablement à la suite de perforations du tympan, et diminue d'autant la résonnance des parois de l'oreille.

Les maladies qui peuvent amener la perforation ou la destruction plus ou moins complète de la membrane du tympan sont :

1° *Les inflammations catarrhales de la muqueuse tympanique.* Cette membrane s'épaissit, rougit et se vascularise ; elle sécrète un mucus épais, qui ne pouvant s'écouler dans le pharynx, s'accumule dans la cavité de l'oreille moyenne, en repoussant celle des parois qui offre le moins de résistance ; il en résulte que la membrane du tympan devient convexe en dehors, qu'elle s'enflamme et finit par se perforer et se détruire en partie. Les osselets restent généralement en place pendant ce travail ; d'autres fois l'enclume est emportée par la suppuration ; mais c'est dans les cas, rares d'ailleurs, où l'étrier a perdu ses connexions avec la fenêtre ovale, que l'ouïe subit les atteintes les plus graves, les plus irrémédiables.

2° *La suppuration des lames fibreuses du tympan*, qui cessent par là d'être tendues au degré convenable et se portent vers le promontoire, où elles contractent souvent des adhérences, de sorte que la cavité de l'oreille moyenne prend la forme d'un entonnoir.

Tous les médecins auristes ont cité dans leurs ouvrages des cas dans lesquels des malades, affectés de perforation de la membrane du tympan, ont éprouvé une notable amélioration de l'audition en plaçant dans le conduit auditif diverses substances, telles que de la charpie, du coton, et en bouchant ainsi plus ou moins bien la lumière de ce conduit. Itard, Deleau, Todd, Yarsley rapportent des faits semblables. D'un autre côté, tous ceux qui ont donné des soins à des malades atteints de surdité ont dû en rencontrer qui éprouvaient de temps en temps une amélioration passagère, mais très marquée, du sens de l'ouïe. Cette amélioration disparaît ordinairement après la rupture d'une petite vésicule pleine d'air formée soit

spontanément, soit pendant une injection d'eau dans l'ouverture du tympan, ou après l'ablation d'un petit amas de cérumen qui avait bouché cet orifice.

De ces faits à l'établissement d'un tympan artificiel il n'y avait pas loin : interrompre, autant que possible, toute communication entre l'oreille moyenne et le conduit auditif externe, tel a été le but du docteur Toynbee. Pour l'atteindre, il s'est servi d'abord de membranes de caoutchouc vulcanisé serrées, suivant leur diamètre, entre deux petites plaques d'argent auxquelles venait se fixer un fil d'argent destiné à porter l'appareil au fond du conduit auditif; plus tard il remplaça les deux plaques d'argent par un cadre de même métal, ce qui donne à la gomme élastique plus de consistance et sert à tendre la membrane.

Les premiers résultats obtenus par l'auteur ont tellement dépassé tout ce qu'il attendait de ces essais, qu'aujourd'hui il applique avec confiance son appareil dans tous les cas de perforation de la membrane du tympan, et que le chiffre des malades qui en ont retiré des avantages incontestables, est supérieur à cinquante.

Les cas qui présentent les chances les plus favorables sont ceux de perforation simple ou de destruction du tympan, sans lésions consécutives. Quand il existe une hypertrophie de la muqueuse tympanique accompagnée d'écoulements muqueux ou purulents, il est convenable de combattre préalablement ces complications. Lorsque la surdité est telle que, pour se faire entendre du malade, il est nécessaire de lui crier dans l'oreille, l'application d'un tympan artificiel ne procurerait aucune amélioration, puisque dans ces cas il existe toujours des lésions très étendues de l'oreille moyenne, telles que la destruction des osselets, ou des lésions de l'oreille interne ou du nerf auditif.

On adaptera autant que possible la forme du tympan artificiel à celle du fond du conduit auditif, et on ne le laissera d'abord en place que pendant deux ou trois heures environ, pour éviter l'irritation qu'il pourrait produire. Au bout d'un certain temps, les malades s'habituent si bien au contact de ce corps étranger, qu'ils finissent par ne plus s'apercevoir de sa présence dans l'oreille. Dans tous les cas, on devra le retirer la nuit, le maintenir dans un état convenable de propreté, et faire de temps en temps dans le conduit auditif des injections tièdes pour enlever le mucus et le cérumen qui pourraient s'y accumuler. (*Deutsche Klinik*, 21 oct. 1854.)

Deux observations de rupture de l'utérus terminée par la mort, par le docteur Charles Vaudin (de Jersey).

Observation de gastrotomie vingt et une heures après la rupture de l'utérus terminée par la guérison, par le docteur John T. Gilman, de Portland (Maine).

Les deux premières observations qu'on va lire n'offrent pas un très grand intérêt au point de vue scientifique : elles reproduisent des exemples de la marche et de la terminaison ordinaire des ruptures de l'utérus pendant le travail, et ces exemples sont malheureusement déjà depuis longtemps plus nombreux qu'il n'est besoin pour faire l'histoire de ce terrible accident. Au point de vue clinique, au contraire, elles offrent un intérêt majeur. En présence de la terminaison ordinairement heureuse de l'accouchement dans les conditions normales, on perd facilement de vue l'importance de l'assistance obstétricale pendant le travail naturel, on la néglige, on va même quelquefois jusqu'à la ridiculiser. Et cependant, bien qu'il n'y ait pas de *signes prémonitoires* des ruptures de l'utérus pendant le travail, une observation attentive et suivie de tous les phénomènes qui se produisent, une information exacte des antécédents, peuvent faire présumer, au lieu d'un accouchement prochain heureux pour la mère et l'enfant, l'imminence d'un accident qui va compromettre l'existence de l'un et de l'autre. De cette probabilité, tirée des causes et des phénomènes qui se manifestent, naissent des indications à remplir qui peuvent conjurer l'orage. C'est ainsi que, dans les deux cas qui sont l'occasion de ces remarques, le grand nombre de grossesses antérieures et les caractères des douleurs auraient pu donner un éveil salutaire. Nous ne parlons pas de la part qu'a pu avoir l'intervention de l'art dans l'accident, les détails sont insuffisants pour en juger.

Ce n'est pas avec une intention critique qui aurait le caractère d'une censure que nous avons rapproché des deux premières observations la troisième, qui nous montre une intervention hardie de l'art arrachant la malade à une mort presque certaine. En pareil cas, l'indication de la gastrotomie immédiate est positive, et l'état plus ou moins désespéré des malades n'est pas une raison suffisante de s'abstenir. Ce n'est pas que nous méconnaissions qu'il est des cas où l'opération est rendue impossible. En effet, soit à raison de dispositions individuelles, soit par le fait seul du siége de la déchirure qui intéresse un plus grand nombre de gros vaisseaux, le passage du fœtus dans la cavité du péritoine est suivi de près d'un épuisement mortel par l'abondance du sang extravasé. Cette différence entre les accidents immédiats ressort d'un manière très sensible de la comparaison de ces trois observations.

Obs. I. — Une dame âgée de trente-deux ans environ ayant toujours joui d'une bonne santé, bien conformée, et à bassin spacieux, était en travail de son neuvième enfant. Tous les autres, un excepté, étaient morts en naissant ou peu de temps après, et s'étaient présentés d'une manière vicieuse.

Appelé le 10 mai 1854, vers midi, M. Vaudin apprit qu'elle était en travail depuis le matin du jour précédent, et que l'écoulement du liquide amniotique avait eu lieu deux heures environ après le début du travail. Il la trouva dans l'état suivant : Dans l'impossibilité de rester couchée, elle était assise sur le bord de son lit, soutenue par plusieurs femmes; voix faible et enrouée; souffrant visiblement de douleurs utérines de peu de durée, revenant de quart d'heure en quart d'heure, et accompagnées de cris assez forts; face anxieuse et violacée; surface du corps moite, visqueuse et froide; mains et pieds froids et bleuâtres; pouls à 120, vif, petit et dépressible; cours des urines libre; évacuation intestinale la veille; soif vive, les boissons ingérées sont vomies, mêlées à des matières couleur café qui sont évidemment du sang décomposé. Le col, souple et épais, était dilaté de la largeur d'une couronne; aucune partie ne se présentait au doigt, si ce n'est une substance molle, facile à pénétrer, de nature à faire soupçonner la présence du placenta, d'autant mieux qu'une perte de sang estimée à trois pintes, commencée quatre heures environ après le début du travail, continuait encore; mais la main, poussée plus loin sans rencontrer l'enfant, ne confirma pas ce soupçon, bien qu'elle détermina l'issue d'un flot de sang en pénétrant dans les parties. Examinant alors avec soin l'abdomen, M. Vaudin lui trouva la forme conique, et à 3 pouces au-dessus des pubis un corps dur, globuleux, difficile à définir à cause du gonflement et de la sensibilité du ventre; au-dessous et en arrière, il sentit l'utérus rétracté et développé comme à trois mois de grossesse.

L'état alarmant de la malade au moment de sa visite, et l'accroissement rapide de tous les symptômes graves, firent juger au chirurgien qu'il n'y avait aucune opération à tenter pour la délivrer. En effet, le collapsus devenant plus prononcé, les vomissements incessants, avec trouble dans les idées, elle mourut six heures après.

M. Vaudin fut informé que cette femme avait été visitée le jour précédent, vers quatre heures de l'après-midi, par un praticien irrégulier qui avait introduit sa main dans le vagin, et que, durant ses manœuvres, elle avait éprouvé soudainement une vive douleur qui la fit s'écrier qu'elle avait quelque chose de rompu, et qu'elle était perdue.

L'examen cadavérique eut lieu deux heures après la mort. On pouvait facilement maintenant constater, à travers la paroi abdominale, les différentes parties de l'enfant et l'utérus. D'une incision faite à la partie supérieure de l'abdomen, il s'échappa de 4 à 6 pintes de liquide coloré en noir, provenant de l'estomac, très distendu et divisé avec la paroi du ventre. Le fœtus, tout entier au milieu de la masse des intestins, était à terme, bien conformé, très gros, pesant de 12 à 13 livres. Le placenta, expulsé de l'utérus, était tombé dans la cavité du bassin; il était entier et sans lacération. Le cordon faisait trois tours autour du cou de l'enfant; les lèvres, la face, le cou au-dessus de la constriction, étaient livides et très congestionnés; le fœtus était chaud, mais sans pulsations, et l'insufflation des poumons resta sans effet. Deux caillots de sang noir, de 1 livre environ chacun, occupaient le côté gauche du bassin. La déchirure occupait le côté gauche de l'utérus, à 1 pouce de l'insertion du ligament large, jusqu'à l'insertion vaginale du col; ses bords avaient 2 pouces d'épaisseur en haut, tandis qu'ils n'avaient plus que 6/8es de pouce au col; le tissu de l'organe était résistant et normal, le bassin large et bien conformé. (*The Lancet*, 30 sept. 1854.)

Obs. II. — M. Vaudin fait suivre son observation d'un fait de rupture de l'utérus arrivé vers la même époque, qui lui a été communiqué par le docteur Brohier. Il s'agit d'une pauvre femme de trente-cinq ans, forte, bien portante et d'un caractère énergique, en travail à terme de son

dixième enfant. Elle souffrait depuis vingt-quatre heures, et les eaux étaient écoulées depuis douze heures quand M. Brohier fut appelé. L'orifice utérin était dilaté de l'étendue d'une couronne ; la tête se présentait en position occipito-sacro-iliaque droite ; les douleurs étaient fréquentes, mais légères et inefficaces. Elle resta douze heures dans cette situation sans progrès bien marqué du travail. La version fut tentée et les pieds amenés en bas ; mais, par un obstacle d'une nature indéterminée, l'extraction ne put être achevée. La situation de la patiente devint fort critique ; elle tomba dans un état de collapsus dont elle ne put être retirée et qui rendait toute opération impraticable, et elle ne tarda pas à succomber.

L'autopsie fut pratiquée douze heures après la mort par M. Brohier, en présence de MM. Vaudin et Jones. L'abdomen contenait une quantité considérable de sang noir et fluide ; le fœtus était dans la cavité du péritoine, à l'exception des jambes, qui étaient encore dans l'utérus ; le placenta, à moitié détaché, était en contact avec le côté droit de l'utérus ; la rupture occupait le côté latéral droit de l'organe, s'étendant jusque sur l'orifice, et occupant la moitié de sa circonférence : sur ce point les bords étaient irréguliers et en lambeaux : tout l'organe était d'une couleur noire, très flasque et ramolli. Le bassin était un peu petit, mais bien conformé, à l'exception d'une proéminence formée par la dernière vertèbre lombaire et le promontoire, qui diminuait sensiblement le diamètre droit. L'enfant était très volumineux et pesait 11 livres. (*Ibidem.*)

Obs. III. — Une dame âgée de trente ans, d'une petite stature et d'une constitution délicate, fut prise des douleurs du travail de son troisième enfant, de bonne heure dans la matinée du 24 septembre 1853. Ses deux accouchements antérieurs avaient été prolongés, surtout le dernier, qui fut terminé au moyen du forceps pendant qu'elle était affectée de convulsions puerpérales. Appelé à dix heures, le médecin de cette dame constata des douleurs fréquentes et régulières, une dilatation de l'orifice suffisante pour admettre librement l'extrémité du doigt, les membranes entières, et une présentation de la tête. Bien que les douleurs augmentassent en force et en fréquence pendant la journée, elles produisirent peu d'effet, et à neuf heures l'orifice était rigide et dilaté seulement de la grandeur du quart d'un dollar, la tête restant au détroit supérieur. A onze heures, pendant une douleur d'une grande force, la patiente fut saisie soudainement d'une douleur vive dans l'abdomen, qui fut suivie de l'entière cessation des douleurs utérines. Pensant que le travail avait cessé, le médecin se retira. Rappelé de bonne heure dans la matinée, il trouva encore une absence complète de douleurs utérines, et le même sentiment de souffrance inexprimable dans l'abdomen. Ayant perdu beaucoup de sang dans l'intervalle, la malade était en quelque sorte épuisée. Au toucher, il reconnut que la tête rencontrée ne pouvait plus être touchée. Il administra plusieurs doses d'ergot de seigle dans un liquide stimulant, sans pouvoir réveiller les douleurs. Ayant le sentiment que quelque chose de grave était arrivé à sa cliente, il fit appeler un confrère, et, après examen, ils soupçonnèrent que l'utérus s'était rompu et que le fœtus avait passé dans la cavité abdominale. Appelé un peu plus tard avec trois autres confrères, M. Gilman constata une déchirure de l'utérus s'étendant de l'orifice en haut et en arrière ; l'organe était lui-même fortement rétracté, et ne laissait sentir aucune partie du fœtus. L'abdomen, énormément distendu, était si douloureux qu'on ne pouvait le toucher. La malade était dans une grande détresse, et réclamait avec instance du soulagement.

La gastrotomie, proposée comme la meilleure sinon la seule chance de salut qui lui restât, fut acceptée. Placée sur un lit approprié dans une pièce voisine, elle fut soumise à l'inhalation de l'éther sulfurique, qui, manquant son effet, fut remplacé avec le succès désiré par le chloroforme. La vessie vidée, une incision en dedans des muscles droits, s'étendant de 1 pouce au-dessus de l'ombilic à 1 pouce des pubis, fut pratiquée. Le siége se présentait entre les bords de l'incision, la tête restant sur les pubis. L'extraction du fœtus et du placenta fut bientôt accomplie, et la cavité du péritoine débarrassée des caillots et du sang liquide qu'elle contenait. Les bords de l'incision furent réunis avec soin par des points de suture et des bandelettes adhésives, et maintenus avec les pièces du pansement par un bandage de corps approprié. L'enfant, volumineux et bien conformé, était resté très vraisemblablement dans la cavité du péritoine de onze heures du soir du jour précédent à huit heures de l'après midi du lendemain, en tout vingt et une heures. Les effets du chloroforme ne tardèrent pas à se dissiper. Après l'opération, l'état d'anxiété de la malade ayant cessé, elle déclara elle-même qu'elle ne se sentait pas plus épuisée qu'à la suite de ses autres accouchements. Quelques calmants furent prescrits, et elle fut laissée aux soins de personnes attentives.

Le lendemain, la malade avait bien dormi et ne se plaignait que d'un peu de sensibilité et de plénitude du ventre ; figure bonne ; pouls à 90. Troisième jour : a dormi une partie de la nuit ; ventre plus développé et plus sensible ; pouls à 95 ; lavement avec l'huile de castor et de térébenthine, onctions mercurielles sur l'abdomen ; le lavement provoque des évacuations qui procurent du soulagement. Quatrième jour : a passé la nuit sans sommeil ; augmentation du développement et de la sensibilité du ventre ; pouls à 105 ; soif augmentée, régurgitation des boissons, renvois gazeux presque continuels. Cinquième jour : nuit mauvaise et sans repos, augmentation de la tympanite et de la sensibilité abdominale, vomissements bilieux, irritation bronchique et toux ; huile de castor, 1 once ; de térébenthine, 1 drachme. Sixième jour : le purgatif a produit beaucoup d'effet, et a amené un soulagement marqué ; nuit bonne, sommeil tranquille ; pouls à 105 ; la tympanite, qui avait diminué avec les évacuations, est revenue à un degré encore plus prononcé ; diarrhée ; dans la soirée, soulagement marqué. Les jours suivants, la diarrhée continue, mais avec une amélioration progressive de tous les symptômes de la péritonite. Le dixième jour, on suspend les onctions mercurielles ; la plaie, d'un bon aspect, est réunie sur plusieurs points. La convalescence fait des progrès rapides et non interrompus, et au bout de quatre semaines la patiente peut se lever et se promener dans la chambre. Quelques semaines après, elle est dans un état de santé parfait, et peut vaquer à toutes ses occupations habituelles. (*The American Journal of Medical Sciences*, avril 1854.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traitement de la phthisie et de la scrofule par l'hydrothérapie, par le docteur J. Balbirnie, 1854. Londres, Longman, 559 pp. — **De la phthisie pulmonaire dans l'état actuel de la science**, par le docteur R. Seifert, 1854, Vienne, Wallishauser, 80 pp. — **Remarques sur la phthisie pulmonaire**, par le docteur Schnitzer (*Allg. Medic. Centr. Zeit.*, 1854, n° 60).

La littérature médicale anglaise produit assez fréquemment des ouvrages du genre de celui du docteur Balbirnie, volumineux recueils qui servent peu à l'avancement de la science. Le titre seul de ce traité montrera à nos lecteurs le but et la nature de ce livre : nous le traduisons textuellement : « Traitement de la phthisie et de la scrofule par l'hydrothérapie. Exposé de la curabilité de ces maladies ; leur origine constitutionnelle ; elles sont occasionnées par l'imperfection des fonctions de la peau et de la respiration. Cure spontanée de la phthisie. Traitement constitutionnel ayant pour but d'activer les grandes fonctions dépuratives des poumons, de la peau et du tube digestif, par l'emploi de simples agents hygiéniques : la diète, le régime, les bains, l'air, l'exercice et le repos. Ouvrage suivi de la relation de 147 observations authentiques de guérison de phthisie, dont quelques cas arrivés déjà à leur dernière période ; par le docteur Balbirnie, auteur d'un *Traité de pathologie et de thérapeutique des maladies de l'utérus* ; *De la philosophie de l'hydrothérapie* ; *De la philosophie du choléra épidémique.* »

Ce titre, d'une longueur démesurée, est suivi d'une dédicace à vingt personnes, qui pourraient peut-être désavouer l'inscription de leur nom en tête d'un ouvrage semblable. Le contenu de cet ouvrage est loin de remplir les espérances qu'avaient fait naître dans l'esprit du lecteur les termes pompeux de la première page. Les 147 observations de guérison se composent de 139 faits empruntés à Laënnec, Cottereau, Williams, etc. Les exemples de guérison par l'hydrothérapie, au nombre de six, sont modestement rejetés dans un appendice. Dans le titre de l'ouvrage, l'hydrothérapie semble l'objet principal, tandis que ce mode de traitement n'est que le sujet d'études très secondaires dans le corps même de l'ouvrage. Ces observations ne portent dans l'esprit aucune conviction, l'auteur ayant négligé de nous donner les éléments positifs de son diagnostic. Nous ne nous étendrons pas sur la discussion de la « cause constitutionnelle de la maladie. » M. Balbirnie mêle, comme beaucoup d'auteurs anglais, à des détails assez faibles d'anatomie et de physiologie, des considérations théologiques qui ne sont nullement dans les habitudes des auteurs français. Nous ne nous arrêterons pas non plus sur le traitement que l'auteur propose : il se réduit à des mesures hygiéniques ; car l'hydrothérapie semble presque oubliée. Nous regrettons, en terminant, ce que

nous avons à dire de ce livre : il se range dans cette catégorie d'ouvrages qui sont loin de contribuer à la considération et aux progrès de la médecine.

— La brochure de M. le docteur Seifert sur la phthisie pulmonaire, sans contenir beaucoup de détails nouveaux, ou même de recherches propres à l'auteur, est une compilation sage et judicieuse des éléments épars dans la science, et surtout des opinions de l'école de Vienne sur cette affection des voies respiratoires. La question des éléments morbides sert d'entrée en matière. Admettant franchement l'existence d'éléments spécifiques morbides, l'auteur se range presque complétement à l'opinion de M. Lebert. Nous approuverons moins sa classification des formes et variétés du tubercule. Avec Rokitansky, M. Seifert décrit trois espèces de tubercules : 1° le tubercule gris (fibrineux de Rokitansky) ; 2° le tubercule jaune (fibrineux et croupeux) ; 3° le tubercule miliaire (albuminoïde). D'après cette classification, les tubercules gris, jaune, ne seraient plus, comme l'avait si bien établi Laënnec, des époques de développement du même produit morbide, mais des dépôts pathologiques différents. Nous sommes encore, en France, avec raison, partisans de l'opinion de Laënnec. Tout en adoptant la classification de Rokitansky, M. Seifert refuse d'admettre la nature différente chimique des tubercules que son maître avait exposée comme correspondant à des crases diverses du sang. Cette théorie est, du reste, également abandonnée à Vienne, et M. Rokitansky a déjà désavoué ces théories, dont il n'était pas l'auteur réel. La symptomatologie donne occasion à l'auteur d'exposer en détail les doctrines d'un autre professeur célèbre de l'école de Vienne, M. Skoda. C'est également l'influence de l'école viennoise qui fait admettre à l'auteur de cette brochure tant de maladies dont l'existence est incompatible avec celle de la phthisie : telles sont le typhus, le cancer, la dysentérie, le choléra, les fièvres intermittentes, l'hypertrophie du cœur, etc., etc. Nous n'avons pas besoin de dire que l'on voit fréquemment la phthisie coexister avec le choléra, la fièvre typhoïde. La pratique des hôpitaux de Paris donne à cet égard une riche expérience.

— La thérapeutique conseillée dans le traitement de la phthisie par M. Seifert est presque l'expectation pure. Comme M. Skoda, l'auteur semble se borner aux préparations émollientes, narcotiques et quelques toniques, surtout les amers. Moins sceptique en thérapeutique que les élèves de l'école viennoise, M. Schnitzer (de Berlin) passe en revue les principaux remèdes vantés contre la phthisie. Dans un article tout dogmatique, l'auteur se prononce à juste titre contre l'emploi des préparations mercurielles, même au début de la tuberculisation pulmonaire ; il met en doute l'efficacité de l'acétate de plomb, du *phellandrium aquaticum*, et admet au contraire les propriétés curatives de l'huile de foie de morue. Cette préparation devra seulement être donnée en l'absence de symptômes fébriles et de dérangement du tube digestif.

LEUDET.

VI.

COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

SESSION DE 1854-1855.

SÉANCE DU 8 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Une lettre de M. le baron *Thenard*, en remercîment du titre de membre honoraire que la Société lui a conféré; de M. le docteur *Gorré*, qui adresse sa démission de membre titulaire pour motifs de santé; des lettres de M. le docteur *Noël Guéneau de Mussy* demandant le titre de membre titulaire; de M. *Aliès*, médecin inspecteur à Trouville, demandant le titre de correspondant; de M. le docteur *Buissord*, adressant un travail sur le traitement des maladies de l'utérus par les eaux thermales de la Motte.

Ouvrages offerts à la Société :

Étude chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Hauterive, etc., par M. Bouquet.

Rapport de M. de Sénarmont sur le précédent travail de M. Bouquet.

Études sur les eaux minérales en général, et sur celles de Luxeuil en particulier, par M. le docteur Aliès.

Renseignements utiles au baigneur à Biarritz, par M. le docteur Affre.

M. le président annonce à la Société les pertes qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Bailly* père, membre honoraire, et de M. *Sentein* (d'Audinac), membre correspondant.

M. le docteur *Noël Guéneau de Mussy*, médecin des hôpitaux, est nommé membre titulaire.

MM. *Bach*, médecin inspecteur des eaux de Soulmatt, *Drouhet*, médecin à Blaye, et *Lunier*, médecin de l'asile des aliénés de Blois sont nommés membres correspondants.

Rapport fait par M. Lebret, sur le traité complet des eaux minérales de l'Espagne (Tratado completo de las fuentes minerales de España), 1853, par don Pedro Maria Rubio, membre correspondant de la Société.

La Société d'hydrologie a accueilli avec reconnaissance l'hommage d'un traité complet sur les eaux minérales de l'Espagne ; c'est pour la première fois que des documents certains, circonstanciés et reliés entre eux dans une vue d'ensemble, nous apprennent à connaître quelles ressources la Péninsule possède sous ce rapport. Personne, il est vrai, n'a été mieux placé que M. le docteur Rubio pour réaliser un pareil travail. Après avoir dirigé les principaux établissements thermaux de l'Espagne, il a eu l'honneur de siéger à la fois comme membre titulaire et comme secrétaire, dans la junte supérieure directrice de médecine et de chirurgie, à laquelle était confiée l'inspection des eaux minérales du royaume, avec charge expresse de publier autant de notices utiles et intéressantes qu'on pourrait en réunir sur la matière. Les mêmes motifs qui nous font applaudir à l'accomplissement de l'œuvre, encouragèrent M. Rubio à poursuivre une étude qu'il n'hésite pas à placer au premier rang de la thérapeutique, et vers laquelle sa prédilection autant que des circonstances professionnelles paraissent l'avoir porté. D'ailleurs, à l'époque où il entreprit son ouvrage, l'inspection générale devait réunir toutes les notices ou mémoires adressés par les médecins directeurs des établissements; il était interdit à ces fonctionnaires de rien publier ni imprimer sur les sources qui leur étaient confiées. Depuis lors, cet interdit a été sagement levé; mais les écrits sur les eaux minérales en Espagne sont encore peu nombreux, insuffisants, et se bornent, pour la plupart, à des notions restreintes sur leurs caractères physiques et chimiques, et leurs vertus curatives. M. Rubio pense que, pour développer la prospérité des sources minérales de l'Espagne, comme elles le méritent, il faut les considérer à un double point de vue, c'est-à-dire comme des remèdes applicables à différentes infirmités et comme une branche importante de la richesse publique. Tel est, d'un seul trait, le programme de son livre, lequel doit servir encore à démontrer que le sol espagnol est le plus riche de l'Europe en eaux minérales, à attirer l'attention des étrangers sur les principales sources de ce pays, et à rectifier les erreurs de toute espèce, propagées par les quelques auteurs qui ont abordé le même sujet.

Le traité se divise en cinq parties bien distinctes ; il est utile de les exposer successivement, en insistant d'une manière sommaire sur les particularités qui intéressent la science ou la pratique.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description qu'il donne des eaux et bains minéraux de l'Espagne ; cette nomenclature considérable comprend les établissements régis sous la surveillance de l'administration, et ceux qui, libres de toute direction officiellement reconnue, sont moins importants ou moins fréquentés que les précédents. Classée d'après la composition chimique des eaux et suivant un ordre alphabétique, la relation correspondante à chacun d'eux est adaptée à tous les détails qu'ils comportent, tels que la situation topographique, le nombre, le gisement et l'amé-

nagement des sources minérales, l'étude de leurs propriétés physiques, les diverses analyses chimiques auxquelles elles ont donné lieu, leur qualification quant à la température et à la minéralisation qu'elles présentent, l'ensemble et le détail de leur emploi thérapeutique et de leurs qualités curatives établies par la tradition, l'observation et les données cliniques. Si quelque reste de témoignage authentique établit l'ancienneté des thermes dont il parle, ou leur importance dans le passé soit en raison d'une circonstance spéciale, soit par la cure de souverains ou de personnages célèbres, M. Rubio n'omet aucune tradition et en fait ressortir la valeur avec une judicieuse critique. Composant un livre destiné à l'instruction commune, il a cherché à être aussi complet que possible en indiquant, pour chaque établissement, les moyens de transport, les facilités que trouve le malade dans ces localités, au point de vue du soin de sa santé et de son existence matérielle, et de ses distractions même. On comprendra sans peine pourquoi M. Rubio a dû appeler l'attention de ses compatriotes sur ces diverses particularités ; il avait d'ailleurs d'excellents exemples à suivre à cet égard, et si naguère encore l'exploitation de nos principales sources minéro-thermales soulevait tant de plaintes méritées, combien les établissements de l'Espagne laissent-ils encore davantage à désirer ! C'est ainsi, entre autres exemples, que l'on voit à Guardiavieja les infirmes se baigner ensemble dans une excavation de rocher qui leur sert de piscine, sans que le travail de l'homme ait rien disposé de plus propice, et quand la province d'Almeria, où jaillit cette source, en renferme dix autres, également sulfureuses, à peu près négligées : ailleurs, sur trente-trois sources appartenant à la province de Grenade, cinq seulement sont exploitées officiellement, et les autres restent à l'abandon. Toutefois cet état de choses s'est amélioré depuis une vingtaine d'années environ : on peut citer honorablement les établissements des bains de Charles III, à Trillo, de Sacedon ou Real Sitio de la Isabela, del Bolar, trois sources, les premières salines thermales, la troisième sulfureuse, également très fréquentées par les habitants de Madrid et placées dans d'excellentes conditions ; et de même, pour plusieurs thermes du royaume, dont le détail dépasserait les limites d'un rapport. M. Rubio recueille avec exactitude les différents relevés statistiques relatifs au concours annuel des malades payants ou indigents dans les établissements, et à l'argent laissé dans le pays par cette affluence ; il n'oublie pas de mentionner, quand ils existent, par quels moyens la bienfaisance publique ou privée permet aux nécessiteux de profiter du traitement thermal près de chacune des sources. En dernière analyse, cette partie descriptive occupe dignement la place qu'elle devait tenir dans un traité complet des eaux minérales de l'Espagne ; aucun renseignement utile n'y a été omis, à quelque point de vue qu'on se place, et les éditions futures, ou les ouvrages composés plus tard sur la même matière, ne pourront sortir du plan tracé par celui-ci, toute part faite aux modifications apportées par le progrès des temps dans la situation et le développement des établissements thermaux.

La seconde partie du livre entreprend l'étude scientifique des eaux minérales de l'Espagne ; malheureusement les recherches des géologues n'ont pas caractérisé d'une manière définitive et satisfaisante les rapports qui existent entre les différentes couches terrestres, ni encore moins comment les eaux se minéralisent en traversant ces stratifications de nature si variée. Cent treize sources seulement sur le nombre de celles de l'Espagne, ont été désignées jusqu'ici comme appartenant à des terrains déterminés. Nous devons remarquer vingt-six d'entre elles qualifiées d'acidules froides, lesquelles, notablement chargées d'acide carbonique, appartiennent toutes au terrain volcanique et justifient l'assertion de M. de Humboldt, qui regarde les émanations de gaz carbonique isolé ou dissous dans l'eau, en pareille circonstance, comme le dernier effort de l'activité des volcans. Il est notable encore que sur quarante-deux sources thermales soit sulfureuses, soit salines, treize seulement jaillissent de terrains primitifs. Enfin, on compte en Espagne quatre fois plus d'eaux sulfureuses froides que d'eaux sulfureuses à une température élevée. M. Rubio en appelle aux habiles ingénieurs de son pays, pour l'examen et l'éclaircissement de faits si dignes d'intérêt, et que nous indiquons avec lui, tant ils ont été négligés. Une table dressée avec soin montre les eaux rangées d'après leur température, depuis 2°,5 Réaumur, jusqu'à 56 degrés de la même échelle, les deux termes extrêmes constatés jusqu'ici. Un autre catalogue comprend la classification basée sur les propriétés chimiques ; et un troisième tableau donne une idée approximative des maladies chroniques et des infirmités auxquelles chaque établissement est approprié en particulier. Nous approuverons la réserve de l'auteur dans ces essais d'enseignement synoptique, sur la valeur absolue desquels il ne s'abuse point lui-même, et où cependant les praticiens peuvent puiser de sages indications.

La troisième partie s'adresse au public ; elle s'intitule : *Guide du voyageur aux eaux minérales de l'Espagne*, et l'on ne saurait réaliser cette promesse avec une meilleure entente des convenances professionnelles et des intérêts du malade que ne l'a fait M. Rubio. Le règlement qui détermine les attributions des médecins directeurs attachés aux sources minérales mériterait seul un examen attentif, mais excédant notre but, et qui pourra trouver sa place ailleurs.

En Espagne, aussi bien que dans les contrées voisines favorisées par les ressources du sol, il est encore nécessaire de démontrer au gouvernement, et surtout aux autorités provinciales ou municipales et aux particuliers, avec quelle importance l'exploitation des sources minérales peut prendre rang dans les considérations d'économie politique et de prospérité générale ou privée. Aussi M. le docteur Rubio n'a-t-il rien négligé pour attirer l'attention sur ce grave sujet. Ses arguments renouvellent tout ce qui a été accumulé de preuves énergiques en faveur d'une semblable question d'utilité. Dans plusieurs articles qui composent la quatrième section du livre, il passe en revue la nécessité d'un recensement exact des eaux du royaume, le témoignage des différentes statistiques dressées jusqu'à ce jour au point de vue du concours des malades dans les diverses localités thermales, la possibilité d'étendre ce service encore restreint eu égard à l'assistance des infirmes pauvres, et de développer les améliorations entreprises depuis quelques années. De ces dernières vues en particulier, il ressort que sur 89 établissements, 4 appartiennent à l'État et 2 au domaine royal. On ne saurait assez louer les efforts réalisés près de ces sources, pour les maintenir dans un état de prospérité croissante et les offrir en modèle aux autres propriétés de même genre distribuées entre des institutions ecclésiastiques ou autres, les provinces, les communes et les particuliers. Des relevés consignés et analysés avec soin expriment, en mettant sous les yeux du lecteur les résultats comparatifs du passé, combien la circulation du numéraire dans cette branche d'industrie pourrait être accrue et contribuer au bien-être de tous comme à l'augmentation des perceptions du Trésor. Est-il nécessaire d'affirmer que M. Rubio traite ces matières économiques avec une sagacité et une connaissance qui lui ont valu certainement les suffrages du gouvernement, quand il prit place dans la direction suprême des conseils de santé, et qu'en même temps il ne se départ jamais de ses qualités de praticien distingué ? Pour lui, les Eaux minérales constituent un agent thérapeutique actif et puissant dans des conditions spéciales, et dont la mise en œuvre réclame l'intervention de l'administration supérieure ; il regarde comme indispensable que la direction des sources et des établissements soit confiée à des médecins désignés par l'État, comme du reste la législation en Espagne l'a proclamé depuis 1817. De plus, il développe comment il entend que le gouvernement exerce un contrôle reconnu nécessaire, à savoir : 1° par une surveillance exercée avec sollicitude sur les établissements thermaux, leur aménagement et leurs ressources ; 2° par la publication des rapports faits par les médecins directeurs sur tout ce qui touche à ce service médical ; 3° par le perfectionnement des établissements appartenant à l'État ; 4° par les encouragements et invitations à donner aux corporations provinciales et municipales pour l'exploitation mieux entendue des sources qu'elles possèdent. Ces principes sont ceux qui régissent ou préparent la matière en France ; on reconnaîtrait aisément qu'au point de vue de l'extension de l'emploi des eaux minérales aux indigents, aux militaires, l'auteur s'est inspiré des besoins dont nous sentons nous-mêmes l'urgence dans notre propre pays, et des vœux comme des efforts qui se réunissent ici

en vue du progrès. Il n'a pas oublié quelle lacune l'étude hydrologique laisse dans l'instruction médicale, et, sans réclamer la création d'une chaire de Faculté à cet effet, il émet le souhait que le jour se fasse sur tant de questions intéressantes, et que des travaux sérieux arrachent cette branche de la thérapeutique à l'empirisme. On ne saurait mieux dire en langage français.

La cinquième et dernière partie est remplie par une bibliographie indiquant par ordre chronologique les auteurs qui, depuis le x^e siècle jusqu'à nos jours, ont traité des eaux et des bains de la Péninsule, par une notice relatant les diverses analyses chimiques tentées sur ces eaux, et enfin par un tableau comparatif des Eaux minérales de l'Europe. Nous noterons, à propos de cette table très complète, que l'Espagne ne le cède en rien à aucune contrée de l'Europe quant au nombre et à l'importance de ses eaux minérales; et nous reconnaîtrons encore, si les documents sont complets de part et d'autre, que nos voisins comptent, sur leur superficie de 14,853 lieux carrées, 232 sources de plus que la France dans ses 17,280 lieues carrées de superficie. C'est proclamer, en terminant le compte rendu du *Traité complet des eaux minérales de l'Espagne*, combien la publication de l'ouvrage du docteur Rubio mérite de considération, et je me féliciterai donc si, dans mon simple rôle d'interprète, j'ai pu faire envisager à la Société d'hydrologie médicale, qu'en décernant le titre de membre correspondant à un médecin dont les hautes connaissances avaient devancé ce choix, et qui s'était signalé à l'étranger par un livre savant et utile, elle a rempli un devoir de justice, et s'est associé un auxiliaire des plus honorables.

M. *de Puisaye* rend compte, au nom de M. *Vernois* et au sien, d'une brochure intitulée : *Recherches cliniques sur les Eaux-Bonnes*, par le docteur *Édouard Cazenave*, membre correspondant de la Société.

Voici l'extrait du rapport de M. de Puisaye :

M. Cazenave dédie son ouvrage à M. le docteur Andrieux, et c'est justice, car depuis les travaux de Bordeu, aucun auteur n'a étendu davantage et donné plus de relief scientifique à la réputation des Eaux-Bonnes. On eût pu regretter, en effet, qu'un terrain aussi vaste, aussi fertile en observations cliniques demeurât stérile pour la science. Sachons gré à notre correspondant de ses efforts, et remercions-le d'avoir ainsi payé sa dette à la science hydrologique.

L'auteur, après un aperçu rapide sur la topographie des Eaux-Bonnes, sur la position de l'établissement et la nature chimique des eaux, étudie leur action au point de vue physiologique, et confirme les résultats du docteur Andrieux et ceux obtenus par les autres auteurs qui se sont occupés des eaux sulfureuses. Il insiste surtout sur une angine toute spéciale déterminée par l'usage des Eaux-Bonnes, à laquelle il donne le nom d'*angine sulfureuse*. M. Cazenave conclut de ce fait que les Eaux-Bonnes sont douées d'une certaine *affinité élective* pour les voies respiratoires, et qu'elles justifient cette idée de Bordeu, qui regardait ces eaux comme spécifiques de ces maladies. Les faits pathologiques sur lesquels s'appuie M. Cazenave pour démontrer cette affinité élective se résument en quelques observations de bronchite, laryngite et pharyngite chroniques.

Indépendamment de cette propriété, M. Cazenave reconnaît encore aux Eaux-Bonnes, à raison de la stimulation qu'elles impriment à tous les organes, la faculté de résoudre les engorgements pulmonaires, les épanchements chroniques, et de faciliter la résorption de la matière tuberculeuse ramollie, ou sa transformation en une substance crétacée sans action sur l'organisme.

M. Cazenave signale encore les heureux effets des Eaux-Bonnes dans les cas d'asthme essentiel, et dans certaines phlegmasies des muqueuses liées à une diathèse syphilitique. Les Eaux-Bonnes, dit-il (et nous sommes fâchés qu'il ne nous ait pas donné d'observations à l'appui de cette assertion), ont l'avantage de raviver l'action éteinte du virus, et, lorsqu'elles sont concurremment employées avec le traitement mercuriel, de mettre les malades à l'abri du ptyalisme.

L'idée dominante du travail de M. Cazenave est de chercher à expliquer le mode d'action des Eaux-Bonnes dans les différentes maladies qu'il lui a été donné d'étudier.

L'auteur, selon nous, attache trop d'importance à cette *affinité élective*, que nous ne mettons pas en doute, mais qui nous paraît insuffisante pour rendre compte de la disparition de tous les états morbides. M. Cazenave, dominé par cette idée, ne tient pas un compte suffisant des modifications apportées par la médication thermale dans les divers organes et dans les diverses fonctions; selon nous, ces modifications déterminent la valeur thérapeutique des eaux minérales en général, et celle de chacune d'elles en particulier. Ainsi les effets physiologiques, les résultats pathologiques si bien décrits et si bien observés par notre correspondant, nous semblent appartenir plutôt à la médication sulfureuse en général, qu'à telle ou telle eau sulfureuse en particulier; car avec des eaux sulfureuses qui ne sont ni thermales ni sodiques, mais froides et calcaires, on retrouve la même analogie d'action. Si donc nous avons un regret à exprimer, c'est que M. Cazenave n'ait pas suffisamment insisté, dans le cours de son travail, sur les conditions de tempérament, de constitution où étaient ses malades, ainsi que sur la forme dominante de leur affection. Il nous semble que c'est là la véritable pierre de touche des indications et des contre-indications de la médication thermale. Quand les médecins d'eaux minérales seront parvenus à préciser les cas particuliers où les eaux qu'ils dirigent sont efficaces ou contraires, ils auront rendu un grand service à la science hydrologique et à la thérapeutique des maladies chroniques. Vouloir expliquer quand même, et toujours, le mode d'action des eaux minérales, c'est se lancer dans le domaine de l'hypothèse; il faut se borner à constater les faits soit par l'expérience directe, ou, à son défaut, à l'aide de nombreuses observations cliniques. Quoi qu'il en soit, nos confrères trouveront dans le travail de M. Cazenave des faits curieux, parfaitement présentés, et des indications précieuses pour la thérapeutique des maladies des voies respiratoires.

M. *V. Gerdy* demande la parole à propos de deux des points qui ont été traités dans le rapport de M. de Puisaye. Il insiste d'abord sur la réserve qu'on doit apporter dans l'appréciation des cas de phthisie pulmonaire au premier degré dont il a été question dans le travail de M. Cazenave. Puis, abordant la question de l'influence des eaux minérales en général, et particulièrement des eaux sulfureuses, sur la manifestation de la syphilis, il fait remarquer qu'il n'a vu, sur un nombre considérable de malades atteints bien évidemment de syphilis constitutionnelle et traités par ce moyen, que deux seulement dont l'affection ait été ravivée d'une manière certaine.

M. *Lambron* n'a pas recueilli d'observations personnelles suffisantes à ce sujet; mais la règle générale admet que, sous l'influence des eaux minérales sulfureuses, les symptômes syphilitiques douteux se caractérisent, et que, s'ils sont encore incomplets, ils prennent alors leur signification entière. Les eaux sulfureuses auraient donc la double utilité de produire une manifestation nouvelle, et de garantir davantage la valeur d'un traitement préalable.

M. *Lhéritier*, se basant sur le cas d'un malade chez lequel les eaux de Plombières ont ranimé l'acuité des douleurs ostéocopes, suivies d'une périostose, après six ans de guérison d'une syphilis constitutionnelle, demande si tout traitement thermal ne peut pas réveiller cette sorte de levain déposé dans l'économie.

M. *Patissier* déclare que non-seulement les eaux sulfureuses, mais toutes les eaux thermales dégagent l'inconnu, qu'on ait affaire aux maladies vénériennes, goutteuses ou dartreuses; l'action excitante, en pareil cas, est incontestable, et l'excitation de la peau doit être mise en première ligne.

M. *James* a recueilli de nombreux renseignements sur l'action des eaux sulfureuses, et il en a conclu que les accidents syphilitiques doivent être divisés, à ce point de vue, en deux catégories : quand ils persistent encore chez le malade, les eaux produisent une véritable exacerbation de leurs phénomènes; s'ils ont disparu, la médication agit efficacement sur l'état général.

M. *Otterbourg* a observé que la plupart des malades envoyés à Aix-la-Chapelle n'ont plus de manifestations syphilitiques; autrement, les effets excitants si prononcés par la poussée, les furoncles, les éruptions cutanées, leur seraient fort nuisibles.

M. *Briau* cite un cas dans lequel une affection syphilitique, demeurée latente pendant huit ans, vint à se manifester quatre mois après un traitement thermal suivi à Bagnères-de-Luchon.

M. *Chausit* admet pour la syphilis une période d'incubation de durée variable ; si, pendant ce laps de temps, un malade est traité par les eaux sulfureuses, l'excitation perturbatrice qui en résulte provoque une explosion de la syphilis. Quant à l'action des eaux sulfureuses sur les éruptions douteuses qu'on leur soumet, les faits ne lui permettent pas de se prononcer.

M. *le président* prévient la Société que cette importante question touchant l'action des eaux minérales sur la marche de la syphilis sera mise à l'étude dans une session prochaine.

Sur la proposition de M. *Debout*, M. le président engage les membres qui auraient recueilli des renseignements relatifs à la présence du choléra dans les localités thermales, à les communiquer à la Société dans une prochaine séance.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la question suivante : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'utérus.*

M. *Boullay* communique des observations relatives à l'application de l'hydrothérapie au traitement de quelques maladies de l'utérus. Après avoir indiqué sommairement les nombreuses causes de congestions utérines, il en décrit les symptômes, puis il trace un tableau des symptômes généraux consécutifs que ces affections entraînent si fréquemment à leur suite.

Il cite d'abord plusieurs observations dans lesquelles l'affection utérine était accompagnée, comme symptômes prédominants, de troubles menstruels. Il étudie ensuite, en s'appuyant encore sur des observations, des maladies congestives de l'utérus dans lesquelles prédominaient les altérations du col utérin, et qui étaient comme les précédentes accompagnées de troubles généraux plus ou moins graves.

M. *Boullay* aborde ensuite la question du traitement par l'hydrothérapie des déplacements simples de l'utérus, c'est-à-dire de ceux qui ne sont dus qu'à un état de débilité générale ou à l'atonie, à la faiblesse, à la laxité des organes destinés à suspendre l'utérus dans le bassin. Dans les cas de ce genre, comme dans les précédents, on a souvent à constater des troubles généraux plus ou moins prononcés.

Des détails contenus dans son travail, M. *Boullay* tire les conclusions suivantes :

1° Que les troubles menstruels liés aux affections utérines peuvent être heureusement modifiés par l'hydrothérapie ; ces troubles alors ne tardent pas à disparaître et sont un indice certain d'amélioration de la maladie utérine qui les a produits ;

2° Que les maladies utérines dans lesquelles dominent les symptômes de congestion, soit de l'organe en totalité, soit de son col en particulier avec érosions, ulcérations, etc., ne résistent pas aux moyens hydriatriques convenablement explorés ; que dans ces cas les déplacements disparaissent quelquefois avec la congestion qui les produisait ;

3° Que, dans les cas de déplacements utérins simples, si l'emploi de l'hydrothérapie peut rendre de la force aux organes destinés à supporter l'utérus, et leur permettre de remplir leurs fonctions sans troubles pour la malade, le déplacement en lui-même n'est nullement modifié, et qu'il persiste après le traitement à être ce qu'il était auparavant ;

4° *Que dans toutes les affections utérines* les symptômes généraux concomitants ou qui en dépendent ont toujours ou disparu complétement, ou du moins été amoindris à un tel point que les malades n'en ont plus été incommodées que d'une façon tout à fait passagère.

Suivant M. *Boullay*, le mode d'action le plus important de l'hydrothérapie dans ces cas s'explique de la manière suivante : Elle agit par une contre-fluxion, une contre-congestion du centre à la périphérie. Cette révulsion a lieu par un appel réitéré des liquides à la périphérie du corps, rappel qui accélère la circulation sanguine des vaisseaux capillaires de la peau et y apporte ainsi de nombreuses et profondes modifications. Il y a en même temps une autre action, c'est celle des applications froides locales portées directement sur l'organe malade, et qui ont pour effet de favoriser la première en donnant aux vaisseaux utérins une force de contractilité telle qu'ils peuvent se débarrasser des liquides qui abondaient.

Quant à la loi formulée par M. *Boullay* pour l'emploi des moyens hydriatiques, elle consiste en ce que les applications générales doivent être de courte durée pour amener de puissantes réactions, tandis que les applications locales doivent, au contraire, être prolongées pendant un certain temps, de manière à éviter ces mêmes réactions.

La discussion sera continuée dans la séance suivante.

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

VII.

VARIÉTÉS.

NOUVELLES MÉDICALES SUR L'ARMÉE D'ORIENT.

On nous écrit de Constantinople :

Le choléra a complétement cessé en Crimée et ici ; les derniers cas qui se sont présentés étaient chez des individus débilités par de longues souffrances, par des dysentéries chroniques ou des fièvres intermittentes. Nous avons soigné un grand nombre de malades réduits à l'état de marasme, chez lesquels le choléra se montrait avec des symptômes alarmants, puis cédait bientôt à un traitement légèrement excitant. Ainsi, les extrémités bleues et glacées, les vomissements et la diarrhée caractéristiques, les crampes, le hoquet même, après avoir duré deux, et même trois jours, disparaissaient assez rapidement sous l'action d'infusions très chaudes de menthe, d'anis, de camomille, de quelques frictions, et de l'application de bouteilles chaudes aux extrémités et aux cuisses. Depuis quinze jours le choléra a tout à fait cessé, et les maladies, de quelque nature qu'elles fussent, qui revêtaient toujours des caractères évidemment cholériformes pendant toute la durée de l'épidémie, ont repris leur cours normal et régulier. Mais, ô malheur des destinées humaines ! le choléra, en nous laissant la paix, n'a fait que céder la place à d'autres affections aussi graves. Ainsi, maintenant les affections de bas-ventre commencent à diminuer ; je m'explique mieux : le choléra a disparu ; la dysentérie, quoique faisant encore des ravages, diminue sensiblement pour faire place à l'élément typhoïde, qui a commencé à régner depuis environ quinze jours, et qui suit une marche ascendante qui nous fait craindre qu'elle ne prenne un caractère épidémique général ; les fièvres typhoïdes abondent ; les symptômes cérébraux prédominent, et nous voyons très souvent de simples congestions assumer bientôt un caractère inflammatoire marqué, et l'individu succomber par méningite. C'est parmi les marins que l'on compte le plus grand nombre de victimes. Nous observons aussi beaucoup de pétéchies, des sudamina, des taches rosées chez nos malades de fièvre typhoïde. Cette circonstance mérite d'être notée, car, dans l'espace de huit ans, j'ai remarqué ces symptômes chez les soldats lorsqu'il y avait entassement, mauvaise nourriture, et souffrances morales prolongées. Dans les temps ordinaires la fièvre typhoïde est très rare à Constantinople, comparativement à la France, et elle offre des caractères abdominaux sans apparence de fluidité de sang ou de relâchement des tissus. Nous n'avons pas encore d'exanthèmes ; mais la saison approche où nous verrons éclater la variole, la rougeole, et les différentes maladies fébriles de la peau. Dieu fasse que ces maladies nous épargnent au moins pour cette année.

L'aspect d'un hôpital, dans ce moment, offre un type tout particulier : on ne voit que des hommes épuisés, fatigués, anémiques ; la dysentérie creuse les joues, donne une physionomie hâve, un air *hippocratique* ; les fièvres donnent cette teinte blême, cet aspect terreux tout particulier ; la nostalgie imprime aussi son cachet spécifique, et finit par donner naissance au scorbut : car je suis persuadé que le scorbut est produit, plus par des affections morales que par mauvais air ou mauvaise nourriture ; les marins sont presque tous atteints de nostalgie, car depuis deux ans ils soupirent après le beau ciel de France. Le nombre des scorbutiques est très considérable, et le gouvernement turc a cédé l'établissement de l'école de la marine à l'île des Princes, non loin de Constantinople, presque en face, à 5 milles de distance, pour y fonder un hôpital de marine. On plaçait jusqu'ici les marins malades à l'hôpital de Thérapia : cet hôpital ne contient que 150 lits, le nouvel hôpital de l'île en contien-

dra près de 1000; c'est un très vaste établissement au bord de la mer de Marmara.

On prépare encore un hôpital, c'est l'école impériale militaire ; elle sera évacuée cette semaine, et l'hôpital sera bientôt installé. On va aussi occuper le vaste palais de la légation de Russie, il pourra contenir plusieurs milliers de lits. En voilà assez pour la médecine, venons à la chirurgie. Les opérations se succèdent avec rapidité, on en pratique chaque jour dans les divers hôpitaux. On a observé que les Russes sont ceux qui y résistent le mieux ; ainsi vous allez voir bientôt à Paris un Russe qui a subi la désarticulation de la cuisse, et dont la plaie est parfaitement cicatrisée; on lui a adapté une jambe de bois avec siége; il pourra marcher. Les Russes résistent mieux, car ce sont des hommes vigoureux qui se rapprochent plus de la brute que de l'homme; ce sont des hommes des champs, vierges de toute affection vénérienne ou scrofuleuse, des hommes endurcis à la peine et au travail. Les Français résistent mieux que les Anglais et les Turcs. Les Anglais sont presque généralement scrofuleux ou tuberculeux. Les Turcs sont abîmés par les privations et par les influences malsaines de leurs pays presque déserts. La plupart des soldats turcs présentent des rates qui feraient envie au docteur Piorry ; des rates qui occupent parfois tout le bas-ventre jusqu'à la crête iliaque, des deux côtés. J'en ai vu quelques cas pareils. La rate qui occupe une moitié du bas-ventre est très commune. Beaucoup, parmi eux, sont ou deviennent rapidement tuberculeux. Ils sont aussi très sujets au scorbut, mais à ce scorbut suite de maladies précédentes, longues, ou bien de nostalgie. Des hommes dans des conditions pareilles peuvent-ils supporter une opération? aussi la plupart de nos opérés turcs succombent. Le docteur Morgues a opéré la désarticulation de l'épaule, qui a parfaitement réussi ; le sujet est parti, ou doit partir incessamment pour Paris. Il arrive beaucoup d'hommes avec des pieds gelés : tous les doigts tombent, et souvent les deux pieds. Ce n'est pas qu'il fasse froid, car le thermomètre n'est pas encore descendu plus bas que 6 degrés Réaumur au-dessus de 0. Les vents du sud entretiennent une température très douce; mais ces malheureux pataugent jour et nuit dans l'eau jusqu'aux genoux, et dans la boue. C'est pendant leur sommeil que leurs pieds se gèlent le plus souvent.

PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1854 PAR L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Sur quatre-vingts ouvrages de médecine et de chirurgie reçus par la commission, aucun *prix* n'a été accordé; neuf ont obtenu des *récompenses*, et treize des *encouragements*.

1° *Récompenses.* — M. Briquet, pour un traité thérapeutique du quinquina et de ses préparations, 2,000 francs; M. Trousseau, pour un mémoire sur la ponction de la poitrine dans les épanchements pleurétiques aigus, 2,000 francs; M. Robin, pour une histoire naturelle des végétaux parasites de l'homme et des animaux, 2,000 francs; MM. Wilhem Bœck et Danielssen, pour leurs recherches sur l'éléphantiasis des Grecs, 2,000 francs; M. Berthelot, pour son travail sur les corps gras, 2,000 francs; M. Schiff, pour son travail relativement à l'influence des nerfs sur la nutrition des os, 2,000 francs; M. Blanchard, pour ses études sur l'organisation des vers, 2,000 francs; M. Aran, pour ses recherches sur l'atrophie musculaire progressive, 1,500 francs; M. Gratiolet, pour son mémoire sur les plis du cerveau de l'homme et des primates, 1,500 francs.

2° *Encouragements.* — MM. Bourguignon et Delafond, pour leur ouvrage sur la gale du mouton, en attendant qu'ils aient appliqué le même genre d'étude à d'autres animaux domestiques; M. Roux, pour la continuation de ses expériences sur un nouveau mode de conservation des pièces anatomiques; MM. Giraldès et Goubeaux, pour leurs injections de perchlorure de fer dans les artères; M. Gosselin, pour son mémoire sur les kystes du poignet et de la main; M. Morel-Lavallée, pour son mémoire sur les épanchements séreux traumatiques; M. Perdrigeon, pour son mémoire sur les accidents fébriles à forme intermittente causés par le cathétérisme de l'urètre; MM. Philippeau et Vulpian, pour leur recherche sur l'origine des nerfs crâniens; M. Flandin, pour ses recherches sur les poisons consignées dans son *Traité de médecine légale;* M. Broca, pour ses recherches sur le rachitisme; M. Verneuil, pour ses recherches sur le pancréas; M. Chevallier, pour ses travaux en hygiène; M. Triquet, pour ses études sur les maladies de l'oreille ; M. Loir, pour ses mémoires sur l'hygiène appliquée à l'état civil des nouveau-nés.

PRIX PROPOSÉS.

Grand prix des sciences physiques proposé en 1854 *pour* 1856. (*Comm.* : MM. Flourens, Duméril, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, Ad. Brongniart, Milne Edwards, rapporteur.). « Étudier d'une manière rigoureuse » et méthodique les métamorphoses et la reproduction des infusoires pro» prement dits (polygastriques de M. Ehrenberg). » Le prix consistera en une médaille d'or de *trois mille francs.*

Grand prix des sciences physiques proposé en 1847 *pour* 1849, *remis au concours pour* 1853, *et de nouveau pour* 1856. (*Comm.:* MM. Flourens, Serre, Milne Edwards, Geoffroy Saint-Hilaire, Coste, rapporteur.) « Établir par l'étude du développement de l'embryon dans deux espèces » prises, l'une dans l'embranchement des vertébrés, et l'autre, soit dans » l'embranchement des mollusques, soit dans celui des articulés, des bases » pour l'embryologie comparée. » Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *trois mille francs.*

Prix de physiologie expérimentale fondé par M. de Montyon. — L'Académie adjugera une médaille d'or de la valeur de *huit cent cinq francs* à l'ouvrage imprimé ou manuscrit qui lui paraîtra avoir le plus contribué aux progrès de la physiologie expérimentale.

Divers prix du legs Montyon. — Il sera décerné un ou plusieurs prix aux auteurs des ouvrages ou des découvertes qui seront jugés les plus utiles à l'*art de guérir*, et à ceux qui auront trouvé les *moyens de rendre un art ou un métier moins insalubre.* L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine et la chirurgie, ou qui diminueraient les dangers des diverses professions ou arts mécaniques.

Prix Cuvier. — L'Académie décernera, dans la séance publique de 1854, un prix (sous le nom de *prix Cuvier*) à l'ouvrage qui sera jugé le plus remarquable entre tous ceux qui auront paru depuis le 1er janvier 1854 jusqu'au 31 décembre 1856, soit sur le règne animal, soit sur la géologie. La valeur de ce prix sera de *quinze cents francs.*

Prix Alhumbert pour les sciences naturelles, proposé en 1854 *pour* 1856 : « Étudier le mode de fécondation des œufs et la structure des » organes de la génération dans les principaux groupes naturels de la » classe des polypes ou de celle des acalèphes. » Le prix consistera en une médaille d'or de la valeur de *deux mille cinq cents francs.*

Pour toutes les variétés,

A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Annales d'oculistique de Bruxelles, décembre 1854. — Des cautères pratiqués à la cornée dans le traitement des inflammations avec opacité de la membrane de l'humeur aqueuse, par *Guépin.* — Tumeur éléphantiasique de la paupière supérieure ayant produit une cécité par obstacle mécanique ; guérison après vingt années, par *Tettamanzi.*

Deutsche Klinik, nos 51. — Du psoriasis non syphilitique, par M. le docteur *Montius.* — Sur les rétrécissements du canal de l'urètre, par M. le docteur *Burow.* — 52. Tension artificielle du tympan ou guérison de la surdité par la pression, par M. le docteur *Erhard.* — Anévrysme de l'aorte abdominale, de la pratique du docteur *Müller.* — Emploi avantageux du fer rouge dans les angines gangréneuses, par M. le docteur *Schreier.*

Allgemeine medicinische central Zeitung, nos 102. Quelques considérations sur le croup et la pneumonie, par M. le docteur *Schaffner.* — 103. *Idem.*

Livres nouveaux.

Manuel d'hygiène élémentaire et pratique, par M. le docteur *A.-L. Nicolas.* Un vol. in-8 de VIII-166 pages. — Paris, Lecoffre.

Diagnostik der Krankheiten des Unterleibes (*Diagnostic des maladies de l'abdomen*), par *A. Silbert* ; in-8, Erlangen, chez Enke, 8 fr.

Die Pathologie und Therapie der Gehirn-Krankheiten (*Pathologie et thérapie des maladies du cerveau*), par *R. Leubuscher* ; 2e partie. Berlin, chez Hirschwald, 6 fr.

Diagnose der Exantheme, par *Upmann* ; in-8. Berlin, chez Hirschwald, 2 fr.

Ueber die Bewegung der Iris (*sur le mouvement de l'iris*), par *J. Budge*, in-8. — Brunswick, chez Vieweg, 6 fr.

Unsoundness of Mind in relation to Criminal Acts, par *J.-S. Bucknill*, in-12. — Londres, chez Highley, 6 fr. 25 c.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 19 JANVIER 1855. — N° 3.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

La table alphabétique et raisonnée du tome Ier de la GAZETTE HEBDOMADAIRE *formant, avec le titre, un numéro de 16 pages, sera adressée aux abonnés le 23 de ce mois.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 12 au 17 janvier 1855.

19. BRANÈRE, Jean-Pierre, né le 27 décembre 1824 à Pontoux (Landes). [*Considérations sur les convulsions.*]

20. FRANÇON, François-Charles, né le 21 août 1826 à Ruffieux (Ain). [*De l'alimentation de la première enfance.*]

21. DUSEVEL, Marie-Joseph-Édouard, né le 22 avril 1827 à Amiens (Somme). [*De la fracture de l'extrémité inférieure du radius.*]

22. GRANDCLÉMENT, Joseph-Marie, né le 2 septembre 1810 à Orgelet (Jura). [*Sur l'ergot du blé.*]

23. LE NÉE, Louis-Marie-Joseph, né le 16 mai 1819 à Carhaix (Finistère). [*Des hémorrhagies utérines avant et pendant le travail de l'accouchement.*]

24. OLIVIER, Narcisse, né le 13 novembre 1829 au Mans (Sarthe). [*Essai sur le diagnostic différentiel des tumeurs du creux poplité.*]

25. HERR, Georges-Marie, né le 30 juillet 1830 à Grenelle (Seine). [*De la luxation de la tête du fémur dans la fosse ovale.*]

26. MILOSLAVLEWITCH, Étienne, né le 18 décembre 1827 à Belgrade (Serbie). [*De l'endocardite rhumatismale.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

I.

Paris, ce 18 janvier 1855.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; ÉTAT DE LA DISCUSSION.

La spécificité des éléments cancéreux qui constitue bien réellement le *nœud vital* de la grande discussion actuelle vient d'être de nouveau combattue devant l'Académie, malgré la manière si remarquable et si lucide dont elle avait été établie par M. Robert dans son troisième discours.

Lorsque deux orateurs se lèvent contre le microscope, on peut, sans crainte de se tromper, compter que l'un d'eux sera M. Velpeau, le dialecticien habile, le discuteur adroit et consommé. Après lui vient M. Delafond. Cet orateur, qu'il nous soit permis de le dire, a fait sans beaucoup d'avantage dévier la discussion actuelle de la voie dans laquelle elle était engagée. Il avait, dans ses deux premiers discours, pris soin d'accumuler tant de contradictions qu'il n'était venu à bout de contenter personne, ni les cliniciens fort désappointés de ses secondes conclusions, ni les anatomistes qui n'acceptaient guère le concours qu'il avait voulu leur prêter. Pour ne pas rester plus longtemps dans cet équilibre instable, M. Delafond vient de bouleverser son second discours; si la discussion durait encore un mois, il est à espérer que la quatrième oraison serait pour nous, et ainsi de suite.

La discussion est terminée sans doute, ou du moins tous les arguments majeurs ont été produits, l'opinion publique aura à juger. Il est clair que tout roule autour de ces deux points: spécificité anatomique, spécificité clinique, ou, en d'autres termes, qu'on est mis en demeure de choisir entre deux classifications, l'une anatomique, reposant sur la structure; l'autre clinique, se fondant sur les symptômes. Nous reprenons donc encore une fois la plume pour discuter ces deux points importants. Nous voudrions bien isoler les questions de science des questions de personne; mais comme

nous nous trouvons en face de deux adversaires qui ont chacun choisi l'une de ces spécificités pour thème, il nous est difficile de ne pas personnifier en eux la double opposition que nous rencontrons. Au reste, comme nous discutons sans passion, et même sans cette aigreur qu'on déguise mal sous des plaisanteries plus ou moins spirituelles, nous ne craignons point d'attaquer de front nos deux honorables antagonistes.

Commençons par M. Delafond, et constatons qu'il a conservé dans son discours la dignité et la convenance que commandait l'assemblée à laquelle il s'adressait; qu'il veuille bien ne voir dans les lignes suivantes qu'une réfutation sérieuse, mais dénuée d'animosité.

Une grande tendance de M. Delafond consiste à adopter les opinions des autres et à transcrire des passages de leurs écrits pour prouver qu'il a raison; il a rempli son discours de citations plus ou moins exactes, mais ne s'est pas distingué par l'originalité; on pourrait plus facilement reconnaître en lui un bibliomane qu'un observateur, et je m'étonne qu'après *dix-huit ans* d'études microscopiques il ne se risque guère à parler de ce qu'il a vu, mais seulement de ce qu'ont vu les autres.

M. Delafond admet la théorie cellulaire dans toute sa virginité, et sous ce rapport il se range sous l'égide d'une dizaine de botanistes des plus distingués, ce qui ne signifie rien, parce qu'il n'est pas rigoureux de conclure du végétal à l'animal, puis derrière une douzaine d'anatomistes du premier ordre dont il énumère les noms. Puisqu'il faisait tant que de citer une foule d'auteurs dont les écrits les plus récents datent de dix ans, il aurait dû citer aussi tous les savants plus modernes, les Allemands, les Anglais, sans compter ceux de ses compatriotes qui ont avec raison combattu la théorie cellulaire tout en acceptant ce qu'elle renfermait de bon.

N'en déplaise à M. Delafond, il nous paraît peu au courant des recherches modernes. Personne, excepté lui, n'adopte aujourd'hui la théorie de Schwann comme théorie générale des formations organiques. Si M. Delafond citait exactement, il n'aurait compté parmi les partisans absolus de la théorie en question ni Vogel, ni Henle, ni M. Mandl, ni M. Bérard, ni M. Broca. Si M. Delafond, au lieu de lire les auteurs, a étudié la nature, où a-t-il vu que les nerfs, les vaisseaux capillaires, artériels, veineux, lymphatiques, les fibres musculaires de la vie animale, le tissu élastique, etc., procédassent directement de cellules? S'il sait que notre corps est pendant toute la durée de la vie le siége d'un mouvement continuel de composition et de décomposition, et que les éléments anatomiques d'un organe se renouvellent après avoir duré un certain temps, qu'il nous montre, par exemple, entre le périoste et l'os les cellules qui doivent se transformer en tissu osseux à la surface de la diaphyse dans le phénomène de l'accroissement en épaisseur. S'il sait que dans le travail d'accroissement si marqué dans la jeunesse et même dans les hypertrophies physiologiques ou morbides il se produit incontestablement des éléments anatomiques nouveaux, qu'il décrive donc les cellules primaires qui donnent naissance par transformation aux fibres musculaires striées, dans l'hypertrophie du cœur, dans le biceps de l'adolescent quatre ou cinq fois plus volumineux que celui de l'enfant, ou bien aux vaisseaux nouveaux si nombreux de l'appareil génital pendant la gestation. M. Delafond ne peut ignorer que des fibres, des tubes, des membranes peuvent procéder directement d'un blastème amorphe sans passer par l'état cellulaire.

Dans la théorie cellulaire, tous les éléments anatomiques, fibres, tubes, canaux, membranes, sont constitués par un groupement de cellules qui se modifient, se soudent, se placent bout à bout, se creusent, etc., etc. Pour continuer à admettre ces métamorphoses singulières, M. Delafond ne sait-il pas que la théorie de la transformation d'un élément anatomique en un autre est aujourd'hui inacceptable? que jamais une cellule ne deviendra un tube, ni une portion de tube; un vaisseau capillaire ni un tronçon de vaisseau capillaire? Une cellule primaire ne deviendra pas davantage un corpuscule ganglionnaire, ni un globule sanguin, etc. Notre honorable adversaire ne paraît pas savoir que la théorie de la substitution a remplacé celle de la transformation; mais comme c'est seulement depuis sept à huit ans que cette rectification importante a été faite, M. Delafond, fidèle à des opinions quelque peu surannées, croit sans doute encore que les cellules primaires forment, suivant les cas, les corpuscules du pus ou les éléments cellulaires ou nucléaires du cancer, théorie aussi erronée que celle des transformations des globules du sang ou des gouttelettes de graisse en globules de pus, en noyaux épithéliaux glandulaires, en cellules de cancer, ou que celle encore des transformations du sang, du pus, de l'albumine en cartilage, en tissu osseux, etc., etc., que M. Velpeau a renouvelée de Hunter. Le vétérinaire d'Alfort devrait savoir qu'une cellule quelconque, à son début comme à son déclin, malgré ses différences de forme et de volume, est toujours spécifique; qu'un globule de pus est toujours globule de pus, depuis son apparition jusqu'à sa fin, comme un principe immédiat, l'albumine, je suppose, est toujours albumine, et qu'elle n'existe plus quand elle a changé de composition. Admettre la transformation des principes immédiats, des éléments anatomiques les uns dans les autres, ce serait tout simplement se faire alchimiste anatomique. Il faudrait croire aussi à la transformation du plomb en or, et faire une anatomie générale plus *philosophale* que *philosophique*.

M. Delafond emprunte à M. Broca et à d'autres, comme preuve de la théorie cellulaire, ces faits bien connus, que le blastoderme est entièrement composé de cellules, et que des éléments anatomiques en forme de cellules persistent toute la vie dans les épithéliums, le sang, la lymphe, la moelle des os, etc., etc. Il n'y a rien là de bien neuf, et, depuis dix ans au moins, tout le monde en sait autant; mais conclure de ces faits que tous les autres tissus et éléments procèdent de cellules, reviendrait à dire qu'une gerbe de blé est composée de fécule transformée, parce que le grain de froment est constitué par cette substance. Je suis porté à croire que M. Delafond n'a pas bien compris le sens de la théorie qu'il soutient.

Détachant fort à propos un long passage textuel du savant *Traité de physiologie* de M. Bérard, M. Delafond conseille, par la bouche de l'auteur précité, « de ne point frapper du même discrédit la théorie cellulaire et les faits d'histologie que le microscope nous a révélés » ; ce à quoi nous répliquons que nous nous sommes contenté d'accepter les faits, et que nous n'avons pas compris dans le même engouement l'explication beaucoup trop générale qu'on avait voulu en donner. C'est pourquoi nous avons rejeté la théorie cellulaire, tout en reconnaissant hautement que, malgré ses erreurs, elle avait tracé une route nouvelle, d'un avenir immense, mais qui devait être redressée en plus d'un point. L'orateur reproche à M. Robert de n'avoir pas cherché à démontrer en quoi péchait la théorie cellulaire. Là où il a cru voir la faiblesse n'existe que le respect pour l'Académie. Il y a des questions qu'on ne discute plus, et nous rougissons presque d'être obligé de fournir à notre contradicteur des preuves de l'erreur dans

laquelle il est. M. Robert ne devait pas plus faire cette réfutation qu'il ne devrait, si la physiologie des artères ou des veines était en jeu, s'attacher à démontrer que le sang circule dans les vaisseaux, ce qui était utile du temps de Harvey.

M. Robert avait soulevé une autre question, celle de l'hétéromorphisme. « Quelques auteurs avancent, avait-il dit, que » l'on trouve dans l'économie normale des cellules qui ont une » ressemblance frappante avec celles du cancer. Ce serait, en » particulier, les épithéliums du bassinet et des calices, les cel- » lules médullaires des os, certaines cellules du cartilage. » Après avoir par lui-même étudié la question, il avait reconnu qu'on peut arriver à la distinction sans trop de peine, et que l'hétéromorphisme existait bien réellement pour le cancer.

M. Delafond s'élève contre cette assertion et prétend qu'elle manque de preuves. Que devait-il faire en pareil cas? Son devoir était de démontrer à son tour, et par des observations personnelles, l'identité des cellules en question et des cellules cancéreuses. Toujours bibliophile, il procède autrement et répond par des passages tirés d'auteurs étrangers. De ces auteurs dissidents il n'a lu les uns qu'imparfaitement, suivant nous, et il invoque les autres sans les avoir lus, très certainement.

En effet, il cite Vogel. Nous pourrions, après la longue analyse que nous avons donnée des opinions de cet auteur (analyse qui, par parenthèse, aurait pu éclairer notre honorable adversaire), nous dispenser d'y revenir; mais, cependant, nous affirmons qu'en aucun point de son ouvrage Vogel ne parle de la ressemblance entre les éléments cancéreux et les cellules d'épithélium, de cartilage, etc. Le savant anatomo-pathologiste de Giessen dit seulement « qu'on doit considérer les cellules cancéreuses comme des degrés de développement des cellules primaires; » mais qu'est-ce donc que ces cellules primaires? M. Delafond ne nous le dit pas plus que Vogel. Quels sont donc leurs caractères anatomiques? Pourquoi ne pas nous les décrire? Doit-on entendre par là, comme l'ont fait certains observateurs, que les cellules cancéreuses ressemblent aux cellules qui forment les premiers tissus de l'embryon? Nous ignorons sur ce point l'opinion personnelle de M. Delafond, mais nous dirons ce que nous avons vu. Nous avons examiné plusieurs fois des embryons de mollusques et de mammifères, et même un très jeune embryon humain, et nous n'avons jamais pensé qu'il fût possible de confondre les cellules dont leur masse est formée avec les éléments du cancer. Comme nous n'avons pu voir les premières phases du développement, nous renvoyons les lecteurs aux belles planches de Bischoff (1) et aux dessins non moins remarquables de M. Davaine (2); ils pourront s'assurer qu'il n'y a pas la moindre identité entre les cellules vitellines et blastodermiques et les éléments cancéreux.

La ressemblance existât-elle, que cela ne signifierait pas grand'chose, puisque les cellules embryonnaires disparaissent de fort bonne heure, bien longtemps certes avant l'âge où l'on voit apparaître les cancers les plus précoces, et que la comparaison entre une masse cancéreuse et un embryon n'est faite qu'au figuré et sans qu'on ait jamais songé à en faire autre chose qu'une figure de rhétorique.

C'est réellement M. Mandl, qui ne me paraît plus insister beaucoup sur ce fait, et M. Virchow, anatomiste très distingué de Würzbourg, qui, au contraire, y tient beaucoup; ce sont ces deux auteurs qui soutiennent que dans le poumon, dans le bassinet et le calice existent des cellules tout à fait semblables à celles du cancer. MM. Forster et Wedl n'ont fait que reproduire cette opinion, dont M. Delafond, imitateur encore sur ce point, s'est fait l'écho. Et comme M. Robert avait annoncé que la distinction, quoique minutieuse, à la vérité, était fort possible, il me semble que la route était toute tracée pour l'honorable vétérinaire. Lorsque, en présence de faits d'observation, des auteurs recommandables disent oui, et que d'autres auteurs, également sérieux et venus après, disent non, un troisième, s'il se mêle à la discussion, ne doit pas se contenter de réfuter les seconds en citant des passages des premiers : il doit regarder à son tour et fournir des démonstrations nouvelles et convaincantes; sans quoi le silence eût été plus sage. Je fais appel ici à tous ceux qui comprennent les exigences de la discussion scientifique.

Je pense donc que M. Delafond a laissé la question de l'hétéromorphisme précisément au point où elle en était avant son intervention.

J'ai dit plus haut que cet académicien n'avait pas lu tous les auteurs qu'il a cités. En effet, il a invoqué Müller, et M. Paget, d'après M. Velpeau. Nous avons montré quelle était la manière de voir du second par rapport à la spécificité anatomique des éléments cancéreux, nous n'y reviendrons pas. Si M. Delafond avait pris la peine de lire Müller, il aurait vu que, même au début de ses recherches, l'illustre physiologiste de Berlin ne confondait point les cellules du cartilage avec les globules du cancer, puisque le premier il créait une espèce de tumeur mal connue avant lui, l'enchondrome (tumeur que, soit dit en passant, M. Velpeau continue à confondre avec les tumeurs fibro-plastiques), et qu'il distinguait du cancer les tumeurs qui ne renfermaient pas les globules qu'il avait découverts et qu'il avait si bien décrits. Il aurait vu encore que, tout en adoptant le mot cancer comme point générique d'une classe de maladies ayant une certaine marche clinique, Müller disait, à propos d'une tumeur qui doit se rapporter à notre tumeur fibro-plastique: « *Carcinoma* » *fasciculatum hyalinum* (1). Parmi les tumeurs que l'on » comprend sous le nom de carcinome fongueux, il en existe » qui sont composées entièrement de fibres couvertes çà et là » de granules. Ces tumeurs ne renferment pas du tout de glo- » bules, *et elles n'ont rien de commun avec les autres varié-* » *tés de l'espèce précédente que leur mollesse*, divisées quel- » quefois en lobes, etc., etc. » En jetant les yeux sur l'atlas joint à ce remarquable ouvrage, on peut voir que Müller distinguait très bien les éléments fibro-plastiques des éléments cancéreux. Nous donnerons plus tard tous les éclaircissements nécessaires sur ce point important. Quant à M. Bennet, nous sommes forcés de le dire, M. Delafond le cite encore d'une manière incomplète. L'auteur anglais dit bien que les cellules épithéliales et cartilagineuses ressemblent parfois aux cellules cancéreuses, mais il ajoute immédiatement qu'on peut faire aisément la distinction à l'aide de certains moyens physiques ou chimiques. L'honorable académicien qui a cité la première partie de la phrase aurait dû, ce me semble, citer la seconde. (Voir notre dernière lettre du 5 janvier.)

Répétons-le donc, puisque cela paraît nécessaire : « ***Il ne s'agit pas de savoir si***, PAR LE SEUL CARACTÈRE DE LA FORME EXTÉRIEURE, *une cellule cancéreuse ressemble plus ou moins à une cellule normale, mais bien si, par l'examen attentif des divers caractères, on peut distinguer le*

(1) *Développement de l'homme et des mammifères* (*Encycl. anat.*, t. VIII, atlas).
(2) *Recherches sur la génération des huîtres* (*Mémoires de la Société de biologie*, t. IV, 1852).

(1) Page 22.

tissu cancéreux d'un tissu normal. Nous nous sommes assez catégoriquement expliqué sur ce fait pour ne pas y insister davantage.

Je ne puis résister au désir de montrer encore combien M. Delafond met parfois peu de précaution dans sa manière de citer, « et pourtant je ferai remarquer, dit-il, que c'est sur » l'ensemble de signes aussi peu tranchés que notre collègue » M. Robert s'est appuyé pour venir déclarer, au nom des mi- » crographes dont il s'est fait l'interprète, que l'on pouvait con- » stater qu'une tumeur est cancéreuse ou fibro-plastique, » *qu'elle récidivera ou qu'elle guérira sans retour.* » Quoi! M. Robert a déclaré que c'était sur ces caractères qu'on pouvait affirmer qu'une tumeur récidiverait ou guérirait sans retour! mais c'est précisément à démontrer le contraire que notre éminent interprète, comme on dit, a consacré la dernière et si remarquable partie de son discours. Quoi, M. Robert subordonne le pronostic à la structure quand il a avancé, au contraire, que les deux notions de composition anatomique et de terminaison étaient tout à fait distinctes; que l'hétéromorphisme ne voulait pas dire malignité, et l'homœomorphisme bénignité. Si nous n'étions pas convaincu que M. Delafond a commis ici une méprise énorme et involontaire, nous qualifierions d'une manière sévère cette façon d'interpréter les opinions adverses.

Si M. Delafond montre en général peu d'originalité dans les descriptions et les arguments, il est juste pourtant de reconnaître qu'il a une grande tendance à adopter des théories mécaniques hardies, quoique d'une valeur bien hypothétique. Nous avons déjà vu précédemment, à propos des globules de pus, que cet auteur ne pouvant nier les différences de volume qui existent entre ces globules et ceux du cancer, admettait que les premiers n'avaient pas eu le temps de se développer, sans quoi, sans doute, ils seraient devenus aussi gros que les seconds! Première hypothèse. Puis, forcé de reconnaître que les éléments fibro-plastiques épithéliaux et cancéreux avaient des formes et des volumes différents, il a invoqué une théorie mécanique de compression que MM. Robert et Broca se sont obligeamment donné la peine de réfuter, et sur laquelle nous n'osons réellement pas revenir; seconde hypothèse. Mais voici venir cette fois une troisième théorie, que j'appellerais volontiers hydraulique, pour démontrer que c'est bien la pression qui rend les éléments fibro-plastiques fusiformes et bon nombre de noyaux cancéreux elliptiques et allongés.

« La cellule dite cancéreuse peut offrir, selon qu'elle absorbe par endosmose *ou exosmose* (l'absorption par exosmose est un fait nouveau qui appartient entièrement à M. Delafond) plus ou moins de suc ou d'eau, des formes et un volume différents. » Comme M. Robert n'avait pas paru convaincu, M. Delafond conseille une expérience bien simple. « Il suffit » de placer *sur la lentille grossissante* plusieurs *jeunes cel-* » *lules* fibro-plastiques allongées et presque fusiformes, et de » les baigner avec de l'eau distillée tiède pendant quinze à » vingt minutes, et l'on ne tarde pas à s'apercevoir que l'enve- » loppe et le noyau allongé de ces cellules ne tarderont pas à » prendre la forme allongée, puis complétement ovalaire et » enfin ronde. » La même chose se passerait pour le cancer, et M. Delafond en prend pour preuve ce que dit M. Lebert, que les cellules cancéreuses se gonflent beaucoup dans l'eau et acquièrent un diamètre trois ou quatre fois plus grand que le noyau, ce qui, par parenthèse, ne prouve pas du tout que celles qui sont pointues deviennent rondes. Nous ignorons si M. Delafond a poursuivi ces intéressantes recherches sur les globules du pus et les lamelles si minces de l'épithélium.

Nous nous sommes empressé de répéter l'expérience indiquée ; nous avons constaté ce que tout le monde sait depuis bien longtemps, c'est-à-dire que les éléments anatomiques celluliformes se gonflent dans l'eau ; mais nous n'avons constaté que cela. Des globules de pus, ainsi traités, ne sont jamais devenus aussi gros que des cellules de cancer, des lamelles épithéliales sont restées aplaties, anguleuses, cylindriques, et ne sont jamais devenues sphériques : les éléments fibro-plastiques, noyaux et cellules, sont restés, comme devant, ovoïdes et fusiformes ; puis nous avions un cancer nucléaire des plus beaux, provenant du service du professeur Laugier. Le suc, très liquide, contenait une énorme quantité de noyaux, les uns sphériques, les autres ovoïdes et allongés, ce qui contrarie un peu les idées de M. Delafond, puisque les noyaux se trouvant tous peu comprimés dans un suc abondant, auraient dû, ce me semble, affecter tous la forme sphérique. Eh bien ! l'action de l'eau a eu pour résultat de gonfler tous ces noyaux, de rendre leurs caractères plus évidents; mais j'ai retrouvé, après comme avant, des noyaux sphériques et des noyaux ovoïdes ou allongés.

Je ne me suis pas contenté de l'infusion indiquée pendant quinze à vingt minutes : je l'ai prolongée vingt-deux heures pour les noyaux cancéreux, et près de vingt heures pour les éléments fibro-plastiques et épithéliaux. Il est vrai qu'au bout de ce temps l'eau n'était plus tiède.

Au reste, nous étions, il faut l'avouer, prévenu contre la théorie de M. Delafond ; car bien des fois nous avions pris des dessins au microscope ; ces dessins demandent, en général, beaucoup plus de quinze à vingt minutes, et nécessitent l'addition fréquente d'eau, froide à la vérité ; nous n'avions jamais, dans ces circonstances, vu la forme des éléments changer d'une façon notable. Il nous est donc impossible, même après vérification, d'adopter l'hypothèse dont M. Delafond a produit les prémisses devant l'Académie. Nous recommencerons ces explorations, du reste, et nous aurons grand soin d'en fournir les résultats à nos lecteurs.

Une autre tendance bien saillante chez l'honorable vétérinaire, consiste à glaner çà et là des passages dans les écrits des micrographes, pour chercher à les mettre en contradiction les uns avec les autres et avec eux-mêmes. Les trois quarts de son dernier discours sont destinés à cet exercice. M. Delafond est devenu si habile dans ce genre d'argumentation, qu'il se l'applique à lui-même avec prodigalité et sans doute par mégarde. Il s'agit de démontrer que les éléments cancéreux, fibro-plastiques, épithéliaux, n'ont point de forme déterminée, et qu'on ne peut les reconnaître dans la majorité des cas. Or, 1° dans le premier discours de cet auteur, j'avais déjà lu la phrase suivante : « J'ai passé des heures entières à étudier des tumeurs fibro-plastiques sans pouvoir y trouver trace des cellules de l'encéphaloïde. » Notre intelligence bornée nous en fait conclure que, pour dire, après une aussi patiente investigation, que la cellule de l'encéphaloïde manque, il faut bien qu'on soit en mesure de la reconnaître. Notre doute est presque une naïveté.

M. Robert, à l'aide de ses planches, avait montré que le volume des noyaux cancéreux et fibro-plastiques était très différent. M. Delafond, qui, pour le diagnostic différentiel, n'accorde pas de valeur à ce caractère, donne, quelques lignes plus loin, et cette fois pour soutenir la théorie de la compression, un long tableau pour montrer que les cellules, les nucléoles des éléments fibro-plastiques sont plus petits que ceux du cancer.

Il va plus loin, et poursuit la comparaison pour les cellules

mères, et bien à tort suivant nous, parce que les cellules mères fibro-plastiques sont d'une existence fort douteuse (1), et que le volume *extrêmement variable* des cellules mères du cancer ne permet guère d'en donner une moyenne de quelque valeur.

4° Rejetant, dans sa quatrième conclusion, les caractères de forme, de volume, de structure comme moyens de distinction entre les éléments cancéreux et fibro-plastiques, M. Delafond reconnaît, dans la troisième conclusion, que ces différences existent dans la forme, le volume, les noyaux, les nucléoles, les mesures micrométriques; pour faire concorder ces deux assertions discordantes, l'orateur admet simplement que les différences qui existent entre les éléments cancéreux et fibro-plastiques sont des *anomalies* qui se rattachent à la nature plus ou moins dense, fibreuse, molle ou pulpeuse des tumeurs. En vain vous lui objecterez que les tumeurs fibro-plastiques sont généralement beaucoup plus molles que certains squirrhes, il passera outre. Il verra les mêmes faits que vous; mais, non content de les constater, il voudra les expliquer quand même, et créera bon gré mal gré une théorie, une hypothèse inacceptable huit fois sur dix.

Nous pourrions grossir l'énoncé de ces contradictions, si nous comparions le premier discours au deuxième, le deuxième au troisième. Nous laissons ce soin aux lecteurs.

Le défaut d'espace nous empêche de pousser la discussion plus loin; il est cependant une proposition que nous ne pouvons laisser sans réfutation. M. Delafond, pour se justifier d'avoir négligé les formes types pour les formes anormales, avance que les premières sont extrêmement rares par rapport aux secondes; nous protestons hautement contre cette assertion. On peut sans crainte renverser la proposition : rien n'est plus commun que de voir des tumeurs épithéliales et fibro-plastiques entièrement homogènes. Le fait, quoique moins constant pour le cancer, existe encore, en cela que, *presque toujours*, il existe dans ces derniers des masses plus ou moins étendues, dans lesquelles les éléments types, cellules ou noyaux, sont très abondants d'une façon absolue, et l'emportent beaucoup d'une manière relative sur les formes anormales. Ces dernières, d'ailleurs, conservent le plus souvent quelques caractères qui ne permettent pas de méconnaître leur véritable nature.

Ar. Verneuil.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LE TRAITEMENT DE LA CHORÉE; — EMPLOI DES VÉSICATOIRES, par le docteur Delaharpe, de Lausanne.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Vous avez entretenu vos lecteurs, il n'y a pas longtemps, de la thérapeutique de la chorée. Ce que vous dites des divers moyens employés pour la combattre forme un résumé assez complet de ce que nous savons sur son traitement. N'est-il pas permis d'en conclure que cette maladie est l'une de celles où la médecine expectante, le régime, le changement de genre de vie, ou telle autre influence semblable, comptent pour le moins autant de succès que les divers modificateurs du système tour à tour essayés, puis abandonnés? La chorée, comme la catalepsie, l'épilepsie, la coqueluche, l'hystérie sous ses diverses formes, cède-t-elle réellement au dernier médicament mis en usage parce qu'elle a cessé quelquefois pendant son application? Sans vouloir pousser le scepticisme trop loin, j'avoue qu'une coïncidence fortuite explique mieux certains faits que les déductions théorétiques dont on les étaie. J'avoue, pour ce qui me concerne, qu'après avoir suivi scrupuleusement les préceptes de l'école dans le traitement de la chorée, après avoir administré le zinc, la belladone, les divers bains, le fer, l'eau de laurier cerise, la morphine, la valériane, l'asa fœtida, le kina, etc., j'étais demeuré convaincu que de la patience, des soins hygiéniques et une alimentation tonique arrivaient tout aussi promptement au but désiré. J'avais surtout observé que, de tous les moyens employés, la cessation complète de tout travail intellectuel et de toute excitation morale restait sans contredit le plus efficace, celui dont on pouvait le moins se passer.

Telle était ma manière de voir sur ce point lorsque je lus un jour dans le *Journal de médecine de Berlin* (*Medicinische Zeitung v. Verein f. Heilkunde*), année 1847, n° 34, trois observations de guérison prompte et solide de chorée par l'emploi du vésicatoire appliqué sur le bras et la nuque. Ces observations, extraites de rapports sanitaires officiels, étaient dues au docteur Vandesleben, à Stromberg. Trop habitué à voir les journaux de médecine reproduire sans critique toutes les élucubrations thérapeutiques qui courent le monde, je n'accordai pas grande attention à ces faits.

En 1844, le docteur Jenni, d'Enneda, au canton de Glaris, publia dans le *Journal suisse de médecine*, page 129, un article sur le même sujet. Le fait remarquable (voir ci-après), quoique unique, qu'il relate, les réflexions piquantes dont il l'accompagne, me firent comprendre que le docteur prussien pouvait bien avoir raison. Obéissant à l'adage : *Morbos autem non eloquentia sed remediis curari* (Celse; præfatio, lib. I), je voulus répéter l'expérience. Le succès fut prompt et complet. Dès ce moment j'abandonnai tout autre traitement, et je n'ai eu jusqu'ici qu'un regret, celui de n'avoir pas introduit plus tôt ce moyen dans ma pratique.

En 1850, le docteur Jenni insista derechef, dans le même journal (page 190), sur l'utilité du vésicatoire, sans en faire toutefois une panacée universelle. Je ne puis que me joindre à lui sur ce point. Voici, du reste, comment je procède: La chorée étant presque toujours plus intense d'un côté que de l'autre, je choisis, pour appliquer le premier vésicatoire, le membre inférieur du côté le plus agité. A la jambe le vésicatoire est placé au-dessous de la tubérosité du péroné, comme dans la sciatique; au bras il est fixé au-dessous de l'attache du deltoïde. Il reste en place jusqu'à formation complète de l'ampoule; celle-ci est enlevée, et la surface dénudée est pansée comme tout vésicatoire suppurant. Le premier pansement produit ordinairement un redoublement de convulsions choréiques; mais cet effet ne dure pas; et dès le deuxième ou le troisième jour après son application les mouvements désordonnés ont beaucoup diminué, non-seulement dans le membre qui porte le vésicatoire, mais encore dans les autres.

Aussitôt que le premier vésicatoire cesse de suppurer, j'en fais placer un deuxième du même côté. Son effet curatif est encore plus saillant que celui du premier, car souvent tous les spasmes ont cessé au bout de six à sept jours de ce traitement. La cure est alors terminée, et il ne reste plus qu'à s'occuper de l'état général du malade. Lorsque la chorée est plus intense ou plus ancienne, un troisième vésicatoire est indiqué; je le place alors sur la nuque. Cette dernière application est nécessaire si la tête est particulièrement agitée.

Ce traitement, on le conçoit, se modifie suivant les membres plus spécialement affectés. Lorsque les bras seuls le sont, il n'est pas nécessaire d'appliquer le vésicatoire à la jambe. Si tout le corps est également pris, je place le premier vésicatoire d'un côté, le deuxième de l'autre, et le troisième à la nuque.

J'ai été fort rarement obligé de recourir à d'autres antispasmodiques outre l'emploi du vésicatoire. Je crois que MM. Vandesleben et Jenni auraient pu s'en passer dans les cas qu'ils rapportent. Plus les enfants sont maigres et débiles, plus aussi l'action

(1) Nous nous expliquerons plus tard sur ce point dans le travail que nous préparons,

antispasmodique du vésicatoire m'a paru assurée. Dans les cas rares où les malades sont forts et bien musclés, le succès est moins certain. J'ai actuellement sous les yeux un jeune horloger bien portant et de bonne constitution chez lequel l'application des vésicatoires ne produisit qu'une amélioration momentanée. Son histoire vient plus bas.

Je n'ai point toujours appliqué des vésicatoires de forme circulaire autour du membre, comme les recommande le médecin prussien. Un vésicatoire ordinaire de 9 à 12 centimètres carrés a toujours suffi. Durant le traitement, je me suis borné à prescrire un bon régime, l'exercice en plein air et l'éloignement des exercices intellectuels. Après le traitement, l'huile de morue, le fer, la quinine, les analeptiques, suivant les indications. Je termine ces lignes en citant quelques cas à l'appui.

Obs. I. — *Deuxième observation du docteur Vandesleben.* — Une jeune fille de quatorze ans, grande et grêle, toujours bien portante auparavant, est prise de chorée qui se développe au point d'empêcher la marche. On emploie l'oxyde de zinc, la valériane et l'ipécacuanha réunis; le mal augmente. Après quatorze jours de ce traitement, les convulsions sont excessives: la face est dans un mouvement perpétuel, la parole impossible, et les bras sont continuellement agités. Un premier vésicatoire est placé au bras gauche, en forme de brassard. Sitôt après le premier pansement, les spasmes de ce membre diminuèrent; un deuxième vésicatoire, placé au bras droit, arrête ses mouvements et ceux des jambes. Un troisième vésicatoire, à la nuque, dissipe les oscillations de la tête et les tiraillements de la face. Quatorze jours après l'application du premier vésicatoire, toute trace du mal a disparu.

Obs. II. — *Observation du docteur Jenni.* — Une petite fille, âgée de douze ans, bien portante jusqu'alors, mais issue d'une mère hystérique et très impressionnable, est agitée par la chorée dans tout son corps; la parole est embarrassée, l'appétit fort, le caractère fantasque. Après un léger laxatif, on commence la série des antispasmodiques préconisés partout; le mal augmente au point que l'enfant peut être difficilement maintenue au lit. La marche devient impossible. Aux antispasmodiques succédèrent, toujours selon l'école, les anthelminthiques; ils ne produisirent, comme partout, aucune amélioration. Au bout d'un mois de traitement, on envoya la malade aux bains de Pfeffers, qui avaient eu précédemment du succès en cas semblable. Une cure de quatre semaines, avec accompagnement des antispasmodiques internes et terminée par les bains de lait tiède, n'a pas un résultat plus heureux; dans le bain, l'enfant est tranquille. En attendant, l'amaigrissement a augmenté, l'appétit est devenu vorace, et l'état anémique est extrême. Les mouvements sont de toute violence; sommeil très court, sur le matin.

Découragé, je recours aux livres, dit le docteur Jenni; un habile confrère m'avait auparavant conseillé le phosphore et l'huile animale de Dippel. Je n'eus pas le courage d'user de pareils moyens, et moins encore de la strychnine, dont j'avais éprouvé les dangers (1). Ce fut alors que le *Journal de médecine de Berlin* me tomba sous la main. Je résolus de recourir immédiatement au vésicatoire, quoique sans grand espoir de succès, je l'avoue. On appliqua autour du bras gauche un brassard vésicatoire de 10 centimètres de largeur, et l'enfant reçut, de trois heures en trois heures, 15 à 25 gouttes d'un mélange à parties égales d'eau de laurier cerise et de teinture de valériane. Six jours après, l'agitation du bras gauche a disparu. Un deuxième vésicatoire semblable, placé au bras droit, produit le même effet. Un léger retour de spasmes du bras gauche exigea l'emploi d'un troisième vésicatoire. Quatre semaines après avoir posé le premier vésicatoire, la chorée avait *complétement* cessé d'agiter les membres. Un quatrième vésicatoire, placé sur la nuque, arrêta les oscillations de la tête en trois jours. Le balbutiement cessa spontanément un peu plus tard. Il fallut encore un mois de traitement tonique pour ramener la santé à son état précédent et normal.

Parmi les observations que j'ai pu recueillir dans ma pratique à l'hôpital de Lausanne, je ne remonterai pas au delà de l'année précédente (1853), puisque les faits observés sont tous semblables.

Obs. III. — Une petite fille d'une bonne constitution, très intelligente, âgée de quatre ans, entre à l'hôpital le 30 avril, atteinte de chorée générale peu intense. Une frayeur produite par les mauvais traitements que lui faisait subir une mère aliénée doit être la cause de la maladie. Celle-ci dure depuis trois semaines. Le côté gauche est plus agité que le droit; la parole est impossible, la marche facile. Deux vésicatoires placés successivement, l'un à la jambe, le second au bras du côté gauche, amènent une guérison complète. L'enfant quitte l'hôpital le 16 mai, bien portante.

(1) Heureusement pour notre confrère qu'il n'employait pas les bains froids, si souvent préconisés. En cas pareil, je perdis une jeune malade pour en avoir fait usage.

Obs. IV. — Une jeune fille maigre, élancée, très grande pour son âge (treize ans), entre à l'hôpital le 11 avril, atteinte depuis quarante jours de chorée générale peu intense. La cause de la maladie reste inconnue. L'appétit est bon, la déglutition facile, la parole aussi, la marche aisée. La face fait quelques grimaces; les bras sont surtout agités. Les spasmes cessent entièrement après l'application de deux vésicatoires successifs sur les bras. L'enfant reste quelque temps à l'hôpital pour y suivre un régime fortifiant, et quitte l'établissement le 9 mai, bien rétablie.

Obs. V. — Jeune fille de onze ans, d'un tempérament lymphatique, maigre, pâle, élancée, atteinte de chorée légère depuis quelques mois. Causes inconnues. Les spasmes occupent surtout le côté gauche et les membres supérieurs. L'appétit est bon, la parole libre, la marche naturelle. — Deux vésicatoires, l'un à la cuisse gauche, l'autre au bras droit, emportent le mal. L'enfant, entrée à l'hôpital le 10 avril, le quitte le 26 mai suivant. Le séjour ne se prolonge que pour améliorer convenablement l'état général.

Obs. VI. — *Chorée générale simple, rebelle au vésicatoire.* — Un ouvrier horloger âgé de dix-huit ans, de bonnes mœurs, d'excellente constitution, n'ayant jamais été malade, entre à l'hôpital de Lausanne le 30 août 1854. Il raconte qu'il est atteint d'agitation musculaire depuis deux mois, que sa maladie fut plus intense à son début, mais qu'après avoir diminué elle est restée stationnaire. Il a été traité par la valériane et l'asa fœtida, auxquels il attribue l'amélioration obtenue. Actuellement, tout son corps est agité; l'agitation varie d'intensité; le bras droit et le tronc en sont plus fortement atteints. L'état général est parfait. Le malade attribue sa maladie à l'onanisme et à la vie sédentaire. — Dès son entrée, il reçoit un bon régime. On place un vésicatoire au bras droit; l'agitation musculaire diminue aussitôt. Un deuxième vésicatoire placé au bras gauche, puis un troisième derechef au bras droit, ne produisent pas d'effet sensible. Les mouvements sont plus rares, moins involontaires; mais ils continuent, surtout lorsque le malade est debout; alors il se contourne, agite ses doigts, fait des grimaces. Ainsi se passent treize jours. — Le 14 septembre, observant que l'agitation s'accroît, je prescris 0gr,18 d'oxyde de zinc, à prendre trois fois le jour jusqu'au 21: aucun effet. La dose est portée à 0,30 sans plus de succès: l'agitation augmente. Je reviens le 22 aux vésicatoires, et cette fois je suis exactement la prescription du docteur Vandesleben: un brassard de vésicatoire est fixé au bras droit; deux jours après, un semblable l'est à la cuisse du même côté, puis un troisième au bras gauche. Le résultat est absolument nul. — 28 septembre. Agitation générale; la parole devient embarrassée; les grimaces sont continuelles, les membres et le tronc se contournent sans interruption; le malade maigrit et perd sa bonne figure. Ayant égard à la cause *indiquée* (rien sur sa personne ne trahit sa mauvaise habitude), je prescris 0,06 de camphre et 0,36 d'oxyde de zinc à prendre trois fois par jour. Dès le troisième jour, l'effet sédatif est sensible; le malade est maître des mouvements des membres; les grimaces continuent, mais moins fréquentes. On continue ce traitement jusqu'au 3 octobre, où je mets le zinc de côté pour n'administrer que le campre à la dose de 0,09. Dès le 8, toute agitation a cessé, et les grimaces sont à peine visibles; la parole est naturelle. Le 11, les mouvements choréiques ont disparu. On porte le camphre à 0,120, et on le continue à cette dose pour confirmer la guérison: mais si la cause ne cesse pas d'agir, la maladie reparaîtra, et peut avoir de fâcheuses conséquences. Le malade affirme ne s'être plus livré à l'onanisme depuis son entrée à l'hôpital.

Comment la théorie pharmaco-dynamique du camphre proposée par certains auteurs s'accordera-t-elle avec la pathogénèse qu'ils donnent de la chorée?

Les quatre observations précédentes reproduisent assez bien la chorée telle qu'elle se présente, avec plus ou moins d'intensité, à l'hôpital de Lausanne; dans cette forme le vésicatoire réussit presque toujours. Il en est d'autres (que l'on est obligé, faute d'un diagnostic plus exact, de ranger dans la même catégorie) dont le traitement n'est pas toujours si sûr et dont la cause prochaine est probablement assez différente. J'en rapporterai trois exemples.

Obs. VII. — *Chorée intermittente des deux jambes.* — Une petite fille de treize ans, maigre, très irritable, fantasque, fort mal élevée, entre à l'hôpital le 11 juin, atteinte de mouvements spasmodiques des deux pieds, qui se reproduisent surtout le soir, au lit, avant le sommeil. Cette enfant, envoyée trois ans auparavant à l'hôpital pour accès épileptiformes,

n'en avait point eu pendant les trois semaines qu'elle y séjourna. La mère rapporte que son enfant a été mordue par un chien, et que les mouvements datent de cette époque. Ils se reproduisirent d'abord tous les huit jours environ, presque uniquement le soir, puis ils augmentèrent peu à peu de fréquence. Actuellement, la moindre contrariété provoque les spasmes, et l'enfant se jette par terre en agitant les pieds d'avant en arrière; pendant les accès, il n'y a ni perte de connaissance ni convulsion proprement dite.

A l'hôpital, on observe, aussitôt que l'enfant est couchée, un mouvement involontaire, rapide et alternatif des deux jambes, qui dure de quinze à vingt minutes, et cesse dès que le sommeil survient. Lorsqu'on met la malade debout durant l'accès, les mouvements continuent, et la plante des pieds frotte le parquet sans que chute s'ensuive. Ces symptômes, observés le premier juin, furent remplacés le 2 par de vifs soubresauts. — Un vésicatoire placé sur la nuque fit tout cesser promptement. Le changement d'entourage contribua sans doute pour sa part à amener ce résultat.

Obs. VIII. — *Chorée unilatérale avec contracture et douleurs musculaires.* — Une femme mariée, mère de cinq enfants, âgée de trente ans, forte et robuste, arrivée au neuvième mois de sa grossesse, entre à l'hôpital le 9 mai 1853. Elle raconte avoir souffert de douleurs très vives, surtout la nuit, siégeant sous le pariétal droit et s'irradiant sur tout le côté de la tête. L'insomnie fut dès lors complète. Les douleurs, qui datent de quelques mois, augmentèrent sans interruption et furent remplacées, il y a un mois, par une agitation continuelle du bras gauche et de la tête. Jamais trace de paralysie ni de convulsions. — Actuellement on observe un mouvement non interrompu de rotation de la tête : celle-ci est partout exempte de douleurs. Les sens sont à l'état normal. Les mouvements volontaires sont libres. Les muscles de la face et de l'œil n'offrent pas de lésions. Ceux de la nuque et du cou sont plus contractés à gauche qu'à droite. Le bras gauche se meut sans interruption; ses muscles sont douloureux à la pression, sans cependant avoir perdu de leur force. La malade éprouve un sentiment de fatigue générale très prononcé, accompagné d'un malaise indéfinissable. Le pouls est fort et développé. La respiration et la digestion sont à l'état normal.

Le premier et le deuxième jour (10 et 11), on pratique une saignée, et la malade reçoit 0gr.,185 d'oxyde de zinc quatre fois dans la journée, et cela pendant cinq jours. — Grande amélioration dès la première saignée; le sommeil reparaît. Quelques contractions utérines vers le soir du 11. — Le caillot de la seconde saignée est rétracté et ferme (1). — Un bain tiède chaque jour.

19 mai. L'amélioration a lentement progressé jusqu'à ce jour. Les mouvements choréiques ne sont plus continus. Depuis trois jours la malade a cessé le zinc, et dès lors l'amélioration a paru progresser plus rapidement. — Vésicatoire à la nuque, saupoudré soir et matin de 0,015 d'acétate de morphine. — Dès ce moment, la guérison marche à grands pas.

L'accouchement a lieu heureusement. La lactation ne peut se faire faute de lait. Durant la convalescence, l'anémie est assez prononcée, et s'accompagne de la céphalalgie qui lui est propre. Des transpirations abondantes la font cesser. La malade quitte l'hôpital le 18 juin, parfaitement guérie, quoique encore faible.

Obs. IX.— *Chorée bizarre des deux bras.* — S... M..., âgée de vingt-cinq ans, brune, de petite taille, d'apparence robuste, quoique un peu maigre, irrégulièrement menstruée, entre à l'hôpital le 17 mai. Elle raconte qu'à la suite d'une frayeur elle fut atteinte, deux ans auparavant, de chorée générale très forte qui dura deux mois. Six mois après, nouvel accès de chorée qui ne dure que quinze jours. Dès lors les accès se reproduisent en se rapprochant de plus en plus, mais sans durer au delà de quinze jours. Divers moyens employés, tels que bains tièdes et froids, pilules ferrugineuses, vésicatoires, etc., n'ont aucun effet sensible.

A son entrée à l'hôpital, S... M... était à la troisième semaine d'un accès plus fort que les précédents. Je la trouve assise, les deux avant-bras ployés à angle droit et appliqués contre le corps. Dans cette position, ils font la roue avec une grande rapidité sous le tablier de la malade qu'ils entraînent dans leur mouvement; les avant-bras, en tournant, ne frappent point les cuisses ni les parois abdominales. Si l'on enlève le tablier, les bras, plus libres, viennent frapper fortement ces mêmes parois, et la malade en souffre. Dès que l'on s'oppose aux mouvements, les avant-bras se roidissent, la malade se plaint de vives angoisses et supplie qu'on lui rende sa liberté. Cet état dure tout le jour, en sorte que la malade doit être nourrie comme un petit enfant. Les fonctions intellectuelles, respiratoires, circulatoires et digestives, sont en parfait état. La marche est facile, mais la malade préfère rester assise; toute autre position la fatigue. Lorsqu'on la place au lit, les mouvements diminuent peu à peu de rapidité et s'arrêtent bientôt, mais le sommeil ne survient pas. Dès cet instant, les membres agités se roidissent, et il devient impossible de les fléchir; ils restent dans cet état toute la nuit, et il n'a pas été possible de les surprendre dans un état de relâchement. Cette espèce de roideur tétanique ne s'oppose pas à l'exercice des sens, mais leurs muscles n'obéissent plus à la volonté; l'insomnie reste complète. Au lever, les mouvements recommencent, et avec eux la liberté des mouvements et de la parole.

Je prescris un bain tiède de trois heures, 15 ventouses scarifiées le long de l'épine, 0gr,012 d'acétate de morphine à l'intérieur durant deux jours.

Le 20, l'état est le même. L'anesthésie produite par le chloroforme suspend les mouvements sans produire de rigidité musculaire; mais les mouvements recommencent après la cessation de l'anesthésie.

Le 21, la malade prend encore un bain tiède d'une heure, et reçoit 0,06 de poudre de belladone trois fois par jour. Le sommeil reparaît pendant quelques instants. Cette légère amélioration se soutient jusqu'au 28 au matin. Ce jour-là elle demande un mouchoir et le met en lambeaux avec un sorte de fureur, puis elle saisit fortement une infirmière par la taille, l'étreint dans ses bras durant quelques instants, et son accès est terminé.

Le sommeil revient le même jour. La malade n'éprouve, pendant les jours suivants, qu'un excessive lassitude et des douleurs dans les bras. Avant de quitter l'hôpital, elle reçoit pendant quelque temps une infusion vineuse de quinquina et de valériane. — La chorée n'était très probablement dans ce cas qu'une forme singulière d'hystérie.

De ces faits, auxquels il eût été facile d'en ajouter plusieurs autres, je me permets de conclure; 1° que dans la chorée ordinaire des enfants, le vésicatoire est le meilleur et le plus sûr des antispasmodiques; 2° que la chorée des adultes, lorsqu'elle n'est pas modifiée avantageusement par le vésicatoire, réclame un traitement qui varie dans chaque cas particulier et suivant des circonstances fort diverses.

Dans tout ce que j'ai dit jusqu'ici, j'ai fait abstraction de la *grande chorée* (forme d'épilepsie) et de la *paralysis agitans* des auteurs allemands, deux affections que l'on ne peut réunir à la chorée malgré certains rapports dans les symptômes.

III.

REVUE CLINIQUE.

Kyste de l'iris, observation recueillie par M. le professeur Stœber, de Strasbourg (1).

Obs. — Félicie D..., âgée de dix ans, me fut adressée, au mois de juin 1853, par mon honorable confrère M. le docteur Oustalet, de Montbéliard.

Les renseignements qu'on me communiqua alors sur la maladie de cette enfant peuvent se résumer ainsi :

En 1852, Félicie D... reçut sur l'œil droit un coup violent, mais qui ne produisit qu'une irritation légère dont il ne resta pas de trace au bout de quatre jours. Deux à trois mois après, on aperçut un point noir au bord externe de l'iris, près de son attache au ligament ciliaire. On pensa que c'était une tache naturelle de l'iris qui avait toujours existé, et l'on n'y attacha point d'importance, la jeune fille ne se plaignant pas de son œil. Mais au bout de quelques semaines la tache avait grandi et refoulait l'iris vers la pupille, de manière à rendre celle-ci irrégulière. La malade fut alors présentée à différents médecins, qui avouèrent tous n'avoir jamais rencontré d'altération pareille. On ne pouvait me dire si l'un ou l'autre de ces confrères avait déterminé la nature du mal.

La vue se conservait, mais de temps en temps de l'irritation se manifestait à l'œil affecté.

Différentes médications avaient été employées, des vésicatoires volants entre autres, mais sans succès. Pendant quelques semaines, la tache avait paru diminuer, mais elle était bientôt revenue à son volume antérieur, et avait même augmenté d'étendue.

Madame D... me présenta sa fille le 27 juin 1853. Je constatai l'état suivant :

(1) Je me sers du doigt pour examiner la fermeté et la consistance du caillot. L'aspect extérieur est tout à fait trompeur. La couenne elle-même doit être examinée de la même manière.

(1) Nous engageons nos lecteurs à rapprocher ce fait de celui que nous a communiqué récemment M. le docteur Richard. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, t. Ier, p. 1032.)

Enfant de dix ans ; complexion délicate ; teint très blanc, cheveux blonds, iris d'un châtain moyen. Elle a toujours joui d'une bonne santé, et dans ce moment elle ne se plaint d'aucune indisposition, si ce n'est qu'elle ne peut appliquer sa vue, ni exposer ses yeux à une clarté un peu vive.

Œil gauche normal.

Œil droit : Légère injection qui augmente lorsque, pour examiner l'organe, on l'expose à une clarté plus vive, ou lorsque la malade fixe les objets. Cette injection siége dans la conjonctive qui avoisine la cornée, et n'est pas plus intense du côté externe, où existe l'altération de l'iris, que dans le reste du pourtour de la cornée. Cette dernière tunique est nette, pas plus convexe que la cornée gauche. — Dans la chambre antérieure, on aperçoit au côté externe une tache noirâtre, arrondie, s'étendant du bord ciliaire externe jusque vers le milieu de la chambre antérieure, où elle est séparée de la pupille par une portion de l'iris large de 1 à 2 millimètres. — L'iris, d'un châtain moyen, n'est pas altéré dans sa couleur. La pupille est irrégulière, en forme de demi-lune. L'instillation de belladone la dilate vers le dedans, mais l'iris ne se retire pas du côté externe.

La tache noirâtre considérée attentivement, surtout à la loupe, paraît consister en une tumeur vésiculaire constituée par une membrane transparente contenant un liquide limpide. Sur cette membrane se trouvent étendues quelques fibres de l'iris. La tumeur, arrondie, de l'étendue d'un gros pois et occupant le tiers de la chambre antérieure, était donc un kyste développé dans la substance de l'iris, dont il avait écarté les fibres en en refoulant un certain nombre vers le bord pupillaire ; ces dernières, plissées les unes sur les autres, séparaient le kyste de l'ouverture pupillaire. La tumeur faisait saillie dans les deux chambres de l'œil, et touchait la face antérieure de la capsule cristalline et la face postérieure de la cornée. La transparence du kyste, en laissant voir le fond noir de l'œil, avait donné à la tumeur l'apparence d'une tache noire, et aurait pu faire croire à première vue à une double pupille ou à l'existence d'une mélanose dans cette région. La couleur noire eût été plus foncée encore si quelques fibres de l'iris étendues sur la face antérieure du kyste, et visibles à la loupe surtout, n'avaient légèrement troublé la transparence de la tumeur et ne lui avaient donné une teinte brunâtre.

La vue n'était troublée que par la photophobie, qui augmentait dès qu'on examinait l'œil, et qui empêchait la malade de se livrer à toute occupation exigeant l'application de la vue.

Il était à craindre que le kyste augmentant de volume ne fermât complétement la pupille et n'abolît la vue. De plus, l'état d'irritation qu'il entretenait dans l'œil empêchait toute occupation, et pouvait se transformer en une inflammation des parties internes de l'œil. Il me paraissait donc urgent de traiter la malade. J'avais peu d'espoir d'obtenir un résultat heureux par les évacuations sanguines, les révulsifs, le mercure, l'iode ; d'ailleurs, j'aurais craint d'altérer la constitution de l'enfant. Il me semblait que le seul moyen efficace consisterait dans une opération par laquelle on ouvrirait le kyste, et l'on en exciserait une portion plus ou moins considérable. Je proposai donc l'opération ; elle fut acceptée.

Le 29 juin, l'enfant ayant été chloroformée et les paupières étant écartées au moyen de l'ophthalmostat de Kelley-Snowden, je fis avec le kératotome une ponction au bord externe de la cornée, près de son union avec la sclérotique. L'incision de la cornée fut agrandie en retirant l'instrument, de manière à lui donner une longueur de 7 à 8 millimètres. Le couteau avait pénétré dans le kyste, dont le liquide s'était en partie écoulé. J'introduisis une pince dans le but de saisir la paroi du kyste et de la tirer au dehors, mais j'amenai en même temps des fibres de l'iris ; je tiraillais la pupille de manière à la rendre irrégulière, et je risquais de décoller l'iris vers le dedans. Je renouvelai ces tentatives ; le résultat fut toujours le même. Je n'osai jamais exercer une traction suffisante pour amener au dehors une portion du kyste. A chaque tentative, une partie du liquide séreux du kyste s'échappait par la plaie, de sorte que la tumeur diminuait. Cela pouvait tenir à ce que, en introduisant la pince, j'écartais les lèvres de la plaie, ce qui permettait au liquide de s'écouler, ou à ce que la pince, introduite assez profondément dans l'œil, rompait les loges d'un kyste multiloculaire. C'est cette dernière explication qui rend le mieux compte de l'écoulement successif de différentes portions du liquide contenu dans la tumeur. Quoi qu'il en soit, lorsque, de crainte d'accidents, je renonçai à continuer mes tentatives, le kyste était réduit à moins du tiers de son volume primitif ; la pupille était ronde, et je pouvais espérer que l'inflammation ferait agglutiner les parois de la tumeur et l'empêcherait de gêner la vue.

Des fomentations froides durant la première journée, puis des fomentations avec une infusion de belladone et des instillations de solution d'extrait de belladone, constituèrent le traitement consécutif. L'emploi de la belladone avait pour but de rapprocher les fibres dissociées de l'iris et d'en obtenir la réunion, ainsi que l'agglutination des parois du kyste.

L'opération ne fut suivie que d'une légère irritation, qui avait complétement disparu le 6 juillet. A cette époque, il ne restait plus d'injection, la pupille était ronde, la tumeur réduite à moins du tiers de ce qu'elle avait été, et la malade pouvait fixer les objets sans douleur.

Madame D... retourna alors à Montbéliard avec sa fille. Son médecin habituel, M. le docteur Oustalet m'écrivit, en date du 16 juillet, que l'œil continuait à être dans un état très satisfaisant, qui pouvait faire espérer une guérison complète. A la place du kyste se trouvait une tache grisâtre, qui, vue de profil, semblait se confondre avec l'iris et être sur un même plan. Toute trace d'irritation avait disparu.

A la date du 9 août, mon confrère me manda que notre espoir ne s'était malheureusement pas réalisé. A la suite d'imprudences répétées, d'un voyage un peu long, d'une soirée passée au spectacle et de l'application de l'œil, le mal s'était reproduit.

Aujourd'hui, d'après une lettre de M. Oustalet du 3 décembre 1854, *la jeune malade se trouve absolument dans les mêmes conditions qu'avant l'opération.*

Depuis l'année dernière, on est resté dans l'expectation.

A l'époque où je recueillis cette observation, je trouvais le cas si curieux, si isolé, que je l'aurais publiée immédiatement, si je n'avais voulu attendre qu'elle fût complète. Aujourd'hui je la publie pour la rapprocher de celle que M. A. Richard vient de faire insérer dans la *Gazette hebdomadaire*, n° du 8 décembre 1854. L'analogie est on ne peut plus remarquable. Dans les deux cas, le développement de la tumeur a été précédé de l'action d'une cause traumatique sur l'œil. Dans les deux cas, le kyste est intra-irien ; des fibres de l'iris couvrent le kyste, ce qui n'avait pas lieu dans l'observation de M. Walton. Le kyste était multiloculaire chez les deux malades ; mais il renfermait un liquide glutineux dans le cas de M. Richard ; ce liquide était séreux chez la petite D... Les deux tentatives opératoires, enfin, ont d'abord eu à peu près les mêmes résultats ; chez ma malade, cependant, le kyste a de nouveau augmenté de volume.

Je ne doute pas que d'autres médecins n'aient observé des faits analogues, et n'enrichissent la science en publiant leurs observations.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 9 JANVIER 1855.

M. *Velpeau*. Messieurs, cette discussion se prolonge beaucoup, et je crains qu'elle ne finisse par ennuyer. Elle touche cependant à des points si importants, que l'Académie ne veut pas, je crois, l'abandonner avant que le sujet paraisse épuisé. Bien des choses ont été dites à propos du cancer ; les unes qui touchent au cœur de la question, et d'autres qui lui sont plus ou moins étrangères. Il serait important, je pense, d'élaguer tout ce qui est étranger à la question, et de rentrer franchement dans le sujet même. Ce que vient de dire M. Delafond abrégera beaucoup ce qui me concerne. Je n'aurais pu, d'ailleurs, traiter aussi bien qu'il l'a fait la partie micrographique du sujet. Micrographe lui-même, il était plus compétent qu'aucun autre pour traiter cette question de la valeur caractéristique de la cellule cancéreuse, et vous avez vu par quels puissants arguments il a détruit toute l'importance qu'on avait voulu attribuer à l'existence et aux caractères de cette cellule. Mais, en commençant, permettez-moi de rétablir le point de départ de cette discussion, dans laquelle je suis attaqué comme si j'en avais été le provocateur. J'en demande bien pardon à M. Robert, mais ceci n'est pas exact. Le provocateur, et il n'y a pas lieu de s'en défendre, je le rappelle seulement pour l'exactitude des faits, le provocateur, dis-je, a été M. Robert lui-même. En effet, voici ce qui est arrivé. J'avais publié un livre dans lequel, traitant du cancer, je m'étais cru obligé de discuter les questions qui s'agitent actuellement ici. J'avais essayé d'établir dans ce livre que certains cancers peuvent être définitivement guéris par l'opération, et j'en citais des exemples. J'avais dit aussi que bon nombre de tumeurs peuvent être très aisément diagnostiquées sans l'intervention du microscope, et que, par conséquent, le microscope n'était pas indispensable au diagnostic. Quand j'ai entendu M. Robert venir nier ces deux propositions, disant que l'opération ne guérit jamais le cancer et que jamais le diagnostic ne peut être affirmatif sans l'intervention du microscope, lorsque je lui ai entendu dire que la tumeur envoyée par M. Pamard et présentée par M. Jobert n'était pas un véri-

table cancer, et cela parce qu'elle n'avait pas été soumise au contrôle de la micrographie; dès lors j'ai dû prendre ceci pour une attaque, et j'ai cru qu'il m'importait de venir défendre ces propositions que je croyais et que je crois encore vraies. J'ai donc dit que, sans le microscope, il est possible de distinguer certains cancers qui présentent une physionomie bien tranchée, ce qui ne veut pas dire qu'il ne faille pas tenir compte de l'examen micrographique. J'ai dit, en second lieu, que certains cancers avaient été complétement guéris par l'opération, et voilà tout. Jamais, il me semble, je ne suis allé plus loin; jamais il n'est entré dans mon esprit de déprécier ni les hommes, ni les travaux qui tendent à propager les recherches microscopiques.

Et cependant, l'autre jour, M. Robert est venu nous dire qu'il s'agissait d'un grand fait, qu'il s'agissait d'encourager des travaux profitables aux progrès de la science, ou de jeter sur eux un discrédit définitif. Assurément non, il n'est pas question de ceci; ce qu'il faut décider, c'est de savoir si le diagnostic des tumeurs n'est pas possible sans microscope, si ce diagnostic doit ou non dépendre de la constatation d'un élément spécial, spécifique : la cellule. Quand il serait démontré que cette cellule n'est pas caractéristique, qu'elle n'est pas constante, que le diagnostic peut être établi sans la présence de cet élément, cela ne prouverait pas que le microscope soit un mauvais instrument, qu'il n'y ait plus qu'à le briser, comme on me l'a fait dire ici, comme cela a été surtout répété dans la presse. Pas le moins du monde. De ce que le microscope aura été convaincu d'erreur dans un cas particulier, il ne s'ensuit pas, messieurs, qu'il faille le mettre de côté. Condamnerait-on le stéthoscope, si, ayant perçu, avec son aide, je ne sais quel râle dont on aurait fait la base du diagnostic de la phthisie, on se serait assuré plus tard qu'on s'était trompé, et que ce râle n'avait pas la valeur qu'on lui avait d'abord attribuée? Ainsi, encore une fois, il ne s'agit pas de rejeter en masse les travaux des micrographes; il n'y a que trois points qui soient réellement en question : ce sont ceux que j'ai indiqués en commençant. Premier point : le diagnostic du cancer sans le contrôle de la micrographie est possible et même facile dans certains cas bien tranchés. Ce point n'est plus guère en litige aujourd'hui. Deuxième point : le cancer est susceptible de guérir par l'opération. Je ne pense pas encore qu'on puisse élever des doutes à ce sujet. Ces deux points sont donc bien établis, bien acquis; je n'entreprendrai pas de les discuter de nouveau.

Reste le troisième, la spécificité de la cellule cancéreuse, spécificité admise par les uns, niée par les autres (je parle des micrographes eux-mêmes), et vous venez de voir ce qu'elle est devenue entre les mains de M. Delafond. Voyez à présent s'il est possible de l'admettre encore. Je suis heureux que ce soit notre savant et compétent collègue qui ait entrepris cette réfutation. Si je m'en étais chargé, je n'aurais pu le faire sans soulever aussitôt une foule de contradicteurs qui m'eussent reproché mon incompétence. Et cela avec raison; car, malgré les études que j'ai pu faire en micrographie, je suis encore bien peu avancé, je l'avoue, et je ne saurais admirer assez les rapides progrès de M. Robert, lui qui, il y a trois semaines, était presque un commençant comme moi, et qui, aujourd'hui, en sait assez pour juger les travaux des maîtres les plus consommés dans cet art difficile!

Voilà donc la spécificité de la cellule détruite, et cela par la micrographie elle-même, comme j'avais cherché, moi, à le faire par la clinique. Pourquoi l'ai-je fait, messieurs? La chose est bien simple. Remontons à l'origine de ce procès. Comment les micrographes se sont-ils avisés de trouver dans le cancer cette cellule qu'ils regardent aujourd'hui comme spécifique? Voici comment. Les chirurgiens extirpaient des tumeurs qu'ils appelaient, eux, des cancers, parce qu'ils les reconnaissaient pour tels; ils en donnent à un micrographe qui met cette production sur l'objectif de son instrument, et qui, en l'examinant, croit y reconnaître un élément spécial, un corpuscule caractéristique. C'est donc le diagnostic clinique qui a existé d'abord et dès avant la découverte de la cellule. Pour ma part, quand j'ai entendu affirmer qu'on trouvait dans le cancer une cellule d'une espèce à part, je m'en suis félicité; j'ai dit : Tant mieux, cela fera un caractère de plus. Mais plus tard, quand j'ai vu les micrographes ne pas trouver de cellules dans des tumeurs cancéreuses qui, malgré cette absence, n'en étaient pas moins de véritables cancers, alors j'ai douté. C'est un cancer, disait la clinique; c'est une tumeur sans cellules cancéreuses, répondait la micrographie. Or, le cancer est une maladie dont la marche, l'évolution, la physionomie est si connue, si régulière le plus souvent, que le désaccord de la clinique et de la micrographie devait rendre celle-ci un peu suspecte. Grand était mon embarras. En effet, comment affirmer que ces tumeurs sans cellules étaient cependant bien des cancers, comme je le pensais? A quel caractère se fier? A l'absence de récidive? Mais de vrais cancers peuvent ne pas récidiver. L'événement n'a que trop vite levé mes scrupules à cet endroit : ces tumeurs sans cellules, ces tumeurs non cancéreuses pour le microscope, ont récidivé et se sont multipliées à l'égal des autres. Vous voyez, messieurs, qu'il y avait là de quoi m'inspirer au moins des doutes.

D'un autre côté, j'avais vu des tumeurs où les micrographes trouvaient leur cellule et qui n'étaient pas cancéreuses; mon embarras en a augmenté encore. Cette cellule, me suis-je dit, n'est donc pas le caractère spécifique *sine qua non* du cancer. J'avais bien vu par moi-même différentes fois cette cellule, mais je ne l'avais pas comparée aux autres éléments normaux et anormaux. Je n'avais pas l'habitude et l'habileté de M. Delafond; je n'étais pas micrographe de profession. En présence des erreurs faciles, des nuances aisément confondues, de toutes les difficultés, enfin, d'une observation aussi délicate, je demeurai dans le doute, sachant bien qu'il y avait des cancers sans cellules, et de prétendues cellules cancéreuses là où il n'existait pas de cancer. Tel a été le thème de ma première argumentation. Les objections qui m'avaient été faites et que je croyais avoir réfutées, je les ai retrouvées l'autre jour dans le discours de M. Robert, sous une forme plus brillante, mais sans changement réel quant au fond; les mêmes arguments ont été reproduits par les micrographes dans les trois journaux où ils discutent cette question.

D'abord on conteste la valeur de mes faits : « Vous dites avoir vu des tumeurs non cancéreuses au sein desquelles on a trouvé des cellules caractéristiques, me demande M. Robert pour la seconde fois. Sur quoi vous fondez-vous pour croire que ce n'étaient pas de véritables cancers? Ce n'est sans doute pas sur le fait de la non-récidive, puisque vous admettez que le vrai cancer peut ne pas repulluler après extirpation? » J'ai déjà répondu à M. Robert que ce sur quoi je m'appuie pour dire que ces tumeurs, bien que pleines de cellules, ne sont pas des cancers, ce n'est pas un fait isolé, mais l'ensemble des caractères présentés par la tumeur, la physionomie générale de la maladie. Ne nous hâtons cependant pas trop; ne faisons pas trop bon marché de ce fait négatif, l'absence de récidive; je veux bien qu'à lui seul il ne suffise pas pour faire dénier à une tumeur le caractère du cancer; mais, quand il est associé à d'autres preuves, il acquiert, ne nous y trompons pas, une grande valeur. Lorsque j'ai cité vingt cas de guérison radicale du cancer, j'ai pris ces vingt cas sur plusieurs centaines de faits observés pendant un espace de trente années environ; et, sur ce nombre, il m'est arrivé huit fois de dire à l'avance : Ceci n'est pas du cancer, ceci ne repoussera pas, alors que le microscope diagnostiquait : cancer, et prédisait : récidive; et huit fois j'ai eu raison. Huit fois, quand, en prenant toutes les opérations non suivies de repullulation, je n'ai vu que vingt fois en tout cette heureuse immunité. Remarquez l'énorme disproportion!

Voulez-vous examiner les faits en particulier? Les voici : Une demoiselle porte au sein une tumeur marronnée, arrondie, mobile, sans adhérence avec la peau, indolente, développée lentement, adénoïde, en un mot; je mets en fait que personne n'eût songé au cancer en présence de tous ces caractères. J'enlève la tumeur, je la remets à un micrographe, en lui disant que ce n'est pas du cancer; il examine, et il trouve des cellules. Eh bien! depuis huit ou dix ans la malade ne s'est jamais aperçue de la malignité de sa tumeur; elle est devenue femme et mère; elle a la fraîcheur, l'embonpoint, tous les attributs d'une santé excellente.

Dans le livre que voici, j'ai cité 60 faits absolument pareils d'opérations faites pour des tumeurs bénignes. Y a-t-il eu récidive dans ces 60 cas? Pas une seule fois. Chez notre jeune malade il s'agissait donc bien d'une tumeur bénigne, quoique avec cellules cancéreuses.

Deuxième observation, c'est celle de la tumeur fongueuse du talon. Certes, si le micrographe qui a examiné ce fongus, fongus semblable en tout à ceux qu'on rencontre au voisinage des os malades, si ce micrographe avait vu le malade, la pensée ne lui serait pas même venue de chercher des cellules cancéreuses. Il en a vu cependant dans cette production toute bénigne!

Dans l'observation de la jeune fille qui portait un kyste hématique de la mâchoire, il y avait amincissement de l'os qui était comme parcheminé, et dans sa cavité on trouvait du sang, de la fibrine. J'avais dit que ce n'était pas un cancer, le microscope a dit le contraire; l'opérée a parfaitement guéri.

J'ai cité aussi des tumeurs des os, de celles qui sont vaguement rangées parmi les cancers : ce sont des ostéo-sarcomes hématodes. Il y a ici deux catégories de faits à établir. Dans la première on trouve une sorte de sac osseux, une caverne anfractueuse remplie par une pulpe qui ressemble à du sang altéré ou à une substance cérébroïde; dans la deuxième, l'os lui-même est transformé, vasculaire, fongueux. Pour moi, cette dernière lésion est seule cancéreuse. Et cependant le microscope trouve des cellules dans les deux. Je possède deux observations de guérison de ces tumeurs non cancéreuses selon moi, cancéreuses selon le microscope. L'une est de 1839..... Mais on objecte qu'en 1839 on ne savait pas encore la micrographie du cancer. Ceci est une erreur; c'est en 1839 que Müller a découvert les cellules du cancer, et déjà, dès 1837, M. Gluge s'était occupé de ce sujet. Quant au deuxième fait, il a été vérifié par M. Lebert lui-même.

Je m'étonne vraiment que M. Robert n'ait pas été frappé de la gravité

de toutes ces choses; un jour peut-être regrettera-t-il de s'être avancé de la sorte, et d'avoir donné aux caractères microscopiques une prééminence si grande et si peu méritée sur les faits cliniques.

Ainsi, messieurs, sur ce premier point, vous voyez que les objections qui m'ont été adressées ne peuvent être maintenues, et que l'absence de récidive dans tous les cas dont il vient d'être question prouve suffisamment la bénignité de ces tumeurs où le microscope avait pourtant constaté la présence des cellules caractéristiques pour lui.

Mais, encore une fois, pour reconnaître la bénignité, je ne me suis pas fondé sur ce fait seul, j'ai pris en considération la physionomie de la maladie tout entière. M. Robert, qui tient à cœur de prouver combien les signes cliniques sont peu concluants, dit à cela que les symptômes d'une affection ne sauraient suffire pour la faire reconnaître; que tel phénomène, regardé comme pathognomonique, peut induire en erreur. C'est là, j'ose le dire, une singulière façon d'argumenter. M. Robert prend pour exemple la rétraction du mamelon, signe qui, depuis tant de siècles, est considéré comme spécial au cancer. Eh bien, cette rétraction, dit M. Robert, n'est pas un signe infaillible; elle a été constatée dans des tumeurs qui n'étaient nullement cancéreuses. Et, comme preuve, il cite deux cas observés depuis quelques mois où le tissu morbide a été examiné par un micrographe célèbre, par le chef en second de la micrographie, par M. Robin. A mon tour, je demanderai à M. Robert comment il sait que ces tumeurs n'étaient pas des cancers. Et je ferai aussi la réponse : C'est que M. Robin n'y a pas trouvé de cellules... Eh bien, j'ai, moi, des raisons pour dire le contraire, des raisons plus graves, plus concluantes. L'un des faits allégués par M. Robert m'appartient. Ayant extirpé une tumeur du sein, je demandai à M. Robin quel était son diagnostic. Voici la réponse écrite de ce savant micrographe : « *Tumeur non cancéreuse décrite sous le nom de cancer.* » Or, la malheureuse dame affligée de cette « tumeur non cancéreuse décrite sous le nom de cancer » en est déjà à la récidive! Et voilà comment nous pouvons avoir foi aux lumières du microscope; voilà comment, lorsque cet oracle a prononcé, nous pouvons demeurer sans crainte sur les suites de l'opération! Quant à la deuxième malade, vraiment j'hésite à en parler; si elle savait qu'il s'agit d'elle ici, si quelque chose transpirait à cet égard hors de cette enceinte et allait donner l'éveil à sa famille, ce serait cruel..... C'est là, pour moi, une question bien délicate; cependant, si l'Académie le désire, je ferai soumettre à l'examen de quelques-uns de ses membres la tumeur dont cette dame est atteinte.

Vous voyez, messieurs, à quoi se réduit cet argument de mon honorable collègue touchant la rétraction du mamelon. Mais d'ailleurs, est-ce que M. Robert ou les micrographes dont il est l'interprète et le mandataire ont jamais vu, dans aucun ouvrage, le diagnostic du cancer du sein fondé sur ce seul signe, la rétraction du mamelon? Cette manière de prendre un à un les caractères d'une maladie pour contester la valeur de chacun d'eux, séparément, n'a vraiment rien de sérieux. Essayez d'en faire autant pour les symptômes d'une maladie quelconque, et vous verrez quel sera le résultat. L'hémoptysie est bien un signe important de la phthisie pulmonaire, cela ne peut être mis en doute. Mais envisagez ce phénomène tout seul, faites abstraction de tous ceux qui le précèdent ou l'accompagnent, vous arriverez à le regarder comme dénué de toute valeur. J'ai eu autrefois cette faiblesse (heureusement que ce temps est bien loin): dans une thèse pour l'agrégation en médecine, ayant à traiter du diagnostic de la phthisie, je m'amusai à attaquer l'un après l'autre les caractères enseignés par les auteurs; ma conclusion fut qu'il était impossible de reconnaître les tubercules du poumon... Était-ce vrai cela? Si je voulais user de cette tactique envers la cellule dite cancéreuse, je m'attacherais à démontrer que sa forme n'est pas toujours arrondie, que sa surface peut n'être pas régulière, que le nombre de ses noyaux, leur distance de l'enveloppe cellulaire, que le nombre et l'aspect des nucléoles, que tout cela est variable, inconstant. Ce travail ne me coûterait même pas beaucoup de peine. Pour en revenir à la rétraction du mamelon, je maintiens que ce signe a une grande importance quand il est associé à certains autres, quand il se rencontre avec une tumeur dure, ligneuse, lentement développée, siége de douleurs spontanées, quand en même temps la peau est collée par cette tumeur, qu'elle est pointillée, ridée, creusée de rigoles. Je veux bien d'ailleurs qu'à elle seule la rétraction du mamelon ne soit pas un caractère suffisant.

M. Robert continue : Non-seulement, ajoute-t-il, ce signe-là, mais tous les autres signes les plus concluants en apparence peuvent se rencontrer dans des tumeurs non cancéreuses.

Des deux faits qu'il cite à l'appui de cette opinion, l'un lui appartient, l'autre appartient — je sais bien à qui. Voyons le premier : il s'agit d'un gros champignon largement pédiculé, renversé, sécrétant un pus ichoreux. C'est un cancer, croit-on; mais le micrographe dont j'ai déjà cité le nom justement célèbre n'y trouve pas de cellules. La malade est opérée, et elle guérit. Je rapporte ce fait tel qu'il est; mon collègue me permettra cependant de le critiquer (il use bien de ce droit à l'égard de mes observations qu'il ne laisse pas toujours sans les modifier un peu). Dans cette description, l'on trouve sans doute plusieurs caractères des tumeurs cancéreuses, mais il me semble que notre collègue n'a pas tenu compte d'une particularité que je considère comme très digne d'attention, je veux dire de la consistance de ce champignon qui est dur, ferme, élastique quand il s'agit de tissu fibreux, et qui est tout autre dans l'encéphaloïde. — J'arrive au second fait allégué par notre savant collègue, et ici je ne puis m'empêcher de constater que M. Robert n'est pas heureux quand il touche à mes observations.

Déjà, dans son premier discours, il avait daté de 1852 une de mes guérisons qui remontait à 1849; dans la dernière séance, il interprète également d'une manière inexacte le fait auquel il fait allusion. Suivant M. Robert, j'aurais enlevé une petite portion d'une tumeur qui ressemblait à de l'encéphaloïde, et soumis ce spécimen à un micrographe pour m'éclairer sur la nature du produit pathologique.

Le micrographe ayant constaté qu'il n'y avait pas dans ce tissu de cellules cancéreuses, je me serais décidé à enlever la tumeur... Comme cette observation est rapportée tout au long dans mon livre, je m'étonne que M. Robert ait été chercher des renseignements à une autre source que je connais. Voici les faits tels qu'ils se sont passés: une vaste tumeur occupait presque tout le côté droit du thorax, c'était un champignon largement épanoui, que j'avais déjà opéré incomplétement par le caustique, craignant de l'attaquer plus vigoureusement à cause de l'état d'épuisement et de faiblesse extrême où se trouvait la malade.

Cependant, sollicité par cette malheureuse femme qui dépérissait rapidement dans l'atmosphère fétide qu'elle exhalait, je crus qu'il y avait pitié à la débarrasser au moins partiellement de ce vaste foyer d'infection. J'enlevai donc, non pas une fongosité isolée, une portion, comme l'a dit notre collègue, mais *la moitié* de cette énorme tumeur, dont le seul pédicule avait la largeur de la main. Cela saigna si peu que je m'enhardis à retrancher la seconde moitié. La tumeur avait tous les caractères de l'adénoïde, je n'avais pas attendu la sanction du microscope pour poser ce diagnostic; je n'avais pas attendu l'avis du micrographe pour enlever la seconde partie quatre jours après la première. Jamais je n'ai pensé que cette tumeur fût cancéreuse.

M. Robert, passant à un autre ordre de considérations, revient aux cas de cancer, regardé comme tel par moi, où le microscope n'a pas vu les cellules dites *spécifiques*. Il croit réfuter mes observations en y signalant des omissions de détail. Tel est ce fait où, sur cinq micrographes, quatre nient la cellule, tandis qu'un seul en constate la présence. (En vous le racontant, je vous ai fait rire : je le regrette, parce que rien n'est plus sérieux.) Déjà M. Malgaigne m'a posé cette question que M. Robert vient renouveler : Vous nous avez dit que la tumeur n'était pas cancéreuse aux yeux des micrographes; mais alors que ne nous apprenez-vous quelle était sa composition? J'aurais pu sans doute ajouter ce renseignement, mais j'étais assez embarrassé pour le faire, ces messieurs eux-mêmes ne s'étant pas expliqués en termes très clairs. Ainsi, l'un d'eux a trouvé à la tumeur une structure complexe, à la fois phymatoïde, fibro-plastique et épithéliale; vous savez qu'on trouve de tout cela dans presque toutes les tumeurs... Ce à quoi je tenais, c'était surtout à savoir non ce qu'était cette tumeur,—pour moi c'était un cancer,— mais *ce qu'elle n'était pas* pour les micrographes. Et quatre sur cinq m'ont dit qu'elle n'était pas cancéreuse! Or, voici la suite de cette lamentable histoire: Au bout de deux mois environ, la cicatrice était presque complète, mais alors des bosselures se sont formées en dehors d'elle, d'abord au voisinage, ensuite un peu plus loin, dans l'aisselle, puis des masses volumineuses qui se sont ulcérées; d'autres bosselures rouges se sont montrées encore : il y en avait près de cinquante. La pauvre malade, pendant six semaines, venait à la consultation publique implorer de nous des secours que nous étions impuissants à lui donner désormais. En dernier lieu, elle avait le thorax pris dans une sorte de cuirasse; elle suffoquait.

Où est-elle allée mourir? je ne sais. Que M. Robert se donne la peine de visiter le n° 31 de ma salle de femmes, il y verra une malade qui présente absolument la même affection, développée dans le même espace de temps; c'est le même plastron qui lui étreint la poitrine. Si quelque autre membre de cette assemblée voulait la visiter, il sera le bien-venu; la malheureuse ne demande pas mieux que de montrer son mal; dans son désespoir, elle supplie tout le monde de la soulager; elle a déjà tenté de se détruire en se jetant à l'eau. Si en voyant cette tumeur-là M. Robert doutait encore que ce fût du cancer, je ne discuterais plus avec lui, parce qu'ici douter serait nier l'évidence.

Vous voyez bien, messieurs, qu'il y a des cancers sans cellules, des cancers sans cancer. Remarquez que j'ai vu un grand nombre de faits semblables. J'en ai observé trois dans le courant d'une seule année. Si je ne les produis pas avec tous les détails, c'est qu'il faudrait apporter ici des liasses de papier. Il y a deux ans, pour un cancer de cet ordre-là, je me décide, presque malgré moi, à faire l'opération; pas de cellule,

dit le microscope ; mais la récidive et le reste montrent que c'était bien du cancer. Encore si cela était rare, exceptionnel !

On dit que ce sont là des tumeurs fibro-plastiques. Mais alors, messieurs, je déclare que le fibro-plastique est le pire de tous les cancers, celui qui repullule le plus sûrement et avec le plus d'intensité, celui qui renaît à toutes les périodes de la maladie, aussi bien au début qu'à la fin, quand la diathèse devrait être épuisée, comme le croit M. Hervez de Chégoin. Ces tumeurs fibro-plastiques, je n'y veux plus toucher depuis 1829 ; depuis vingt-cinq ans, je ne les opère que lorsque j'ai la main forcée par la famille, par les élèves, tant je suis convaincu qu'elles repoussent constamment et avec une effroyable rapidité.

C'est ici que j'invoque les lumières du diagnostic clinique, en opposition directe avec le diagnostic micrographique, et je divise les cancers en ceux qui récidivent toujours, souvent, rarement. Une jeune femme fraîche, superbe, se présente dans mon service ; elle porte au sein une tumeur. On me dit : c'est un cas simple, opérez-la ; et moi je dis : voilà une espèce perfide, voilà un cancer détestable ; j'aurai beau enlever tout, le mal récidivera. J'opérerai cependant la malade, puisqu'elle le désire ardemment. Alors j'enlève la tumeur ; les micrographes présents se la partagent entre eux par gros fragments, à leur guise (je ne leur tendais aucun piége). Ils reviennent m'annoncer que ce n'est pas du cancer, qu'il y a grande chance d'obtenir une guérison permanente (car à cette époque-là on n'admettait pas que cela pût récidiver). Tout cela se passe en présence d'une centaine de personnes. Pendant deux mois, les micrographes sont ravis d'avoir diagnostiqué juste, et j'espère presque avoir le bonheur de m'être trompé. Mais au bout de deux mois, il y a déjà près de la cicatrice une petite tumeur. La malade quitte l'hôpital. Elle reviendra, dis-je à mes élèves, et un mois après elle revient en effet ; cette fois, elle a sept, huit tumeurs, auxquelles s'en ajoutent bientôt une demi-douzaine d'autres.

Tels sont les faits dont M. Robert a cherché à atténuer la valeur !

Pour ce qui est de la spécificité de la cellule, qu'en reste-t-il aujourd'hui après le discours de M. Delafond ? A moi on aurait toujours pu faire des objections en pareille matière : mais que dire quand l'homme qui ruine cette hypothèse est un micrographe aussi exercé et aussi habile que notre collègue ?

M. Robert a encore attaqué un autre point de mon argumentation.

J'avais dit que les cellules d'abord absentes dans une tumeur y avaient été trouvées ensuite, ou bien avaient été constatées dans des tumeurs secondaires. Reprenant les faits que j'ai cités à ce sujet, M. Robert rejette d'abord celui de M. Mayor. Sans vouloir épiloguer sur ce point, ce qui me serait facile, j'accorde qu'ai été trop loin en regardant ce fait comme probant. Mais je ne suis pas embarrassé pour en trouver d'autres. En voici deux, consignés dans la *Physiologie pathologique* de M. Lebert, pages 26 et 29 : deux tumeurs épithéliales enlevées dans mon service à la Charité. L'auteur dit que dans leur tissu il n'y avait pas la moindre apparence de cellules cancéreuses. Chose singulière, dans l'espace d'un mois j'ai vu se succéder dans le même lit trois hommes atteints de tumeurs épithéliales de la lèvre inférieure. Dans les deux cas cités par M. Lebert dans son livre, il y a eu récidive, chez l'un des malades, dans les ganglions maxillaires et dans la mâchoire ; chez l'autre dans la parotide. C'est dans la mâchoire et dans la parotide que la cellule cancéreuse a été reconnue. Pour le malade dont le cancer a récidivé dans le maxillaire, on pourrait peut-être regarder l'affection de l'os comme une nouvelle tumeur ; mais chez celui qui présente, dans une série non interrompue, des engorgements successifs des ganglions lymphatiques et de la parotide, une pareille interprétation n'est même pas possible.

Il y a aussi le fait de M. Richet ; celui-là également a été contesté par M. Robert.

D'après la version de notre honorable collègue, on n'avait soumis à l'examen des micrographes qu'une petite portion superficielle de la tumeur. Mais ce n'est pas ainsi que la chose s'est faite : il a été enlevé une portion de la tumeur qui proéminait dans les fosses nasales, et qui avait la grosseur du doigt. Ce n'est pas un fragment de membrane muqueuse, comme l'insinue M. Robert (qui met volontiers dans les observations des mots qui n'y sont pas), ce fragment faisait corps avec la tumeur. On me demande quel fut le résultat de l'examen microscopique. Le voici : tumeur bénigne, structure fibro-plastique ; telle fut la réponse de MM. Lebert et Follin. Plus tard, le reste de la tumeur ayant été examiné, on y trouva des cellules. Qu'est-il besoin de chercher si loin l'explication de ce fait ? Et n'est-il pas évidemment le pendant de ceux que j'ai cités tout à l'heure où le cancer a succédé à l'épithélioma ?

M. Robert, ou plutôt les micrographes dont il s'est fait le mandataire, ont l'air de considérer comme douteuse la cachexie épithéliale. M. Virchow, dont les faits ont été surtout contestés, est un des savants les plus laborieux et les plus estimés de l'Allemagne ; c'est, de plus, un homme très impressionnable, il se fâche quand on l'attaque sans de bonnes raisons. Eh bien, M. Virchow m'a fait l'honneur de m'adresser le paquet que voici, et qui renferme trois observations de tumeurs épithéliales récidivées et généralisées. Pour ceux qui l'accusent de ne pas observer avec assez de soin, à des grossissements suffisants, il a des épithéliums un peu vives et que je ne répéterai pas. Dans l'une des observations de M. Virchow, une tumeur épithéliale ayant existé à la lèvre, on en retrouve d'autres dans les glandes sous-maxillaires, dans les côtés, dans le foie, le cœur, dans la plupart des ganglions profonds ! Le même micrographe a eu l'obligeance de joindre à son envoi ce flacon, où sont contenues des portions d'organes ainsi altérés, à l'usage des saint Thomas qui demandent à toucher pour croire.

Vous faut-il des faits plus concluants ? En imaginez-vous de plus démonstratifs ? Prenez garde qu'à notre tour nous n'examinions vos observations au microscope ?

SÉANCE DU 16 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

Renvoyée au prochain numéro.

Lectures et Mémoires.

Rapports officiels sur l'eau de Brocchieri et sur un liquide destiné à guérir les membres gelés et les engelures. (*Comm.*, MM. Bussy, Jobert et Robert, rapporteur.)

A. M. *Brocchieri*, inventeur d'une eau destinée à guérir rapidement les blessures d'instruments tranchants et acérés, a offert à l'Empereur d'en mettre un certain nombre de flacons à sa disposition pour l'armée d'Orient. L'Académie, appelée à se prononcer sur le mérite de cette invention et sur l'efficacité de cette eau, a chargé une commission de lui présenter un rapport à ce sujet.

La commission s'est réunie d'urgence, et M. *Robert* expose l'opinion de cette commission dans un rapport qui se résume ainsi :

Le liquide de Brocchieri n'est autre chose que de l'eau tenant en dissolution quelques substances résineuses. Appliqué à la surface des plaies récentes, il peut, comme toutes les préparations de ce genre, contribuer à y tarir l'écoulement du sang, quand celui-ci est fourni par des vaisseaux très petits ou capillaires ; mais on ne saurait y compter pour remédier à de véritables hémorrhagies, et tout essai tenté dans ce but pourrait être funeste, en faisant perdre un temps précieux et différer l'emploi des moyens dont la science a depuis longtemps établi l'efficacité. Enfin, appliqué au pansement des blessures par instruments tranchants ou piquants, ce liquide ne présente aucun avantage réel sur les moyens connus et de tout temps mis en usage. Du reste, s'il est des cas où il puisse être indiqué d'y recourir, on peut facilement le remplacer par des liquides analogues, dont la composition et les effets sont parfaitement connus. Tous ces liquides sont accrédités, et nos éminents confrères du Conseil de santé des armées sont en mesure de les employer tout aussi bien que nous, quand ils le jugent convenable. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de M. Brocchieri.

Les conclusions de la commission sont adoptées après quelques observations de MM. *Londe*, *Gerdy*, *H. Larrey et Bégin*.

B. Un certain *M. Hartogs* a offert à l'Empereur de fournir l'armée d'Orient d'un liquide inventé par un pharmacien allemand, et qui guérit en deux jours les membres gelés ou atteints d'engelures. L'Académie, appelée à donner son avis à ce sujet, a chargé une commission de lui faire un rapport sur la valeur du moyen proposé. *M. Robert* expose ainsi l'opinion de cette commission : La commission a dû étudier d'abord la composition du liquide en question que M. Hartogs n'a pas fait connaître. L'analyse sommaire, faite par *M. Bussy*, a montré que ce liquide contient principalement de l'alcool tenant en dissolution du camphre, de l'ammoniaque, de l'iodure de potassium et une huile essentielle végétale indéterminée. Il est évident, par cet énoncé, que c'est là un de ces topiques qui peuvent convenir dans le traitement de certaines engelures ; mais il ne diffère pas essentiellement d'une foule de médicaments bien connus et depuis longtemps usités dans le traitement de ces lésions. Il ne présente donc aucun avantage qui soit de nature à le faire prévaloir. Quant à la proposition de M. Hartogs d'appliquer ce liquide au traitement des membres gelés, vous comprenez qu'elle ne mérite pas un examen sérieux. En effet, les soins que réclament les lésions graves produites par le froid doivent varier suivant le degré, la profondeur, la durée même de la congélation, et, dans aucun cas, ils ne sauraient se résumer dans le seul emploi d'un topique. Il est telle circonstance même où le liquide de M. Hartogs, produisant une stimulation trop vive sur les parties congelées, pourrait en déterminer la mortification. Dans ces cas, on sait qu'il faut s'attacher d'abord à soustraire les organes affectés à l'action d'un froid trop intense, et non les stimuler soit par la chaleur, soit par des topiques irritants. C'est

plus tard seulement, quand l'action vitale rétablie demeure languissante, qu'il convient de recourir à l'emploi de moyens excitants. On le voit donc, le traitement de la congélation est souvent compliqué, difficile, et signaler à la confiance publique un topique comme suffisant à tous les cas et à tous les degrés, à toutes les périodes, serait s'exposer à de graves mécomptes. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de M. Hartogs.

La conclusion de la commission est adoptée sans discussion.

Valeur du microscope. — Suite de la discussion.

M. *Velpeau.* — Messieurs, dans la séance de mardi dernier, nous en étions à examiner des faits invoqués en faveur de mes propositions, et qui avaient été réfutés par M. Robert, et particulièrement nous en étions à l'examen des faits concernant les tumeurs où la cellule cancéreuse a été trouvée en second lieu. J'avais dit que, dans certains cas de cancer, on ne trouvait pas d'abord de cellules, puis, plus tard, on en rencontrait dans les tumeurs par récidives. Les preuves que j'invoque avaient été constatées, et j'ai dû chercher à rétablir les faits. Si messieurs de la micrographie voulaient ne pas aller trop vite, ils pourraient certes en rencontrer eux-mêmes. Les faits comme ceux-ci n'avaient pas été mentionnés, et les micrographes feraient bien d'examiner la chose en elle-même. Serait-il bien extraordinaire que la cellule ne fût pas trouvée dans le principe? Les tumeurs ont des phases, et je comprendrais, quant à moi, qu'il n'y en eût pas dans le principe, et qu'il y en eût à une époque plus avancée. Dans le cancer des lèvres, en raison du siége de la lésion, on fait enlever volontiers la tumeur peu après qu'elle a commencé à se développer; dans les tumeurs du sein, au contraire, dans celles des membres et autres organes, on opère beaucoup plus tard. Il ne serait pas extraordinaire que la cellule cancéreuse n'existât pas dans le principe; c'est pourquoi, dans les tumeurs des lèvres qu'on opère de bonne heure, on ne la trouve pas. J'en ai signalé deux cas examinés par M. Lebert, où la cellule n'a pas été trouvée au commencement, et où l'on en a constaté la présence dans des tumeurs secondaires. Les tumeurs où les cellules existent au commencement peuvent aussi n'en pas présenter plus tard, c'est-à-dire que des tumeurs secondaires ne contenant pas de cellules peuvent succéder à des tumeurs primitives qui en contenaient. Parmi ces faits, il en est un que j'avais donné comme très remarquable; c'est le fait d'une femme qui avait une tumeur un peu douteuse d'un côté, mais beaucoup moins douteuse de l'autre; or on a trouvé des cellules là où le cancer était au moins douteux, et point là où le cancer était le plus évident. Je concluais de là qu'il pouvait exister chez la même malade des tumeurs cancéreuses avec ou sans cellules. M. Robert et messieurs les micrographes ont contesté ceci. M. Robert a dit ici que j'avais raconté ce fait de telle façon qu'il ne savait pas si c'était bien le même que j'avais cité dans mon livre, tant il y avait de différence entre les deux narrations. Je demanderai à M. Robert quelles sont ces différences qui l'ont frappé?

M. *Robert.* — Ces différences sont très notables; ainsi, par exemple, dans son *Traité des maladies du sein*, M. Velpeau dit que la malade est morte d'une pleurésie, tandis qu'ici il est venu dire qu'elle avait succombé à une maladie du sein avec cancers dans le foie.

M. *Velpeau.* Premièrement, l'observation de cette malade n'a pas été rédigée par moi; j'en ai laissé la rédaction aux internes. M. Labbé a pris à la Charité le commencement de l'observation, et M. Duménil l'a terminée à l'hôpital Saint-Louis. En second lieu, cette observation occupe dix lignes dans mon traité, tandis qu'intégralement elle ne forme pas moins de trois pages. Par conséquent, il n'y a rien de surprenant à ce que la mention sommaire que j'en ai faite dans mon livre ne contienne pas certains détails. J'ai dit à l'Académie que cette femme était morte avec un cancer dans le foie: cela est exact. Voici le fait. Cette femme entre à l'hôpital avec une poitrine couverte, à gauche, de lésions difficiles à caractériser, mais offrant quelque chose de cancéreux. Il n'y a pas lieu de songer à l'opération. Je prends une des fongosités pour la faire examiner au microscope; on n'y trouve pas de cellules cancéreuses; je ne conclus cependant rien. La malade traîne un mois ou deux, et s'en va mourir, plus tard, à l'hôpital Saint-Louis, d'une pleurésie, mais avec des tumeurs dans le foie, où M. Robin trouve des cellules cancéreuses. Au moment de la mort, les deux seins étaient pris. M. Robin trouve, dans une plaque de la tumeur du côté gauche, des cellules cancéreuses, et n'en trouve pas dans une tranche de la tumeur de la mamelle droite. Je me dis: Cette femme avait un cancer d'un côté, et pas de l'autre. Mais de quelle façon s'est comporté ce sein droit, où l'on n'a pas trouvé d'abord de cellules cancéreuses? Le sein droit se rétracta d'abord au centre; l'induration s'étendit du centre à la circonférence; la mamelle fut envahie tout entière, et avec elle les tissus environnants, dans une étendue de plusieurs centimètres; détails qui démontrent qu'il y avait là cancer, et non pas simple hypertrophie. M. Robert a dit encore que le côté gauche avait été regardé par M. Velpeau comme non cancéreux; ce n'est pas là ce que j'ai dit: j'ai dit seulement que la tumeur était de nature douteuse. Voilà pour ce fait, que vous ne pouvez réduire et que vous devriez considérer comme un sujet d'études. La micrographie ne devrait pas repousser les faits semblables, mais elle devrait les étudier. J'arrive à un autre point. Ces cellules, dans les tumeurs secondaires, n'avaient pas été signalées; aujourd'hui j'ai signalé plusieurs faits de ce genre, et il y en a d'autres. En voici un tiré de la clinique allemande. Une femme est opérée d'une hypertrophie du sein, où l'on ne trouve pas de cellules cancéreuses. Cette femme guérit. Au bout d'un mois il survient quelque chose au doigt, puis des tumeurs nombreuses apparaissent dans différentes parties du corps; enfin la malade meurt avec des cancers dans les viscères. Il faut étudier ces faits et non pas les nier. Que m'importe-t-il, à moi, qu'il y ait ou non des cellules dans les tumeurs cancéreuses! Que les micrographes observent, et ils trouveront des faits analogues. Il existe encore une autre difficulté entre nous: les tumeurs épithéliales sont placées en dehors des cancers par ces messieurs. Cette difficulté, nous la surmonterons. Déjà ces messieurs ont fait un pas: ils ont séparé les tumeurs en *bénignes* ou *malignes*, c'est-à-dire, qui récidivent ou ne récidivent pas. Ces messieurs sont sortis de ce principe de mauvais gré, en se débattant. Ils ont vu repulluler les épithélioma sur place; ils ont dit: L'opération a été mal faite. Mais j'ai cité des tumeurs épithéliales qui ont récidivé à distance du point où elles s'étaient primitivement montrées; ils ont dit alors: M. Velpeau a péniblement ramassé cinq observations de ce genre, ce n'est pas suffisant pour en tirer une conclusion. Mais les faits de ce genre, je ne les connais pas tous; depuis, j'en ai rencontré une douzaine; on en trouve dans Forster; M. Alquié, de Montpellier, en a cité; il y en a partout de ces cas de généralisation de tumeurs épithéliales. Pour les tumeurs fibro-plastiques, il n'y a que cela de tous les côtés. Ces messieurs devraient connaître l'exemple rapporté par M. Cruveilhier à la Société de chirurgie: Une tumeur fibro-plastique existe à la jambe; on ampute. Aujourd'hui il y a généralisation de tumeurs de même nature chez le malade, dont la vie est prochainement menacée. Ces messieurs trouvent aussi que l'hypertrophie mammaire n'est pas maligne. Dans une tumeur hypertrophique, on ne voit pas de cellule; ils disent il n'y a pas cancer (M. Robin). Et cependant on opère plusieurs fois et le cancer revient. Le fait auquel je fais allusion n'est pas de moi, il est de M. Bayle, bibliothécaire de la Faculté de médecine. Ainsi tumeurs hypertrophiques, épithéliales, fibro-plastiques sont qualifiées non cancéreuses parce qu'elles ne contiennent pas de cellules, et pourtant elles repullulent. Les tumeurs épithéliales repullulent dans quelques cas, les micrographes en conviennent; mais ces tumeurs qui repullulent et qui tuent, ils ne veulent pas que ce soit du cancer. Ils pourraient bien vouloir qu'on continue à les appeler cancer dans la clinique, mais ils voudraient qu'on dise alors cancer épithélial, fibro-plastique, etc. Qu'à cela ne tienne.

M. Robert a parlé de la malignité; il en a donné une singulière interprétation: il y a, dit-il, des tumeurs qui ne sont pas hétéromorphes et qui ont une malignité plus grande que celles appartenant à cette dernière classe, tandis qu'il y a des squirrhes bénins. Mais il y a même, ajouterai-je, des encéphaloïdes d'une grande bénignité. M. Robert a dit que certaines tumeurs en suppuration pouvaient être plus malignes que le cancer. M. Robert et les micrographes se sont mépris. Ils ont pris la malignité d'une manière générale. Je suis vraiment étonné de cette interprétation. La malignité du cancer est une malignité par nature; un cancer gros comme une noisette est malin parce qu'il tuera le malade, s'il n'est pas détruit, parce qu'il suivra une marche nécessairement fatale. Ce n'est pas parce qu'elle suppure, parce qu'elle est placée dans le voisinage d'un organe important, parce qu'elle s'étale, qu'une tumeur cancéreuse est maligne, c'est en raison de sa nature même. On a cité les tumeurs érectiles, les tumeurs hématiques, mais celles-ci guérissent quelquefois toutes seules. Il y a une malignité relative dans les cancers: les uns sont compatibles avec l'existence d'un certain état de bonne santé apparente; il n'en est pas de même des autres. Les cancers ont de la malignité dès le commencement; les tumeurs épithéliales, qu'on désigne sous le nom de cancroïdes, les tumeurs fibro-plastiques tueront le malade, si bénignes qu'elles soient en apparence, malgré l'opération et toutes les ressources de l'art. Voilà pourquoi ces tumeurs ont un caractère commun qui doit les classer ensemble. L'*hétéromorphisme* n'est pas chose nouvelle; ce nom a été appliqué à ces tumeurs pour les séparer en deux classes; on a dit, dans les tumeurs cancéreuses, il y a des éléments hétéromorphes, dans les autres, il n'y en a pas; de là, la division du cancer. Mais de ce qu'ils n'ont pas trouvé d'éléments hétéromorphes, il ne s'ensuit pas qu'il faille rejeter certaines tumeurs de la classe des cancers. Il y a déjà un petit chemin de fait entre nous et les micrographes. L'un d'eux avoue que l'*hétéromorphisme* et l'*homœomorphisme* constituent une mauvaise barrière entre les chirurgiens et les micrographes. Pour lui, il y a trois éléments hétéromorphes: le cancer, l'épithélium et le tissu fibro-plastique. Si ces différents tissus sont pour vous hétéromorphes, pourquoi ne pas vouloir que ce soient des cancers; vous tiendrez moins alors à votre malheureuse cellule.

Ceci nous a menés loin ; la micrographie a calomnié un peu la clinique. Ayant trouvé la cellule, ils ont dit ; voilà la lumière faite ; il faut changer la classification, c'est un chaos. Voyons donc ce chaos. Mais qu'ont donc fait les micrographes avec cette lumière si vive qu'elle devait embraser le monde ? J'enlève une tumeur excessivement dure, fibro-plastique type; j'opère une tumeur ganglionnaire moins résistante ; à côté, j'extirpe un enchondrome ; j'opère au jarret une grosse tumeur molle, espèce de gelée ayant toute la physionomie des concrétions fibrineuses ; tout cela : *fibro plastique*. Vous prenez un peu de la couche sur laquelle repose un chancre : *fibro-plastique*. Et cependant quelles différences énormes n'y a-t il pas quant au développement et à la terminaison entre ces corps si variés de forme et d'aspect ! Pour les tumeurs épithéliales, il en est de même : un oignon, épithélium ; une tumeur épithéliale ramollie, pulpeuse, tumeur qui fera périr l'individu, épithélium ; induration de la peau, épithélium, etc. Quelle micrographie impitoyable qui vous tire du chaos pour vous replonger dans le gâchis ! Pourquoi donc tout cela ? Pourquoi défaire l'ancienne classification, qui n'est pas fameuse peut-être, si vous n'avez rien de mieux à lui substituer ? Pourquoi ? à cause de la cellule. Mais elle n'est pas spécifique votre cellule : vous la trouvez dans une parcelle de matière où se rencontrent aussi des cellules épithéliales et des granules de toute espèce. Il y a aussi bien des séries de cellules : les unes vierges, les autres adultes ; celles-ci bien renflées, bien portantes ; d'autres peu régulières, pointues, terminées en queue de poisson :

Desinat in piscem mulier formosa superne.

Celles-ci mères, à un ou plusieurs produits ; il y en a aussi de vieilles, ridées, ébarbées, dont la robe est déchirée. Puis viennent les nucléoles, les granules. Et cela dans une parcelle de matière large comme une pointe d'épingle ; et vous appelez cela faire la lumière ! Cela ne se peut pas. Une première difficulté aurait dû arrêter les micrographes ; nous avons tant de mal à nous entendre dans le domaine des faits, que sera-ce si nous planons dans les nuages ?

J'avais cru de notre bord notre honorable collègue M. Bouillaud ; mais il paraît qu'il est complétement d'accord avec les micrographes. Il m'a semblé cependant que je pouvais me rallier à la philosophie de M. Bouillaud. Je ne repousse pas l'anatomie pathologique, comme a dit M. Robert ; je n'ai guère fait que de l'anatomie pathologique dans ma vie ; mais j'ai dû dire : on finit par l'anatomie pathologique, mais on n'en part pas. La médecine a existé avant l'anatomie pathologique ; dans Hippocrate, nous retrouvons la fièvre typhoïde sous ses différents noms. Mais il n'est venu à l'idée de personne de dire que parce que de certaines lésions n'ont pas été trouvées à l'autopsie, il n'y a pas eu tels symptômes. Les lésions expliquent certains phénomènes, mais non pas tous. Une foule de lésions ébranlent quelquefois tout l'organisme pour laisser place à d'autres lésions secondaires. Ainsi du cancer qui tue toujours, s'étend, gagne sans cesse. Je prends la clinique pour point de départ, et je vais de là à l'anatomie pathologique. Je ne repousse pas celle-ci, mais ce n'est pas de là qu'il faut partir pour définir le cancer. S'il y avait un élément spécifique bien immanquable, on pourrait partir de là, comme en botanique on part d'un caractère d'une plante. Mais en médecine ceci n'est pas possible. Ainsi, j'admets l'anatomie pathologique et la micrographie même, mais en second lieu ; je ne veux pas qu'elle nous mène. Le microscope est envahisseur. Dans le principe, on me remerciait de donner des tumeurs cancéreuses ; aujourd'hui on me dit : vous ne pouvez vous passer de nous pour diagnostiquer un cancer. Cela me conduit à une autre question. Ces messieurs se plaignent, crient contre nous qu'on veut briser leur microscope, détruire leur ouvrage ; ils ont voulu sans doute détourner l'attention. N'ont-ils pas dit, eux, qu'il fallait faire table rase ; un d'eux l'a dit très naïvement de la science aujourd'hui acquise : *C'est son destin de tomber et de disparaître*. Ils ne font pas attention qu'il s'agit pour eux de travaux de quelques années, et qu'il s'agit pour nous de travaux de toute notre vie. Trente ans de travaux à jeter loin de nous pour prendre la cellule ! Vous avez un navire qui va sombrer si vous ne jetez pas une partie de la charge, disent-ils, prenez le nôtre. Mais dans votre navire microscopique tout n'est pas bon, il y a de l'alliage ; rejetez l'alliage si vous ne voulez pas sombrer. J'ai appelé le concours du microscope, mais la clinique seule pouvait fournir les conclusions ; ils n'ont pas voulu accepter les conclusions de la clinique, ils se sont fâchés. Je me suis aperçu qu'il y avait dans la micrographie du vrai et du faux ; un peu sentinelle avancée auprès du sanctuaire, j'ai dit : Halte là ! Ils ont voulu avoir trop fait, voilà pourquoi nous discutons. On est allé jusqu'à dire que c'est aux micrographes que je dois d'avoir distingué les tumeurs adénoïdes des cancers ; mais le microscope est si peu cause de mes progrès, qu'en 1832 je diagnostiquais les tumeurs adénoïdes. Jamais je n'ai donné à un micrographe une tumeur adénoïde sans dire ceci est une tumeur adénoïde. Il ne faut pas prendre cependant le travail des autres. Le microscope m'aurait trompé, au contraire, car on m'a dit qu'il y avait des cellules cancéreuses là où je ne trouvais pas de cancer, et *vice versâ*. Mais non-seulement nos micrographes ont voulu faire école à part (je l'avais appelée jeune école, cette appellation leur a déplu) mais ils ont intitulé cette école *école clinico-micrographique*. Il y a ici un peu d'ingratitude : c'est un Allemand qui nous a apporté la cellule cancéreuse. Aussitôt installée, cette école s'insurge contre ses premiers patrons : Il est trop petit, votre microscope, etc. Je ne veux rien dire de désobligeant, mais M. Lebert, qui est venu installer une école clinicienne, était-il un clinicien ? M. Robin, aux savants travaux duquel je rends entière justice, est-il donc aussi un clinicien ? Nos deux jeunes confrères, jeunes, cela leur passera, sont-ils donc déjà des cliniciens ? J'ai pour la micrographie une grande estime si elle veut se tenir à sa place.

Les micrographes ont fait de la conciliation ; ils ont dit : Les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques repullulent comme les cancers. Je veux bien dire, de mon côté, que ce ne sont plus là des cancers encéphaloïdes ; mais, comme a dit notre savant collègue, M. Cloquet, il y a une famille de cancers, le cancer à cellules, le cancer épithélial, le cancer fibro-plastique. Il serait assez singulier qu'aujourd'hui je vinsse défendre la micrographie contre M. Delafond, qui va plus loin que moi. Dans certains cancers il y a des cellules qu'on peut distinguer ; j'ai vu assez peu, mais j'en ai vu. Il faut que de votre côté vous nous concédiez que l'épithélium et le fibro-plastique sont des cancers. Il faut que vous nous accordiez que l'hypertrophie peut se trouver dans les cancers ; il faut nous concéder que le cancer est une maladie mortelle de sa nature, qui ne guérit jamais spontanément, qui repullule sur place ou ailleurs, quoique d'ailleurs il y ait des différences dans la repullulation, dont on peut tenir compte dans la valeur pronostique. Il y a, dans les cancers, des différences de malignité, mais ils sont toujours malins. D'après les micrographes, le cancer de la langue, qui repullule constamment et qui tue toujours, ne serait pas un véritable cancer. J'ai séparé, dans la catégorie des tumeurs du sein, une proportion considérable de tumeurs qui s'élève à près d'un quart. Ces tumeurs ont des signes qui permettent de les distinguer ; elles guérissent quelquefois spontanément. Si on les enlève, elles ne repullulent pas. J'en ai aujourd'hui 150 exemples, dont 60 ont été publiés. Il est aussi rare de voir repulluler ces tumeurs, qu'il est rare de voir les autres ne pas repulluler. Dans celles-là, les unes repullulent plus opiniâtrément que d'autres ; ainsi, jamais je n'ai guéri un squirrhe ligneux par l'opération ; aujourd'hui je n'en opère plus. Au contraire, l'encéphaloïde et le squirrhe globuleux, qu'on enlève sans les ganglions de l'aisselle, ou même avec quelques-uns de ces ganglions, le squirrhe isolé et non adhérent à la glande mammaire peuvent être suivis de guérison, lorsque l'ablation en a été faite. Voilà à quoi m'a conduit la clinique. Que le microscope cherche et m'apprenne la cause de ces différences. Je n'ai jamais proscrit le microscope d'une manière absolue, car tout ce que j'ai dit ici, je l'ai imprimé dans mon *Traité des maladies du sein*. Je termine l'examen de la question du microscope dans le cancer par l'appréciation suivante :

« La présence de cellules dites *cancéreuses*, dans une tumeur qui offre d'ailleurs les caractères anatomiques du cancer, est de nature à augmenter les craintes de récidive après l'opération, comme leur absence serait de nature à rassurer, si la tumeur enlevée se rapportait en outre, par le reste de sa physionomie, à la classe des tumeurs bénignes. » J'ajoute plus loin : « Reconnaissant qu'ils se sont trop hâtés de conclure, ils se mettront à l'œuvre sans perdre de vue les notions que le microscope leur a déjà fournies. Ils arriveront ainsi, j'en ai le ferme espoir, à quelque autre découverte, à un résultat plus décisif pour la détermination des cancers. Personne plus que moi ne le désire assurément, et je saurai toujours gré à M. Robin et à M. Lebert des indications qu'ils ont bien voulu me fournir. » Voilà quelle était mon opinion et telle elle est encore, malgré toutes leurs petites attaques, et si j'osais parler au nom de la Clinique à la Micrographie, je terminerais ainsi cette longue et solennelle discussion ; je dirais :

Des Dieux que nous servons connais la différence ;
Les tiens t'ont ordonné le meurtre et la vengeance,
Et le mien, quand ton bras vient de m'assassiner,
M'ordonne de te plaindre et de te pardonner.

(Applaudissements prolongés.)

PRÉSENTATIONS. — *Morve aiguë chez l'homme*. — M. *Desportes*, chirurgien de Bicêtre, présente des pièces anatomo-pathologiques qui paraissent se rapporter à un cas de manifestation de morve suraiguë chez un homme qui a succombé après quatre jours de maladie.

RÉSECTION DE LA CLAVICULE. — M. *Chassaignac* présente à l'Académie une femme de quarante ans, chez laquelle, à la suite d'une fracture spontanée de la clavicule droite, suivie d'une ostéite suppurante, il a fallu pratiquer la résection de la clavicule. L'opération a été pratiquée de façon que le périoste fût conservé. Aujourd'hui, cette femme est parfaitement guérie, et l'os est en voie de reformation.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

NOTICE HISTORIQUE; ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE.

En attendant que nous commencions la publication des travaux de la *Société de médecine du département de la Seine*, ce qui aura lieu dès que le premier compte rendu des séances sera entre nos mains, nous croyons devoir retracer en quelques traits le passé de cette Société, la plus ancienne de toutes celles qui ont pour objet l'étude des sciences médicales. Ce sera le moyen de faire préjuger son importance actuelle; moyen indirect, mais qui a l'avantage de n'être pas suspect de flatterie intéressée (1).

On peut résumer en deux mots l'histoire et en même temps l'éloge de la Société. Elle a été d'abord l'équivalent, puis la pourvoyeuse, de l'Académie de médecine.

Un décret du 8 août 1793 avait supprimé, avec beaucoup d'autres institutions, les Facultés, la Société de médecine et l'Académie de chirurgie. Ainsi dispersés au nom de la liberté, les médecins ne tardèrent pas à sentir le besoin de se réunir au nom de la science. La constitution, en leur ôtant, comme contraire à la dignité humaine, le joug d'une organisation officielle, les autorisait, par son article 300, à s'enchaîner volontairement. Elle donnait aux citoyens le droit de former des *sociétés libres* « pour concourir aux progrès des sciences, des lettres et des arts. » Quelques anciens membres des académies se réunirent et, par l'organe de Sédillot, demandèrent au ministre de l'intérieur l'autorisation de se constituer sous le nom de *Société de santé de Paris*. Cette autorisation ayant été accordée sur le rapport du citoyen Seguy, la première séance eut lieu le 2 germinal an IV (11 mars 1795), au Lycée des arts, Palais-Égalité (depuis Palais-Royal). Parmi les noms des trente-trois membres qui y assistèrent, on distingue ceux de Andry, Auvity, Bouillon-Lagrange, Bousquet, Brasdor, Chauffard, Descemet, des deux Sédillot, etc. Les adhésions se multiplièrent rapidement; au bout de quelques mois, on comptait quatre-vingt-dix-neuf membres résidants et soixante-douze correspondants; quelques années après, cent quarante-quatre membres résidants, cent correspondants nationaux et vingt-neuf associés étrangers. La Société fut divisée en quatre comités distincts, s'occupant: le premier, de l'anatomie, de la physiologie et de la physique animale; le deuxième, de l'histoire naturelle, de la topographie médicale et de l'hygiène; le troisième, de la pharmacie et de la chimie; le quatrième, de la clinique externe; le cinquième, de la clinique interne; le sixième, enfin, de la littérature médicale, oubliée plus tard dans le cadre de l'Académie.

Chose digne d'être remarquée, l'administration usa, pour ainsi dire, de cette société indépendante comme on use d'une académie officielle. Le département de la Seine lui renvoya toutes les questions d'hygiène et de salubrité qui se posaient devant lui. « C'est ainsi, dit M. Boys de Loury, qu'elle fut chargée (an X) d'examiner si le collége du Plessis, qu'on destinait à recevoir l'École centrale des Quatre-Nations, était dans des conditions favorables pour y recevoir des élèves. Des réclamations s'élèvent (an XI), de la part des habitants du Gros-Caillou, au sujet de la buanderie des Invalides; une commission est chargée par le préfet de s'assurer si les plaintes sont fondées. » La Société, à cette époque, était consultée également sur les questions relatives aux épidémies et maladies régnantes. Elle fut même chargée pendant plusieurs années, à partir de 1808, de l'examen des conscrits. Enfin, elle a constamment rempli, et elle conserve, la mission de constater l'état de santé des employés de la préfecture de la Seine appelés à faire valoir leurs droits à la retraite.

A ces services qui lui étaient demandés, la Société en ajoutait de bénévoles qui n'étaient pas de moindre importance.

Dès les premières années de sa fondation, elle instituait des consultations gratuites qui avaient lieu à l'Hôtel-de-Ville tous les dimanches, de midi à quatre heures; quatre membres y assistaient. Ce fut le premier exemple d'une bonne œuvre qui a pris depuis une extension considérable, sans conserver toujours la même pureté d'intentions. L'administration allouait à cet effet, à la Société, une somme de 300 francs. Cette subvention fut retirée en 1833. Comme à cette époque d'autres consultations gratuites s'étaient établies dans la plupart des hôpitaux, celle de l'Hôtel-de-Ville perdit beaucoup de son utilité, et put être supprimée sans inconvénients. Pendant les trente-huit ans qu'elle avait duré, elle n'avait pas été moins profitable à la science qu'à l'humanité; car les cahiers de consultation, tenus avec beaucoup de soin par M. Burdin jeune, ont fourni d'intéressantes observations aux séances et aux publications de la compagnie.

Ce fut encore la Société qui donna l'exemple, quand il s'agit de vaincre les répugnances qui entravaient en France la propagation de la vaccine. Le 28 février 1801, elle institua une *commission de vaccine*, composée de six membres, outre le président et le secrétaire général. Cette commission, à laquelle furent confiés des travaux très importants, subsista jusqu'en 1820, c'est-à-dire jusqu'à l'époque où des vaccinations furent établies dans les mairies et à l'Académie de médecine.

On voit déjà par ce qui précède si nous avions raison de dire que la Société de médecine a tenu longtemps la place d'une académie. Pour justifier maintenant cette autre assertion, que, depuis la création d'une académie officielle, elle en a été la principale source de recrutement, il n'y a qu'à mettre en regard les listes des membres des deux compagnies. On y retrouve à chaque instant les mêmes noms, et des noms qui tous honorent le corps médical: Alibert, Baudelocque, Bouillon-Lagrange, Cullerier, Desgenettes, Désormeaux, Deneux, Deyeux, Double, Antoine Dubois, Mérat, Nacquart, Huzard, Pelletier, Prus, Requin, Villermé, et beaucoup d'autres, même en ne choisissant que parmi les morts. A cet égard, nous ne croyons pas que la Société de médecine ait eu de rivale et en ait jamais.

Les publications de la Société ont commencé dès la première année de ses travaux, et ce fut encore une innovation. Il n'existait pas alors de journaux de médecine. Son premier volume, intitulé: *Recueil périodique de la Société de santé de Paris*, contient les six premiers mois de l'an V (1796). Jusqu'en 1800, on se borna à un résumé des travaux et à un compte rendu des discussions, rédigés par un comité; mais à cette époque, le journal, abandonné exclusivement à la direction du secrétaire général, prit le titre de *Journal général de médecine*, et joignit aux matières ordinaires de l'ancien recueil une revue périodique de la littérature médicale étrangère. En 1818, on était arrivé au soixantième volume. Le journal fut de nouveau confié aux soins d'une commission; mais au mois de janvier 1820, il fut encore laissé à la direction d'un seul: c'était M. Gaultier de Claubry, actuellement membre de l'Académie de médecine. MM. Gendrin, Forget et Sandras lui succédèrent de 1825 à 1834. Le journal se fondit alors dans la *Revue médicale* qui resta l'organe de la société jusqu'au jour où il fut remplacé par la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, c'est-à-dire pendant vingt ans.

La société de santé, qui prit le 15 février 1797 le titre de *Société de médecine de Paris*, et plus tard celui de *Société de médecine du département de la Seine*, siégeait d'abord, comme nous avons dit, au palais Égalité; quelques mois plus tard, elle fut autorisée à tenir ses séances au Louvre; enfin, en l'an XI, elle obtint une salle à l'Hôtel-de-Ville. Elle tient aujourd'hui ses séances dans la bibliothèque du palais.

Les séances ont lieu les *premier* et *troisième* vendredis de chaque mois, à trois heures.

Les membres résidants actuels sont:

MM. Andry, Archambault, Audouard, Baillarger, Belhomme, Boinet, Bourguignon, Bouvier, Boys de Loury, Brierre de Boismont, Briquet, Camus, Cazeaux, Chailly (Honoré), Collineau, Costilhes, Danyau, Debout, Dechambre, De Lasiauve, Denonvilliers, Deville, Devilliers fils, Duchenne (de Boulogne), Duparcque, Durand-Fardel, Fauconneau-Dufresne, Forget, Géry, Gibert, Grisolle, Guibout, Hervez de Chégoin, Jacquemin, Jacquemier, Jolly, Lagneau, Latour (Robert), Legras, Leroy (d'Étiolles), Leveillé, Loir, Monneret, Nonat, Oulmont, Patissier, Petit, Piétra-Santa, Richelot, Robert, Sandras, Scellier, Ségalas, Tanquerel des Planches, Téallier.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 19 JANVIER.

1° Lecture de M. Durand-Fardel sur le suicide chez les enfants.

2° Discussion au sujet d'une lecture de M. Leroy (d'Étiolles) sur le cancer.

(1) Les détails qui vont suivre sont principalement tirés de la *Notice historique sur la Société de médecine de Paris*, publiée en 1851 par le secrétaire général, M. Boys de Loury.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur l'application du microscope à l'étude du cancer, par M. RANZI.

Le travail dont nous allons rendre compte est celui qu'a invoqué M. Velpeau dans son discours de mardi.

Pendant l'année scolaire 1852-53, M. le professeur Ranzi a fait à l'école de perfectionnement de Florence une série de leçons sur le cancer, en prenant pour bases les résultats de ses observations et de celles du professeur Regnoli.

Les deux savants confrères occupant une place éminente dans la chirurgie italienne, il sera sans doute intéressant de faire connaître leur manière d'envisager la question.

Nous donnons en conséquence une analyse sommaire des leçons telles que nous les trouvons dans les numéros 27, 29, 30, 31, 33, 46 de la *Gazetta medica Toscana*. C'est à cette source que nous

renvoyons ceux de nos lecteurs qui désireraient des détails plus circonstanciés.

La science et l'art, dit M. Ranzi, réclament de nouvelles études sur la clinique et l'anatomie pathologique du cancer, afin d'établir d'une manière plus certaine les doctrines qui se rapportent à cette cruelle maladie. Les travaux entrepris de nos jours avec ce grand instrument d'investigation, le microscope, n'ont pas apporté dans le chaos des tissus morbides la lumière que l'on en avait espérée tout d'abord. Il n'est pas encore possible d'établir les espèces et les différences essentielles de ces tissus sur des éléments anatomiques certains, et il est des médecins qui refusent aux savants infatigables qui ont vieilli sur le microscope la conquête d'une classification satisfaisante des produits morbides.

La pratique manquant d'un critérium qui puisse établir une distinction précise entre les tissus homœomorphes et hétéromorphes, on est réduit à concentrer toute son attention sur les apparences extérieures des produits morbides et à invoquer le critérium des faits cliniques, plus important et plus solide qu'on ne l'a pensé dans ces derniers temps.

Trois questions principales peuvent être posées :

1° Distinguer les affections cancéreuses de celles qui, malgré quelques apparences extérieures, n'en ont pas la véritable nature.

2° Déterminer la curabilité du cancer.

3° Établir s'il est utile ou nuisible de le combattre chirurgicalement.

De tout temps, les cliniciens ont reconnu des produits cancéreux et des produits qui ne le sont pas, des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. La doctrine de Ledran, l'enseignement de Boyer, les études d'A. Cooper, de MM. Cruveilhier et Velpeau, on fondé des distinctions rendues plus scientifiques par les progrès de l'anatomie pathologique.

La naissance de l'histologie, l'application du microscope à l'étude des éléments anatomiques et des tissus pathologiques ont donné lieu à une nouvelle classification des tissus anormaux fondée sur l'élément morphogène. Le cancer a été distingué des autres tissus par l'élément anatomique hétéromorphe, par sa cellule spécifique, etc.; dès lors la cellule cancéreuse de Müller est devenue un dogme, un principe régulateur pour le chirurgien au lit du malade.

Dès 1850, M. Ranzi, en cherchant à établir un rapport précis entre la cellule cancéreuse et la marche clinique du cancer, a constaté que certaines productions épidermiques ne pouvaient pas être considérées comme bénignes, quoique le microscope n'y découvrît pas la cellule cancéreuse ; que, d'autre part, il existait des productions malignes sans ladite cellule.

L'auteur appuie ces propositions sur des observations empruntées surtout aux auteurs français et sur des faits qui lui sont propres. Nous reproduisons ces dernières.

Obs. I. — *Production épithéliale; accord entre la clinique et l'inspection anatomique.* — Vieille femme, ayant sur le dos de la main gauche et de l'avant-bras un ulcère vaste, profond, anfractueux, fongueux, d'où s'écoule une sanie fétide ; la base et les bords sont durs et lardacés ; la matière qui est à la surface, blanchâtre, grumeleuse, sébacée ; pas d'hémorrhagie, pas de douleur lancinante, pas de cachexie cancéreuse.

L'examen microscopique des fongosités et de l'ichor ne révèle pas la présence de la cellule cancéreuse dans cette production épithéliale bien caractérisée. L'état général de marasme contre-indique l'opération ; mais peu à peu la réparation a lieu dans cette vaste solution de continuité. Les fongosités s'affaissent, se couvrent de bourgeons vasculaires, et l'épiderme se reforme de la périphérie au centre.

Obs. II. — *Désaccord entre la clinique et l'examen anatomique.* — Production épithéliale située sur la lèvre d'un homme, ablation ; récidive d'une autre tumeur sur ce même point plus d'un an après. Dans les deux cas, pas de cellule pathognomonique à l'inspection microscopique.

Obs. III. — Femme de soixante ans, ayant sur l'os zygomatique gauche un ulcère, à la suite de l'extirpation d'une tumeur née dans la même région ; la base et les bords sont durs, lardacés ; une suppuration sanieuse s'écoule de la surface. Les observations microscopiques, répétées sur de petites portions de la tumeur et sur la sécrétion ichoreuse, ne montrent que des éléments fibro plastiques, des cellules épidermiques. Au moyen de la pâte de zinc, on obtient une cicatrisation presque complète ; mais, trois mois après, toute la joue est envahie par un vaste ulcère ; hémorrhagies obstinées ; douleurs atroces ; insomnie ; cachexie cancéreuse des plus caractérisées. A aucune période de la maladie on n'a aperçu la cellule cancéreuse.

Obs. IV. — Une femme de quarante ans, ayant de belles couleurs et une santé florissante, est opérée, en 1850, d'une tumeur à la région temporale gauche. Les caractères extérieurs de la tumeur, l'examen anatomo-pathologique et microscopique la font regarder comme étant de nature fibro-plastique. La cicatrisation se fait complétement ; malade et chirurgien sont pleins de confiance dans la guérison, lorsque, en 1852, il survient dans la même région une nouvelle tumeur qui s'étend à l'articulation temporo-maxillaire et à la région parotidienne, au delà de l'angle de la mâchoire. On voit là un amas de glandes formant une tumeur dure, inégale, à accroissement rapide, avec douleurs lancinantes. L'ancienne cicatrice se conserve intacte. Voilà donc une récidive, non sur place, mais dans les régions voisines, d'une tumeur où l'on n'avait pas constaté de cellule cancéreuse.

Obs. V. — *Tumeur à marche bénigne ayant l'apparence encéphaloïde.* — Femme de cinquante ans ; tumeur de la mamelle gauche, inégale, dure en plusieurs points, molle en d'autres ; d'un côté, l'on voit une ouverture qui donne issue à de la matière purulente ; de l'autre, le tégument est rougeâtre, aminci. Symptômes de cachexie débutante.

Le professeur d'anatomie microscopique (M. Pacini) constate dans la substance fongueuse la cellule cancéreuse type.

Cependant les fongosités s'affaissent ; la tumeur se réduit considérablement, et l'ulcère prend l'aspect d'une simple plaie.

Plus de deux ans se passent dans cet état de choses, puis la tumeur se mamelonne, le tégument prend une teinte rouge violacé, les caractères de l'encéphaloïde se dessinent.

Cette tumeur n'a-t-elle pas eu une marche bénigne, quoique le microscope ait retrouvé à toutes ses phases la cellule spécifique ?

Obs. VI. — *Cellule cancéreuse dans une tumeur à marche bénigne.* — En 1832, M. Regnoli extirpe à la région parotidienne une tumeur qui présente les apparences extérieures et les caractères anatomiques de l'encéphaloïde. Douze ans après, nouvelle tumeur dans la même région, augmentant très lentement. En 1849, elle acquiert le volume d'une orange. Deuxième opération, très difficile et très délicate (l'apophyse styloïde est mise à découvert). Le microscope constate la cellule cancéreuse caractéristique. Cependant la cicatrisation se fait complétement, et aujourd'hui (1853) le malade n'a aucune trace de récidive ni aucune souffrance. Ainsi douze ans s'écoulent entre l'extirpation et la récidive ; la seconde tumeur met cinq ans pour atteindre la grosseur d'une orange. La guérison date de plus de trois années.

Au point où en était la science en 1853, les faits produits par le savant chirurgien de Florence ne prouvent rien de nouveau ; à plus forte raison, à l'époque actuelle, ils sont d'un intérêt médiocre. On doit regretter, en premier lieu, que les observations soient à la fois très incomplètes et peu concluantes. La première est en faveur de la bénignité des tumeurs épithéliales ; elle semble même prouver un fait rare et absolument contesté par M. Velpeau, c'est-à-dire la guérison spontanée d'une production épidermique.

La seconde observation montre seulement une récidive sur place, et la quatrième une repullulation de voisinage qui n'a rien d'étonnant par suite du traitement mis en usage.

Dans le troisième fait, on parle d'une cachexie à la suite d'une tumeur épidermique ; mais l'autopsie ne vient pas prouver la géné-

ralisation, et le mot cachexie est fort vague, comme on le sait.

L'auteur trouve bénigne la marche du cancer de la cinquième observation. On doit n'y voir qu'un de ces temps d'arrêt assez communs dans l'évolution des cancers.

Et enfin, trois ans écoulés sans récidive depuis l'opération ne prouvent guère la cure radicale de la tumeur de la sixième observation, surtout quand c'est au bout de douze ans seulement que s'est manifestée la seconde éruption de la diathèse.

En résumé, ces faits ne prouvent rien contre les doctrines exposées dans ce journal, doctrines qui ne fléchiront que devant des faits plus rigoureusement observés, plus détaillés, et moins accessibles à la discussion.

Cysticerques existant simultanément dans un grand nombre d'organes chez le même sujet, par le professeur P.-E. GELLERSTEDT (de Lund).

La théorie du développement des vers intestinaux a fait, depuis quelques années, de grands progrès; la *Gazette hebdomadaire* en a déjà entretenu ses lecteurs à propos d'un travail de M. Leuckart (1854, n° 42, p. 699). L'importance de la question n'est pas moindre au point de vue de la pathologie que de l'hygiène; ainsi, la chair de cochon ladre peut-elle donner lieu au développement de vers chez l'homme? C'est une question que l'on doit se poser. On serait tenté, *à priori*, de nier la possibilité du fait, par cette raison que les vers intestinaux sont rares relativement au nombre des cochons ladres dont la viande est chaque jour livrée à la consommation. Le fait que nous communique le professeur suédois est intéressant à cet égard.

Une femme de quarante-sept ans, peu de temps après s'être nourrie de la chair d'un cochon ladre, éprouva des accidents cérébraux: douleur de tête, affaiblissement, quelques vomissements, symptômes qui furent suivis d'un affaiblissement complet et d'un état d'hébétude profond. Jamais il ne se manifesta de paralysie, de contracture ou de mouvements convulsifs. A l'ouverture du cadavre on trouva des cysticerques dans l'épaisseur de la pie-mère, dans la substance des circonvolutions cérébrales, surtout dans leur enveloppe corticale, dans les couches optiques et les corps striés. Plusieurs vésicules, contenant le même parasite, existaient dans le feuillet viscéral de la plèvre droite, dans la scissure interlobaire. On en trouvait une sous l'endocarde, près de la naissance de l'aorte; une sous la muqueuse duodénale, plusieurs dans les reins, et un grand nombre dans les muscles.

Cette observation offre, comme on le voit, un intérêt marqué par la cause étiologique indiquée, et par le grand nombre de cysticerques trouvés dans les différents organes. (*Hygiea*, v. XV, p. 145; *Schmidt's Jahrb.*, 1854, n° 11, p. 185.)

Cancer encéphaloïde ulcéré; ligature en masse, guérison, par M. MOURGUE.

Quoique la guérison n'ait pu être constatée que pendant une année, le fait que cite M. Mourgue n'est pas pour cela moins digne d'éveiller l'attention des praticiens. S'il n'apporte point un élément décisif à la question, actuellement pendante, de la cure radicale du cancer, il sera tout aussi précieux en apprenant à ne pas désespérer des ressources de l'art, même au milieu des circonstances en apparence les plus graves.

OBS. — Une femme âgée de soixante-dix ans portait depuis quinze mois en dedans du bras gauche, près du coude, une tumeur qui peu à peu avait acquis le volume de la tête d'un enfant à terme. Rougeâtre, parsemée de vaisseaux, semblable à un cerveau dénudé, elle saignait facilement et était le siége de douleurs lancinantes. Teint pâle, jaunâtre, amaigrissement, affaiblissement progressif.

La tumeur ayant un pédicule du diamètre d'une pièce de 5 francs, M. Mourgue utilisa cette conformation en l'étreignant par une forte ligature. Elle tomba le onzième jour, laissant à sa place une plaie de bonne nature qui se cicatrisa en peu de temps.

Un an se passa sans que la récidive eût lieu ni localement ni sur d'autres points. A cette époque, cette femme contracta, sans cause connue, une phlogose gastrique à laquelle elle succomba malgré un traitement rationnel. (*Revue thérapeutique du Midi*, septembre 1854, p. 187.)

De l'application de l'acétate de morphine comme topique dans le coryza idiopathique, par le docteur PROSPER DELVAUX.

Il est peu d'affections, graves ou légères, qui résistent aussi opiniâtrément à la thérapeutique que le coryza. Cependant le coryza idiopathique devient, chez quelques individus, une incommodité habituelle, insupportable à un haut degré. Nous avons été à même d'essayer la plupart des moyens proposés à ce sujet, et d'en reconnaître l'inefficacité. Ce qui nous a le mieux réussi, ce sont les affusions froides, soit sur tout le corps, soit sur la tête seulement; mais c'est là un ordre de moyens que tout le monde ne peut pas mettre en usage, et qui même nécessite, pour être usité impunément et jouir de toute son efficacité, un certain degré d'habitude.

M. Delvaux conseille, comme un moyen beaucoup plus sûrement efficace, la solution suivante:

Acétate de morphine. . . 1 à 2 décigr.
Eau distillée . . . . . . 30 gram.

On en fait aspirer fortement par les narines la quantité d'une cuiller à café, de quart d'heure en quart d'heure, afin que le liquide baigne les fosses nasales dans toute leur profondeur pour être rejeté ensuite par la bouche. Au bout de quelques heures, un amendement notable se produit; la céphalalgie et le larmoiement, lorsqu'ils existent, sont les symptômes qui disparaissent d'abord, puis la sécheresse et le prurit ne se font presque plus sentir, et l'écoulement séreux ne tarde pas à se transformer en celui d'un mucus épais qui annonce la résolution du mal. Dans le coryza chronique, le même moyen réussit encore, mais la résolution de l'inflammation n'est pas aussi prompte. (*La Presse médicale belge*, 16 décembre 1854.)

VI.

VARIÉTÉS.

— M. Scoutetten, médecin principal des hôpitaux militaires français de Constantinople, et M. Mounier, médecin en chef de Dolma-Bagtché, ont entrepris, malgré leurs nombreuses et importantes occupations, de faire chaque jour un cours de médecine opératoire aux vingt élèves de l'école de médecine ottomane qui ont été attachés comme aides au grand hôpital de Péra et à celui de Dolma-Bagtché, et de les exercer au manuel opératoire. Grâce à ces excellentes leçons, la Turquie possèdera bientôt de bons médecins opérateurs instruits par l'expérience, et qui pourront à leur tour former des praticiens.

Ces vingt élèves savent, du reste, par leur studieuse application, se montrer dignes des soins que ces deux membres si distingués du corps médical français prennent pour leur instruction. (*Journal de Constantinople* du 29 décembre 1854.)

— L'une des plus grandes célébrités médicales du Midi, M. le docteur Charles Viguerie, vient de mourir à Toulouse, à l'âge de 76 ans.

— Le concours pour l'agrégation qui vient d'avoir lieu à l'École supérieure de pharmacie de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Lutz et J.-L. Soubeiran.

Pour toutes les variétés,
A. DECHAMBRE.

ERRATUM. Dans le n° 2 (p. 30, 2e colonne) dans la relation d'un fait de contagion de choléra à observé à Caen, on a imprimé le nom de M. Prieur au lieu de celui de M. Lecœur. Ces deux honorés confrères sont assez connus pour que, sur la simple indication de l'origine du fait qui nous avait été communiqué, le lecteur ait de lui-même, sans doute, rectifié l'erreur typographique.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 26 JANVIER 1855. N° 4.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté en date du 23 janvier 1854, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a institué en qualité d'agrégés, près l'École supérieure de pharmacie de Paris, MM. Lutz et Soubeiran, le premier pour la section de pharmacie, et le second pour la section d'histoire naturelle.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique en date du 25 janvier 1855, M. le docteur Tavernier, professeur d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, a été nommé directeur de ladite école en remplacement de M. Rigollot, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 18 au 24 janvier 1855.

27. GARDRAT, Alexandre-Amédée, né le 12 décembre 1818 à Jonzac (Charente-Inférieure). [*De la délivrance et des accidents qui peuvent la compliquer.*]

28. ROLLAND, Gabriel-Jean-Léon, né le 7 janvier 1831 à Mas-Grenier (Tarn-et-Garonne). [*De la pneumonie chez les enfants.*]

28. FATOU, Pierre-Eugène, né le 10 août 1824 à Quimper (Finistère). [*De l'éclampsie puerpérale.*]

30. SCHNEPF, Bernard, né le 11 juin 1819 à Heisteren (Haut-Rhin). [*Des aberrations du sentiment.*]

31. ANSELIN, Jules-René, né le 21 décembre 1822 à Beauvais (Oise). [*Essai de topographie médicale sur la ville de Bougie et le pays Kabyle limitrophe.*]

32. FENERLY, Paul, né le 15 août 1833 à Constantinople (Turquie). [*De l'hématocèle.*]

33. GUIGNAULT, Moïse, né le 27 mai 1824 à Lencloître (Vienne). [*De l'hématurie.*]

34. PESNE, Paul-Abraham, né le 16 mars 1818 à Troyes (Aube). [*Erreurs populaires en médecine.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 25 janvier 1855.

LE MICROSCOPE ET LE CANCER DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE; ÉTAT DE LA DISCUSSION.

Quel que soit notre désir de ne point fatiguer nos bienveillants lecteurs en prolongeant outre mesure cette discussion, les exigences d'une défense légitime nous forcent à parler

---

FEUILLETON.

Unité de la voix chantée. — Auscultation de la voix.

S'il y a peu de médecins qui ne s'imaginent, de par la physiologie, être compétents dans les plus délicates questions de musique vocale, on compte moins encore de professeurs de chant à qui le besoin de connaître la structure et les fonctions de l'appareil phonateur n'ait fait croire qu'ils les connaissent. Aussi voit-on à côté de saines observations, fruit de la pratique, pulluler dans leurs ouvrages les assertions les plus étranges sur la nature et le mécanisme des parties essentielles à la formation du son. Ici c'est « la texture charnue et granuleuse des aryténoïdes » qui est posée comme point de départ de toute une théorie. Un maître qui a fait école avait coutume de définir le diaphragme « un petit nerf qui va de l'estomac au ventre. » Je ne parle pas de la confusion entre le larynx et le pharynx, écueil fatal même aux plus habiles.

M. Lesfauris, auteur de deux brochures récentes sur la matière (1), se hasarde peu dans la voie qui le pourrait conduire à de pareilles chutes. Préoccupé, je devrais dire passionné d'une idée unique, idée juste et féconde, il cherche à la faire triompher en la développant sous ses diverses faces et en en montrant toutes les conséquences. Mais, bien qu'il côtoie à chaque pas la physiologie, il sait se tenir dans le domaine où il a le droit de parler en maître et l'autorité nécessaire pour devenir réformateur.

L'idée mère développée dans ces deux brochures, en la supposant généralisée et appliquée avec vigilance, faciliterait singulièrement l'éducation de la voix. « Chacun, dit l'auteur, émet d'instinct une certaine quantité de notes de la voix chantée, plus ou moins mélangée avec d'autres voix... Si l'air expiré est complétement transformé en voix, la voix coordonnée avec la respiration a du mouvement, de la vie, un timbre particulier. Si, au contraire, l'air n'est qu'incomplétement transformé, la voix prend, dès qu'elle est émise avec force, un timbre plus ou moins musculaire. »

Cette remarque est exacte. Il n'y aurait donc que profit pour l'art à l'appliquer. Ce serait là l'office d'une éducation toute spéciale. Et l'auteur caractérise parfaitement la portée pratique de son observation en insistant sur la nécessité de créer à côté des écoles de musique, à côté des écoles

(1) *Unité de la voix chantée*, in-8° de 30 pages, par M. J. Lesfauris. — *Auscultation de la voix au point de vue du beau*, par le même. Paris, 1854.

une dernière fois pour répondre au dernier discours de M. Velpeau. Jusqu'à ce jour, nous nous sommes efforcé, dans la lutte vive que nous soutenons contre ce chirurgien éminent, de garder la modération que nous commandent son âge, son talent, sa position; plus que jamais nous conserverons cette attitude, pour montrer d'ailleurs que la jeunesse ne transgresse pas toujours, comme on le pense, les règles des convenances et du bon goût.

Dans son troisième discours, M. Velpeau a cherché comme précédemment à prouver, sinon l'inutilité du microscope en général, au moins son incompétence dans la question du cancer. M. Malgaigne et bien d'autres avaient parlé du chaos dans lequel était plongée, avant l'intervention de cet instrument, l'histoire tout entière des tumeurs, alors que la clinique seule se chargeait des descriptions et des classifications. M. Velpeau affirme, au contraire, que les recherches modernes reproduisent ce chaos et nous menacent d'une confusion inexprimable. Ceci nécessite une remarque. Tout esprit impartial reconnaîtra que depuis dix à douze ans environ, la détermination des produits accidentels a fait des progrès immenses. Lorsque cela a été dit à l'Académie par un homme qui est compétent, lorsqu'il s'agit de juger les progrès et les révolutions de la science, personne n'a songé à protester. A qui donc en revient l'honneur? Les uns disent que c'est au microscope surtout, qui depuis cette époque n'a pas un seul jour suspendu ses efforts; d'autres pensent que la lumière est sortie du sein de la clinique seule, représentée par M. Velpeau. Ce que cet auteur ne dit point ouvertement par modestie, ses amis se chargent de le proclamer. L'avenir, toujours équitable, jugera entre ces deux prétentions.

M. Malgaigne avait osé dire que c'était au microscope que M. Velpeau avait dû de pouvoir écrire un livre au niveau de la science; mais ce dernier a protesté, bien entendu, et a affirmé que le microscope, en voulant changer les vieilles habitudes, modifier les vieilles classifications, effacer la vieille nomenclature, n'avait guère engendré que des erreurs; qu'il avait séparé ce qui devait être réuni, réuni ce qui devait être séparé; en un mot, qu'il risquait de conduire dans une voie fatale.

A la prétention folle, les micrographes joindraient l'injustice noire: ils auraient voulu déposséder M. Velpeau d'une découverte qui est un de ses plus beaux titres de gloire, je veux parler de la distinction des tumeurs adénoïdes. S'emparer de la propriété d'autrui est une action basse: il y a donc ici une accusation de plagiat contre laquelle il convient de protester avec énergie. Les micrographes, et M. Lebert surtout, n'ont nullement songé (les écrits en font foi) à dépouiller M. Velpeau; ils ont seulement montré à cet éminent chirurgien que les tumeurs en question n'étaient composées ni de tissu fibreux, ni de fibrine décolorée, qu'elles n'avaient pas pour origine un ancien foyer sanguin, et que leur texture, enfin, ne différait pas de celle des tissus glandulaires de la mamelle, ce que du reste Astl. Cooper et A. Bérard avaient déjà soupçonné. C'est alors que, modifiant quelque peu ses premières opinions sur la structure intime et la genèse des tumeurs hypertrophiques, M. Velpeau a imaginé vers 1851 (1) la théorie des *productions adénoïdes*, théorie qui ne diffère pas essentiellement de celle que les Allemands en particulier avaient promulguée sous la dénomination de *loi d'analogie de formation*, et dont la valeur au reste est jugée en ce qui regarde au moins les tumeurs du sein.

Comme une maladie est d'autant mieux connue que les idées sont plus arrêtées sur son siége et sa nature, on peut affirmer que les travaux de M. Lebert ont eu une grande influence sur les progrès de ce point important de pathologie; mais je suppose même qu'on n'en tienne pas compte. Si les modernes voulaient attribuer à chacun, et d'une manière équitable, la part qui lui revient dans l'histoire clinique des tumeurs hypertrophiques du sein, ce n'est point à leur profit qu'ils devraient revendiquer, mais bien à celui d'Astl. Cooper, de Warren, de M. Cruveilhier. Pour ce qui regarde le premier en particulier, il conviendrait de comparer l'article *Tumeur mammaire chronique* (2) (le nom ne fait rien à l'affaire) et le court paragraphe inséré en 1839 dans le *Dictionnaire de médecine* (3). Dans tous les cas, et sa part est assez belle, M. Velpeau aura toujours à nos yeux le mérite d'avoir vulgarisé des faits étudiés par le Dupuytren de la chirurgie anglaise et par notre savant professeur d'anatomie pathologique.

Il est du reste bien facile d'apprécier en quelques mots la raison du conflit élevé entre M. Velpeau et le microscope. L'éminent chirurgien a fait toucher du doigt cette raison, et a nettement révélé l'intervention de sa personnalité. Il a favorisé depuis longtemps les recherches microscopiques, et il leur a demandé longtemps la vérification d'une idée préconçue: il aurait désiré, comme il l'a dit dans un autre dis-

(1) *Revue méd.-chirurg.* de M. Malgaigne, 1851, page 139.
(2) *Œuvres chirurg.*, trad. française, page 519, 1837. Il faut observer que cet article fut publié en 1829, sous le titre de *Illustrations of the Diseases of the Breast.*
(3) Article *Mamelle*, page 76, 1839.

---

de chant, une institution particulière qu'il désigne sous le nom d'*école de voix*. Tout en permettant le perfectionnement par l'exercice, cette école préviendrait plus d'une déception chez les jeunes adeptes. Et quand, pour mon compte, je me rappelle les mille désappointements dont fut témoin ma jeunesse, contemporaine du beau temps de Duprez, je ne puis trop applaudir à la sage recommandation destinée à prévenir de pareils écarts. Tel d'entre nous, par exemple, chanteur agréable de romances, brisait sans retour son filet de voix pour l'avoir voulu enfler en ondes sonores dignes de l'Académie royale de musique. Plus loin un baryton se ténorisait, soir et matin, à grand renfort de poumons, sans autre résultat, en fin de compte, que d'avoir fait déménager avant le terme tout son voisinage. Celui-ci venait, chaque semaine, m'éveiller pour me rendre témoin d'une nouvelle et merveilleuse méthode tout fraîchement découverte par lui, pour donner le *la!* Celui-ci ayant accroché par hasard cette note, désidératum suprême de son ambition, courait demander à son professeur un certificat comme quoi il le lui avait bien réellement, aux jour et heure que dessus, fait entendre... Je pourrais continuer. Mais ces petits malheurs, dont je souris aujourd'hui, n'en dévorent pas moins une multitude de vocations précieuses. Et l'*école de voix* serait, on va le comprendro, le plus sûr moyen d'en prévenir le retour, puisque le but qu'elle se propose consiste, selon l'expression même de M. Lesfauris, *à produire le plus beau son avec le moins d'air possible.*

Il y aurait bien peut-être ici une difficulté à vider avec l'auteur. Si j'admets comme lui qu'il soit toujours bon, pour le chanteur, de *chercher* à convertir en voix la totalité de l'air expiré, je ne puis admettre que ce soit réalisable à un égal degré dans les divers modes de phonation. Ainsi on l'exécutera sans peine dans le fausset, où c'est l'air qui vibre; aisément encore pour la voix de poitrine, dite *blanche*, ou *en dehors*, parce que la génération des tons ne s'y accomplit point par le seul effet de l'impulsion plus ou moins forte de la colonne d'air expiré. Mais dans la voix dite *sombrée*, ce dernier agent étant le seul élément de la tonalité, il est bien difficile que, lors de la formation des sons aigus, un peu de cet air ne soit pas dépensé en pure perte. Mais ceci même ne ferait que confirmer la justesse des remarques formulées par M. Lesfauris; car il est évident que, alors, la voix prend ce *timbre musculaire* particulier qu'il a signalé, et dont l'organe de Duprez offrit de si bonne heure, et bien caractérisé, le fâcheux mélange.

Comme heureuse contre-partie, capable d'éclaircir ce qu'il y a d'obscur dans les explications précédentes, je citerai la manière de Calzolari, type admirable, j'oserais dire immaculé, de conduite vocale sans effort. L'au-

cours, que le microscope révélât la présence des éléments cancéreux circulant dans le sang lorsque l'heure de la cachexie avait sonné. Ce désir ne s'est pas réalisé: premier désenchantement, premier doute. Pendant quelque temps, M. Velpeau et le microscope ont été assez d'accord: le premier faisait examiner des cancers vrais, les micrographes y trouvaient une certaine cellule. M. Velpeau trouva *ce fait intéressant et susceptible de devenir tôt ou tard de quelque utilité*. Mais vinrent d'autres tumeurs également cancéreuses pour l'honorable académicien. Le microscope ne trouva plus la cellule en question, et dit qu'il s'agissait de tumeurs épithéliales ou fibro-plastiques: second désenchantement, second doute, ou, pour mieux dire, négation de l'importance des éléments dits spécifiques.

Il y avait dès lors dissidence manifeste. Les deux parties avaient raison à leur point de vue, et l'on aurait encore pu s'entendre; mais, comme nous le dit M. Velpeau, *il ne pouvait renoncer à son diagnostic*. Dès lors, le moyen physique avait tort. Comme, d'une autre part, ce chirurgien a toujours soin de se déclarer le Mécène du microscope, comme en bien des endroits il affirme que son emploi peut être utile, ceci revient à dire que ce nouveau moyen d'exploration trouve grâce devant M. Velpeau quand il lui donne raison (1), et qu'il est détestable, au contraire, quand il ose contredire la clinique. Ce n'est pas ainsi qu'on doit, ce me semble, tenir la balance.

Pour ma part, je reconnais à la clinique le droit et le pouvoir de rectifier parfois les *déductions* du microscope, mais je crois aussi la réciproque incontestable. Ici un fait me surprend. M. Velpeau a bien souvent corrigé les jugements des micrographes, ceci est vrai; mais le microscope n'a-t-il *jamais* changé son opinion? Il le paraît; sans quoi notre honorable adversaire se serait fait sans doute un plaisir et un devoir de le proclamer.

M. Velpeau admet qu'un chirurgien habile, attentif, expérimenté, peut, dans *certains cas*, reconnaître la nature évidemment cancéreuse de *certaines tumeurs* sans le secours du microscope; mais, comme tout le monde, il admet des cas douteux, témoin la production montrée à l'Académie, et dont M. Robin et moi avons étudié la structure. Pour ces cas équivoques, le microscope est fort utile, et peut trancher la question: voilà, je crois, le langage de nos adversaires les plus radicaux. Or qu'ils nous permettent de le dire, en ceci ils pèchent singulièrement contre la logique. Un

(1) Voyez le parti que M. Velpeau tire du microscope dans le chapitre des tumeurs adénoïdes: ici l'instrument lui a toujours donné raison (*Traité des maladies du sein*).

clinicien enlève une tumeur; après l'avoir coupée en divers sens, il n'est pas plus éclairé qu'avant, et il dit: « Cela pourrait bien être du cancer, mais pourtant cela n'en serait pas que je n'en serais point étonné (réserve prudente). Mais cependant envoyons-la au micrographe. » Celui-ci constate la présence des éléments cancéreux, je suppose; le clinicien n'en est pas surpris, et il admet bravement qu'il s'agissait d'un cancer. Il a tort, car la nature du mal est déduite de la présence des éléments cancéreux; et puisque ces éléments ne sont, suivant lui, nullement spécifiques, il y a inconséquence de sa part à ajouter la moindre foi à un renseignement aussi peu important. Il conviendrait pourtant que nos contradicteurs cessassent de nager ainsi entre deux eaux, et qu'ils songeassent enfin à accorder à la structure et à la symptomatologie une part définie. Nous avons précédemment démontré quel rôle chacune de ces notions devait remplir dans l'histoire des productions accidentelles; il n'est donc plus permis de considérer aujourd'hui le problème comme insoluble, et d'invoquer un antagonisme qui n'existe pas.

Mais je m'aperçois que ces questions générales m'entraînent trop loin; le discours de M. Velpeau est si long et touche à tant de points, qu'il faudrait près de cent pages pour le réfuter complétement. Je vais donc me borner à l'examen des faits sur lesquels ce chirurgien appuie ses doctrines. Les faits sont une chose certes bien utile, mais à la condition qu'on n'en abuse pas, et qu'on ne leur fasse pas dire ce qu'ils ne disent réellement pas. Déjà j'ai argumenté, dans un article précédent, les observations qui étaient le fameux trépied doctrinal du chirurgien de la Charité. M. Robert a jugé comme moi qu'il y avait là matière ample à critique; M. Velpeau, de son côté, a défendu ces faits de son mieux, et comme il avait déjà défendu sa statistique.

Il convient d'y revenir encore. Plusieurs des observations précitées ont été abandonnées par leur auteur; d'autres ont été énergiquement appuyées. Voyons comment.

1° *Double tumeur du sein*. Nos lecteurs la connaissent bien d'après l'analyse que nous en avons donnée; ils savent aussi que la version académique et la version du *Traité des maladies du sein* diffèrent très notablement. M. Velpeau a mis M. Robert au défi de lui citer les différences, et lorsque ces différences ont été citées, ce qui n'était pas malaisé, il s'est excusé en disant que l'observation avait été rédigée par ses internes, et qu'il n'avait pas voulu changer leur rédaction. Voici, il faut en convenir, une réponse à laquelle nous ne nous attendions guère. Une observation aussi majeure est imparfaite; elle

diteur qui suit cet artiste avec l'attention que son talent rend si facile, ne peut percevoir une seule molécule aérienne qui ne soit pas utilisée par l'appareil phonateur. Et cet exemple, qu'il donne à l'instar des grands maîtres de l'ancienne école italienne, ne doit passer inaperçu d'aucun de ceux qui, dans la chaire ou sur les bancs, s'intéressent au perfectionnement d'un art où il serait grandement temps de substituer enfin, comme en médecine pratique, l'action qui aide et soutient la nature aux tentatives qui l'égarent ou la brisent, sous prétexte de l'améliorer.

Ardent pour le triomphe de ce qu'il appelle *la vérité sur la voix*, M. Lesfauris n'évite pas toujours entièrement les reproches que nous adressions à MM. les professeurs de chant. Mais s'il pèche, toutefois, ses intentions doivent le faire excuser; car l'erreur, chez lui, n'est que l'effet d'une disposition trop prononcée à embrasser, dans une synthèse sans bornes, la totalité des phénomènes qui concourent à l'expression artistique du sentiment du beau. C'est ainsi qu'il nous semble équitable d'interpréter ce qu'il dit de l'*unité de la voix chantée*. Nous aimons mieux le comprendre dans ce sens élevé, que de le rattacher à une assertion essentiellement inexacte, et que l'on s'étonne de voir explicitement avancée par un homme aussi versé que lui dans la connaissance du mécanisme vocal. Entraîné par son dogme de l'unité, il affirme « qu'il n'existe dans la voix qu'un registre, celui de poitrine; que l'existence du registre de fausset n'a rien de naturel, et prouve seulement que l'instrument a été mal développé.... »

Assurément une réforme dans cette voie n'aurait rien que de très légitime. Plus d'une fois déjà je me suis senti porté moi-même à la provoquer, en présence des abus sans nombre qui ont pris racine dans la nomenclature de l'art vocal. Et lorsqu'un homme sensé voit admises dans des solféges, dans l'enseignement public, comme autant d'espèces distinctes, la voix de poitrine, de fausset, de tête, de gorge, du nez, de la bouche, du pharynx..., je conçois à merveille qu'il éprouve et manifeste le désir d'une simplification utile autant que rationnelle. Mais à cette tendance même il faut aussi des limites; et méconnaître la différence fondamentale qui existe entre le registre de poitrine et celui de fausset; refuser au second le titre d'émission naturelle, le reléguer dans les *anormalités*, c'est, nous devons en prévenir l'auteur, s'exposer à pousser la réforme plus loin que ne la voudront suivre ceux qui avaient qualité pour la proposer.

Le précepte d'utiliser pour la voix tout l'air expiré, et surtout le prix que M. Lesfauris attache à l'observer, révèle en lui un professeur excellent. Nous ne doutons donc aucunement, quoiqu'il ne donne ici nul détail sur ce point, des succès d'un enseignement dirigé d'après de tels prin-

ne prouve pas ce qu'on voulait prouver; on est obligé de l'arranger verbalement plus tard pour en tirer parti, et tout cela vient de ce qu'elle a été prise par un interne. Mais pourquoi donc M. Velpeau a-t-il eu, en rédigeant son livre, tant de respect pour cette rédaction? Qui donc signe le livre, qui donc est responsable? On ferait mieux d'abandonner une observation que de la défendre par un argument de cette espèce.

L'interne de M. Velpeau est-il coupable aussi de ce que la tumeur hématique, où l'on a trouvé des cellules cancéreuses, siégeait dans l'os maxillaire (*Traité des maladies du sein*), et dans la lèvre supérieure qu'il fallut fendre pour l'extraire (discours académique).

2° *Tumeur des fosses nasales.* M. Velpeau s'écrie à ce propos : « Je ne sais pas du tout, pour ma part, où M. Robert » a pu voir que des fragments superficiels de la tumeur ont » été envoyés aux micrographes; il n'y a pas un mot de cela » dans le récit que j'ai fait de cette observation. Une portion » de la tumeur qui proéminait dans les fosses nasales a été » extirpée par M. Richet; elle avait le volume du doigt. » *Évidemment ce ne pouvait pas être là un simple frag-* » *ment de la muqueuse.* C'était bien une portion exubérante » de la tumeur elle-même. » M. Robert et moi-même, puisque j'ai aussi critiqué le fait, sommes moins coupables que M. Velpeau ne le pense, puisque nous nous en sommes tout simplement rapportés à la version que lui-même nous en a donnée il y a un mois à peine dans son second discours : « Il » s'agissait d'un marchand de bois qui avait dans le nez une » tumeur que nous regardions comme cancéreuse. Un petit » fragment de la tumeur fut enlevé et examiné par M. Le- » bert, qui répondit n'y avoir point trouvé de cellules cancé- » reuses. Ce renseignement permettant de compter sur une » guérison définitive, il fut décidé qu'on opérerait le malade; » il y eut récidive, et mort, etc., etc. » M. Velpeau lui-même reconnaît que l'examen a bien pu être incomplet, et conserve un scrupule, comme l'atteste la phrase suivante: « On pour- » rait peut-être objecter à ce fait qu'*une partie de la mu-* » *queuse a été prise pour le tissu cancéreux* (par les chirurgiens qui ont enlevé le petit fragment sans doute), » ce qui a contribué à donner le change à l'observateur. » Aussi s'empresse-t-il d'ajouter: « Voici un autre fait qui » m'est propre et contre lequel il n'y aura rien à dire, je » suppose. » Nous n'avons fait, comme on le voit, que partager le scrupule de M. Velpeau, qui parlait alors *d'un petit fragment pouvant être confondu avec la muqueuse*, et non d'une portion de la tumeur grosse comme le doigt. On remarquera du reste qu'en défendant cette observation, M. Velpeau ne remplit pas du tout les lacunes que nous avions déjà signalées sur l'existence douteuse des tumeurs secondaires et de la généralisation, etc., etc.

3° *Tumeur des cinq micrographes.* Interrogé avec persévérance par M. Malgaigne, par M. Robert et par nous-même sur la structure réelle de cette tumeur qui ne présentait pas la cellule cancéreuse, M. Velpeau a fini par avouer qu'il ne savait pas trop ce que les cinq micrographes lui avaient répondu. Cette fois, c'est la faute des micrographes qui n'avaient pas une idée bien nette de cette structure. L'un d'eux aurait répondu que c'était une tumeur phymatoïde, fibro-plastique, épithéliale en même temps. Il est bien regrettable que cette observation n'ait pas été prise avec détails, afin que nous puissions savoir quel est le tissu non cancéreux qui peut se comporter comme le vrai cancer.

Il n'est pas difficile, au reste, de démontrer que M. Velpeau tient souvent un tout autre langage à l'Académie et dans son livre. On se rappelle, en effet, cette tumeur avec rétraction du mamelon, non cancéreuse pour M. Robin, et cancéreuse au contraire et au plus haut degré pour M. Velpeau. A ce propos, et pour prouver que les renseignements fournis par le microscope ont peu de poids, et combien l'absence de cellules cancéreuses a peu de signification, l'honorable académicien s'écrie : « Cette pauvre dame cependant en est déjà à » la récidive au moment où je vous parle, et voilà comme » quoi sa tumeur n'était pas un cancer! » Il est bien clair que la récidive sert ici de critérium entre les deux allégations opposées du clinicien et du micrographe. Pour rejeter d'ailleurs l'hypothèse d'une hypertrophie mammaire admise par M. Robin, M. Velpeau affirme à l'Académie que sur 60 cas de tumeurs adénoïdes rapportées dans son livre, tumeurs bénignes reconnues telles avant l'opération, *on ne trouve pas un seul cas de récidive.* Or le livre, consulté, répond d'une manière bien différente. Tous les auditeurs que M. Velpeau semble ainsi renvoyer à son ouvrage feront bien de le consulter, et voici ce qu'ils y trouveront, page 402 : «Une » fois détruites, les tumeurs adénoïdes ont, dans certains cas, » reparu soit dans la même mamelle, soit dans le sein du côté » opposé. Mais (page 404) la repullulation des tumeurs adé- » noïdes est tellement rare et exceptionnelle, etc., etc. »

J'ignore si les internes de M. Velpeau sont encore coupables, mais les observations du livre sont en complète contradiction avec le maître. Elles paraissent prouver: 1° que

---

cipes. Pour le moment, l'auteur se borne à nous indiquer le moyen de reconnaître chez un individu comment il émet la voix chantée, et par suite la manière d'améliorer cette voix, de la corriger si elle est défectueuse, l'avenir qu'elle peut avoir, le genre qu'il lui conviendrait de cultiver de préférence. C'est là ce qu'il désigne sous le titre d'*auscultation*, nom qui semblait promettre un peu plus à un lecteur médecin, accoutumé à y voir le secret de pénétrer les phénomènes qui échappent à l'application de l'ouïe à distance. Quoi qu'il en soit, c'est, selon moi, une bonne idée, et ce devrait être une mode plus répandue, que celle de se faire ainsi examiner soi et les siens par un homme compétent, capable de vous dire, en une séance, la portée de vos moyens vocaux et la direction qu'il leur faut imprimer. Que de vocations, et dans des sphères plus importantes, auraient gagné à avoir pu ainsi être contrôlées à temps par les procédés inflexibles de cette science probatrice! Aussi ne vois-je qu'avec peine M. Lesfauris, cédant encore ici à sa passion de l'unité, vouloir restreindre lui-même le champ de ce genre d'expériences. Arrière les sceptiques! « Ceux, dit-il, à qui les explications relatives à l'unité de la voix chantée et aux voix dites de fausset, de tête, etc., ne paraissent pas raisonnables, et qui n'en ont pas de meilleures à mettre à la place, n'ont que faire de l'auscultation. » Formulant plus nettement encore son exclusion, il exige de ses adeptes, pour les admettre, même à cet essai : « la foi, l'espérance et (je ne puis ajouter la *charité*, car il paraîtrait au contraire la leur vouloir faire quand il les avertit obligeamment que, sans ces conditions, il est inutile de *se mettre en frais* d'auscultation) ... le travail.

Quant à moi, ces formes carrées ne me repoussent point. Trop de maîtres professent uniquement pour le cachet; trop de confrères font de l'homœopathie ou de l'allopathie au gré du client. Il est rare, il est beau de rencontrer encore une foi si consciencieuse, qu'elle veut être partagée de confiance avant de consentir à administrer ses preuves. Je le répète donc, pour ma part, ces fins de non-recevoir ne m'empêcheront pas de chercher à être reçu chez l'habile professeur. Et, à la première occasion, je compte bien me présenter à sa porte, sans que celle de mes mains qui lui offrira un exemplaire de mon mémoire sur *la voix de fausset* empêche l'autre d'être serrée aussi cordialement que j'aime à l'espérer, de la part d'un auteur dont les écrits font, autant que chez celui-ci, connaître et estimer le caractère.

P. Diday.

la récidive des tumeurs adénoïdes existe; 2° qu'elle n'est ni rare ni exceptionnelle. Voici les chiffres.

44 observations sont rapportées avec quelques détails: 4 malades n'ont point été opérées, 21 n'ont pas été suivies; on se contente de dire *la malade sort guérie*. Dans 8 cas plus imparfaits encore, la cicatrisation de la plaie n'était pas même complète à l'époque de la sortie; restent 11 malades qui ont été suivies pendant un temps assez long (1), et sur lesquelles on peut compter jusqu'à 6 cas de récidives. Comme tout peut être entaché de malignité, même l'arithmétique, on pourrait, *en comptant seulement les malades suivies*, arriver, pour les tumeurs adénoïdes, à la proportion 28 récidives pour 50 cas, ce qui rapprocherait beaucoup cette affection du cancer, où l'on a vu 20 cas de guérison sans récidive sur 30 cas qui ont récidivé, dans la fameuse statistique qui a tant préoccupé les esprits au début de la discussion.

A Dieu ne plaise que je fasse un tel abus des chiffres. J'ai seulement voulu prouver que pour démontrer la nature cancéreuse de la tumeur en question, il fallait plus que le simple énoncé de la récidive. Cet épiphénomène est peu probant, car après l'extirpation des tumeurs adénoïdes, la repullulation s'est montrée avec toutes ses variétés au bout de 12 ans, 10 ans, 4, 3, 2 ans, etc., au bout d'un mois même. Chez une femme bien constituée, d'ailleurs, la tumeur s'est reproduite cinq fois dans l'espace de 10 ans, tantôt à droite, tantôt à gauche, jamais dans le même point (2). La tumeur secondaire peut se montrer dans la même mamelle ou dans la mamelle opposée; il peut même y avoir récidive dans la cicatrice (3), et cette cicatrice elle-même peut devenir le siége d'une kéloïde (4).

Il est donc au moins prudent de suspendre tout jugement sur la tumeur hypertrophique pour M. Robin (5), cancéreuse pour M. Velpeau.

Ce n'est pas seulement aux faits que s'applique la proposition précédente, elle convient également aux personnes. On a vu en quels termes flatteurs M. Velpeau s'exprimait à l'Académie sur le compte d'un très savant anatomiste de Würzbourg, M. Virchow. Il a fait entendre que la contradiction était particulièrement désagréable à cet auteur, et que, dans une correspondance particulière, M. Virchow s'exprimait en termes amers sur les micrographes français qui discutaient ses travaux. Si nous étions en relation directe avec le savant de Würzbourg, nous pourrions lui montrer que M. Velpeau lui-même, mais dans son livre cette fois, s'exprime sur son compte en des termes assez désobligeants et accuse plus d'une dissidence. Nous sommes surpris que l'honorable académicien prenne aujourd'hui M. Virchow pour oracle, tandis qu'en 1854 il admettait l'hétéromorphisme du cancer (6), contrairement à l'opinion de notre confrère

(1) On pourrait, d'après le livre, en compter 12, mais la même observation est reproduite deux fois aux pages 388 et 407.

(2) *Revue méd.-chirurg.* de Malgaigne, 1851. — *Mémoires sur les tumeurs adénoïdes du sein*, page 215.

(3) *Traité des maladies du sein*, page 415. La récidive eut lieu au bout d'un mois; il paraît qu'on avait laissé une portion du tissu malade. J'ai vu tout récemment la même chose arriver pour une tumeur glandulaire de la lèvre.

(4) Même ouvrage, page 419, dernière observation du premier tableau, sans renseignements.

(5) Je pourrais grossir le nombre des récidives après l'opération de tumeurs hypertrophiques. Voyez deux observations de ce genre dans le livre de M. Velpeau, p. 243 et 244. Le diagnostic entre l'hypertrophie partielle et le squirrhe n'est pas toujours facile, d'après l'auteur, page 242.

(6) Il peut rester quelques doutes sur la manière dont M. Velpeau envisage l'homœomorphisme: en effet, en parlant des tumeurs adénoïdes, il dit qu'on ne peut hésiter un instant à les admettre comme produit hétéromorphe (p. 141); mais plus loin on lit: « Le microscope montre que toutes ces tumeurs sont formées par des éléments homœomorphes. » (P. 148.) Il ressort de ces passages que le savant chirurgien donne plusieurs

allemand (p. 429), quand il accusait ce dernier d'avoir pris les grandes cellules concentriques d'épithélium (globes épidermiques) pour des cellules mères de cancer (p. 486); lorsque enfin, à propos des idées que M. Virchow professe sur la guérison du cancer par la destruction spontanée des cellules, il juge ces opinions de la façon qui suit: « Il faut ne » point avoir suivi les malades, ou avoir bien superficiellement » observé la marche des cancers, pour se payer de *sembla-* » *bles suppositions*, pour tomber dans de si *étranges illu-* » *sions*. » (Page 548.)

Pour peu que M. Virchow soit susceptible, j'ai peine à croire qu'il soit enchanté de ces boutades. Il importe, d'ailleurs, de donner un éclaircissement sur les opinions de cet éminent anatomiste. On pourrait croire qu'il confond ensemble les tissus cancéreux, épithélial et fibro-plastique. Point du tout. Une tumeur étant donnée, il sait fort bien reconnaître s'il s'agit d'un sarcome (tumeur fibro-plastique), d'un cancer ou d'un cancroïde (tumeur épithéliale); c'est seulement au point de vue clinique qu'il ne considère pas la spécificité comme absolue. J'ai recueilli ces renseignements précis de la bouche d'un jeune médecin allemand distingué qui a longtemps étudié à Würzbourg; M. Bernard Breslau m'a de plus affirmé devant plusieurs personnes que, pour examiner les tumeurs, M. Virchow se servait seulement de grossissements de 250 à 280 diamètres (microscope G. Oberhauser).

Un mot sur la tumeur hypertrophique ayant tous les caractères du cancer, et qui fut enlevée en deux fois. Le fait se trouve dans le livre de M. Velpeau (p. 386). Nous avons été nous-même aux renseignements, et le récit qui nous en vient d'une source irrécusable diffère très notablement du récit donné par M. Velpeau. La question est donc en suspens. Ce dernier affirme qu'il savait qu'il ne s'agissait pas d'un cancer, mais bien d'une tumeur bénigne. Or, il est assez piquant de constater: 1° que cette tumeur bénigne a récidivé; 2° qu'elle était composée principalement de tissu fibro-plastique (p. 388), c'est-à-dire de cet élément aussi funeste au moins, sinon plus que notre cancer. Nous espérions trouver d'autres renseignements sur ce fait important à la page 20 du *Traité du cancer* de M. Lebert, à laquelle M. Velpeau nous renvoie; mais, par malheur, la citation est inexacte, et à la page en question il n'en est nulle mention.

Au reste, nous ne sommes pas seuls à trouver reprochables les observations de M. Velpeau. Déjà M. Malgaigne en avait attaqué quelques-unes et avec raison; un chirurgien anglais qui s'est fait connaître déjà par de bons travaux sur les tumeurs de la mamelle, M. Birkett, dans une analyse très longue et très sérieuse du ***Traité des maladies du sein***, se plaint à plusieurs reprises et des faits et des statistiques (1).

Déjà M. Velpeau a reconnu loyalement qu'il avait à tort cité deux observations de la thèse de M. Mayor (2), comme prouvant la généralisation des tumeurs épithéliales.

Je demande encore une rectification relative à M. Regnoli. M. Velpeau, qui dit avoir réuni onze cas de tumeurs épithéliales généralisées, disait l'autre jour en mettant la main sur un faisceau de notes: « Voici d'autres cas dus à M. Regnoli (de Florence). » La *Gazette hebdomadaire* a précisément publié dans son dernier numéro les observations des chirur-

acceptions à un mot qui n'a pour nous qu'un sens unique et nettement défini. — Voyez *Mémoires sur les tumeurs adénoïdes* (*Revue médico-chirurg.* de Malgaigne, 1851, 1er et 2e article).

(1) *British and Foreign Med.-Chir. Review*. January, 1855, page 35.

(2) Voy. *Thèse de Paris*, 1846, n° 8, page 50.

giens italiens : il suffit de les lire pour voir s'il en est une seule qui prouve la généralisation en litige.

Un autre cas, dû à M. Forster, est encore invoqué (une tumeur épidermique de la face aurait été le point de départ de l'infection générale). Il eût été bon de nous indiquer le recueil où il se trouve, car nous avons lu le livre de cet auteur avec une grande attention, et nous n'avons pu y découvrir rien de semblable. Nous avons, au contraire, trouvé différents passages que certes M. Velpeau n'approuverait guère. Par exemple : « L'extirpation des cancroïdes des lèvres amène une guérison radicale. » (Page 143.) Puis, à propos des ulcères cancéreux de la muqueuse nasale et de toutes les parties du nez : « Le » nom d'ulcères cancéreux leur vient de l'extrême difficulté » de leur guérison. *Jamais*, à l'autopsie des sujets qui ont » été atteints de cette espèce de cancer de la face, on ne » trouve de carcinomes dans d'autres organes (1). » (Page 240.)

Nous venons de le dire, M. Velpeau a été assez heureux pour compter jusqu'à onze cas de généralisation de tumeurs épithéliales. On en a observé partout, dit-il. Oui, partout, peut-être, excepté à Paris, et il est digne de remarque que le capricieux hasard ait précisément refusé ces faits à ceux qui seraient si avides de les enregistrer. En faisant la récapitulation, nous trouvons, pour la démonstration de ce point si important, trois cas de M. Virchow, inédits; un cas de M. Chaumet (de Bordeaux), inédit; plus, un cas de M. Alquié, et un autre de M. Paget, qui réellement laissent à désirer. Tout ceci nous mène seulement à six observations, dont les principales nous sont au jour actuel encore inconnues. Bien loin de nier ces documents, nous nous empresserons de les accepter comme établissant d'une manière certaine un fait dont nous doutions, parce qu'il n'était pas démontré et parce qu'une foule d'autopsies plaidaient contre.

Mais avant de nous déclarer convaincus, n'est-il pas juste que nous ayons les preuves sous les yeux. Pour les besoins de notre instruction, ne devons-nous pas prendre connaissance de faits aussi rares, aussi insolites?

Nous prions donc instamment M. Velpeau de publier le plus tôt possible et dans tous leurs détails les faits du savant anatomiste de Würzbourg, ainsi que celui de M. Chaumet. Et puisque nous sommes en train d'adresser la requête, demandons aussi à l'éminent chirurgien de la Charité de publier *in extenso* l'histoire de ces huit malades dans les tumeurs bénignes desquelles le microscope a *huit fois de suite* constaté la présence des cellules cancéreuses et commis aussi huit erreurs. Deux observations seront également très utiles à suivre, je veux parler de la tumeur hypertrophique colloïde présentée à l'Académie, et de la tumeur à mamelon rétracté.

Un dernier mot. Dans maint passage de son discours, M. Velpeau a paru croire que les micrographes avaient en quelque sorte chargé M. Robert de défendre officiellement leur cause et l'avaient nommé leur mandataire. Ceci pourrait être vrai, si *ces messieurs de la microscopie* avaient provoqué le débat. C'est le contraire qui a eu lieu, et chacun a pu voir que M. Velpeau était dès longtemps préparé à une lutte déjà bien dessinée dans son livre. Nous n'imposons nos opinions à quiconque, et nous ne déléguons personne pour les défendre. Tous ceux qui s'intéressent au progrès et au travail peuvent à leur gré les discuter ou les admettre. M. Robert a pris ses arguments où il a voulu, et s'il a choisi ceux que la presse avait déjà édités, c'est que sans doute il les a trouvés bons.

Cette remarquable discussion a démontré que désormais il faudrait compter sérieusement avec les recherches modernes. Elle a fait voir aussi que nous ne sommes pas désarmés contre l'agression. Quelle que soit l'impression produite sur l'Académie et sur une certaine fraction du monde médical, nous avons, pour faire triompher nos idées, la presse, l'opinion publique, notre jeunesse, notre activité. Rien ne nous coûtera certainement pour défendre loyalement le drapeau de l'école scientifique à laquelle nous sommes fier d'appartenir.

Ar. Verneuil.

(1) *Manuel d'anatomie pathologique*, par A. Forster, de Gœttingue, trad. franç. de Kaula, 1853.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De l'inflammation des conduits lacrymaux, par le docteur Voillemier, chirurgien de l'hôpital la Riboisière, agrégé à la Faculté de médecine.

L'inflammation de la conjonctive et de la muqueuse du sac lacrymal est une des maladies les plus fréquentes. N'est-il pas singulier que les conduits lacrymaux ne participent pas le plus souvent à cette inflammation ? Pourtant la muqueuse qui les tapisse se continue, d'une part, avec celle du sac, et d'autre part avec la conjonctive, dont elle est comme une dépendance. Ajoutez à cela que, dans les conjonctivites, elle est continuellement baignée par des larmes qui ont acquis un degré d'âcreté inaccoutumé, et par du pus sécrété en plus ou moins grande abondance par les glandes mucipares des paupières. Lors même que les conduits lacrymaux viennent à s'enflammer, comme il arrive assez souvent dans les conjonctivites blennorrhagiques, ils reviennent rapidement à l'état sain dès que la conjonctivite est guérie. Il en est de même dans les conjonctivites chroniques; encore, dans celles-ci, la phlogose des conduits est peu marquée et entrave à peine l'écoulement des larmes dans la partie inférieure des voies lacrymales. Mais, dans les conjonctives simples, qui sont de beaucoup les plus fréquentes, on peut affirmer que les conduits lacrymaux restent ordinairement sains, ou que leur inflammation est si légère qu'elle ne se traduit le plus souvent par aucun signe ; car l'épiphora qui accompagne la plupart des conjonctivites ne doit pas être attribué à l'inflammation des conduits et à la difficulté qu'éprouvent les larmes à s'écouler dans le sac, mais bien plutôt à l'abondance des larmes sécrétées.

Je ne puis voir d'autre cause à ce fait pathologique que la structure particulière des conduits lacrymaux. Dans le sac, la muqueuse est épaisse, comme spongieuse, très vasculaire, et pourvue de glandes mucipares assez petites, mais très nombreuses ; la conjonctive est également épaisse, garnie d'une très grande quantité de glandes mucipares, fort riche en vaisseaux, et doublée d'un tissu cellulaire lâche. Les conduits lacrymaux, au contraire, sont revêtus d'une muqueuse fine, lisse, pâle, très peu vasculaire, doublée d'un tissu cellulaire serré et dépourvue de glandes mucipares. Son épithélium n'est point pavimenteux comme dans le sac et sur la conjonctive, mais de nature vibratile. Ne sont-ce pas là autant de circonstances qui peuvent expliquer pourquoi l'inflammation ne se propage pas de la conjonctive aux conduits lacrymaux aussi vite et aussi souvent qu'on aurait pu le croire au premier abord.

Quand l'inflammation, dans une conjonctivite, s'étend de proche en proche aux conduits, elle gagne ordinairement le sac ; si elle prend un haut degré d'intensité et devient purulente, le cours des larmes se trouve bientôt entravé, et, alors même que la maladie primitive est guérie, il n'est pas rare de voir subsister une tumeur lacrymale. Mais, ce qui est tout à fait exceptionnel, c'est que les conduits s'enflamment et suppurent, sans que le sac participe à

cette inflammation ; c'est que la conjonctivite cesse, tandis que les conduits lacrymaux continuent à suppurer et constituent alors une maladie toute particulière. Cependant, j'ai été assez heureux pour observer un fait de ce genre, et j'ai pensé qu'il présentait assez d'intérêt pour mériter d'être publié.

Obs. Persière (Nicolas), âgé de trente-six ans, cocher, est entré à l'hôpital la Riboisière, le 25 mars 1854. Cet homme est d'une assez forte constitution : il ne se rappelle avoir été malade qu'il y a un an, d'une affection aiguë de poitrine. Il ne porte aucune trace de scrofule, et, dans son enfance, il n'était pas sujet aux ophthalmies. Il raconte qu'il y a un an, il entra à l'hôpital Beaujon, pour une conjonctivite légère qui fut traitée par un collyre au nitrate d'argent et il sortit guéri au bout de huit jours. — Quinze jours s'étaient à peine écoulés, qu'il fut repris d'une nouvelle conjonctivite des deux yeux et pour laquelle il mit en usage divers collyres dont il ne connaît pas la composition. La conjonctivite s'amenda un peu ; au bout de quelques mois il remarqua à la partie interne de la paupière inférieure de l'œil gauche, une petite tumeur allongée, grosse comme un pois. Environ un mois et demi après il se montra une tumeur semblable à la partie interne de la paupière supérieure du même côté. Depuis qu'il a constaté la présence de ces tumeurs, le malade a remarqué que les larmes s'écoulent sur la joue en assez grande abondance et que la narine gauche est beaucoup moins humide que la droite. De temps en temps il pressait ces tumeurs avec le doigt et faisait sortir de la matière en assez grande abondance de la tumeur inférieure qui s'affaissait complétement. Mais il ne pouvait vider la supérieure. Son œil droit était guéri depuis longtemps quand la rougeur persistait encore sur l'œil gauche et le malade avait pensé que cela tenait probablement au pus qu'il faisait sortir des tumeurs.

Examen du malade à son entrée à l'hôpital. L'œil droit est entièrement sain. L'œil gauche présente une injection assez marquée dans l'angle interne, tandis qu'il n'existe vers l'angle externe que de rares vaisseaux et à peine un peu de rougeur. Le sac lacrymal est dans son état normal ; il n'est point dilaté par des liquides, ce qui a été constaté à plusieurs reprises. Mais à partir du sac et sur le bord interne des paupières sont deux petites tumeurs allongées dans la direction des conduits lacrymaux ; les points lacrymaux sont un peu plus apparents qu'à l'ordinaire, sans rougeur. Si l'on presse sur la tumeur inférieure on fait sortir par le point lacrymal un liquide épais, crémeux, qui est du véritable pus et on le vide complétement. On peut aussi, en pressant la tumeur supérieure, faire sortir un liquide semblable, mais en moindre quantité, et, on ne parvient pas à le vider entièrement. Il existe de temps en temps un écoulement de larmes peu abondant sur la joue, sans que cet écoulement soit continuel. La narine du côté gauche semble sèche ou malade ; il a beau se moucher avec force il ne mouche point de pus. Un stylet introduit par les points lacrymaux parcourt librement les conduits, mais si on veut le pousser jusque dans le sac on détermine des douleurs qui forcent à suspendre l'examen. Un collyre avec eau de rose et de plantain est prescrit.

Le 10 *avril*, l'amélioration n'étant pas très sensible, on ordonne un collyre au nitrate d'argent à la dose de 1 décigramme par 30 grammes d'eau distillée. Mais la rougeur de l'œil augmentant, ainsi que la sécrétion de pus, on renonce à ce collyre pour reprendre l'usage du collyre émollient. *Le* 20 *avril*, l'amélioration, qui a été chaque jour en augmentant est très marquée : la tumeur inférieure a disparu et la pression ne fait plus sortir de pus par le point lacrymal. On peut faire encore sortir du pus par le point lacrymal supérieur quoiqu'en moindre quantité que les jours précédents ; la tumeur persiste toujours et présente, à peu de chose près, le volume qu'elle avait lors de l'entrée du malade à l'hôpital. *Le* 22 *avril*, voyant que la tumeur n'était pas seulement produite par l'accumulation du pus, et, croyant qu'il devait exister dans la cavité du conduit dilaté un corps plus épais qui ne pouvait s'échapper par le point lacrymal, je pris le parti de lui faire une route plus large. Je renversai la paupière supérieure et avec une lancette j'incisai la tumeur par sa face conjonctivale, dans le sens de sa longueur et sans intéresser le point lacrymal. L'écoulement de sang fut insignifiant. Par l'incision qui avait 4 millimètres environ d'étendue, il s'échappa gros comme un fort grain de riz de matière jaunâtre, grasse, s'écrasant facilement sous le doigt ; c'était du pus concret. Le stylet introduit par le point lacrymal ressortait par l'incision. *Le* 29 *avril*, c'est à peine si l'on peut trouver quelques traces de l'incision conjonctivale ; la tumeur n'existe plus. Une pression assez forte exercée sur les conduits n'en fait rien sortir. Il n'y a plus de rougeur vers le grand angle de l'œil ; l'épiphora a cessé et le malade sent que la narine du côté gauche est aussi humide que l'autre. On n'a employé d'autre topique que le collyre à l'eau de rose.

Le 20 *octobre* j'ai revu le malade pour la deuxième fois. La guérison ne s'est pas démentie un instant. J'ai cathétérisé les conduits lacrymaux et le stylet pénétrait facilement dans le sac.

Du jour où l'anatomie et les fonctions des conduits lacrymaux furent bien connues, il était naturel d'admettre leur inflammation ; la théorie devait même conduire à regarder cet accident comme beaucoup plus fréquent qu'il ne l'est en réalité. Cependant, la plupart des ophthalmologistes en font à peine mention, soit qu'ils ne l'aient pas observée, soit que, lui accordant peu d'importance, ils l'aient confondue dans la description de la conjonctivite, dont elle n'est le plus souvent qu'une conséquence.

J.-L. Petit, qui avait observé la dilatation des conduits lacrymaux, ne dit qu'un mot de leur inflammation : « Les larmes retenues dilatent donc ensemble le sac et les conduits lacrymaux, et » ceux-ci peuvent *s'enflammer, suppurer*, être percés par le pus et » former une fistule du même genre que celle qui succède à la perforation du sac. » (*Traité des maladies chirurgicales*, III^{e} vol., p. 377.)— J.-L. Petit ne cite point de fait particulier. Il a constaté seulement que les conduits lacrymaux peuvent s'enflammer et suppurer ; mais son observation perd beaucoup de son importance par le manque de détails. Rien ne prouve que la fistule qu'il décrit comme appartenant aux conduits n'était pas une fistule du sac ; il est probable que le pus venait des conduits enflammés et non du sac, mais cela n'est pas certain. En tout cas, la suppuration des conduits existant en même temps qu'une dilatation et une suppuration du sac, ne présente plus le même intérêt ; la maladie des conduits n'est pas une maladie isolée, et leur dilatation n'est plus qu'un prolongement de la tumeur lacrymale elle-même.

Guérin est un peu plus avancé que Petit : « Il est essentiel, » dit-il, de ne pas confondre la suppuration qui sort des conduits » lacrymaux avec celle que fournit l'extérieur du sac ulcéré. Celle » qui sort des points lacrymaux et de leurs conduits est toujours en » petite quantité et n'est jamais mêlée de larmes comme celle qui » vient du sac. D'ailleurs, celle-ci sort par une compression faite » sur le sac même, et celle des conduits lacrymaux paraît lorsque » l'on comprime les bords des paupières qui concourent à former » le grand angle. » (*Traité des maladies des yeux*, 1769, Lyon.). Il y a encore ici absence d'observations. L'auteur se borne à donner le résultat de sa pratique ; pourtant il semble qu'il ait distingué les cas où les conduits étaient seuls enflammés de ceux où il existait une tumeur lacrymale. Il fait justement observer que, dans les cas de suppuration des conduits, le pus qui sort de leur cavité n'est pas mêlé de larmes ; c'est ce qui est arrivé chez le malade dont nous avons parlé. Et, en effet, quand les conduits dilatés forment des poches pleines de pus, ils ne sont plus perméables aux larmes qui s'écoulent sur la joue, et le pus qu'ils contiennent est sans mélange. Quand c'est le sac qui suppure, si les conduits lacrymaux sont libres, les larmes pénètrent toujours en plus ou moins grande quantité dans le sac, et lorsqu'on vient à le presser, le liquide qui s'en écoule est un mélange de pus et de larmes. Sans doute ce caractère n'est pas infaillible, mais il n'est pas non plus sans valeur. Mackensie, dans son excellent *Traité des maladies des yeux*, est bien plus explicite ; en parlant de l'inflammation aiguë des organes excréteurs des larmes, il dit : « Le siége primitif et principal de » cette maladie est la membrane muqueuse de la totalité des voies » lacrymales, des points lacrymaux au nez. Quand la période d'inflammation est parvenue à son plus haut degré d'intensité et sur » le point de passer à la période de suppuration, la membrane muqueuse des conduits lacrymaux et du canal nasal devient tellement gonflée que ces canaux cessent de devenir libres » (p. 192). Quelques pages plus loin, il est plus précis, et, au lieu d'une description générale, c'est un fait qu'il raconte. « Dans beaucoup de » cas, dit-il, il y a lieu de croire que la totalité des voies excrétoires des larmes est affectée, tandis que, dans d'autres, il est » évident que l'un ou l'autre des conduits lacrymaux seulement est » la source de l'écoulement. J'ai donné des soins à une dame chez » qui le conduit lacrymal supérieur seul paraissait affecté. Le chirurgien auquel elle s'était confiée avait traité la maladie comme » une inflammation de la conjonctive. Il n'y avait point de tumeur » lacrymale. La matière qui sortait de son point lacrymal supé-

» rieur enflammait la conjonctive, et ce ne fut qu'après un examen » souvent répété que je pus découvrir combien était limité le siége » de la maladie » (p. 196).

Ce fait est d'autant plus important que c'est le seul un peu complet que j'aie pu trouver. M. Sichel, qui, avec une extrême obligeance dont je le remercie, a bien voulu consulter ses notes si riches d'observations, n'en connaissait aucun. Et cependant, le fait rapporté par Mackensie laisse encore beaucoup à désirer : il n'y est pas dit un mot de l'étiologie, du traitement suivi, de la durée, de la terminaison de la maladie. Aussi suis-je heureux de pouvoir combler en partie ces lacunes, en publiant dans tous ses détails l'histoire du malade que j'ai traité.

Ici il ne saurait y avoir de doute sur l'origine de la maladie. Perrière avait eu, avant son entrée à la Riboisière, une conjonctivite double dont il avait été guéri à l'hôpital Beaujon. Quelques mois après sa sortie de l'hôpital, il eut une nouvelle conjonctivite qu'il a traitée lui-même avec des collyres dont il ne connaît pas la composition. La maladie se prolonge pendant plusieurs mois, et c'est pendant son cours qu'il voit se développer une première tumeur sur la paupière inférieure, et bientôt une seconde sur la supérieure. Il est évident que l'inflammation s'est propagée de la conjonctive à la muqueuse des conduits lacrymaux ; car une première fois la conjonctivite a existé seule, et la seconde fois elle avait déjà deux mois environ de durée quand les tumeurs se sont formées. Chose singulière, tandis que la conjonctivite reste dans son premier état de simplicité et que l'épiphora n'est accompagné d'aucune sécrétion purulente, l'inflammation des conduits lacrymaux est rapidement arrivée à la suppuration, et, depuis ce moment, le liquide sécrété a toujours conservé le même caractère : c'est du véritable pus.

Nous retrouvons ici la même particularité qu'a signalée Mackensie. La conjonctivite a cessé du côté droit, et celle du côté gauche aurait sans doute suivi la même marche, sans la présence des tumeurs des conduits lacrymaux. Mais elle n'a plus une existence propre, et ses caractères sont moins tranchés ; la rougeur n'existe que vers le grand angle de l'œil, et l'épiphora est plus abondant, la gêne de la vision plus marquée, quand, par la pression, le malade vient de vider les conduits lacrymaux. C'est qu'en effet c'est la présence du pus qui seule entretient une inflammation qui est toute locale ; et, ce qui le prouve, c'est qu'elle disparaîtra d'elle-même aussitôt que les tumeurs auront cessé d'exister.

Il a été noté avec le plus grand soin dans l'observation qu'il n'y avait point de tumeur lacrymale, et le cathétérisme des conduits lacrymaux, pratiqué plusieurs fois, avec modération, il est vrai, a montré que le stylet n'arrivait pas dans le sac. Cette oblitération momentanée, comme le prouve le cathétérisme ultérieur pratiqué quand la maladie a cessé, ne pouvait être produite que par le gonflement de la muqueuse enflammée ; alors les conduits se trouvaient dans une condition toute spéciale qui avait attiré l'attention de J.-L. Petit. « Il peut y avoir, dit-il, une tumeur faite par la dilata- » tion du sac, sans qu'il y ait dilatation aux conduits lacrymaux ; » mais je ne crois pas qu'elle puisse arriver dans les conduits la- » crymaux seuls, à moins que l'obstruction du siphon ne soit à » l'entrée des conduits lacrymaux dans le sac, ce que je n'ai jamais » vu. » (Vol. III, p. 380.)

Quant au traitement à suivre, je n'avais aucun précédent pour me guider ; mais en songeant avec quelle difficulté le pus s'échappait par les points lacrymaux, tandis que toute issue lui était fermée du côté du sac, je songeai tout d'abord à traiter ces tumeurs comme de petits abcès. En ouvrant les conduits dans le sens de leur longueur, on avait l'avantage de permettre l'écoulement facile du pus et de pouvoir agir directement sur la muqueuse. Mais, en sachant au juste ce qui adviendrait de cette manière d'agir, alors même que l'incision serait pratiquée sur la face muqueuse et sans intéresser les points lacrymaux, je préférai n'employer d'abord que des collyres émollients ou légèrement astringents. L'amélioration ne fut pas très sensible dans les premiers temps. Alors, j'eus recours à une solution à l'azotate d'argent, solution dont on instillait quelques gouttes dans l'œil après avoir vidé les tumeurs. J'espérais, en agissant ainsi, modifier la muqueuse des conduits ; mais je n'obtins aucun bon résultat : l'inflammation de la conjonctive augmenta, et je fus obligé de revenir aux collyres émollients. Vers le quinzième jour le mieux était très marqué, et le vingt-cinquième la tumeur inférieure avait disparu complétement.

Cependant la tumeur supérieure persistait. On pouvait, par une douce pression, la vider en partie ; mais elle conservait toujours un certain volume. Convaincu que cela tenait à ce qu'une matière trop épaisse pour sortir par le point lacrymal était contenue dans le conduit, je crus que la seule chose à faire était de lui donner issue au moyen d'une incision. Ayant renversé la paupière supérieure, je fis sur la face conjonctivale de la petite tumeur une incision d'environ 4 millimètres, qui, intéressant toute la longueur du conduit lacrymal, en respectait la papille. Par cette incision il sortit gros comme un fort grain de riz de pus concret, jaunâtre, s'écrasant facilement entre les doigts. La tumeur n'existait plus. Le malade continua ses lotions émollientes.

Au bout de huit jours, en examinant la paupière avec le plus grand soin, on ne retrouvait qu'avec peine une légère dépression dans le point où l'incision avait été pratiquée. Il n'y avait plus de gonflement, plus d'épiphora ; la conjonctivite avait cessé ; le malade assurait que la narine gauche était aussi humide que la droite. Je pratiquai le cathétérisme du conduit lacrymal, et je parvins sans trop de peine dans le sac.

J'ai revu le malade le 15 octobre 1854, six mois après l'opération, et la guérison ne s'était pas un instant démentie.

SUR UN CAS DIFFICILE DE MALADIE DE MATRICE, par M. le docteur PAGÈS, de Castelsarrasin, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Remarques de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

C'est avec une bien vive sollicitude que nous avons vu récemment mettre à l'ordre du jour de l'Académie une des plus importantes questions de la pathologie. Reconnaissant toute la difficulté de la matière, notre anxiété n'était dominée que par l'espérance que faisaient naître en nous l'expérience et l'aptitude de ceux qui entraient en lice ; cependant nos douteuses prévisions se sont réalisées, et malgré une discussion intéressante à plus d'un titre, nous avons eu le regret de reconnaître que la question n'avait pas été élucidée.

Les maladies utérines, en effet, sont le type de ces affections dans lesquelles l'organisme entier se trouve compromis, et pour lesquelles il réagit de mille manières diverses et en des proportions exagérées suivant les idiosyncrasies particulières.

Voici une observation qui ne paraîtra peut-être pas dénuée de tout intérêt, et qui permettra en même temps de remarquer combien l'affection locale se trouve dominée par l'expression symptomatique qui la masque et la fait méconnaître bien souvent.

OBS. — Madame X... est âgée de cinquante-deux ans ; douée d'une forte constitution, elle a toujours joui d'un bon tempérament — pas de maladie héréditaire dans la ligne directe de sa famille. — Mariée de bonne heure, elle fit une fausse couche qui lui laissa quelques douleurs lombaires et quelques coliques utérines dont elle a toujours un peu souffert de temps à autre.

Abondamment et régulièrement menstruée jusqu'à l'âge de quarante-neuf ans, ses règles furent remplacées à cette époque par des pertes rouges continues et abondantes. Bientôt survint une maladie aiguë de poitrine qui céda à un traitement antiphlogistique énergique. Pendant la durée et immédiatement après cette maladie, les pertes se supprimèrent. Deux ans se passent ainsi ; mais pendant ce laps de temps madame X... acquiert un embonpoint remarquable. Le ventre est volumineux et sans douleur. Un état pléthorique qui nécessite quelques saignées se prononce, et à l'exception de quelques douleurs lombaires et de quelques tournoiements de tête, madame X... est dans un état de santé satisfaisant.

A la fin de cette période, surviennent néanmoins bientôt des douleurs de bas-ventre, des chaleurs aux reins qu'elle compare à un charbon ardent suivant la direction du rectum jusqu'à l'anus. On croit à des accidents pléthoriques : nouvelle saignée (sang riche en globules). Bientôt les douleurs augmentent ; ce sont de véritables coliques. Madame X... se plaint de la sensation d'un corps étranger qui vient, dit-elle, lui presse

le rectum et l'anus quand elle veut aller à la garderobe, et qui l'empêche d'évacuer les matières. Quelques pertes rouges accompagnent ou précèdent ces douleurs. Après un voyage de courte durée, de véritables métrorrhagies se manifestent avec intensité, et des crises très douloureuses se prononcent. Ces crises revêtent une physionomie particulière. La perte utérine augmente en même temps que les membres deviennent glacés; c'est le prodrome constant de la scène qui va se passer. Bientôt le bas-ventre, les reins, les os iliaques, deviennent le siége de douleurs intolérables. Les parois du ventre se contractent et s'appliquent aux reins; la malade n'a plus de position et se renverse dans tous les sens. Il faut la frictionner énergiquement le long des reins et des cuisses, et surtout la retenir avec force pour l'empêcher, par des bonds continuels, d'aller se jeter hors de son lit. Cet état dure plusieurs heures, jusqu'à ce que quelques pertes reviennent, ce qui est l'indice que la crise touche à sa fin.

Nous reconnaissons bien vite la nécessité d'une exploration directe.

Le toucher ne nous offre aucun signe important; le corps de la matrice nous paraît seul augmenté de volume, autant qu'il nous est permis d'en juger à cause de l'état d'obésité de l'abdomen. Malgré cet examen négatif, ayant égard aux symptômes généraux et à la physionomie des douleurs, qui ont un caractère *expulsif remarquable*, nous persistons à croire au développement d'un corps étranger dans la cavité utérine ou dans les parois de cet organe.

Un de nos collègues est appelé; il croit, lui, à une ulcération de la partie interne du col, et propose la cautérisation. Le nitrate d'argent est introduit et promené entre les lèvres du col, sans aucune espèce d'efficacité.

Quelques jours après, nouvelle exploration : cette fois, le col est entr'ouvert. Nous pouvons introduire la première phalange de l'index : nous sentons d'une manière précise, au-dessous de notre doigt, un corps mou, spongieux, résistant, qui offre une sensation toute différente de celle des autres parois du col et de la matrice. En retirant notre doigt, s'écoulent quelques gouttes de sang, et, parmi les petits caillots, nous remarquons quelques granulations plus petites que des grains de groseille blanche, mais leur ressemblant sous une infinité de rapports. Ces granulations sont unies par un tissu cellulaire facile à déchirer. Ces caractères et les autres circonstances de la maladie dictent notre diagnostic : il est évident que nous avons affaire à un polype celluleux. Notre parti est pris, et nous avertissons la malade de la nécessité d'une opération qui consistera à extraire de la cavité utérine les productions morbides causes de ses souffrances et des hémorrhagies qui, par leur intensité, menacent son existence.

Le 21 septembre, après avoir placé la malade dans une position convenable, les lèvres du col saisies par les pinces de Museux, la matrice est abaissée jusqu'à 2 centimètres de l'ouverture de la vulve. Le doigt, introduit, reconnaît l'état suivant : La cavité utérine est largement dilatée, surtout vers le fond; le doigt s'y promène avec facilité; sur toute cette surface nous sentons des granulations qui siégent surtout à la réunion du col avec le corps et à la partie antérieure de la matrice; le col lui-même, qui offre dans sa longueur une étendue de 1 centimètre 1/2, est parsemé de ces produits morbides. Munis de la curette de Récamier, nous essayons, mais en vain, de les arracher par le raclage. Cet instrument glisse au-dessus et n'entraîne rien; il eût fallu, pour arriver à ce résultat, un degré de pression considérable, dangereux pour l'organe gestateur, privé dans la cavité abdominale de point d'appui suffisant. Munis de pinces à large surface et à dents nombreuses, nous sommes parvenus, ainsi qu'avec nos ongles, à arracher une masse considérable de ces productions morbides, que nous avons évaluée environ au poids de 50 grammes. Cette manœuvre a continué jusqu'à ce que, épuisée par les souffrances résultat des tractions opérées sur la matrice, et par un certain degré d'hémorrhagie, la malade a été prise d'un commencement de syncope.

Examinés à l'œil nu, le produits pathologiques présentent l'aspect suivant :

Imaginez des grains transparents semblables à des fruits de groseille blanche, mais de dimensions inégales, attachés en masse par un tissu cellulaire dont on les sépare facilement, n'offrant par eux-mêmes aucune trace de vascularisation, s'écrasant facilement sous les doigts et se réduisant en une matière presque gélatineuse, offrant la forme de sphères allongées; tel est le tissu morbide qui s'est offert à notre observation. Sont-ce là des polypes celluleux (c'est mon opinion), ou devons-nous les ranger dans la classe des végétations proprement dites? C'est ce que je laisse à la décision des anatomo-pathologistes.

Quoi qu'il en soit, la majeure partie de ces corps étrangers extraite et l'opération suspendue par la menace d'une syncope, nous nous sommes demandé si nous ne devions pas cautériser la base de ces productions, afin d'en prévenir le développement prochain et afin de détruire celles que nous n'étions point parvenus à extraire. La prudence nous a conseillé différemment : la nécessité de porter un caustique violent (car des productions aussi anciennes devaient avoir une forte base d'implantation) sur une surface couverte de vaisseaux lacérés et béants, surface aussi vaste que celle dont nous avons parlé, caustique irritant qui allait agir sur un organe déjà fortement irrité par les manœuvres antérieures, nous a fait renoncer, non sans regret, à ce moyen, qui, dans le cas actuel, nous eût paru plus que téméraire.

Nous nous bornons à injecter du chlorure de chaux dans la cavité utérine, à l'aide d'une sonde de gomme élastique, pour nous opposer aux accidents d'une résorption putride.

Quelques jours se passent sans accidents; les crises diminuent, l'hémorrhagie cesse. Nous ne sommes néanmoins encore nullement rassurés, car nous n'avons extrait de la cavité utérine qu'une fraction de la maladie.

Cependant, examiné au spéculum, le col s'est fortement resserré; un stylet mousse introduit dans l'utérus nous prouve que cet organe est fortement revenu sur lui-même, car l'instrument trouve une cavité beaucoup moins développée. La défécation est devenue plus facile; il n'existe plus autant de pression mécanique.

Néanmoins, la partie antérieure du col de la matrice, c'est-à-dire la lèvre antérieure du museau de tanche, s'efface et devient fortement proéminente, comme si elle fût refoulée par un corps étranger la pressant de dedans en dehors.

Un mois après, quelques nouvelles hémorrhagies se prononcent : les crises, qui n'avaient lieu que tous les cinq ou six jours, se reproduisent journellement; bientôt elles offrent une intensité extraordinaire, avec une telle périodicité, que nous administrons d'assez fortes proportions de quinine unie à la valériane. Les antispasmodiques sous toutes les formes ne sont pas oubliés, tant il nous semble remarquer peu de rapport entre la lésion locale et les manifestations symptomatiques exprimées par les crises les plus violentes.

Ces accidents acquièrent bientôt un tel degré de gravité, qu'il ne nous semble plus permis de faire de la médecine expectante.

Rassurés par le long repos dans lequel nous avons laissé les organes malades, et surtout par l'espace rétréci que nous offre actuellement la cavité de la matrice, circonstances qui nous permettent de toucher avec le caustique tous les points de la surface interne de l'utérus, sans appréhender, comme précédemment, les suites d'une inflammation imminente et envahissante, nous nous décidons à badigeonner toute cette cavité avec un pinceau trempé dans une assez forte dissolution au nitrate d'argent.

Ces cautérisations, faites d'abord avec réserve, puis avec plus d'énergie, semblent pendant quelques jours éloigner les crises, mais elles reviennent bientôt aussi intenses qu'auparavant. Nous avons alors recours au caustique Filhos : inutilité de ce moyen. Il en est de même pour le nitrate acide de mercure. Les souffrances de la malade, pendant ces diverses tentatives, sont à peu près nulles.

Fatigués de ces résultats négatifs, nous avons enfin recours au cautère actuel. Munis du spéculum *intra-utérin* de M. Jobert (de Lamballe), de manière à préserver la partie interne du col qui est saine, nous cautérisons la cavité utérine. Ce moyen est employé à deux reprises différentes (1), mais il amène une si vive douleur pendant son application, que la malade refuse absolument de s'y soumettre à l'avenir. Cette sensibilité de l'organe, en général bien moins développée, nous paraît remarquable.

Actuellement (24 juin), malgré tous nos efforts, les crises, loin de diminuer, semblent augmenter; des scènes hystériformes, peu prononcées dans les premiers temps, terminent ces cruelles attaques. La malade, en proie à un véritable délire, tient les propos les plus extraordinaires; pendant la crise elle-même, elle éprouve des tortures telles, qu'elle s'élance par bonds sur son lit, et se précipiterait si elle n'était maintenue.

Elle a, au reste, considérablement maigri, et, quoique les hémorrhagies soient très faibles et de peu de durée, ces atteintes douloureuses, répétées tous les jours et offrant une régularité remarquable et une durée de huit à dix heures, menacent déjà de la manière la plus grave l'existence de cette pauvre malade.

Nous avons naguère encore exploré les organes génito-urinaires; comme il existait des douleurs de vessie et de la difficulté dans la miction, nous avons même sondé ce dernier organe, que nous avons trouvé parfaitement sain, mais rétracté et revenu sur lui-même.

La partie antérieure du col de la matrice est, comme nous l'avons déjà dit, toujours tuméfiée, gonflée. Il témoigne d'un corps étranger qui pousse avec énergie; ces efforts ont même déjà amené un commencement d'anté-

(1) Le spéculum de M. Jobert peut, dans quelques circonstances, rendre d'importants services; mais il me paraîtrait susceptible d'offrir une modification qui le rendrait applicable à un beaucoup plus grand nombre de cas : pourquoi, par exemple, ne pas lui donner trois valves, de manière à le rendre semblable au spéculum vaginal qui est dans cette forme? Il pourrait ainsi s'adapter à toutes les diverses dimensions de l'orifice du col.

version ; l'orifice du col est peu dilaté et ne permettrait plus l'introduction de l'extrémité de l'indicateur. Le col lui-même, aminci, s'efface de plus en plus.

Que faire en pareil cas ? Il existe dans la matrice des corps étrangers, qui sont la cause du danger que court la malade. Tout ce qu'on peut imaginer a été fait pour les extraire ou les faire périr. Nous avons employé toutes les médications possibles : l'iodure de potassium, le protoxyde de mercure, les iodures de fer, les antispasmodiques, les narcotiques ; nous avons tout mis à contribution.

J'ai beau interroger les auteurs qui se sont le plus occupés de ces matières. Ils sont muets pour des cas semblables. En écrivant cette longue observation, mon but principal a été d'attirer l'attention de mes collègues sur un cas aussi grave et aussi remarquable, désirant mettre à profit leur expérience et leurs réflexions.

Dans le moment actuel, je crois que nous avons une indication à remplir ; le caractère essentiel de chaque crise est d'offrir une physionomie de douleur expulsive qui simule sous quelque rapport un travail d'accouchement, nous en connaissons la cause : il existe, en effet, une masse de productions pathologiques qui donnent lieu à ces accidents. L'organe utérin fait de vains efforts pour chasser ces corps étrangers, qui, n'étant pas repoussés vers l'orifice du col, mais bien dans une direction qui lui est antérieure, presque vers le pubis, sont obligés de refouler la partie antérieure du col utérin, et de se coiffer pour ainsi dire, en les distendant, de la partie antérieure et inférieure de la matrice et de la lèvre antérieure du col, qui offrent, en effet, une bosselure et une inclinaison telles, que l'antéversion de l'organe utérin se prononce de plus en plus.

L'incision du col de l'utérus, partant de l'ouverture du col et se dirigeant vers le pubis, incision qui, partageant la lèvre antérieure du col et permettant aux tissus morbides qui la refoulent de se faire jour dans le vagin, permettrait d'agir avec efficacité sur ces corps mis pour ainsi dire à jour, incision qui s'adresserait peut-être à la contraction spasmodique de cet organe, et la ferait cesser ; l'incision du col de l'utérus, dis-je, me paraît réellement un moyen auquel nous devons recourir. Fallût-il agir, soit par nos cautères les plus énergiques, soit par l'incision, sur des corps polypeux, l'espace élargi offrirait encore à nos instruments des moyens d'action plus faciles et plus sûrs. (*Gazette médicale de Toulouse*, décembre 1854.)

Remarques de la *Gazette hebdomadaire* sur l'observation précédente.

Si le fait remarquable dont on vient de lire les détails est difficile à interpréter pour ceux qui en ont été témoins, il l'est encore davantage pour ceux qui ne l'ont pas observé. Il nous paraît insolite, non pas tant par la forme expultrice des douleurs, car cette forme se rencontre assez souvent dans les tumeurs intra-utérines, que par la nature du produit morbide. On a déjà signalé des tumeurs de l'utérus qui avaient l'aspect et la forme de groseilles blanches, mais elles occupaient l'orifice ou la surface extérieure du col et non pas la cavité même de l'organe, comme dans le cas de M. Pagès. C'est ainsi qu'on trouve dans l'ouvrage de Dugès et madame Boivin, à l'article du *cancer fongueux*, l'indication, avec deux faits à l'appui, d'un fongus en grappe ou en forme de groseilles blanches. Mais les corps blanchâtres occupaient les couches superficielles d'une tumeur charnue que les auteurs considèrent comme une espèce de cancer. Nous-même nous avons vu et opéré à l'hôpital de Lourcine une malade qui portait sur le col de l'utérus une énorme production fibro-plastique dont la surface présentait un certain nombre de grains blanchâtres, mollasses, semblables à de petits polypes muqueux ou gélatiniformes. On s'est beaucoup occupé à notre époque, depuis la publication des travaux de Récamier, de tumeurs intra-utérines petites et multiples qui peuvent occasionner des douleurs et des hémorrhagies inquiétantes; mais ni Récamier, ni MM. Robert et Nélaton, qui ont observé des faits de ce genre, n'ont signalé, au moins à notre connaissance, des productions semblables à celles de M. Pagès et à celles que Dugès et madame Boivin ont signalées à l'extérieur du col. D'autre part, MM. Huguier et Robin ont décrit des kystes de la surface interne de la matrice, qui diffèrent des productions observées par M. Pagès, en ce qu'ils constituent des cavités pleines de liquides, tandis que notre confrère de Castelsarrasin parle de productions mollasses, gélatiniformes, infiltrées de liquide, mais non pas creuses, comme le seraient des tumeurs kystiques. En définitive, les grains en question nous paraissent, comme à l'auteur de l'observation, être des polypes celluleux ou muqueux ; mais, en considérant la tendance qu'a la maladie à repulluler ou à se perpétuer après les arrachements et les cautérisations, il est à craindre que ces polypes ne compliquent une production de mauvaise nature, fibro-plastique ou cancéreuse, développée à l'intérieur de l'utérus, comme cela avait lieu dans les tumeurs extra-utérines que nous venons d'indiquer.

Mais si l'anatomie pathologique de cette observation laisse des doutes, la thérapeutique est toute tracée, et nous ne voyons d'autre marche à suivre que celle qui a été suivie dans la première opération et vers laquelle paraît incliner encore M. Pagès. La malade continue à être affaiblie par des douleurs et des hémorrhagies : ces accidents sont dus à des productions intra-utérines ; l'indication est de faire tous ses efforts pour enlever complétement ces dernières. Les cautérisations sont mal supportées par le corps de l'utérus, comme cela a lieu habituellement. On doit donc revenir à une opération sanglante, celle du curage avec l'instrument de Récamier, et, autant que possible, avec les ongles. Seulement, une difficulté se présente qui n'existait pas au commencement : le col est fermé, doit-on l'ouvrir? Nul doute à cet égard, et l'on a à choisir entre la dilatation avec l'éponge préparée et les incisions. Nous donnons, quant à nous, la préférence à ces dernières, parce qu'elles sont plus expéditives et plus sûres. Il est vrai qu'une hémorrhagie peut avoir lieu ; mais elle serait arrêtée facilement avec le perchlorure de fer porté, à l'aide d'un pinceau, sur la surface saignante; moyen précieux toutes les fois qu'on porte l'instrument tranchant dans les cavités naturelles, et qui nous a rendu de grands services dans l'extirpation des tumeurs utérines. Nous conseillerions l'emploi du même topique sur les points où l'arrachement aurait déjà été pratiqué, de façon à empêcher tout écoulement sanguin et à pouvoir continuer l'opération plus longtemps qu'on n'a pu le faire la première fois. Pour nous, l'opération devrait donc être faite de nouveau de la manière suivante :

1er *temps*. — Attirer la matrice, et la maintenir avec les érignes, le plus près possible de la vulve.

2e *temps*. — Inciser largement le col à droite et à gauche, et s'il saigne trop, toucher avec le perchlorure de fer.

3e *temps*. — Enlever avec l'ongle, et, si on ne le peut, avec la curette, le plus possible des productions morbides, en touchant avec le perchlorure de fer les surfaces saignantes aussi souvent qu'il le faudra.

Si, en opérant de cette façon, on ne parvient pas à tout enlever, c'est que la chose est impossible, à cause des conditions mauvaises que présentent les tissus malades, ou, si une repullulation arrive, c'est que cette lésion est d'une nature fâcheuse que la chirurgie est impuissante à corriger. Autant de fois, du reste, la repullulation aurait lieu et compromettrait les jours de la malade, autant de fois on pourrait recommencer l'opération. L. Gosselin.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Séance du 15 janvier 1855. — Présidence de M. Regnault.

Chirurgie. *Traitement des anévrysmes et des varices par des injections coagulantes.* — M. *Leroy d'Étiolles* fait observer que dans l'emploi des injections chez l'homme, les chirurgiens se sont éloignés du procédé qui avait été employé dans les expériences sur les animaux par les autres expérimentateurs et par lui même ; les injections avaient été faites dans l'artère sur une petite colonne de sang isolée et stagnante, tandis que sur l'homme on a toujours fait l'injection dans la tumeur anévrysmale. Or il semble

que l'on ait perdu de vue l'étroitesse ordinaire de la communication entre l'artère et le sac anévrysmal qui avait été observée par Scarpa. En réfléchissant à cette étroite communication, on comprend qu'il a dû arriver que le liquide coagulant n'a agi que sur le sang contenu dans le sac anévrysmal et non sur le sang contenu dans le tube artériel, en sorte que la circulation tantôt n'a pas été suspendue, tantôt ne l'a été que momentanément. M. Leroy d'Étiolles pense que l'on se trouve placé dans des conditions plus favorables en opérant de la manière suivante : « Deux points de compression sont placés au-dessus et au-dessous de la tumeur ; l'injection faite dans le tube artériel coagule sûrement le sang contenu dans sa cavité et la portion de sang encore liquide du sac. Sur les artères superficielles telles que la brachiale, M. Leroy d'Étiolles voudrait que l'on suivît le procédé qu'il a mis en usage dans ses expériences sur les animaux, procédé qui est à la méthode des injections ce que les procédés d'Anel et de Hunter sont à la méthode de la ligature. Enfin, pour les tumeurs qui se sont développées sur les artères près de leur entrée dans les cavités splanchniques, telles que la crurale et l'iliaque externe, la sous-clavière et le tronc brachio-céphalique, l'auteur propose l'injection dans l'artère au-dessous du sac, imitant la manière d'agir de Brasdor pour la ligature.

Quant au liquide coagulant, M. Leroy d'Étiolles pense que l'on a donné trop d'importance au perchlorure de fer. Il y aurait moins de danger, selon lui, à employer les sels d'alumine, le sulfate d'alumine neutralisé par l'ammoniaque et les lavages répétés. Le liquide de Pagliari, composé d'alun et de benjoin, le tannin, etc., ont une action suffisante, sans produire une inflammation excessive dans les parois de l'artère et dans celles du sac. M. Leroy d'Étiolles rappelle qu'il a encore coagulé le sang dans les artères au moyen de l'électro-puncture agissant sur une portion de ce liquide isolée et stagnante entre deux points de compression. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Mémoires sur l'anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus (deuxième partie), par M. *Laugier*. — Dans cette seconde partie de son mémoire, M. Laugier s'est proposé de rechercher les altérations des granulations des plaies sous l'influence de la pourriture d'hôpital.

Dans la *forme ulcéreuse*, les premiers effets de la pourriture portent évidemment sur les vaisseaux des bourgeons charnus. A chaque point attaqué, une sorte d'alvéole se forme et se remplit d'un ichor brunâtre et tenace ; les bourgeons charnus, d'hémisphériques sont devenus coniques et beaucoup plus petits ; leur sommet est ecchymosé et cette ecchymose, contenue sous la pellicule superficielle des bourgeons, ne peut être enlevée par le lavage ou le frottement. Leur circulation et leur nutrition ont subi une altération profonde, mais il n'y a point là gangrène, et l'ulcération avec perte de substance admise par tous les auteurs ne paraît pas même encore démontrée, d'après M. Laugier. Ce n'est qu'après la disparition complète des bourgeons charnus que l'ulcération semble plus manifeste par l'extension de la pourriture d'hôpital dans le tissu cellulaire voisin; encore n'est-ce pas là véritablement une ulcération.

Quant à la stratification de lymphe et à la production des vaisseaux dans la membrane des granulations, elles sont complétement suspendues tant que dure l'espèce de retrait atrophique subi par les bourgeons charnus.

Dans la *forme pulpeuse*, les bourgeons charnus prennent et gardent, pendant un ou deux jours, une teinte légèrement violette. Bientôt un voile demi-transparent les recouvre et les dérobe incomplétement à la vue. Cette couche blanchâtre est très adhérente, et ne se laisse pas enlever par des frottements réitérés. Quelquefois, on la soulève par lambeaux flottants ; tantôt elle est assez ferme pour se laisser séparer avec facilité, tantôt elle se déchire au moindre effort. Au-dessous, les bourgeons charnus conservent les formes qu'ils avaient auparavant ; ils sont ensanglantés par la séparation de la fausse membrane, leur couleur est violacée, mais à cela près, ils ne paraissent pas malades ; c'est leur sécrétion qui est le produit morbide. Bientôt elle acquiert plus d'épaisseur, ne se moule plus aussi exactement aux dispositions physiques de la plaie, et au deuxième jour environ, cette plaie étant plus douloureuse et ses bords devenus pâteux et bruns, la fausse membrane, très épaisse, se détruit, se fond en passant à l'état de putrilage, sans cesser d'être adhérente aux parties sous-jacentes qu'elle envahit et qu'elle s'approprie, au point qu'il n'est pas possible d'en reconnaître les traces dans son épaisseur. Tous les chirurgiens, et Delpech à leur tête, appellent fausse membrane le produit membraneux qui revêt la plaie. Cependant il est impossible de ne pas être frappé de la différence qui existe entre la masse pulpeuse de la gangrène d'hôpital et les fausses membranes connues. Une fausse membrane est une sécrétion inerte ; elle peut augmenter d'épaisseur par addition de couches nouvelles, mais elle ne détruit pas l'organe sécréteur, ou ne le comprend pas dans son épaisseur. Aucune fausse membrane récente et non organisée n'adhère à la membrane sous-jacente avec une force pareille à l'adhérence ordinaire du produit de la pourriture d'hôpital à la membrane des bourgeons charnus. Une fausse membrane se détache d'elle-même sans phénomènes de réaction, et dans la pourriture d'hôpital, au contraire, au dixième ou douzième jour, un travail particulier d'élimination précède la fonte putrilagineuse. En conséquence, on peut se demander si la fausse membrane de la pourriture d'hôpital ne fait pas d'abord partie intégrante de la membrane des granulations, et s'il n'est pas naturel de penser qu'elle n'est autre chose que la couche de lymphe organisable de l'état sain, mais dont l'organisation avorte dans la pourriture d'hôpital.

M. *Laugier* décrit, sous le nom de *gangrène sénile des bourgeons charnus*, une altération des bourgeons charnus tout à fait analogue à la gangrène sénile. En un point quelconque de la surface d'un ulcère atonique, souvent près de l'un de ses bords, un bourgeon charnu, mollasse et volumineux, prend une teinte violette et comme ecchymotique, qui paraît située dans son centre, à une certaine profondeur. Cette ecchymose, circonscrite et profonde, dure quelques jours sans que le bourgeon charnu ait changé de volume et de rénitence ; seulement il pâlit à sa surface, ses couches superficielles reçoivent moins de sang. Peu à peu la teinte violacée paraît s'étendre et tire sur le noir, puis le bourgeon entier devient plombé, s'affaisse et se mortifie ; il est remplacé par une eschare fétide. En ce point, l'ulcère se creuse et prend un aspect gangréneux sans ichor. C'est une gangrène isolée dans l'ulcère qui garde partout ailleurs sa physionomie ordinaire. Plusieurs bourgeons, le plus souvent voisins du premier, lentement, très lentement (car ce travail peut durer plusieurs semaines), subissent la même altération et meurent de la même manière. La tache ecchymotique centrale occupe précisément le siége de la grappe vasculaire qui nourrissait le bourgeon charnu ; c'est sur elle et autour d'elle que la gangrène se montre par l'arrêt de la circulation, et elle envahit tout le bourgeon quand les anastomoses fines, qui l'unissaient aux bourgeons voisins, cessent de suppléer à son vaisseau nourricier principal oblitéré. C'est ainsi que, dans la gangrène dite *sénile*, une artère principale étant oblitérée, la mortification arrive peu de temps après, quoique la vie se soit, pendant ce temps, maintenue à l'aide des anastomoses artérielles bientôt insuffisantes.

Au lieu d'invoquer, comme l'a fait Hunter, l'action exagérée des vaisseaux absorbants, je crois, dit M. *Laugier* en terminant son mémoire, que, dans un grand nombre de cas, l'ulcération peut s'expliquer plus clairement que ne le fait l'absorption par des arrêts de développement, un mode particulier d'organisation et de nutrition des bourgeons vasculaires, et enfin comme je viens d'en donner un exemple, par la gangrène de ces bourgeons. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Mémoire de M. Baudens sur les fractures de jambes traitées par son appareil. — Les différentes pièces qui composent cet appareil sont : une boîte de chêne, une talonnière, un coussin, des bandelettes de toile, de la ouate, des liens pour l'extension, la contre-extension et la coaptation.

La *boîte* ou *caisse* est à ciel ouvert, formée par quatre parois ; une inférieure, deux latérales, et une terminale ou digitale.

La paroi inférieure, ou plancher, a 73 centimètres de long sur 22 de large. Les parois latérales, longues de 65 centimètres, hautes de 25, et articulées par des charnières au plancher de la boîte, sont percées de trois rangées parallèles de trous rapprochés et capables d'admettre le doigt index. Ces trous sont comme autant de doigts d'attente pour agir sur les lacs de la coaptation. La paroi terminale ou digitale, également articulée au plancher, de la largeur de celui-ci et haute de 30 centimètres, est aussi percée de trois rangs de trous pour recevoir les lacs extenseurs.

Le *coussin* recouvre le fond de la boîte.

La *talonnière* est un petit coussin de crin destiné à occuper l'espèce d'arceau qui existe sous le tendon d'Achille, en allant de la pointe du calcanéum qu'il laisse libre, pour éviter les douleurs de talon, à la naissance du mollet où il arrive en diminuant d'épaisseur.

Application de l'appareil. On dépose sur le plancher de la boîte, dont les parois sont rabattues, le grand coussin et sur celui-ci des bandelettes de toile, comme pour le bandage de Scultet, puis la talonnière.

L'extension se fait au moyen de liens qui prennent leur point d'appui à la plante du pied, et la contre-extension s'opère au moyen de liens fixés sur les côtés du genou et qui sont réfléchis plus tard de bas en haut sur le plancher de la boîte.

On fait glisser la boîte, dont les côtés sont rabattus, sous le membre soulevé par des aides, et l'on étend avec douceur la jambe fracturée sur la talonnière et sur le grand coussin, dans lequel elle se creuse une profonde gouttière. On borde le grand coussin, en roulant sur les côtés de la jambe, en forme de fanons, ce qui excède le plancher de la boîte, que l'on ferme ensuite en relevant ses parois, à l'exception de la muraille externe qui reste rabattue pour procéder plus aisément à la réduction de la fracture.

Si le déplacement est angulaire, il suffit de ramener le fragment inférieur à une direction normale. Quand le déplacement est par rotation, on fait tourner sur son axe jusqu'au degré nécessaire le fragment inférieur ; si le déplacement a lieu avec chevauchement, raccourcissement, il faut recourir à l'extension, à la contre-extension et à la coaptation, et

quand une bride musculaire est placée entre les fragments, on la coupe par une section sous-cutanée.

Là où apparaît dans toute son efficacité la puissance de l'appareil, d'après M. *Baudens*, c'est quand il remplace d'une manière permanente la puissance momentanée des doigts du chirurgien qui ont opéré la coaptation des fragments. Des lacs élastiques, disposés en forme d'anses, opposés d'action pour se faire équilibre, embrassent la fracture dans tous les sens voulus. Ces lacs s'engagent dans une rangée de trous plus ou moins élevés des parois de la boîte. Ces diverses indications remplies, on relève le côté de la boîte resté ouvert pour le fixer à l'aide d'un crochet.

M. Baudens a appliqué son appareil à 151 fractures de jambe, non compris celles produites par les coups de feu, qui forment une catégorie à part. Sa statistique se résume ainsi : une seule *amputation*, et pas un *seul cas de mortalité*.

Aujourd'hui M. Baudens, modifiant ses opinions premières, pense que la jambe ne doit que très rarement être amputée, même quand elle a été brisée en éclats par une balle. Les résections doivent ici, de même que lorsqu'il s'agit du membre supérieur, remplacer l'amputation, comme règle générale. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie*).

PHYSIOLOGIE. *Expériences pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par le curare*, par M. *Alvaro Reynoso*. — Il résulte des expériences de M. *Alvaro Reynoso*, que les ventouses appliquées sur la place empoisonnée avant que l'absorption du poison ait lieu, si elles conservent bien le vide sans interruption, empêchent complétement l'absorption du curare tant qu'elles restent; mais aussitôt qu'on les enlève, l'empoisonnement se produit.

Il est donc rationnel d'admettre que, lorsqu'on a employé les caustiques et les ventouses en même temps pour prévenir l'empoisonnement, après avoir enlevé les ventouses le salut de l'animal est dû aux caustiques, et parce que les ventouses n'agissent qu'autant qu'elles sont maintenues, et parce que les caustiques seuls produisent les mêmes effets sans avoir besoin du secours des ventouses. (*Comm.*, MM. Duméril, Magendie, Flourens, Pelouze et Cl. Bernard.)

MATIÈRE MÉDICALE. *Observations sur l'opium indigène*. — M. *B. Roux* adresse un mémoire sur l'opium indigène recueilli dans le Jardin botanique de la marine, à Brest. Voici les conclusions de ce travail : 1° L'opium obtenu au jardin botanique de Brest peut rivaliser avec les bonnes espèces commerciales. 2° Sa richesse en morphine brute (10,66 pour 100) offre une grande analogie avec celle de l'opium recueilli par M. Aubergier, aux environs de Clermont-Ferrand. 3° Le bas prix de la main-d'œuvre, dans le Finistère, assurerait à l'intéressante industrie créée par l'extraction de l'opium, des chances de succès que l'on ne rencontrerait pas dans plusieurs départements de la France. 4° La culture du pavot, essayée sur une grande échelle en Bretagne, doterait ce pays d'une industrie productive, basée sur l'exploitation des graines et l'extraction d'une huile dont l'importance économique acquiert chaque jour plus d'intérêt.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 16 JANVIER 1855.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics adresse les neuf pièces suivantes : *a*. Rapport du docteur *Baudon* père, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Clermont, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement. — *b*. Rapports faits par les médecins et les élèves envoyés dans le département de la Haute Saône pour y soigner les cholériques. — *c*. Rapport du docteur *Niobey* sur une épidémie de choléra qui a régné cette année dans la commune d'Aubepierre (Haute-Marne). — *d*. Cahier d'observations du docteur *Ourgaud* sur l'emploi du valérianate de zinc dans le choléra. — *e*. Rapport de M. *Boussaly*, médecin à Athènes, où se trouvent consignées un grand nombre d'observations faites sur les cholériques traités à l'hôpital du Pirée. (*Commission du choléra*.) — *f*. Rapport du docteur *Meller*, médecin à Raon, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de Celles et d'Allarmont. (*Commission des épidémies*.) — *g*. Plusieurs remèdes secrets proposés par les sieurs *Cartier*, *Vogel* et *Pietro-Bosso* (de Trieste). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2. Le professeur *Heyfelder* (d'Erlangen), adresse un mémoire sur le mouvement du choléra dans le royaume de Bavière en 1854, et plusieurs comptes rendus de la Maternité d'Erlangen. (*Commission du choléra*.)

3. M. *Vaeher* (de La Grave), chirurgien auxiliaire de marine, adresse quelques remarques sur le choléra. (*Commission du choléra*.)

4. M. *Ernest Barruel*, pharmacien-chimiste à Paris, envoie un mémoire sur la nature et la composition des savons de zinc, et leur substitution dans les emplâtres à l'emplâtre de plomb; mode de préparation de l'emplâtre de zinc. (*Comm.* : MM. Malgaigne, Bouchardat, Chevallier.)

5. Le docteur *F. Ingold*, de la Vallette (Malte) adresse un relevé des cas de choléra qui se sont présentés à Malte pendant les mois de juillet, août et septembre 1854, non compris les troupes françaises.

6. Tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département de la Gironde, avec quelques considérations pratiques, par le docteur *Ch. Dubreuil* (de Bordeaux). (*Commission de vaccine*.)

7. État statistique sur la pratique de la vaccination dans plusieurs cantons du département de l'Oise en 1853 (Ressons-sur-le-Matre, Lassigny et Ribécourt), par M. *Defrénois*, médecin vaccinateur. (*Commission de vaccine*.)

8. M. *Leroy* (d'Étiolles) adresse un *Mémoire sur les maladies cancéreuses*. Ce travail est basé, dit l'auteur, sur une statistique dont les documents ont été fournis par plus de deux cents médecins français et étrangers, qui ont envoyé près de 3000 observations, sur lesquelles il en a été dépouillé et classé 2781. (*Commission nommée* : M. Barth, rapporteur.)

SÉANCE DU 23 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet la pièce suivante : Rapport du docteur *Vingtrinier* sur une épidémie de variole qui a régné à Rouen depuis le 1er juillet 1853 jusqu'au 1er août 1854. (*Commission des épidémies*.)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1853 dans les départements de l'Yonne et de la Haute-Vienne. (*Commission de vaccine*.)

3. Note sur quelques modifications aux symptômes du choléra asiatique de 1832 et 1849, observées pendant la présente épidémie, par le docteur *Ch. Delcaux*, à l'île de Jersey. (*Commission du choléra de* 1851.)

4. Note sur l'épidémie cholérique de Clermont-Ferrand en 1854, par le docteur *Imbert-Gourbeyre*, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine de cette ville. (*Commission du choléra de* 1854.)

5. Mémoire sur l'utilité des médicaments abortifs, agissant directement sur les pustules de la petite vérole, par M. le professeur *A. Tigri*. — La petite vérole est une maladie externe acquise et essentiellement contagieuse : ce dernier caractère exclut toute idée d'émonctoire, d'exhalaison d'humeurs.

Pour le professeur Tigri, l'abortif des pustules est un remède radical, un vrai spécifique pour triompher de la maladie à sa première manifestation et même pour la prévenir. En songeant que quatre à six pustules, obtenues par l'inoculation du vaccin ou de la variole, suffisent pour préserver l'organisme de la petite vérole naturelle, il est logique d'étendre les moyens abortifs à la plus grande partie des pustules qui envahissent le corps des malades.

La variole compromet la vie : 1° par l'inflammation qui s'étend à toute la surface de la peau et des membranes muqueuses ; 2° par la gangrène qui se développe dans chaque pustule ; 3° par la résorption de l'humeur gangréneuse elle-même.

La nature des cicatrices avec perte de substance, leur forme déprimée, irrégulière, leur couleur blanchâtre, sont un indice du trouble de la fonction chromatogène de la peau.

On doit raisonnablement admettre une variole gangréneuse, parce que, dans chaque pustule de cette affection, la gangrène s'étend en surface et en profondeur sans l'inflammation éliminative de Hunter; dans la gangrène ordinaire des pustules, la détimitation se fait promptement; on n'a pas à craindre l'infection putride, et le stratum jaunâtre qui forme la partie morte du derme se perd dans la croûte, lorsque la cicatrisation du fond ulcéreux est déjà complète.

Ceci prouve l'utilité des moyens abortifs, moyens qui peuvent s'étendre aussi à la surface des muqueuses.

Conclusions :

Jusqu'à présent on s'est servi des abortifs pour soustraire le visage à la laideur des cicatrices; M. le professeur Tigri propose d'en vulgariser l'usage : 1° dans le but de sauver la vie si menacée de ceux atteints de de variole, quand l'éruption est abandonnée à elle-même; 2° comme le succédané le plus efficace de l'inoculation quand elle a été insuffisante. (*Commission de vaccine*.)

6. Mémoire sur l'imbibition aqueuse des solides, considérée sous le rapport physiologique et sous le rapport pathologique, par M. le professeur *Tigri*. (*Comm.*, M. Poiseuille.)

7. Observation de sarcocèle volumineux opéré avec succès et guéri sans récidive depuis dix-sept ans. (*Comm.*, M. Barth.)

8. Note sur un signe important de l'insuffisance aortique : *le défaut d'isochronisme entre la contraction du ventricule et le battement artériel*,

par M. *Girard*, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille. (*Commission nommée*, plus M. Grisolle.)

9. Note sur la rage, par M. *Canong*. (*Comm.*, M. Renault.)

10. M. *Pouillien* présente à l'Académie un nouveau lit mécanique dont M. *Nélaton* lui a fourni l'idée première.

11. Extraction d'un corps étranger introduit dans le rectum, note de M. le docteur *Leprestre*, chirurgien en chef des hôpitaux de Caen. (*Comm.*, MM. Paul Dubois, Huguier et Robert, rapporteur.)

12. Mémoire sur l'épidémie cholérique qui a sévi dans le canton de Sèvres, dans les années 1832, 1849 et 1854, par M. le docteur *Baduel*, médecin des épidémies du canton de Sèvres (Seine-et-Oise). (*Commission du choléra de* 1854.)

Lectures et Mémoires.

Notice historique sur la découverte de l'arsenic dans les eaux minérales, par M. *A. Chevallier*. — Cet important mémoire est peu susceptible d'analyse ; l'auteur l'a résumé lui-même dans les conclusions suivantes :

1° La présence de l'arsenic dans les eaux minérales, prévue par Robert Bayle en 1686, il y a plus de 158 ans, a été constatée pour la première fois en 1839, par M. Tripier, puis confirmée par les travaux d'un grand nombre de chimistes, parmi lesquels on compte M. le baron Thenard, MM. Liebig, Buchner, Will, Frésénius, Figuier, Mialhe, O. Henry, Schaeufèle, Gobley, etc., etc.

2° La présence de l'arsenic a déjà été constatée, soit dans les eaux, soit dans les dépôts laissés par les eaux minérales des divers départements de la France, dans un nombre qui s'élève à 82, réparties dans 32 départements, y compris l'Algérie.

3° Il y a encore 55 départements où l'on n'a pas constaté la présence d'eaux minérales arsenicales.

4° Ce principe actif a été reconnu dans un certain nombre d'eaux minérales étrangères. Les eaux de Spa, de Wiesbaden, de Schwalbach, d'Ems ; de Landscheid, de la vallée de Brohl, de Liebestein, de Ripoldsan, de Dribourg, de Ralcoczi.

5° Il est probable que de nouvelles analyses démontreront que l'arsenic existe dans des eaux dans lesquelles, aujourd'hui, on n'a pas encore constaté sa présence, et que de nouvelles découvertes ne se feront pas longtemps attendre, l'attention des chimistes étant fixée sur ce point.

Parmi les eaux minérales arséniatées qui se trouvent en France, et dont le tableau est annexé au mémoire de M. Chevallier, nous citerons : Les eaux de Bourbon-l'Archambault, Cusset, Hauterive-Vichy, Vichy, Ussat, Cransac, Chaudes-Aigues, Balaruc, Uriage, Bagnols, Baupréau, Savinière, Coutances, Reims, Bourbonne-les-Bains, Château-Gonthier, Pougues, Mont-Dore, Saint-Allyre, Bagnères-de-Bigorre, Niederbrunn, Soultzbach, Bourbon-Lancy, Versailles, Auteuil, Forges, Bains, Bussang, Plombières, Saint-Vallier, Haman-Mescutin (Algérie), etc.

M. Chevallier fait la remarque que les eaux actives de France, qui contiennent de l'arsenic, il est vrai en petite quantité, n'ont pas été moins fréquentées depuis qu'on a pu apprendre qu'elles contenaient un principe toxique, mais qui, à de petites doses, peut être salutaire. M. Walchner avait d'ailleurs traité la question, et il avait établi que la présence de l'arsenic dans les eaux minérales était peut-être la cause de l'effet salutaire de ces eaux, et qu'elle expliquait l'action du liquide qui, jusque-là, n'avait pas été bien comprise ; cette opinion est aussi celle de M. Thenard, qui, en parlant des eaux du Mont-Dore, dit : « On ne saurait mettre en doute que ce ne soit à l'arséniate de soude qu'elles doivent leur puissante action sur l'économie animale. » M. Chevallier se range à cette opinion, en se basant sur son expérience personnelle. Il a fait usage, à plusieurs reprises, des eaux arséniatées, et particulièrement de celles de Bussang, qui sont jusqu'ici celles dans lesquelles on a trouvé la plus forte proportion d'arsenic (environ 2 milligrammes par litre), et jamais ces liquides n'ont causé un sentiment d'âcreté à la gorge, sentiment qu'une solution arsenicale très faible détermine dans le plus grand nombre des cas.

Rapports d'urgence faits, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, sur de nouvelles médications ou des spécifiques proposés contre le choléra épidémique; M. *Robinet*, rapporteur. — M. Robinet donne lecture d'une série de rapports sur de nouveaux moyens de guérison du choléra proposés, quelques-uns par des médecins, mais la plupart par des personnes complètement étrangères à l'art de guérir. Chacun de ces rapports se termine par cette conclusion : Qu'il n'y a pas lieu de prendre en considération le travail présenté à l'Académie.

Les conclusions de chacun de ces rapports sont successivement adoptées.

Influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus, par M. le docteur *Prosper de Pietra-Santa*. — Dans ce second mémoire, l'auteur complète ses premières études sur l'influence de l'emprisonnement cellulaire de Mazas sur la santé des détenus.

Une nouvelle période de deux années de recherches faites à Mazas et aux Madelonnettes, dans une prison cellulaire et une maison d'arrêt en commun l'autorisent à dire :

1° Il y a eu à Mazas une diminution dans le nombre des malades et des décès, comparativement à la vieille Force et aux Madelonnettes. Cette diminution n'est pourtant pas considérable, quand on tient compte des circonstances accessoires : personnel de la maison, mode de recrutement, nécessités des transfèrements, et autres.

2° Les aliénations mentales sont beaucoup plus fréquentes à Mazas que dans les maisons en commun. A Mazas, on voit les aliénations se développer, par le fait même du système, chez des individus sains de corps et d'esprit. Aux Madelonnettes, la grande majorité des folies est antérieure à l'entrée; tous ces détenus sont, en conséquence, transférés immédiatement à Bicêtre.

3° L'augmentation des suicides continue à être très considérable. Pendant quatre années depuis l'ouverture de Mazas, leur nombre a été douze fois plus considérable qu'à la vieille Force (de 1830 à 1850), qu'aux Madelonnettes de 1850 à 1854.

En étudiant les circonstances qui ont accompagné ces malheureux accidents, M. le docteur de Pietra-Santa a constaté : 1° Qu'en général les détenus qui se sont suicidés n'étaient pas de la catégorie de ces hommes pervers, perdus de dettes et de crimes, misérables sans foi ni loi, ne possédant ni feu ni lieu. 2° Que la plupart étaient en prévention pour des délits qui les rendaient spécialement passibles de la police correctionnelle. 3° Que l'impression première de la solitude de l'encellulement a été si violente, que la pensée de la destruction est née instantanément avec une force extrême dans leur esprit : deux d'entre eux avaient cessé de vivre le lendemain même de leur arrestation; 14 sur 26 n'avaient pas dépassé la huitaine. 4° Que c'est dans la force de l'âge, chez les hommes qui ont déjà traversé la vie et ses péripéties, que cette passion est le plus énergique. (*Comm.* : MM. Londe, Collineau.)

Considérations pour servir à l'histoire de la suette et du choléra, et des rapports qui ont existé entre l'épidémie de 1849 *et celle de* 1854, par le docteur *A. Foucart*. — L'auteur de ce mémoire, envoyé en mission dans les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise en 1849, et depuis, en 1854, dans l'arrondissement de Langres (Haute-Marne) et dans le département de la Haute-Garonne, a consigné dans ce nouveau travail le résultat de ses observations sur le choléra et la suette miliaire. M. Foucart résume ainsi la partie de son mémoire où il s'est particulièrement occupé de la suette miliaire :

La suette observée dans la Haute-Marne et dans la Haute-Garonne en 1854 a été identiquement la même que celle observée en 1849 dans les départements du nord de la France, sous le rapport de sa nature, de sa symptomatologie, de sa marche, de sa durée, des accidents qui en ont été la suite dans un petit nombre de cas. M. Foucart a démontré, dans son premier travail, que l'absence de l'éruption ne constitue pas une différence dans la maladie. L'éruption n'est qu'un épiphénomène sans aucune importance, et dont l'existence n'est pas essentiellement liée à la suette. D'ailleurs, ici elle a été assez fréquente pour qu'on ne puisse pas arguer de son absence quand elle a manqué. Les différences que l'on a pu remarquer dans sa gravité ont tenu tout simplement à ce que, dès le début une médication hygiénique rationnelle a été instituée (boissons froides, aération, découvrement) ; lorsque ces précautions n'ont pas été observées, la maladie a été aussi grave qu'en 1849. — Dans les cas qui ont offert quelque gravité, la médication vomi-purgative, proposée par M. Foucart comme méthode générale, a parfaitement réussi, comme elle l'avait fait en 1849, à dissiper tous les accidents. — Dans les cas où le vomitif a été administré tout à fait au début, les accidents nerveux, si redoutables, ne se sont jamais manifestés; la durée de la maladie a été moins longue, et les convalescences plus franches et plus régulières. — Pas plus qu'en 1849 et dans les épidémies antérieures, la suette n'a revêtu le caractère intermittent. Dans quelques cas isolés et excessivement rares, les exacerbations ont semblé reparaître à peu près périodiques; mais cette apparence de périodicité tenait, ainsi que l'a démontré péremptoirement l'observation ultérieure, à cette circonstance que l'on n'avait pas mis en usage, au début, le traitement vomi-purgatif, *véritable régulateur* de la maladie, et qu'on laissait persister la constipation. — Enfin, de l'analyse détaillée de cette épidémie et de son rapprochement avec les épidémies antérieures, il résulte une fois de plus que la suette est *une*, et que toutes les épidémies qui ont été observées en France jusqu'à ce jour ont été parfaitement identiques.

L'auteur résume ensuite ce que lui a appris l'observation dans l'épidémie de 1854, dans la Haute-Marne et dans la Haute-Garonne, relativement au choléra. Dans un certain nombre de cas, la symptomatologie a été moins complète que dans les autres épidémies ; quelques phénomènes ont parfois manqué, ou ont été peu marqués ; les crampes, entre autres, ont été moins fortes et moins persistantes généralement, mais ces différences n'ont constitué que des variétés sans importance au point de vue du pronostic et du traitement. — Généralement aussi, la période algide

et cyanique a duré moins longtemps; la réaction a été obtenue plus facilement; mais cette réaction s'est souvent accompagnée de phénomènes typhoïdes ou de phénomènes cérébraux qui sont devenus funestes. — La présence des vers intestinaux dans les matières des déjections et des vomissements de quelques cholériques, signalée comme un accident, a été assez rare, complétement sans valeur, et n'a jamais coïncidé avec des formes plus ou moins graves du choléra. La présence de ces ascarides lombricoïdes n'a pas été plus fréquente pendant le choléra qu'elle ne l'est à l'état normal chez les habitants des campagnes, qui se nourrissent mal ou suivent un régime plutôt végétal. — Le choléra a *toujours* été, cette année comme les autres, et dans toutes les localités, précédé de phénomènes assez marqués et assez prolongés pour permettre d'instituer un traitement utile. La diarrhée est le plus constant de ces phénomènes prodromiques. — Le choléra *foudroyant*, c'est-à-dire survenant sans prodromes chez un individu en bonne santé, *est un mythe*. — L'expérience a démontré que la suette et le choléra peuvent exister simultanément dans les mêmes localités, et que, par conséquent, il n'y a pas antagonisme entre ces deux maladies; leur coexistence n'est pas non plus forcée. — Dans l'épidémie de la Haute-Marne et de la Haute-Garonne de 1854, la suette a, la plupart du temps, précédé le choléra. L'affaiblissement résultant de l'existence de la suette a constitué une prédisposition qui a pu quelquefois favoriser l'évolution du choléra, rendre sa marche plus rapide, et diminuer la durée de la période prodromique au point de faire croire à l'observateur superficiel et peu expérimenté que cette période n'avait pas existé, tandis qu'elle avait été seulement de plus courte durée. Dans la plupart des cas, cette transformation de la suette en cholérine, puis en choléra, s'est opérée sous l'influence d'écarts de régime et d'indigestions par excès de nourriture.— L'épidémie de 1854 a démontré, aussi bien et mieux encore que celle de 1849, la transmissibilité du choléra d'individu à individu.— Dans les cas excessivement rares, si tant est qu'il en existe, où le choléra n'est pas précédé de prodromes, c'est par la transmission individuelle qu'il faut expliquer la rapidité de la marche de la maladie. — Dans le traitement de la cholérine, ou plutôt dans celui des diarrhées, et, en général, dans tous les phénomènes morbides qui peuvent être rapportés à la première période du choléra, la médication vomi-purgative doit être employée tout d'abord, et constitue en quelque sorte un spécifique. M. Foucart n'a jamais vu de cholérine, si grave fût-elle, traitée par cette méthode, se transformer en choléra. Les opiacés ne sont qu'un simple palliatif, et il n'est jamais prudent de les mettre en usage avant de les avoir fait précéder des évacuants. (*Commission du choléra de 1854.*)

Note sur un appareil à injections circonscrites pour le traitement des nævi vasculaires. — M. le docteur *Anselmier* présente un appareil qu'il emploie dans le traitement des nævi vasculaires pour faire les injections circonscrites de solutions coagulantes, irritantes ou caustiques, suivant les cas.

Cet appareil se compose : 1° D'une seringue de précision; la modification principale apportée par M. Anselmier à la seringue de M. Pravaz porte sur la canule; celle-ci est plus courte, taillée en stylet aigu, munie d'un arrêt à vis pour déterminer la profondeur de la ponction.— 2° D'un compresseur linéaire ayant la forme d'un carré, pour limiter l'effet de l'injection à la partie de la tumeur sur laquelle on l'applique. — Tandis qu'un aide le maintient fortement en place, quand on a fait choix de la portion qu'on attaquera la première, on fait lentement la ponction, puis l'injection plus lentement encore.

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'uva ursi dans le traitement de quelques maladies chroniques des voies urinaires.

L'*uva ursi* (*arbustus uva ursi*, plante de la famille des *éricinées*), médicament presque oublié de nos jours, et rangé parmi les *diurétiques incertains* (*Nouveau formulaire magistral* de Bouchardat), était fort employée, vers le siècle dernier, dans les maladies chroniques des voies urinaires avec sécrétions catarrhales ou puriformes. Les observations de de Haen à ce sujet sont tellement précises, qu'il est à désirer que l'on revienne de nouveau à l'usage de ce médicament dans des maladies si difficiles à guérir, quelquefois même à tempérer. Il est probable que ce n'est pas plus à titre de diurétique que de lithontriptique qu'il faut employer l'uva ursi : la présence de l'acide tannique et de l'acide gallique que les analyses modernes y ont signalés le rapprochent plutôt des astringents. Tous ceux, écrivait de Haen, qui présentent une suppuration prolongée et abondante, rebelle aux autres moyens thérapeutiques, vers le système urinaire, les reins, l'uretère, la vessie, l'urètre, le scrotum, le périnée, sans aucune empreinte vénérienne et en dehors des signes évidents d'un calcul, ont guéri entièrement par l'uva ursi, et leur guérison ne s'est pas démentie. C'est le meilleur remède dans les maladies de la vessie ou des reins, avec ou sans calculs... »

Sans se porter garant de pareils résultats, que viennent appuyer, du reste, des observations particulières en apparence très concluantes et recueillies chez des sujets de différents âges, il est bon de rappeler que, d'après De Haen, Prout, et beaucoup d'autres auteurs, l'emploi de l'uva ursi en poudre surtout, à la dose de 2 à 4 grammes, continué pendant un temps assez long, constituerait l'un des meilleurs modificateurs des inflammations chroniques des voies urinaires, avec sécrétion abondante de mucus ou de mucopus. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 décembre 1854.)

Formules d'emplâtres irritants et anodins, par le docteur Hughes.

La médication par les emplâtres est assez imparfaite, au point de vue surtout de l'indication qu'ils sont le plus généralement appelés à remplir, la révulsion cutanée. Il n'y a guère à choisir entre l'emplâtre de poix de Bourgogne simple et l'emplâtre stibié, le premier souvent insuffisant, le second fort douloureux et dont la manière dont il agit sur le système nerveux, les cicatrices qu'il peut laisser après lui, forcent souvent à se priver alors qu'on aurait besoin d'une action plus énergique. On remarquera, parmi les formules suivantes, que recommande le docteur Hughes, ce que nous appellerons un emplâtre intermédiaire entre les deux emplâtres dont le plus grand nombre des praticiens font seulement usage. On remarquera également, dans la plupart de ces formules, l'addition d'axonge à la poix de Bourgogne, dans le but de corriger ce que celle-ci a souvent de sec et de cassant.

Les emplâtres anodins ne sont pas très usités. Les formules que nous citerons nous paraissent pouvoir être avantageusement employées.

Emplâtre irritant de moyenne énergie.

Axonge.	50 centigr.
Poix de Bourgogne.	4 gram.
Faites fondre ensemble et ajoutez :	
Poudre de capsicum. . . .	4 gram.
Mêlez avec soin.	

L'emplâtre suivant, plus actif, est employé dans les maladies thoraciques, le rhumatisme chronique, la sciatique, etc. :

Axonge.	50 centigr.
Poix de Bourgogne.	4 gram.
Faites fondre ensemble et ajoutez :	
Oxyde rouge de mercure obtenu par l'acide nitrique.	120 centigr.
Tartre stibié	50 centigr.

Emplâtres anodins.

Extrait de belladone. . . .	120 centigr.
Poix de Bourgogne.	8 gram.
Faites fondre et ajoutez :	
Poudre d'opium.	120 centigr.
Extrait d'aconit.	120 centigr.
Extrait de stramonium. . .	50 centigr.
Poix de Bourgogne.	8 gram.

Faites fondre à une douce chaleur. (*Dublin Medical Press*, 13 décembre 1854.)

Traitement du delirium tremens par l'administration du chloroforme à l'intérieur, par le docteur Blaschko.

La *Gazette hebdomadaire* a déjà (t. I, n° 33, p. 517) insisté sur la valeur du chloroforme administré par le tube digestif, et sur les doses élevées auxquelles on pouvait porter cette préparation sans

danger pour le malade. M. le docteur Blaschko rapporte un fait intéressant qui démontre l'efficacité de cette préparation dans un cas de *delirium tremens*. Outre les symptômes caractéristiques de la maladie, on observait des hallucinations. Huit grammes de laudanum donnés, à doses fractionnées, dans les vingt-quatre heures, n'avaient produit aucune amélioration dans l'état du malade. Un jour après la cessation de ce moyen, après avoir constaté l'accroissement graduel des symptômes de *delirium tremens*, on eut recours au chloroforme. On administra par la bouche 4 grammes, qu'on répéta tous les quarts d'heure. Après avoir ingéré 16 grammes, le malade tomba dans un sommeil calme, qui persista dix-huit heures et se termina par la guérison Ce fait n'est pas, du reste, isolé dans la pratique médicale : essayé primitivement en Amérique, le chloroforme a été expérimenté également avec succès par les médecins viennois dans le *delirium tremens*. (*Allg. Med. Centr. Zeit.*, 1854, nº 71, p. 562.)

Du cotylet de Vénus contre l'épilepsie, par le docteur Edward H. Sieveking, médecin de l'hôpital Sainte-Marie (Londres).

Cette plante appartient à la famille des *joubarbes* ou crassulacées, dont une variété, le *sedùm acre*, ou petite joubarbe, passe, on le sait, pour posséder des vertus antiépileptiques. Roques, dans sa *Phytographie médicale*, Lobender, dans une note, ont rappelé à cet égard les succès réalisés en Allemagne. On doit aux docteurs Peters, Fauverge et Godier plusieurs observations attestant l'efficacité du *sedum acre*, auquel on attribuait des propriétés siccatives et calmantes.

Serait-ce par analogie qu'on aurait été conduit à expérimenter le cotylet de Vénus (*cotyledon umbilicus*, ou vulgairement *nombril de Vénus*)? Les premiers essais paraissent avoir été tentés en Angleterre par le docteur Salter, qui aurait fourni à l'appui diverses guérisons ou améliorations.

Plus tard, un autre médecin anglais, le docteur Bullar en aurait tiré profit chez une jeune femme, malade depuis longtemps. Un certain nombre d'autres épileptiques auraient été également soulagés. M. Bullar considère le cotylet comme nervo-tonique, et il l'administre soit à l'état de jus, à la dose de 3 cuillerées à thé par jour, soit en extrait, à celle de 25 ou 30 centigrammes, recommandant d'ailleurs de continuer suffisamment ce remède, dont l'action est généralement lente.

On lit encore dans le *Dublin Journal of Medical Sciences*, mai 1853, plusieurs faits rapportés par le docteur Graves. Sur six malades soumis par ce praticien au cotylet, trois n'auraient éprouvé dans leurs crises aucun changement, un seul les aurait vues diminuer, mais la cure aurait été complète chez les deux autres.

Dans le premier de ces deux derniers cas, le mal, violent et répété, aurait en vain été combattu par les sangsues, les purgatifs, les toniques, les bains de mer et d'affusion, l'iodure d'argent et un vésicatoire sur le cuir chevelu. M. Graves fit prendre, par jour, 9 pilules de chacune 25 centigrammes d'extrait. Après deux mois, les crises ne s'étant pas reproduites, le nombre des pilules fut réduit, d'abord à 6, puis à 3. Le traitement dura ainsi six mois, et l'affection avait cessé de se reproduire depuis deux ans.

Chez le second malade, les attaques n'étaient pas moins invétérées ; elles étaient suivies fréquemment de trouble mental. En vain d'autres médications avaient été employées. Le cotylédon amenda immédiatement les symptômes ; toutefois, une rechute ayant eu lieu, on revint au spécifique, et cette fois, après deux ans, la cure ne s'est pas démentie.

A toutes ces observations viennent s'ajouter celles, au nombre de sept, du docteur Edward Sieveking. Ce confrère ne se fait pas illusion, du reste, sur la difficulté d'apprécier les résultats du traitement dans une affection dont la marche présente tant d'irrégularités ; mais, dit-il, l'incertitude des indications autorise alors tous les essais. C'est à ce titre qu'il mentionne ceux auxquels il s'est livré sur le *cotyledon umbilicus*, qui, selon lui, se rapprocherait, par son action, de la digitale, à la fois diurétique et sédative des mouvements du cœur.

On voit que, chez presque tous les malades du docteur Sieveking, l'effet du nouvel antiépileptique a été manifestement favorable ; mais il n'est pas assez tranché pour justifier une pleine et entière confiance. Ainsi, chez Anna D..., âgée de trente-cinq ans, dont les accès, remontant à une date de six années, revenaient tous les deux ou trois mois, on constata seulement une diminution dans l'intensité convulsive. De son côté, Thomas C..., âgé de quarante-quatre ans, qui avait eu divers accès entre le 2 août et le 17 octobre, n'eut, à la vérité, qu'une crampe après l'emploi du médicament ; mais la cure ne datait que de vingt jours. Dans le troisième cas, celui d'un jeune garçon de dix-sept ans, loin de diminuer, les crises devinrent plus nombreuses. Le quatrième n'est guère plus concluant : l'extrait administré le 14 mars 1853 amena un amendement tel que les crises, sérielles et quotidiennes, n'avaient pas reparu le 28. Par malheur, il y en eut une forte le 7 avril, et peu de temps après le malade fut perdu de vue. Dans le cas suivant, la guérison du jeune homme, également âgé de dix-sept ans, et dont les accès ne faisaient que s'aggraver depuis un an, est rapportée au sulfate de zinc donné à doses croissantes ; mais, avant de recourir à ce médicament, on avait employé pendant un mois le cotylédon, et les attaques étaient devenues moins intenses. Les deux autres malades, enfin, regardés comme incurables, ont subi une légère amélioration. Un d'eux est mort d'une pleurésie.

Comme il est aisé de l'apercevoir, l'influence antiépileptique du *cotyledon umbilicus* est loin d'être démontrée. Les uns l'ont administré seulement sous forme de jus, les autres sous forme d'extrait ; quelques-uns ont eu recours indistinctement à l'une et l'autre préparation. La première a varié entre 3 à 4 cuillerées à café dans la journée ; la seconde entre 25 à 90 centigrammes. (*Medical Times*, 2 déc. 1854.)

De l'induration du cerveau, par le docteur M. Hirsch.

L'induration du cerveau peut être générale ou partielle. C'est à cette dernière catégorie qu'appartiennent ces tumeurs du cerveau confondues autrefois avec le cancer, et que M. Robin, dans plusieurs communications faites cette année à la Société de biologie de Paris, a rattachées à l'hypertrophie partielle de la substance grise. On sait le rôle que les auteurs modernes, et surtout MM. Dechambre et Durand-Fardel, ont fait jouer aux plaques indurées dans les diverses périodes du ramollissement cérébral. Nous n'avons pas à nous en occuper ici. La forme d'induration sur laquelle M. Hirsch vient d'attirer l'attention est celle qui envahit toute la substance de la masse encéphalique. Indiquée déjà par Morgagni (*De sedibus et causis morborum*, *Epist.* 8, § 17 ; *Epist.* 41, § 8) chez les idiots, et observée déjà auparavant par Boerhaave, l'induration générale du cerveau a, depuis, été étudiée par MM. Gaudet, Bouillaud (*Arch. gén. de méd.*, v. VIII, p. 492), Burnet (*Journ. hebd. de méd.*, v. V), Andral (*Clin. méd.*, vol. V, p. 577, 4ᵉ édit., 1840), Barthez et Rilliet (*Traité des mal. des enf.*, vol. I, p. 153, 2ᵉ éd.), et enfin en Allemagne, par MM. Nasse, Weber, Dietl et Frerichs. Peu connue dans ses symptômes, et d'un diagnostic presque impossible, cette maladie se développe par des procédés pathologiques encore peu connus. Les uns, comme M. Bouillaud, y voient une des conséquences de l'inflammation ; d'autres, comme MM. Grisolle, Andral, Delabergo et Monneret révoquent en doute la réalité de cette origine pathologique. Coïncidant le plus souvent avec l'hypertrophie du cerveau, l'induration peut néanmoins en être indépendante. Cette augmentation de densité est parfois considérable. Ainsi, Burnet compare la consistance de la masse altérée à celle de la pâte de guimauve desséchée, M. Andral à celle du cartilage. Dans l'observation que rapporte M. Hirsch, on pourra voir que le même terme de comparaison s'est présenté à l'esprit de l'observateur. La symptomatologie de l'induration du cerveau est encore assez peu connue, la plupart des phénomènes qui l'annoncent pouvant être rencontrés dans d'autres lésions du cerveau et surtout dans le ramollissement : telles sont la paralysie, les convulsions, la céphalalgie, l'irritabilité du malade, l'idiotie. M. Andral, dans un excellent article qu'il consacre à cette affection, cherche à classer ces phénomènes morbides ; il les rattache à trois formes différentes. Dans

la première, les symptômes peuvent être légers, surtout quand la boîte crânienne, encore facilement extensible, comme chez l'enfant, se développe en proportion directe de l'accroissement du volume du cerveau; dans une deuxième forme, les malades sont idiots; enfin, dans la troisième, on observe des troubles de l'intelligence, du sentiment et du mouvement. La maladie, sous le rapport de la progression des symptômes, se divise en général en deux phases: la première, caractérisée par des phénomènes propres aux maladies chroniques; la deuxième, par des symptômes d'une affection aiguë, accidents qui entraînent en général la mort des malades. Nous renvoyons, pour les détails, aux observations intéressantes que renferme la clinique de M. Andral.

M. Hirsch nous a fait connaître une nouvelle observation, dont les détails nous paraissent assez intéressants pour nous engager à en donner ici une courte analyse.

Un homme de cinquante-trois ans, d'une bonne constitution, éprouvait, depuis une chute de cheval faite à l'âge de quatorze ans, des douleurs presque constantes dans la région occipitale. De 1842 à 1846, la femme de ce sujet assure avoir remarqué un peu de gêne dans les mouvements et un léger affaiblissement de l'intelligence. Appelé, pour la première fois, le 28 juin 1846, auprès du malade, M. Hirsch constate les symptômes suivants: Céphalalgie, surtout marquée dans les régions occipitale et temporale droite, s'exaspérant surtout pendant la marche; tremblement léger des membres inférieurs; mouvements convulsifs fréquents au bras et à la jambe gauche, dont la sensibilité est en même temps diminuée; le malade est pris d'envies de rire et de pleurer sans cause connue; désirs fréquents de rapports sexuels. Le pouls était à 60 pulsations par minute (séton à la nuque, pédiluves sinapisés, infusion d'arnica). Jusqu'au milieu d'octobre l'état du malade alla graduellement en s'améliorant; mais, à cette époque, une aggravation nouvelle se manifesta, les forces physiques et intellectuelles s'affaiblirent considérablement; la jambe gauche était plus faible que la droite; un peu de difficulté dans les mouvements de la moitié gauche de la langue gênait l'exercice de la parole. Au commencement de 1848, l'appétit du malade était devenu excessif, sans que les phénomènes du système nerveux eussent présenté d'amélioration. Le 29 juin 1848, le malade tomba dans un état comateux profond; le bras droit était légèrement contracturé. Mort.

Ouverture du cadavre. — Les os du crâne sont très durs; nulle part d'exostoses; quelques dépôts calcaires dans la faux du cerveau; la pie-mère et l'arachnoïde sont injectées, opaques et blanchâtres près de la gouttière sagittale. Ces membranes adhéraient à la surface du cerveau. La substance grise périphérique de la masse cérébrale présentait une atrophie très marquée; la substance blanche offrait une augmentation de consistance telle, qu'il fallut employer le couteau au lieu du scalpel pour ouvrir les ventricules latéraux; les corps striés et les couches optiques étaient aplatis et durs. Dans la partie antérieure de l'hémisphère droit, quelques masses, un peu jaunes et dures, tranchaient sur la couleur blanche du reste de la masse encéphalique, également augmentée de consistance. Les pédoncules cérébraux, d'une coloration blanche grisâtre, étaient plus fermes et plus résistants que dans l'état normal; il en était de même de la moelle, qui paraissait légèrement atrophiée. Le cervelet était sain.

L'observation de M. Hirsch présente une série de phénomènes analogues à ceux que nous avons cités plus haut d'après M. Andral; nous n'y reviendrons pas. Nous devons seulement ajouter que les détails nécroscopiques, chez le malade dont nous venons de résumer l'histoire, paraissent devoir faire admettre l'influence d'une inflammation antérieure, comme cause de l'induration cérébrale. (*Prag. Vierteljahrsschrift*, XIe année, 1854, v. III, p. 124.)

V.

VARIÉTÉS.

L'administration des hospices civils de Toulouse, dans une séance extraordinaire du 15 janvier dernier, sur le rapport de M. Flavien d'Aldeguier, son président, a pris la délibération suivante:

« Art. 1er. La maison annexe de l'Hôtel-Dieu commençant la rue des Tripiers, dite maison Viguerie, portera définitivement ce nom.

» Art. 2. Sur la porte d'entrée de ladite maison sera placé un marbre noir, avec cette inscription: ICI EST NÉ LE DOCTEUR VIGUERIE, LE 4 NOVEMBRE 1779.

» Art. 3. Le portrait de M. le docteur Viguerie sera placé dans l'endroit le plus apparent du service des blessés de l'Hôtel-Dieu.

» Art. 4. Il sera célébré un service solennel, en l'honneur de M. le docteur Viguerie, dans l'Église de l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques.

» Art. 5. Une copie de la présente délibération sera remise, par l'administration des hospices, en corps, à la famille de M. le docteur Viguerie.

» Art 6. La présente délibération sera soumise à l'approbation de M. le préfet. »

— Le concours pour l'agrégation de la section de médecine, à la Faculté de Montpellier, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Girbal qui, au premier tour de scrutin, a obtenu 4 voix; M. Cavalier a obtenu 2 voix, et M. Farrat 1 voix.

Les épreuves du concours pour l'agrégation en chirurgie ont dû commencer le 17 janvier.

— Le bruit qui avait couru, que quelques cas de choléra s'étaient de nouveau montrés dans le Piémont, a été officiellement démenti.

(*Giornale delle scienze mediche.*)

— On lit dans le *Moniteur universel*:

Nous avons déjà annoncé que le magnifique local de l'École polytechnique ottomane, situé aux Grands-Champs, devait être affecté aux malades de l'armée française. Rizza-Pacha, ministre de la guerre, s'est rendu sur les lieux pour faire lui-même à l'autorité militaire française la remise de ce bâtiment.

— *Hôtel-Dieu de Lyon.* M. le docteur Vernay, médecin suppléant, a été nommé médecin titulaire par suite de la création d'une nouvelle place. Le service médical est actuellement composé de MM. Bouchet, Socquet, Gromier, L. Cotrat, Girin, Vernay. MM. Devay et Teissier, professeurs de clinique interne, conservent le titre de médecins titulaires. Les médecins *suppléants* sont MM. Garin, Frène, Pomiès et Rambaud.

Un concours pour deux places de médecins au même établissement aura lieu le 17 mai.

— M. ROUGET vient d'être nommé prosecteur de la Faculté. Ses compétiteurs dans le concours étaient MM. Denucé et Trélat.

— CHOLÉRA. De toute la Suisse septentrionale et centrale, le canton d'Argovie est la seule contrée où jusqu'à présent le choléra se soit manifesté. M. Zschokke a fait remarquer que le choléra a sévi seulement sur une bande de terrain d'une lieue de largeur sur sept à huit lieues de longueur, placé précisément dans la même direction que les sections analogues de territoire sur lesquelles il s'est arrêté dans le canton du Tessin et aux environs de Milan.

Cette direction du nord-nord-est au sud-sud-ouest est en même temps exactement celle que prend une aiguille magnétique posée librement sur un pivot, c'est-à-dire celle du méridien magnétique que les observations faites à Paris en 1851 ont démontré s'écarter du méridien vrai dans la direction de l'ouest. (*La Presse.*)

Pour toutes les variétés,

A. DECHAMBRE.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

CHIRURGIE DE PAUL D'ÉGINE. Texte grec restitué et collationné sur tous les manuscrits de la bibliothèque impériale, accompagné des variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, ainsi que de notes philologiques et médicales, avec traduction française en regard, précédé d'une introduction, par le doct. *René Briau*. 1 vol gr. in-8 de 508 pages. Paris, chez Victor Masson. 9 fr.

DES APPLICATIONS DE LA BOTANIQUE A LA PHARMACIE, PAR *J.-L. Soubeiran*. Thèse de concours. In-8° de 88 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 75.

DYSPEPSIE ET CONSOMPTION. Ressources que la poudre nutrimentive (pepsine acidifiée) offre dans ces cas à la médecine pratique, par le doct. *H. Corvisart*. Broch. in-8, Paris, Labé. 2 fr. 50

ETUDES SUR LES ALIMENTS ET LES NUTRIMENTS, par le doct. *H. Corvisart*. Br. in-8, Paris, chez Labé. 2 fr. 50

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 2 FEVRIER 1855. — N° 5.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 25 janvier 1855, M. VIARD, professeur de physique à la Faculté des sciences de Grenoble, est chargé de la chaire de physique de la Faculté des sciences de Montpellier (chaire vacante).

M. SÉGUIN, professeur de physique à la Faculté des sciences de Nancy, est chargé de la chaire de physique de le Faculté des sciences de Grenoble, en remplacement de M. Viard, appelé à d'autres fonctions.

M. CHAUTARD, docteur ès sciences physiques, professeur au lycée impérial de Vendôme, est chargé de la chaire de physique de la Faculté des sciences de Nancy, en remplacement de M. Séguin, appelé à d'autres fonctions.

M. LOIR, docteur ès sciences physiques, professeur de chimie à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, est chargé de la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Besançon, en remplacement de M. Favre, appelé à d'autres fonctions.

M. GERHARDT, ancien professeur à la Faculté des sciences de Montpellier, est chargé de la chaire de chimie de la Faculté des sciences de Strasbourg, en remplacement de M. Pasteur, appelé à d'autres fonctions.

M. Gerhardt est chargé en outre de la chaire de chimie de l'École supérieure de pharmacie de cette ville, en remplacement de M. Loir, appelé à d'autres fonctions.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 26 janvier 1855, M. COMBES, professeur d'hygiène à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, dont la démission a été acceptée, est nommé professeur honoraire de ladite Ecole.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 27 janvier 1855, M. BERGOUHNIOUX, bachelier ès lettres, est nommé préparateur de physique et de chimie à le Faculté des sciences de Clermont.

M. RICO, naturaliste, est nommé préparateur d'histoire naturelle à la même Faculté.

— Par arrêté du 31 janvier 1855, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a institué M. GIRBAL en qualité d'egrégé près la Faculté de médecine de Montpellier (section des sciences accessoires).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 18 au 24 janvier 1855.

35. PORCHAT, Frédéric-Jules-Albert, né le 9 mars 1828, à Leusanne, canton de Veud (Suisse). [*De l'ietère chez les nouveau-nés.*]

36. VACQUERIE, Adolphe-Louis, né le 11 novembre 1822, à Ruberey (Calvados). [*De l'ongle incarné.*]

37. BARNIER, Jean-Baptiste-Théodore-Séraphin, né le 2 mai 1827, à Saillans (Drôme). [*Des pessaires, de leur mode d'action et de leurs indications.*]

38. VIDAL, Émile-Jean-Baptiste, né le 18 juin 1825, à Peris (Seine). [*Considérations sur le rhumatisme articulaire chronique primitif.*]

39. GALLARD, Jean-Théophile, né le 10 févrior 1828, à Guéret (Creuse). [*Du phlegmon péri-utérin.*]

40. SALSON, Étienne-Auguste, né le 24 mai 1820, à Saint-Rome-de-Cernon (Aveyron). [*De l'hémorrhagie puerpérale.*]

41. FLEURY, Émile-Auguste, né le 27 mars 1830, à Ducey (Manche). [*De l'anévrysme de la erosse de l'aorte.*]

42. LEVIAU, Victor, né le 26 janvier 1824, à la Suze (Sarthe). [*De la dysentérie.*]

43. GAUTRON, Émile-Félix, né le 12 juillet 1828, à Nantes (Loire-Inférieure). [*Des principaux phénomènes secondaires qui aecompagnent les maladies du eœur.*]

44. LEGENDRE, Arsène-Jean-Baptiste-Sylvestre, né le 31 décembre 1826, à Saint-Quentin (Manche). [*De l'avortement.*]

45. BOIS, Pierre-Théodule, né le 14 juillet 1828, à Preuilly (Indre-et-Loire). [*De l'anasarque conséeutive à la searlatine.*]

48. MOYNIER, Claude-Eugène, né le 22 juin 1827, à Paris (Seine). [*De la chorée.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 1er février 1855.

Nous nous proposions aujourd'hui de nous expliquer une dernière fois sur la question du cancer, suivant l'engagement pris dans notre numéro du 15 décembre 1854, mais l'extrait suivant d'un remarquable travail de M. le docteur L. Figuier nous force à renvoyer notre article à vendredi prochain.

Mémoire sur l'origine du sucre contenu dans le foie, et sur l'existence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux, par M. le docteur Louis Figuier, Agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris (1).

M. Claude Bernard a démontré pour la première fois, en 1848, que le foie de l'homme et celui des animaux renferment une certaine quantité de sucre. Poursuivant l'étude de ce fait, ignoré jusqu'à notre époque, ce physiologiste a été amené à considérer le foie comme l'organe de la production du sucre chez les animaux. Selon M. Bernard, le foie n'aurait pas seulement pour fonction de sécréter la bile, il concourrait également à produire du sucre, substance destinée à subvenir ensuite à l'entretien de la respiration. Le même expérimentateur s'est appliqué à démontrer que le sucre qui existe dans le foie ne provient pas nécessairement des aliments sucrés ou féculents introduits dans l'estomac, mais qu'il se forme au sein même de l'organisme animal, indépendamment de toute alimentation végétale. Enfin, ayant soumis à une étude attentive les caractères de la fonction nouvelle qu'il attribue au foie et qu'il désigne sous le nom de *glucogénie*, M. Bernard a reconnu que la sécrétion du sucre dans le foie coïncide avec la période digestive. C'est ce que l'auteur appelle : « *les oscillations fonctionnelles de la sécrétion du foie.* » Comme conséquence de ce qui précède, il a été constaté que la même sécrétion diminue avec l'abstinence ou le jeûne et finit par disparaître en entier par l'inanition.

Je dirai, avec la sincérité qui doit présider à toute discussion scientifique, que le fait de la sécrétion du sucre localisée dans le foie, m'a toujours paru sujet à contestation. Ce résultat était d'abord en opposition avec les découvertes de la chimie organique, avec ces belles et simples relations que la science moderne a si lumineusement établies entre les fonctions comparées des animaux et des plantes. Par les travaux de MM. Dumas et Boussingault, de M. Liebig, etc., on sait aujourd'hui qu'aux végétaux est dévolu le rôle de fabriquer le sucre et les substances amylacées, et que les animaux détruisent, en les oxydant, ces produits non azotés, pendant leur respiration. Ainsi, la chimie était contraire à la théorie de la génération du sucre dans l'organisme animal. Cette théorie paraissait également en opposition avec les principes de la physiologie. Il répugne, en effet, d'admettre que l'économie animale se donne la peine de fabriquer une substance pour la détruire tout aussitôt; qu'elle sécrète du glucose, lequel, à peine formé, doit être bientôt décomposé dans le torrent circulatoire. Enfin, ces oscillations, ces espèces d'intermittences reconnues dans la fonction glucogénique, nous semblaient un autre argument contre l'existence même de cette fonction. Une sécrétion qui n'est en jeu qu'à certains intervalles, qui ne s'éveille chez les animaux que sous l'empire, sous l'excitation de l'acte digestif, qui diminue par le jeûne et s'éteint par une abstinence prolongée ou par les maladies, s'écartait trop manifestement du mode général des sécrétions physiologiques, pour ne pas soulever quelques doutes sur sa réalité. Et ces doutes devenaient bien plus pressants, bien plus décisifs encore, quand à cette théorie de la fonction glucogénique coïncidant d'une manière nécessaire avec la période digestive, on opposait cette explication toute naturelle et simple, que si le tissu du foie ne renferme du sucre que pendant la digestion, c'est qu'alors seulement le glucose lui est apporté par les aliments féculents ou sucrés ingérés dans l'estomac.

Telles sont les réflexions qui m'ont conduit à mettre en doute l'existence de la fonction glucogénique du foie, et m'ont inspiré le désir d'entreprendre quelques recherches sur ce point important de physiologie.

Il est toujours utile qu'un expérimentateur fasse connaître la filiation d'idées qui l'ont dirigé dans ses recherches. J'indiquerai donc quel fut mon point de départ dans ce travail. J'étais guidé, quand je commençai mes expériences, par la pensée que l'on avait pu prendre pour du glucose quelque substance aisément réductible existant dans le foie et provenant de la bile hépatique. Considérant que l'apparition du sucre coïncidait toujours avec la digestion intestinale, et par conséquent avec la sécrétion de la bile, il m'avait paru que les effets de réduction produits sur le réactif de Frommertz que l'on attribuait au glucose étaient peut-être déterminés par quelque élément encore inconnu de la bile hépatique, ayant la propriété d'opérer la réduction des sels de cuivre, effet que produisent, comme on le sait, un certain nombre de matières organiques qui diffèrent beaucoup du glucose.

Cette vue pouvait être logique, mais l'expérience m'a fait voir qu'elle n'était point fondée. En effet, examinée telle qu'on la retire de la vésicule avec le mucus abondant qui l'accompagne, ou bien séparée de ce mucus en la reprenant par l'alcool ou l'éther, la bile n'exerce aucune action réductrice sur le réactif de Frommertz. On est conduit au même résultat négatif quand on réduit la bile à ses éléments médiats pour les soumettre isolément à l'action du même réactif. L'acide choléique, séparé de la bile par le procédé de Strecker, qui représente le véritable élément chimique du liquide biliaire, n'exerce sur le réactif de Frommertz aucune action particulière. Enfin, la décoction de foie concentrée ne présente jamais le phénomène précieux et intéressant signalé par M. Pettenkofer pour caractériser la bile, et qui consiste en ce qu'un mélange de bile et de sucre de canne additionné à froid d'acide sulfurique prend une magnifique couleur violette analogue à celle de l'hypermanganate de potasse.

La prévision que j'avais conçue relativement à la présence, dans la décoction de foie, de quelque substance provenant de la bile et qui aurait pu causer illusion sur la nature des phénomènes annoncés, étant ainsi reconnue inexacte, la seule manière d'aborder la question c'était de soumettre à une étude chimique attentive les produits de la sécrétion du foie. J'ai entrepris cet examen, et comme la science ne possède encore aucune recherche sur ce sujet, cette partie de mon travail pourra être accueillie avec intérêt par les chimistes.

I.

Les produits solubles contenus dans le foie de bœuf, qui a fait spécialement l'objet de mes recherches, sont, indépendamment du sang : 1° une matière albuminoïde qui ressemble beaucoup au composé étudié et décrit par M. Mialhe sous le nom d'*albuminose*, et qui provient, selon ce chimiste, de la commune transformation que subissent pendant la digestion les aliments azotés; 2° du glucose; 3° un acide organique et un petit nombre de sels minéraux, parmi lesquels domine le chlorure de sodium.

Pour retirer du foie le glucose ou la matière albuminoïde, il faut, dans l'un et l'autre cas, opérer sur un *infusum* aqueux

(1) Ce mémoire, dont nous publions un extrait, a été lu dans la séance de lundi dernier à l'Académie des sciences, qui a nommé pour l'examiner et en faire l'objet d'un rapport, une commission composée de MM. Dumas, Pelouze et Claude Bernard. (D.)

du tissu hépatique: je commencerai donc par décrire la manière la plus avantageuse de préparer cette dissolution.

Pour obtenir en dissolution dans l'eau les produits solubles du foie, je prends 2 kilogrammes, par exemple, de foie de bœuf frais, tel qu'on le trouve chez les bouchers, et je le hache avec soin. Je le laisse en contact pendant une demi-heure avec un litre d'eau distillée; au bout de ce temps, la masse est jetée sur un tamis pour en écouler le liquide, puis exprimée dans un linge de toile forte, et soumise enfin à l'action de la presse pour en faire extraire le liquide. Retiré de la presse, le tissu du foie est de nouveau haché afin d'opérer la parfaite division des vaisseaux où sont contenues les matières solubles. On met cette masse de nouveau en contact pendant une demi-heure avec un litre d'eau distillée, et l'on opère comme précédemment. Le même traitement se répète une troisième fois, c'est-à-dire que la masse mise en contact pendant une demi-heure avec un litre d'eau, est une troisième fois exprimée dans un linge et soumise à la presse.

Le tissu du foie ainsi traité cède à l'eau froide une quantité considérable de matières solubles : 2 kilogrammes de foie de bœuf épuisés de cette manière, ne laissent qu'un résidu fibrineux très pâle qui, au sortir de la presse, ne pèse pas plus de 850 grammes. Ainsi, le foie a cédé à l'eau froide 1150 grammes de matières solubles, c'est-à-dire plus de la moitié de son poids.

Les matières cédées à l'eau par le foie de bœuf sont les éléments ordinaires du sang unis à une petite quantité de sucre. Pour éliminer les parties coagulables du sang, on place le liquide rouge, visqueux et sanguinolent, obtenu par l'opération précédente, dans une bassine de cuivre, et on le porte peu à peu à l'ébullition qui a pour effet de coaguler complétement l'albumine du sérum ainsi que les globules sanguins. En ménageant la chaleur, on peut enlever avec une écumoire le coagulum brun extrêmement abondant qui se forme. On observe alors que la liqueur, qui était légèrement alcaline avant d'être soumise à l'action de la chaleur, prend une réaction acide prononcée lorsque sa coagulation est complète. Il ne reste plus qu'à passer le liquide à travers un tamis, à rassembler dans un linge toute l'albumine coagulée, et, pour en extraire tout le liquide que retient ce coagulum, à soumettre celui-ci à l'action de la presse : 2 kilogrammes de foie de bœuf donnent ordinairement un gâteau d'albumine du poids de 600 grammes. Le liquide ainsi séparé du coagulum albumineux, étant ensuite évaporé au bain-marie, contient en dissolution le glucose et la matière albuminoïde.

Glucose. — La seule manière d'obtenir à un certain état de pureté le glucose existant dans le foie, c'est d'évaporer dans le vide un infusum aqueux de foie préalablement concentré au bain-marie. En plaçant le liquide sous le récipient de la machine pneumatique, avec des fragments de chaux que l'on renouvelle à mesure qu'ils se délitent, on obtient, au bout de sept à huit jours, un résidu à peu près sec et qui renferme sans aucune altération les substances solubles du foie : de 2 kilogrammes de foie de bœuf, on retire ainsi de 70 à 80 grammes de résidu sec.

Pour séparer le glucose de ce mélange, il suffit de le traiter à chaud par de l'alcool à 36°, qui dissout le sucre et une faible quantité de matière azotée dont on peut se débarrasser par une seconde dissolution dans l'alcool. Si l'on chasse alors l'alcool, soit par l'évaporation dans le vide, soit par l'évaporation spontanée, on obtient le glucose sous la forme d'une masse translucide d'un jaune brun, qui, abandonnée au contact de l'air, en attire l'humidité et laisse quelquefois des cristaux grenus.

Le glucose contenu dans le foie est *susceptible d'être précipité par le sous-acétate de plomb*. Ce phénomène, anormal dans l'histoire chimique du glucose, tient à la présence de l'albuminose qui, en se précipitant par l'action des sels de plomb, entraîne le glucose en combinaison insoluble. En effet, ce dernier produit, une fois purifié et séparé de l'albuminose, n'est plus précipitable par le sous-acétate de plomb. C'est un point que j'examine longuement et que je fais ressortir avec soin dans mon mémoire.

C'est encore à la présence de cette matière albuminoïde qu'il faut rapporter un phénomène dont il importe d'être bien prévenu quand on procède à la recherche du sucre dans les liquides d'origine animale, en particulier dans le foie, et par conséquent dans le sang. Nous voulons parler de l'obstacle qu'apporte la présence de l'albuminose dans ces liquides à la précipitation de l'oxyde de cuivre, quand on les soumet à l'action de la liqueur de Barreswil. Il arrive souvent que l'existence de l'albuminose en proportion notable masque entièrement la présence du glucose, c'est-à-dire empêche la manifestation du précipité que la liqueur de Barreswil détermine dans les liquides sucrés. Une décoction de foie, obtenue avec les proportions de matière et la méthode indiquées plus haut, fournit, sans nulle concentration, un précipité très abondant d'hydrate de jaune sous-oxyde de cuivre quand on la fait bouillir quelques instants avec la liqueur de Barreswil. Mais la même dissolution, *très concentrée*, ne donnerait par la liqueur de Barreswil qu'un précipité insignifiant et prendrait seulement une forte coloration jaune. La réaction serait, au contraire, parfaite et presque instantanée si l'on étendait de huit à dix fois son volume d'eau cette même dissolution, ou bien encore si on la précipitait par l'alcool qui en sépare la matière albuminoïde, et que l'on concentrât ensuite pour chasser l'alcool. C'est donc la matière albuminoïde qui met obstacle à la réaction du sucre sur la liqueur de Barreswil, et qui empêche la précipitation de l'oxyde de cuivre. Je crois devoir recommander d'une manière toute spéciale, quand on se livre à la recherche du glucose dans des liquides d'origine animale, au moyen de la liqueur de Barreswil, de commencer toujours par débarrasser le liquide de la matière albuminoïde au moyen de l'alcool. On s'exposerait, en opérant autrement, à méconnaître la présence du sucre.

On ne saurait d'ailleurs conserver de doutes sur la nature du sucre contenu dans le foie, car ce composé éprouve avec la plus grande facilité la fermentation alcoolique. Je rapporte dans mon mémoire les expériences relatives à ce point important.

Albuminose. — Les décoctions aqueuses obtenues avec le foie de divers animaux sont toujours troubles, d'un aspect opalin et quelquefois laiteux. Que l'on ait préparé la dissolution par l'eau froide, selon le procédé méthodique décrit plus haut, ou qu'on l'ait préparée en faisant simplement bouillir avec de l'eau le tissu du foie préalablement divisé, on obtient toujours une décoction dont l'aspect est caractéristique : le foie de bœuf donne un liquide opalin jaunâtre, le foie de lapin une décoction qui a l'apparence du lait de soufre, etc. Ce qui trouble la transparence de ces liquides, c'est l'existence de la matière albuminoïde, qui a la propriété de donner avec l'eau ces dissolutions opalines. Il suffit, pour s'assurer de ce fait, d'ajouter de l'alcool à une de ces dissolutions convenablement con-

centrée, jusqu'à cessation du précipité ; l'alcool provoque la séparation de la presque totalité de la matière albuminoïde, et le liquide reste limpide et d'une belle couleur jaune.

La matière albuminoïde du foie nous paraît identique avec un composé entrevu dans le sang par divers chimistes, composé qui diffère de l'albumine en ce qu'il n'est point coagulé par la chaleur, et du caséum en ce qu'il n'est point précipité par les acides. Ce produit intéressant a été étudié dans ces derniers temps par M. Mialhe, qui lui a donné le nom d'*albuminose*, et qui le considère comme provenant des transformations que l'action digestive fait éprouver aux matières albuminoïdes, fibrine, albumine, caséum, etc., introduites dans l'estomac. M. Lehmann, qui l'a plus récemment examiné, lui accorde la même origine et le désigne sous le nom de *peptone*, pour rappeler qu'il doit sa formation à l'intervention du principe digestif, c'est-à-dire à la *pepsine*.

Les proportions relatives d'albuminose et de glucose dans le tissu du foie doivent nécessairement varier, puisqu'elles dépendent de la quantité des aliments ingérés. Disons seulement que le foie d'un lapin qui pesait 90 grammes nous a donné 2gr.,5 d'albuminose séchée à 100 degrés, c'est-à-dire 2,7 pour 100 du poids total de l'organe, et 1gr.,25 de glucose, c'est-à-dire 1,3 pour 100 du poids de l'organe. 2 kilogrammes de foie de bœuf nous ont fourni 70 grammes d'albuminose, c'est-à-dire 3,5 pour 100, et 25 grammes de glucose, c'est-à-dire, 1,4 pour 100. Ces rapports n'ont pas été les mêmes dans d'autres déterminations faites avec le foie des mêmes animaux; mais ces différences ne peuvent tenir qu'à la quantité et à la nature d'aliments pris par l'animal examiné.

II.

Nous étant assuré, de cette manière, de la présence bien positive du glucose dans le tissu du foie, mais, persistant toujours dans l'idée que le sucre ne pouvait provenir d'une sécrétion propre de cet organe, et qu'il avait sa source unique dans l'alimentation, il nous restait à rechercher si le sucre qui se trouve mêlé au sang dans le foie, ne se rencontrerait pas aussi dans le sang pris en d'autres parties du corps, et, dans ce cas, à comparer les quantités que l'on en trouverait dans la masse générale du sang avec celle que renferme le tissu hépatique.

Bien que presque tous les auteurs, presque toutes les autorités chimiques et physiologiques, fussent contraires à l'idée de la présence du glucose dans le sang normal, nous avons cru que l'on pourrait mieux réussir dans cette recherche si l'on avait égard aux deux précautions suivantes : Ne pas attendre la coagulation spontanée du sang comme on l'a fait jusqu'ici, croyant simplifier les opérations de l'analyse chimique ; — opérer sur des liqueurs rendues légèrement acides afin de se mettre à l'abri de l'action que doit exercer le carbonate de soude qui existe dans le sérum du sang sur la petite quantité de glucose que ce liquide peut renfermer.

C'est, sans doute, grâce à l'emploi de ces deux précautions que nous avons réussi à mettre en évidence l'existence d'une certaine quantité de glucose dans le sang normal, non pas simplement, comme l'ont fait quelques physiologistes, à la suite de l'administration des féculents et pendant la période digestive (1), mais dans les conditions ordinaires, c'est-à-dire à une époque notablement éloignée du dernier repas, et sans se préoccuper de l'alimentation de l'animal. Nos expériences ont porté sur le sang de l'homme, du bœuf, du mouton et du lapin.

(1) Magendie, *Gazette médicale de Paris*, 19 septembre 1846, page 735. — Becker, cité par Béclard, *Traité élémentaire de physiologie*, page 134.

Voici les deux procédés qui nous ont permis de constater, sans la moindre difficulté, la présence du glucose dans le sang normal. Le premier est destiné à fournir la mesure exacte de la quantité de sucre contenue dans le sang, le second n'a pour but que d'indiquer seulement la présence de ce produit.

Au moment où il est tiré de la veine, le sang est battu pour le défibriner. On pèse alors la quantité sur laquelle on opère, et l'on ajoute au liquide trois fois son volume d'alcool à 36 degrés. Au bout de quelques minutes, le sang est complétement coagulé en un caillot d'un beau rouge par la précipitation simultanée des globules et de l'albumine du sérum. On passe à travers un linge de percale, on exprime et on lave le résidu avec un peu d'alcool. Le liquide, jeté sur un filtre, passe presque incolore et manifestant une réaction alcaline qui devient sensible au papier de tournesol après l'évaporation de l'alcool à la surface du papier. On ajoute au liquide quelques gouttes d'acide acétique, de manière à lui communiquer une faible réaction acide, et on l'évapore au bain-marie jusqu'à siccité. On observe, vers la fin de cette évaporation, la séparation d'une matière verdâtre qui n'est autre chose qu'un dernier reste d'albumine coagulée. Le résidu de cette évaporation, repris par l'eau distillée, contient le glucose uni à quelques sels minéraux parmi lesquels domine le chlorure de sodium. Ce liquide réduit en effet avec énergie la liqueur de Barreswil, et fournit, à l'ébullition, un abondant précipité jaune ou rouge-brique de sous-oxyde de cuivre hydraté. Pour déterminer exactement la quantité de glucose contenue dans le sang sur lequel on a opéré, il suffit de procéder, avec la liqueur de Barreswill convenablement titrée, à la détermination de la quantité exacte de sucre que renferme ce résidu pesé et redissous dans l'eau.

Le second procédé, qui n'a pour effet que de déceler la présence du glucose dans le sang, sans permettre d'en déterminer la quantité, repose sur l'emploi d'une dissolution de sulfate de soude, qui a le double avantage d'opérer la séparation artificielle des globules et du sérum, et d'empêcher, par suite de la présence d'une grande quantité d'un sel qui met obstacle à la fermentation, que le sucre ne disparaisse pendant son mélange avec les matières azotées du sang. Voici les détails, fort simples du reste, de son exécution.

Le sang, défibriné au sortir de la veine, est additionné de trois fois son volume d'une dissolution de sulfate de soude obtenue en laissant à froid l'eau se saturer du sel cristallisé. On jette ce mélange sur deux demi-filtres, et le liquide s'écoule assez rapidement en conservant une teinte rosée ou rouge qui provient de quelques globules qui ont traversé le papier, coloration dont il ne faut pas s'inquiéter. Au bout d'un certain temps, la filtration se ralentit, ce qui provient de ce que les globules du sang, agglutinés et collés contre le papier, finissent par rendre le filtre tout à fait imperméable au liquide. Il faut alors jeter celui-ci sur deux nouveaux filtres; la filtration reprend sa première activité, et l'on finit par obtenir ainsi une quantité de sérum filtré suffisante pour les opérations à exécuter. Si l'on opère sur 200 grammes de sang, par exemple, on obtient, au bout de quatre à cinq heures de filtration, assez de liquide pour constater facilement la présence du glucose par le traitement qu'il nous reste à indiquer.

Ce traitement consiste à ajouter au liquide filtré, c'est-à-dire au sérum mélangé à la dissolution de sulfate de soude,

deux fois son volume d'alcool, qui produit le double effet de précipiter le sulfate de soude de sa solution aqueuse, et de coaguler l'albumine et l'albuminose du sérum. Il ne reste plus qu'à évaporer ce liquide jusqu'à siccité au bain-marie, et à reprendre ce résidu par l'eau afin de le séparer d'un dépôt insoluble auquel l'évaporation du liquide alcoolique a donné naissance. Cette dissolution aqueuse présente les propriétés ordinaires du glucose; elle brunit par la potasse et réduit avec énergie la liqueur de Barreswil.

Nous avons réussi, à l'aide de la levûre de bière, à retirer de l'acide carbonique et de l'alcool de 2 litres 1/2 de sang de bœuf recueilli à l'abattoir.

En ce qui concerne la proportion de glucose contenue normalement dans le sang, nous avons trouvé dans le sang d'un lapin 0,57 pour 100 de glucose; le foie du même animal renfermait 1 pour 100 du même produit. Pour le sang du bœuf, 0,48 pour 100; pour celui de l'homme, 0,58. D'après nos analyses, à poids égal, le foie ne renfermerait guère que deux fois plus de sucre que le sang pris dans les autres parties du corps.

III.

Il résulte des expériences que nous venons de résumer, que l'on ne saurait continuer à admettre la localisation de la sécrétion du sucre dans le foie. Ce qui, en effet, avait contribué surtout à faire accepter cette opinion, c'était d'abord le fait, regardé comme incontestable, de la non-existence du glucose dans la masse du sang pendant les conditions normales. C'étaient ensuite les expériences, à juste titre fort remarquées, dans lesquelles on avait vu des animaux soumis, pendant des mois entiers, à une alimentation exclusivement composée de viande, conserver dans le foie des quantités appréciables de sucre. On voit tout de suite que les résultats que nous venons d'exposer font perdre à ces expériences une grande partie de leur signification; mais quelques mots seront nécessaires pour mettre cette vérité dans tout son jour.

Nous avons montré que le sang de l'homme et celui des animaux domestiques renferment du sucre, et que le foie, comparativement, contient à peine deux ou trois fois plus de sucre que le sang lui-même pris à poids égal. Cette différence n'a rien qui doive étonner. L'organe hépatique est essentiellement un organe de dépuration pour le sang; les produits divers de la digestion, amenés, par la veine porte, de toute la surface du tube intestinal, viennent éprouver, dans cette volumineuse glande, un véritable départ qui a pour effet de rejeter les matériaux inutiles à la nutrition, et de retenir les produits essentiels de la digestion. Il n'est donc pas surprenant que le sucre figure dans le foie en quantité supérieure à celle que l'on en trouve dans le sang. Tout le glucose provenant de la digestion vient s'y concentrer, pour être ensuite déversé par les veines sus-hépatiques dans la circulation générale. Parvenu dans la masse du sang, il s'y détruit peu à peu par l'effet continu de la respiration, et, par conséquent, il diminue de quantité de minute en minute.

Des faits qui précèdent il nous paraît ressortir que les expériences de M. Bernard, qui a vu le glucose persister dans le foie chez des chiens soumis à une alimentation exclusivement animale, ne sauraient être invoquées à l'appui de la fonction glucogénique. On vient de voir qu'il existe près d'un demi-centième de glucose dans le sang des animaux de boucherie, dans le sang du bœuf et du mouton, recueillis au moment où ces animaux sont abattus pour être livrés à la consommation publique. Or la viande des animaux de boucherie renferme des vaisseaux, ces vaisseaux contiennent du sang; ainsi la chair de bœuf et de mouton qui avait servi à nourrir les chiens dans les expériences de M. Bernard contenait du sucre, et l'on administrait, sans s'en douter, le composé même que l'on voulait postérieurement rechercher. La quantité de glucose introduite par cette voie était faible sans doute, mais elle était constante, et le foie étant un organe de condensation et d'accumulation pour le glucose, il n'est pas étonnant que l'on trouvât, à l'autopsie, la preuve de son existence dans cet organe.

Nos expériences permettent encore d'expliquer très simplement les particularités qu'avait mises en lumière l'étude de ce que l'on avait appelé la *fonction glucogénique*. M. Bernard avait été conduit à reconnaître que l'apparition du sucre dans le foie coïncide avec la digestion, et il avait beaucoup insisté sur ce point. Si l'on admet avec nous que le sucre n'est introduit dans le foie que par les produits de l'alimentation, c'est-à-dire par les aliments féculents ou saccharoïdes, cette coïncidence de l'apparition du sucre avec la période digestive n'aura plus rien qui puisse étonner.

Nous concluons, en résumé, que le foie, chez l'homme et les animaux, n'a point reçu pour fonction de fabriquer du sucre; que tout le glucose qu'il renferme provient du sang qui gorge son tissu, et que ce glucose a été apporté dans les vaisseaux par suite de la digestion des aliments amylacés ou saccharoïdes. Le rôle du foie comme organe sécréteur demeure, selon nous, borné à l'épuration du sang et à l'élaboration de la bile. Il est assez singulier que cette proposition, qui remonte aux temps les plus reculés de la science, prenne aujourd'hui comme un cachet de nouveauté.

On nous permettra de terminer par une courte réflexion. On a déjà vu que nous adoptons cette pensée émise par bien des observateurs, mais précisée de nos jours par M. Mialhe, que la portion assimilable des aliments azotés se transforme, pour la plus grande partie, par l'effet de la digestion, en un produit désigné par ce chimiste sous le nom d'*albuminose*, et par Lehmann sous celui de *peptone*. Nous adoptons d'autant plus aisément cette opinion, que nous avons pu constater l'absence de l'albuminose dans le foie des animaux soumis à l'abstinence, à tel point qu'il ne serait pas, selon nous, impossible de déterminer par le seul examen chimique du foie, si un animal a été tué à jeun ou après avoir reçu des aliments: la manifestation ou l'absence du précipité que l'alcool détermine dans une décoction aqueuse de foie concentrée, précipité qui est constitué par l'albuminose, suffirait pour prononcer, dans ce cas singulier, sur ces conditions antérieures de l'animal.

Or, de même que l'albuminose constitue le produit ultime de la digestion des aliments azotés, le glucose représente, de son côté, le résultat commun des modifications qu'ont subies dans le canal intestinal les matières féculentes ou saccharoïdes. Ce fait est depuis longtemps admis, et toute discussion à cet égard serait superflue.

Mais ce qui paraîtra peut-être bien digne d'intérêt aux physiologistes, c'est de voir les deux produits essentiels de la digestion venir se condenser, s'épurer dans le foie, s'isoler dans cet organe de toutes les substances accidentelles ou inutiles introduites par les aliments, et se répandre de là dans la masse générale du sang pour se prêter aux phénomènes de nutrition comme aux mutations diverses qui sont la condition et la manifestation extérieure de la vie.

Cette vue générale de physiologie qui résulte de nos recherches sur la composition des matières solubles du foie, nous a paru digne d'être soumise à l'appréciation des chimistes.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur un procédé nouveau de taille vésico-vaginale, lu à la Société de chirurgie par M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, etc.

Malgré les progrès qu'a faits la chirurgie depuis le commencement du XIXe siècle, et malgré les perfectionnements si multipliés qui se sont introduits dans la pratique des opérations, il est encore quelques maladies dont le traitement chirurgical laisse à désirer, et pour lesquelles l'homme de l'art éprouve souvent de l'embarras, quand il est appelé à faire choix d'une méthode.

La taille, chez l'homme, est sans contredit une de celles qui ont le plus vivement excité l'émulation et le génie des grands chirurgiens du siècle dernier, et qui, par leurs tentatives et leurs essais répétés, est arrivée à une perfection si complète, qu'il ne paraît plus possible aujourd'hui d'y rien ajouter, surtout depuis les nouveaux procédés inventés par Dupuytren et Béclard pour la taille bilatérale, et ceux imaginés par Sanson et Vacca-Berlinghieri pour la taille recto-vésicale.

Aussi doit-on s'étonner que cette opération n'ait point encore atteint chez la femme le degré de perfectionnement auquel elle est parvenue chez l'homme.

Plusieurs causes ont contribué sans doute à ralentir ces progrès : d'une part, la fréquence moins grande des calculs chez le sexe féminin, en raison de ce que l'urètre, plus court, plus droit et plus large, leur livre facilement passage ; de l'autre, la disposition anatomique de la vessie par rapport aux parties avec lesquelles elle est contiguë.

L'introduction de la lithotritie dans la pratique de la chirurgie, et son application généralement plus facile chez la femme, a dû aussi détourner l'attention des chirurgiens, et arrêter les efforts qui auraient pu être tentés pour arriver à la découverte d'un procédé qui eût fait disparaître les inconvénients qui se rattachent à ceux employés jusqu'à ce jour.

Tous, en effet, en présentent de plus ou moins grands, quel que soit le choix auquel on se soit arrêté parmi les méthodes qui ont été préconisées.

Les méthodes urétrales par dilatation ou par incision, applicables seulement aux calculs d'un petit volume, déterminent souvent, même dans ce cas, des déchirures et des contusions du col de la vessie et des parties environnantes. Il leur succède fréquemment une dilatation et une déformation qui ne disparaissent presque jamais, même dans le jeune âge ; il en résulte alors ces incontinences d'urine incurables, infirmités dégoûtantes et presque aussi pénibles à supporter que les douleurs que causait le calcul par sa présence dans la vessie.

La méthode proposée par Lisfranc, dont on trouve la première idée dans Celse, et qui consiste à pénétrer dans cet organe par le vestibule, a paru tellement défectueuse, par les dangers qu'elle faisait naître, qu'elle a été abandonnée par son auteur lui-même.

Restent les tailles hypogastrique et vésico-vaginale qu'on se trouve réduit à adopter, surtout si l'on considère que dans le sexe féminin la lithotomie est le plus souvent rendue nécessaire par des calculs qui, à cause de leur volume, ne peuvent plus être atteints par l'action de la lithotritie ; ou parce qu'il existe une de ces complications qui en rendent l'application très incertaine, sinon impossible.

Néanmoins, quoique la taille sus-pubienne soit, toutes choses égales d'ailleurs, d'une exécution plus facile chez la femme que chez l'homme ; quoiqu'elle expose moins aux hémorrhagies, à la cystite, à l'incontinence d'urine, et surtout à la phlébite purulente, elle n'en constitue pas moins une opération grave par la lésion possible du péritoine, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, par la phlegmasie fréquente de cette membrane, et par les abcès profonds du petit bassin, souvent consécutifs aux infiltrations urineuses.

La taille vésico-vaginale, dont l'origine remonte à Rousset et à Fabrice de Hilden, remise en pratique à une époque plus rapprochée de nous par Clémot de Rochefort, Flaubert père, M. Rigal de Gaillac et quelques autres chirurgiens, est une méthode qui ne s'accompagne ordinairement d'aucun accident grave, dont l'exécution est facile et qui permet l'extraction de calculs volumineux.

Ces avantages auraient dû la faire adopter d'une manière exclusive, si, telle qu'elle a été pratiquée jusqu'à ce jour, elle n'était pas souvent suivie de fistule par les difficultés que présente la plaie à se cicatriser.

Cet accident paraît à M. Velpeau (*Médecine opératoire*, 1839, t. IV, p. 610), d'après les faits qu'il a rassemblés, devoir être si fréquent, qu'il conseille de n'avoir recours à la taille vésico-vaginale que lorsqu'on a la certitude de ne pouvoir réussir autrement.

Ces considérations m'ont fait rechercher s'il ne serait pas possible, à l'aide de quelques modifications apportées à ce dernier procédé, de faire disparaître cette tendance aux fistules secondaires, tout en lui conservant les avantages qu'on lui a reconnus.

Dans le cours de l'année 1851, et par une de ces coïncidences qui se rencontrent quelquefois dans la pratique et surtout dans celle des hôpitaux, deux femmes atteintes de calculs furent admises dans mon service à une distance très rapprochée.

L'une et l'autre présentaient des contre-indications à l'emploi de la lithotritie. Je dus donc faire choix d'une méthode qui pût leur être appliquée, en les mettant à l'abri des inconvénients reprochés à celles mises en pratique jusqu'à ce jour.

Chez la première, il existait une péritonite partielle chronique, consécutive sans doute à l'affection calculeuse. Combattue avec persévérance, pendant un mois, sans pouvoir en faire disparaître les traces d'une manière complète, je dus rejeter la taille sus-pubienne.

Les résultats fâcheux que j'ai signalés, et que j'avais vus se manifester à la suite de la taille urétrale, à une époque où la lithotritie n'était pas encore entrée dans le domaine de la chirurgie, me firent renoncer à cette méthode.

La taille vésico-vaginale était la seule à laquelle il m'était possible de m'arrêter, toutefois avec l'intention d'y apporter certains changements que je croyais capables de me faire éviter les accidents dont elle s'était souvent accompagnée entre les mains des chirurgiens qui l'avaient essayée.

Je pensai qu'en pénétrant dans la vessie par une incision dont la direction serait transversale et en cela différente de celle suivie jusqu'ici, et qu'en procédant, immédiatement après l'extraction du calcul, à la réunion de la plaie par la suture, j'arriverais plus sûrement et plus rapidement à une guérison complète.

Avant de décrire ce procédé, et pour en faire comprendre la valeur, je crois utile de rappeler en quelques mots certaines dispositions anatomiques de la vessie et du vagin.

Ce dernier, situé au-dessous de la poche urinaire, est contigu par sa partie antérieure avec le bas-fond de cet organe, auquel il est uni par un tissu cellulaire dense et serré, d'où résulte la cloison intermédiaire aux deux cavités. Cette cloison ne commence à exister qu'au delà du col de la vessie, et s'étend jusqu'à la face supérieure du col utérin où s'arrête le repli péritonéal postérieur.

Le trigone vésiral est de forme triangulaire, circonscrit par trois ouvertures qui en marquent les trois angles : en avant l'orifice interne de l'urètre ou le col de la vessie, en arrière et sur les côtés les orifices des uretères. Ces ouvertures sont distantes les unes des autres d'à peu près 4 centimètres. J'ajouterai que chez la femme

le trigone vésica paraît, en général, avoir plus d'étendue que chez l'homme, et que, dans cet endroit, les parois de la vessie semblent aussi avoir une épaisseur plus grande.

A l'aide de ces détails, il sera facile de saisir la description du procédé opératoire que je vais indiquer.

Les instruments dont on a besoin pour l'exécuter sont :

1° Un spéculum univalve semblable à celui dont se sert M. Jobert (de Lamballe) pour l'opération de la fistule vésico-vaginale.

2° Deux leviers légèrement coudés, qui ont pour but de déprimer les parois latérales du vagin.

Ces instruments peuvent, dans la plupart des cas, être remplacés facilement par les doigts de deux aides.

3° Une sonde métallique un peu plus longue que celle qui sert à la femme, conservant sa forme dans les quatre cinquièmes supérieurs, aplatie dans le dernier cinquième, sur lequel et à son milieu vient se fixer, à l'aide d'un pivot, une branche mobile de 4 centimètres de longueur (A).

A

Celle-ci, légèrement recourbée, offre, comme dans un cathéter, une cannelure dans toute son étendue.

Cette branche, obéissant à l'action d'une tige d'acier très déliée, surmontée d'un bouton à son extrémité supérieure et cachée dans la cavité de l'instrument, peut à volonté, par un mouvement de rotation sur son axe, devenir transversale, et former une croix avec le reste de la sonde.

4° Un bistouri dont la tige longue et mince se termine par une lame étroite, légèrement convexe, mesurant 3 centim.

5° Le porte-aiguille de Roux et plusieurs aiguilles recourbées et armées de fils composés de quatre cordonnets réunis par de la cire et ayant une forme plate.

6° Une sonde de gomme élastique ou de gutta-percha.

7° Un tampon d'agaric en forme de cylindre et un grand nombre de petites éponges fixées à des tiges de bois d'une certaine longueur.

Tout étant ainsi préparé, l'opération doit être pratiquée de la manière suivante :

Premier temps. — Couchée sur le dos, le siége sur le bord du lit, la malade doit être placée comme dans la taille ordinaire, seulement les jambes doivent être fortement fléchies sur les cuisses, celles-ci sur le bassin et maintenues par plusieurs aides

L'opérateur, assis en face et sur un siége un peu élevé, introduit le spéculum univalve, qu'il confie à un aide placé à sa gauche. Celui-ci doit déprimer avec force la paroi inférieure du vagin. Au même moment, les grandes et petites lèvres et les parois latérales du même conduit sont écartées à l'aide des leviers ou par les doigts de deux autres aides.

La sonde dont j'ai donné la description plus haut est introduite, et lorsque son extrémité est parvenue vers le bas-fond de la vessie, la branche cannelée mobile est mise en jeu et vient se présenter transversalement à la portion de la vessie qui doit être incisée, en lui faisant faire une légère saillie. Le bistouri, guidé par elle, divise toute l'épaisseur de la paroi vésicale dans une longueur de 3 centimètres, en commençant à la partie moyenne et en dehors d'une ligne étendue de l'urètre à l'uretère, représentant un des côtés du trigone. L'incision doit s'étendre jusqu'au point opposé de l'autre côté.

A défaut de la sonde cannelée, une sonde de femme pourrait, en rendant saillante la paroi vésicale, indiquer le point où l'incision doit commencer. Celle-ci pourrait alors être faite avec le bistouri, le lithotome de frère Côme ou celui à double lame de Dupuytren. Ce dernier devra pénétrer par une ponction faite sur la région médiane, et sa concavité devra regarder le rectum.

C'est ainsi que j'ai agi dans mes deux opérations. L'instrument que je propose n'était pas encore exécuté à l'époque où je les ai faites.

L'expérience m'a démontré que les instruments de frère Côme ou de Dupuytren devaient être préférés au bistouri. Ils ont l'un et l'autre l'avantage de tendre mieux les parties et de rendre leur division plus facile. Ce sont donc eux qu'on devra adopter, lorsqu'on n'aura pas à sa disposition la sonde à courbure mobile.

Celle-ci me paraît mériter la préférence, parce qu'elle assure à la plaie une direction moins variable.

Des essais faits sur le cadavre m'ont démontré sa supériorité.

Deuxième temps. — Les aides cessent de tenir la vulve écartée, la sonde est retirée, une tenette droite est introduite, dirigée par l'indicateur gauche ou par un gorgeret, et l'on procède à l'extraction du calcul. Cette partie de l'opération doit être exécutée avec lenteur et par des tractions douces et ménagées, afin d'exercer le moins possible de violence sur les lèvres de la plaie.

Si la pierre était volumineuse, ou si l'on opérait chez une jeune fille, on devrait, par les mêmes motifs et à l'exemple de Flaubert, chercher à la briser, ou essayer de la broyer avec un lithotriteur, afin de diminuer les difficultés que pourrait présenter l'étroitesse du vagin. Cependant, à raison de la dilatabilité de ce canal, il est difficile d'admettre qu'elle puisse être un obstacle sérieux à la terminaison facile de l'opération.

Troisième temps. — Aussitôt l'extraction de la pierre achevée, des injections d'eau froide sont pratiquées dans le vagin pour arrêter l'écoulement du sang qui doit être peu abondant, aucun vaisseau d'un calibre considérable ne pouvant être lésé par l'incision. Je procède alors à la réunion immédiate de la plaie à l'aide de la suture entrecoupée.

Trois ou quatre points de suture sont appliqués en traversant avec l'aiguille courbe les deux lèvres à la fois autant que possible, ou chacune des deux isolément. J'ai soin de laisser entre eux un peu moins de 1 centimètre de distance.

Les fils sont médiocrement serrés, assez toutefois pour mettre les surfaces dans un contact parfait ; ils sont ensuite noués et coupés.

Quatrième temps. — Si, contre toute probabilité, un écoulement sanguin un peu considérable avait lieu, le vaisseau devrait être tordu ou lié, et le tampon, de forme cylindrique et d'un volume proportionné à la largeur du vagin, serait introduit et maintenu en place pendant un ou deux jours.

Enfin la sonde de gomme élastique, ou celle de gutta-percha de bonne qualité, que je préfère comme moins altérable, est placée à demeure dans la vessie, en la dirigeant horizontalement et avec précaution, afin de ne pas heurter contre la suture ; elle est fixée sur un bandage de corps.

La malade est reportée dans son lit et couchée sur le dos, les jambes et les cuisses légèrement fléchies et soutenues par un coussin placé sous le jarret.

La sonde reste ouverte, et quelques brins de coton fixés dans son intérieur servent de siphon conducteur à l'urine qui tombe goutte à goutte dans un petit vase placé au-dessous et entre les cuisses.

Elle est surveillée avec une attention extrême et nettoyée aussitôt qu'elle paraît ne plus donner issue à l'urine. Il peut arriver que, pendant les premières heures, elle soit oblitérée par de petits caillots de sang, et, plus tard, par des mucosités sécrétées par la vessie ; elle doit alors être immédiatement remplacée.

Le septième jour, la malade est examinée à l'aide du spéculum univalve, et si la réunion paraît solide, les fils sont successivement enlevés en saisissant un des chefs et en coupant l'anse avec des ciseaux bien tranchants.

La sonde doit encore être conservée pendant un certain temps, dont la durée est calculée sur l'émission plus ou moins facile des urines.

Il peut arriver que la vessie, devenue très irritable par la présence du calcul, éprouve des contractions spasmodiques, et ne puisse, surtout pendant les premiers instants qui suivent l'opération, supporter la sonde : la nécessité de la maintenir en place doit faire recourir sur-le-champ à quelques remèdes antispasmodiques, tels que frictions sur le bas-ventre avec l'huile camphrée et belladonisée, petits lavements avec le camphre et le laudanum, etc.

Si ces moyens étaient insuffisants pour calmer les accidents, et qu'il devînt indispensable de retirer la sonde, on devrait, suivant le précepte donné par M. Berthet de Gray, dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, faire coucher la malade sur la partie antérieure du corps et diminuer la quantité des boissons.

Ces accidents apaisés, la sonde devra être remise en place jusqu'après la cicatrisation complète de la plaie.

(*La suite au prochain numéro.*)

SIROP ET GRANULES DE LACTUCINE, par M. EMILE MOUCHON, pharmacien.

Les recherches dont la lactucine pourrait être dorénavant l'objet n'intéresseront guère sans doute que les chimistes, et n'auront qu'une faible importance pour la thérapeutique, parce qu'elles n'ajoutent rien ou presque rien à la confiance des cliniciens. Notre but ici est seulement d'exposer la formule de deux produits pharmaceutiques (sirop et granules de lactucine) qui sont d'une administration commode et laissent à la substance active toute son efficacité. Ces deux produits seront aisément préparés par les médecins des petites localités, qui sont souvent obligés de confectionner eux-mêmes les médicaments qu'ils prescrivent. J'ajouterai quelques remarques relatives à l'emploi de l'une et l'autre préparation.

Sirop de lactucine.

Lactucine en poudre.	4	grammes.
Alcool à 21 degrés (Cartier). . . .	125	
Gomme du Sénégal	250	
Eau de fleur d'oranger.	125	
Eau de fontaine.	125	
Sirop de sucre.	8000	

Je fais dissoudre, d'une part, la lactucine dans l'alcool, et, d'autre part, la gomme dans l'hydrolat de fleur d'oranger et l'eau commune ; je filtre le soluté alcoolique et je passe le soluté aqueux.

Ces préliminaires remplis, je soumets le sirop simple à l'ébullition, pour cesser la concentration lorsque la densité de ce saccharolé peut être ramenée à son poids primitif par les additions successives du soluté gommeux et du soluté de lactucine ; j'attends que le sirop entre en ébullition après ces additions, et je le verse dans une chausse d'Hippocrate.

Ainsi constitué, le sirop de lactucine présente un produit dont la posologie est conforme à celle du sirop de lactucarium, et dont les effets sont d'ailleurs toujours plus sûrs, la base médicamenteuse y étant toujours identique, toujours invariable dans sa nature, tandis qu'il n'en est pas ainsi du lactucarium. Dépouillé de l'odeur vireuse propre à ce suc concret, il est plus facilement supporté par les malades, qui n'ont vraiment à se plaindre que de son amertume, et qui ne peuvent du reste en éprouver aucun effet narcotique, bien qu'il jouisse de toute la puissance sédative du lactucarium.

Granules de lactucine.

Lactucine en poudre très fine . . .	0gr,20
Gomme arabique en poudre	0 30
Amidon en poudre	1
Sirop de gomme	q. s.

Avec ces quatre constituants je fais soixante-quatre granules globuleux, d'une consistance ferme, que je recouvre avec soin d'une couche convenable de matière sucrée.

Deux de ces granules sont la représentation à peu près exacte de 5 centigrammes de lactucarium ; or, la posologie de cet agent étant parfaitement connue des médecins, ils peuvent se baser sur elle pour la prescription des doses de ces petits corps granuleux et porter jusqu'à huit, maximum de ces doses, le nombre à prescrire dans les vingt-quatre heures; ce qui équivaudra à 25 milligrammes de lactucine ou à 20 centigrammes de lactucarium. La lactucine étant dépourvue des principes vireux du lactucarium, ainsi que je l'ai déjà fait observer, et constituant par conséquent un agent plus doux, elle permet même d'atteindre, sans aucun inconvénient, un maximum encore plus élevé. J'ai vu prescrire jusqu'à seize granules (5 centigrammes de base) dans une journée, sans que les organes digestifs aient paru en souffrir, sans qu'aucun désordre apparent se soit manifesté. Au surplus, je dois ajouter que le sirop m'a paru souvent plus franchement efficace, plus prompt dans ses effets, que les granules, et je crois avoir trouvé la cause de cette anomalie apparente dans la différence d'action qui peut exister entre un agent à l'état de solution et ce même agent à l'état solide, lorsque sa nature ne lui permet pas de se dissoudre facilement dans les sucs gastriques. En conséquence, je conseille d'accorder la préférence au sirop, lorsque aucune raison majeure ne viendra y mettre obstacle.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

De la bronchite pseudo-membraneuse.

Les ouvrages de pathologie interne se bornent, pour la plupart, à mentionner ou à décrire brièvement cette forme intéressante de bronchite ; aussi les publications récentes de MM. Peacock (*Medic. Times and Gazette*, n° 235, p. 658) et Thierfelder (*Vierordt's Arch. für Physiol. Heilkunde*, année XIII, livr. 2, p. 206) nous ont-elles paru une occasion favorable pour résumer dans un article historique et critique les principaux travaux que nous avons pu parcourir.

On chercherait en vain dans les anciens auteurs une mention de la bronchite pseudo-membraneuse sous le nom qu'elle porte aujourd'hui. La dénomination était alors empruntée à une théorie qui croyait voir dans ces concrétions bronchiques des fragments d'artères ou de parenchyme pulmonaire spontanément expulsés par la toux ; de là les noms anciens de polypes des bronches ou des poumons, de fragments d'artères, etc., que l'on trouve appliqués à ces concrétions dans les anciens ouvrages de médecine. Des notions plus exactes sur l'origine et le mode de formation des concrétions bronchiques imprimèrent, dans les temps modernes, leur cachet à la synonymie de cette maladie. Le terme de bronchite pseudo-membraneuse ; de bronchite plastique (*plastic bronchitis* des Anglais), est tiré des caractères spécifiques de l'expectoration ; celui de bronchite croupale, qu'adoptent MM. Rokitansky et Thierfelder, est emprunté à une comparaison de cette forme de bronchite avec la laryngite pseudo-membraneuse, le croup proprement dit. La dénomination de bronchite pseudo-membraneuse est aujourd'hui presque exclusivement adoptée en France. L'idée qu'elle implique du siége et de la nature de la maladie nous semble justifier la préférence de la plupart des pathologistes français à son égard ; aussi l'adopterons-nous dans ce travail.

M. Puchelt fils, dans un mémoire publié il y a quelques années en Allemagne (*Heidelb. Annal.*, vol. XIII, livr. 4, p. 479, 1848), a donné une énumération des travaux publiés jusqu'ici. Les faits cités par le professeur de Heidelberg, et auxquels nous ajouterons ceux qui sont venus à notre connaissance depuis la publication de son mémoire, peuvent être divisés en trois catégories dont la délimitation est empruntée surtout à l'histoire de la maladie et aux théories diverses par lesquelles on a voulu l'expliquer.

Les concrétions bronchiques pseudo-membraneuses furent anciennement regardées comme des morceaux d'artères, de poumon. Ici se placent tous les faits anciens, depuis Galien et Tulpius ; nous les citerons par ordre chronologique : Galien, Tulpius (deux observations); Bartholin, 1648 ; Mollenbrock, 1648 ; D. B. dans les *Acta eruditorum*, 1683 ; Lemery, 1704 ; Sander, 1727 ; Dalby, 1759 ; Van Swieten, 1764 ; Murray, 1773 ; J. Hunter, 1800.

Les fausses membranes bronchiques furent attribuées ensuite à

une bronchite. Dans cette classe se rangent presque tous les faits observés depuis 1797 par : Rob. Clarke, 1797 ; F. Nichols, 1732 ; Morgagni, Marcorelle (*Mém. de l'Acad. des sciences*, 1762, p. 62); Lebœuf (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, 1764, vol. V, p. 539) ; Sénac, 1783 ; Dalby, 1759 ; Dringenberg, Warren, Dixon, 1782 ; Raickem (*Bul. de la Soc. de l'Éc. de méd. de Paris*, 1814, vol. IV, p. 38) ; Gendrin (*Hist. anatom. des inflammations*, vol. I, p. 268, 1826) ; Casper (*Casper's Wochens.*, p. 3, 1836) ; Sander, 1836 ; Cazeaux (*Bull. de la Soc. anat.*, p. 337, 1836) ; Schwabe (*Casper's Wochens.*, 1837, p. 313) ; Cane et Corrigan (*Dublin Journal*, vol. XVII, p. 116) ; Brummer (*Casper's Wochens.*, 1841, p. 92) ; Ranking, 1841 ; J. Reid (*London medico-chir. Soc.*, 1844) ; Rizzi (*Gaz. di Mil.*, n° 27, 1844) ; Albers (*Rhein. Westp. Corr.*, n°s 13 et 15, 1845) ; Meerbeck (*Annales de la Soc. d'Anvers*, 1846) ; Watts, 1847 ; Laffiley (*Bull. de la Soc. anat.*, vol. XXII, p. 333, 1847) ; Puchelt, 1848 ; Fr. Weber (*Heidelb. Annal.*, 1848) ; Thore (*Arch. gén. de méd.*, sér. 4, vol. XX, p. 308, 1849) ; Trousseau et Barthez (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1851) ; Banks et Gordon (*Dublin Quart. Review*, vol. XII, p. 68, 1851) ; Valleix (*Guide du méd. prat.*, vol. II, p. 142), Barthez et Rilliet (*Traité des maladies des enfants*, vol. I, p. 593, 2e éd.) ; Thierfelder, 1854 ; Peacock, 1854 ; Grisolle (*Traité élém. de path. int.*, vol. I, p. 321, 6e éd., 1855).

Nous placerons avec M. Puchelt dans la troisième catégorie les faits dans lesquels la pseudo-membrane expulsée des bronches n'était que le résultat d'une propagation de l'inflammation diphthéritique primitivement développée dans le larynx. Ces observations sont très nombreuses. Nous n'en citerons aucune en particulier, car la pratique de chaque médecin pourrait nous permettre d'en recueillir quelque exemple.

L'étude des accidents déterminés par l'extension de la fausse membrane du larynx aux bronches appartenant spécialement à l'étude du croup, nous ne nous en occuperons pas ici.

Au point de vue clinique, deux grandes différences établissent une division toute naturelle entre les diverses espèces de bronchite pseudo-membraneuse. La maladie peut être idiopathique ou symptomatique. Dans la laryngite pseudo-membraneuse, l'extension de la diphthérite du larynx aux bronches constitue un des plus grands dangers contre lequel viennent fréquemment échouer toutes les ressources de l'art ; d'autres fois on voit des pseudo-membranes roulées en forme de ramifications dendritiques représentant la disposition des bronches, être expectorées dans le cours d'autres maladies, dans la pneumonie et même dans la phthisie ; enfin, cette même expectoration existe dans la grippe et dans la bronchite capillaire suffocante. Les fausses membranes rejetées par les malades atteints de ces affections diverses sont quelquefois si peu abondantes qu'elles sont méconnues par le malade et même par les médecins. M. Remak (*Diagnost. und Pathol. Unters.*, analysé dans les *Archives gén. de méd.*, sér. 4, vol. X, p. 77, 1846) a surtout insisté sur la présence de ces concrétions bronchiques dans la pneumonie. Ces filaments, dont l'ordre et l'arrangement représentent exactement la subdivision des ramifications bronchiques, furent rencontrés par le savant médecin berlinois chez cinquante pneumoniques ; elles apparaissent ordinairement du troisième au cinquième jour de la maladie ; enfin, loin d'annoncer une marche fatale, elles semblent au contraire, quand elles sont nombreuses et rapidement expulsées, être l'indice d'une terminaison heureuse et rapide. Nous avons pu nous convaincre fréquemment de la réalité des phénomènes indiqués par M. Remak. Ces concrétions se retrouvent souvent dans les crachats des pneumoniques ; mais nous devons avertir les observateurs qu'étant presque toujours pelotonnées et roulées sur elles-mêmes, elles peuvent échapper aux recherches ; il faut donc préalablement les étendre dans une certaine quantité d'eau. Il n'est pas rare non plus, à l'ouverture des cadavres des individus morts de pneumonie, surtout quand la lésion approche du troisième degré, de trouver dans une partie de l'arbre bronchique de petites concrétions fibrineuses plus ou moins volumineuses : c'est là un fait d'observation vulgaire sur lequel on a trop peu insisté en France ; en Allemagne, au contraire, on les trouve indiquées dans la plupart des ouvrages dogmatiques de pathologie. Chez dix individus atteints de pneumonie dans le cours de la grippe, M. Nonat (*Arch. gén. de méd.*, juin 1837, p. 317) a signalé la présence de tubes pseudo-membraneux rencontrés par lui dans les bronches ; enfin, le mémoire de M. Fauvel (*Mém. de la Société méd. d'obs. de Paris*, vol. II, p. 453) nous montre une expectoration de même nature chez un enfant atteint de bronchite capillaire suffocante.

A côté de ces faits de bronchite pseudo-membraneuse symptomatique, nous en trouvons d'autres où les accidents diphthéritiques du côté des bronches constituent toute la maladie. Dans ces cas encore, celle-ci se présente sous deux formes si distinctes au point de vue de la symptomatologie, de la marche et de la terminaison, qu'il faut établir une division, toute naturelle du reste, celle de la bronchite pseudo-membraneuse en aiguë et chronique. La bronchite pseudo-membraneuse aiguë se développe en peu de jours et revêt l'apparence d'une inflammation aiguë des voies bronchiques ; la bronchite pseudo-membraneuse chronique, au contraire, progresse plus lentement, se répète à des intervalles plus ou moins éloignés, et peut souvent être compatible avec un état de santé presque satisfaisant.

Docteur LEUDET.

(*La suite à un prochain numéro.*)

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur la ligature de l'artère carotide externe*, par M. *J.-G. Maisonneuve*. — Les anévrysmes, les varices artérielles, les tumeurs fongueuses, les cancers sont fréquents sur le trajet des ramifications de l'artère carotide externe, et plus souvent peut-être que partout ailleurs, ces lésions exigent que l'on intercepte le cours du sang dans les vaisseaux qui les alimentent. Pour remplir cette indication, les chirurgiens ne connaissaient jusqu'à présent d'autres ressources que la ligature du tronc carotidien primitif, c'est-à-dire du tronc commun qui alimente à la fois la face et le cerveau. Cette pratique avait plusieurs inconvénients graves. Le premier était d'exposer sans nécessité absolue les malades aux conséquences parfois terribles de l'interruption du cours du sang dans l'organe encéphalique. Un autre inconvénient de cette opération consiste encore en ce que, dans les cas où la circulation cérébrale n'a pas éprouvé d'altération, le sang trouvant dans les anastomoses crâniennes une libre voie pour revenir dans la carotide interne et de là dans la carotide externe, a pu continuer à alimenter la maladie. M. Maisonneuve est le premier chirurgien, en France du moins, qui ait pratiqué la ligature de la carotide externe ; en 1849, pour la première fois. Depuis il a eu l'occasion de la pratiquer à quatre reprises différentes, et avec succès, sur des malades affectés de cancers très avancés de la langue et du pharynx. Les résultats qu'il a obtenus de la ligature des gros troncs artériels, dans les cas de cancers, sont de nature, d'après M. Maisonneuve, à encourager de nouvelles recherches ; mais il croit que toute conclusion définitive à cet égard serait prématurée. Quant à la valeur absolue de la ligature de la carotide externe, il pense que dès à présent il est permis d'établir les propositions suivantes : 1° La ligature de l'artère carotide externe est une opération qui ne présente pas de difficultés sérieuses ; 2° elle n'offre pas de dangers plus graves que la ligature des autres troncs artériels de second ordre ; 3° elle a l'immense avantage de ne point exposer aux accidents cérébraux si redoutables après la ligature de la carotide commune ; 4° elle est plus efficace que cette dernière pour interrompre la circulation dans les vaisseaux de la face et de l'extérieur du crâne ; 5° elle doit lui être substituée dans toutes les maladies entretenues par les artères de ces régions. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

ESSAI D'UNE GÉNÉRALISATION DE LA MÉTHODE SOUS-CUTANÉE, par M. *Jules Guérin*. — Ce travail est le résumé des observations physiologiques de M. J. Guérin sur le fait de l'organisation immédiate des tissus divisés sous la peau et l'ensemble des applications pratiques dont la méthode sous-cutanée a été l'objet.

PREMIÈRE PARTIE. — *Observations physiologiques.* — En dehors des conditions générales et essentielles de l'organisation immédiate, que M. Jules Guérin a indiquées dans ses précédents mémoires, il existe des

conditions incidentes qui peuvent entraver ou faire varier le travail physiologique, comme aussi il y a pour chacun de ses produits des caractères plus ou moins liés aux tissus dont ils émanent.

§ I. Les liquides de l'économie, considérés dans leurs rapports avec les plaies sous-cutanées, peuvent être ramenés à trois ordres: 1° Les liquides organisables; 2° les liquides inorganisables ou neutres; 3° les liquides antipathiques.

Les liquides organisables sont ceux dont une partie est résorbée, et dont l'autre fournit des matériaux à l'organisation immédiate et la favorise. Tel est le sang artériel, telle est la lymphe épanchée au sein des plaies.

Les liquides inorganisables ou neutres sont ceux qui ne participent point à l'organisation immédiate et dont une partie peut être résorbée, et l'autre partie, restant accumulée sous la peau, peut empêcher mécaniquement, par sa présence, le travail d'organisation immédiate, ou donner lieu, sans inflammation suppurative, à diverses dégénérescences ou transformations du liquide. Le sang veineux, par exemple, n'est point apte à l'organisation; des collections de sang veineux peuvent persister pendant plusieurs mois sous la peau.

Les liquides antipathiques sont tous les fluides excrétés, destinés à être rejetés au dehors; tels sont le lait, la bile, l'urine, le pus surtout, qui peut s'altérer chimiquement et provoquer immédiatement un travail de réaction inflammatoire qui empêche constamment le travail d'organisation immédiate.

Cette série d'observations et d'expériences conduit donc à l'établissement d'un second principe de la méthode sous-cutanée, à savoir : qu'outre la condition de maintenir la plaie à l'abri du contact de l'air, il faut encore qu'elle ne soit pas mise en rapport avec des liquides ou des substances antipathiques.

§ II. *Des caractères de l'organisation sous-cutanée dans ses rapports avec les tissus divisés.* — M. J. Guérin avait montré, dans un premier mémoire que la cicatrisation des plaies suppurantes ne s'effectue qu'à la condition qu'il se forme préalablement à leur surface une pseudo-membrane, espèce d'isoloir entre cette surface et l'air extérieur, qui ramène ces plaies à la condition essentielle de plaies sous-cutanées. Parvenue à cette période, la cicatrisation s'effectue dans les plaies ouvertes comme dans les plaies réunies par première intention, comme dans les plaies sous-cutanées, c'est-à-dire que le travail physiologique de réparation continue en vertu des mêmes lois; mais il donne lieu à des produits qui diffèrent suivant les milieux qui les influencent et les éléments organiques qui y participent. M. J. Guérin précise ainsi les caractères propres à chacune de ces formations.

La cicatrice qui se forme à la surface de toutes les plaies ouvertes, quel que soit le tissu, quel que soit l'organe qui y concourent est la même: C'est un tissu amorphe fibro-celluleux très dense, d'une vitalité obscure. Il constitue, dans tous les points qu'il occupe, une interruption complète et tranchée entre les parties divisées. La conséquence la plus générale de ce fait est qu'il entraîne une interruption fonctionnelle adéquate à l'interruption organique. La continuité de la fonction implique la continuité de l'organe. Les tendons, les muscles, les vaisseaux, les nerfs, et, dans certaines circonstances, les os eux-mêmes sont tributaires de cette loi. Il en résulte que toutes les fois que la plaie sous-cutanée ne réalise pas les conditions de l'organisation immédiate, le tissu cicatriciel intermédiaire présente invariablement, dans tous les points où il a succédé au travail d'inflammation suppurative, le caractère de la cicatrice des plaies extérieures, c'est-à-dire du tissu cicatriciel proprement dit. On comprend toute l'importance de cette conséquence pour la pratique: les tendons, les muscles, les os et les nerfs, frappés d'une telle interruption, réalisent des états pathologiques permanents, organiques et fonctionnels.

Mais lorsque les tissus divisés sous la peau ont pu bénéficier du fait de l'organisation immédiate, les produits de cette organisation offrent des caractères qui sont en rapport avec les milieux qui les influencent et les éléments qui y participent. Ainsi, premièrement, tous les tissus divisés sont susceptibles de produire entre leurs extrémités une portion de tissu analogue, sinon identique, au point de vue anatomique et physiologique. La matière fournie par les extrémités divisées est le blastème indispensable de cette nouvelle formation.

Le second résultat est que, lorsque entre les surfaces de jonction il s'interpose une trop grande quantité de sang fourni par des vaisseaux environnants divisés, ce sang s'oppose par sa présence à l'exsudation directe des surfaces, prend la place du blastème spécifique, et produit une interruption anatomique et physiologique du tissu.

Le troisième résultat est que, lorsque par suite de l'interposition d'une trop grande quantité de sang, ou, ce qui revient au même, par suite d'un trop grand écartement des surfaces divisées, ces surfaces ne peuvent plus être réunies au moyen de leur blastème propre, les tronçons du tissu divisé s'atrophient et perdent le caractère de leur organisation spécifique. Tels sont les tendons, les muscles, les artères et les nerfs. Ce fait n'est nulle part aussi évident que pour les artères; elles s'oblitèrent et se convertissent en cordes fibreuses, quelquefois de toute la longueur du membre. La dégénérescence des nerfs n'est pas moins remarquable, surtout dans le bout périphérique; on l'observe à tous les degrés et dans les mêmes conditions. Cette dégénérescence des vaisseaux et des nerfs contraste dans ces deux cas avec leur état d'intégrité lorsque leur continuité a été maintenue et rétablie à l'aide du produit direct fourni par leurs extrémités. Pour ce qui est des artères, déjà Hunter avait établi la possibilité de l'inosculation de leurs extrémités divisées, sous l'influence de la réunion immédiate. M. J. Guérin s'est assuré, de son côté, par des injections réitérées, que des artères d'un calibre médiocre bénéficient de ce privilège toutes les fois que l'écartement des lèvres de la plaie n'a pas été trop considérable ou qu'il ne s'est pas interposé un caillot trop volumineux. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. *Bussy* demande que le travail de M. Chevallier sur les eaux arséniatées soit renvoyé par l'Académie au ministre de l'agriculture et du commerce, en raison de l'importance des faits qu'il contient.

Le renvoi au ministre est adopté après quelques observations de MM. Caventou, Chevallier, Dubois (d'Amiens).

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les neuf pièces suivantes : *a*. Troisième série de rapports sur l'épidémie de choléra qui a régné dans le département de la Haute-Saône, en 1854. (*Commission du choléra de* 1854.) *b*. Rapport de M. Carville, chirurgien de la maison centrale de Gaillon (Eure), sur une épidémie variolique, qui a régné dans cet établissement pendant les mois de mars, avril, mai et juin 1854. (*Commission de vaccine.*) *c*. Rapport de M. le docteur Blanchard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Barcelonette, sur une épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854. (*Commission des épidémies.*) *d*. Rapport de M. le docteur Fouquet, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vannes, sur une épidémie de choléra qui a régné dans cette ville, du 20 juillet au 30 novembre 1854. (*Commission des épidémies.*) *e*. Rapport de M. le docteur Dusouil, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Melle, sur une épidémie de fièvre typhoïde, qui a régné dans cet arrondissement depuis le 8 décembre 1853 jusqu'au 1er novembre 1854. (*Commission des épidémies.*) *f*. Lettre de M. le docteur Bernard, inspecteur-adjoint des eaux minérales d'Uriage, qui réclame une médaille de bronze que l'Académie de médecine lui a décernée dans sa séance du 6 décembre 1853. *g*. Demande d'autorisation pour exploiter une fabrique d'eaux minérales à Lyon, par M. Thouy. (*Commission des eaux minérales.*) *h*, *i*. Deux recettes relatives à des remèdes secrets, par MM. Guilhem, officier de santé à Tarons, et Augier. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Études physiques et chimiques des eaux minérales et thermales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. Jules Lefort, pharmacien à Paris. (*Commission des eaux minérales.*)

3. M. le comte de Kervigneu, ancien officier de cavalerie, adresse de Lucques (Toscane) une notice sur le traitement du choléra, au moyen de la gomme arabique dissoute dans de l'eau-de-riz. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

4. Mémoire pour le prix *Lefèvre*, sur la mélancolie, en italien.

5. Paquet cacheté déposé par M. Lecanu, au nom de M. le professeur Munoz.

M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Double fils, qui fait hommage à l'Académie du buste en marbre de son père.

Des remerciements sont adressés à M. Double, au nom de l'Académie.

Du traitement de la variole ou plutôt des états pathologiques qui lui sont propres; par M. *Piorry*.—Il existe, d'après M. Piorry, un virus spécial de la petite vérole, qu'il désigne sous le nom de *variose*, et dont jusqu'à présent, ni la chimie, ni le microscope, ni la clinique n'ont pu bien faire saisir les caractères extérieurs. Pour combattre ce virus, il n'existe pas de spécifique, de médication spéciale, on ne voit qu'un seul traitement proposable et qui, du reste, a été recommandé par Sydenham et par les praticiens les plus renommés de tous les temps : il consiste dans les boissons aqueuses abondantes, et dans tous les moyens de faire passer, en un court espace de temps, une grande proportion d'eau dans la circulation.

La *variosémie*, ou l'altération du sang par la variose ou virus variolique, est le premier effet que produit le poison dont il s'agit; les symptômes ressemblent infiniment à ceux de la fièvre inflammatoire ; seulement le

sang n'est pas couenneux. L'emploi des boissons aqueuses est à peu près le seul moyen auquel on puisse avoir recours, à moins toutefois que l'intensité des accidents, dits inflammatoires, et surtout que des congestions encéphaliques ou pulmonaires ne forcent à avoir recours à des saignées qui, du reste, n'empêchent en rien la variole de suivre son cours ordinaire ; bien entendu que toutes les mesures générales de salubrité doivent ici être prescrites. Les considérations qui précèdent sont vraies, quelle que soit d'ailleurs l'espèce de variole admise par les auteurs.

Le premier effet de la *variosémie* est une phlegmasie spéciale de la peau ou *variodermite;* M. Piorry en décrit les caractères et l'évolution habituels. Le moyen préventif par excellence de cette éruption, c'est la vaccine; peut-elle devenir un agent capable de faire avorter les pustules? Les essais entrepris dans cette direction ont démontré le contraire. Pour arrêter dans leur marche progressive les boutons varioliques, M. Piorry substitue aux emplâtres, qui ont l'inconvénient de se détacher souvent, une couche aussi épaisse que possible d'une pommade très con sistante, préparée avec l'axonge de veau, la moelle de bœuf purifiée et le beurre de cacao, auxquels il ajoute souvent une proportion très notable de fécule.

Les applications doivent être faites au deuxième jour, et ne doivent cesser qu'au bout de cinq à six jours; on voit alors que le développement des pustules varioliques n'a pas eu lieu. Le collodium fournit aussi de bons résultats, mais il est pénible à supporter. M. Piorry déclare n'avoir pas obtenu de bons résultats de la cautérisation des pustules par le nitrate d'argent, qu'il avait mise en pratique, à l'imitation de M. Serres. Cependant, il est deux parties de la face où il faut absolument chercher à détruire, par une semblable cautérisation fréquemment renouvelée, les pustules initiales: l'une est la région de l'œil et des paupières ; l'autre est le pourtour et la face interne des narines, dont l'oblitération, même incomplète, augmenterait le plus souvent la gravité des accidents.

M. Piorry examine cette question : s'il y a quelque danger à empêcher le développement de l'éruption variolique. Il rappelle que des moyens répercussifs ont été employés contre l'éruption rubéoleuse ou scarlatineuse, sans qu'il en soit résulté d'accidents. Mais le principal danger de la variodermite étant, à coup sûr, la laryngo-bronchite, et même la pharyngite, qui en sont les symptômes spéciaux, il est à craindre qu'en mettant obstacle à l'éruption variolique, il se déclare vers le pharynx ou le larynx un plus grand nombre de pustules. M. Piorry, tout en considérant cette crainte comme peu fondée, pense toutefois que l'on doit redouter de faire avorter dans une très grande étendue les pustules varioliques. Mais, il n'en est plus ainsi, alors qu'il s'agit d'une partie peu étendue de la surface cutanée de la face, par exemple. Si l'on conservait d'ailleurs quelque inquiétude sur l'aggravation possible de l'éruption pharyngo-laryngienne, consécutivement à la suppression de la variodermite faciale, on pourrait, à l'imitation d'une ancienne pratique, faire appliquer de larges vésicatoires sur diverses parties du corps, attendu que sous l'influence de la moindre stimulation en un point donné de la peau, les pustules deviennent infiniment plus nombreuses.

Dans les premiers temps de la maladie, et alors que le tégument est extrêmement enflammé, il y a de l'avantage à placer le malade dans un bain tiède ou, si cela paraît difficile, de recouvrir un très grand nombre de points de la peau par des compresses fines trempées dans l'eau tiède, et recouvertes de taffetas gommé ; s'il existait cependant une phlegmasie des bronches ou du larynx, il faudrait être très réservé dans l'emploi de ces moyens.

Quand de petites tumeurs varioleuses sont pleines de pus, il faut évacuer celui-ci, et par conséquent ouvrir la pustule ; on calme ainsi la douleur des parties sous-jacentes et l'on remédie à la tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent. Pour l'ouverture de ces pustules, M. Piorry a recours de préférence au moyen suivant : On ramollit l'épiderme au moyen d'un bain prolongé, et l'on passe sur les pustules un linge rude qui en opère parfaitement la rupture. Le bain a de plus l'avantage d'entraîner le pus et, en nettoyant la peau, de prévenir les inconvénients nombreux qui résultent de la formation des croûtes. Lorsque les pustules sont confluentes, ce premier moyen cesse d'être utilement applicable, il faut avoir recours à l'application d'un large vésicatoire sur la partie affectée, ou d'une solution de cantharidine. Quel que soit le procédé dont on s'est servi, il convient de soigner les petites ulcérations ou la surface dénudée comme on panserait toute autre plaie, c'est-à-dire qu'il faut prévenir le contact de l'air, enlever le pus à mesure qu'il se forme et prévenir la formation des croûtes. Pour prévenir la formation de ce masque horrible dont la face reste fréquemment si longtemps couverte, il faut se rappeler que le pus est formé de matériaux solubles dans l'eau, les graisses et les alcalis, et qu'il suffit d'imbiber longtemps les croûtes varioliques d'une eau très savonneuse pour les humecter et les enlever. Après la cicatrisation des pustules, on doit faire tomber les croûtes de tout le corps, au moyen de bains tièdes prolongés et réitérés.

La variole noire, que M. Piorry désigne sous le nom de *variodermite hémorrhéique*, offre habituellement une extrême gravité; elle reconnaît pour cause des hémorrhagies survenues dans les pustules. Dans quelques cas, cet accident est dû à de la gêne dans le passage du sang à travers un poumon dont les bronches sont remplies de liquide, et à des stases dans la circulation générale ; mais, ailleurs, ces hémorrhagies sont dues à une diminution de la fibrine du sang. M. Piorry conseille, dans ce cas, l'emploi des sucs d'herbes.

L'éruption variolique, dont les membranes muqueuses de la bouche et du pharynx sont le siége, est susceptible des plus grandes variétés et détermine des accidents plus ou moins graves. M. Piorry s'attache à décrire avec soin et les variétés de l'éruption et les conséquences qu'elles entraînent. Mettant à profit cette idée de M. Serres, que la cautérisation avec l'azotate d'argent pouvait entraver la marche de l'éruption variolique dans la bouche et le pharynx, M. Piorry fait cautériser matin et soir, avec l'azotate d'argent, les pustules de la bouche et du pharynx, et il a vu, dans plusieurs cas, la phlegmasie avorter, ou du moins prendre une marche moins fâcheuse. Il est surtout urgent de cautériser fréquemment les boutons varioliques voisins des orifices des conduits de Sténon ou de Wharton, pour éviter les phlegmasies des glandes salivaires. De même, si la pharyngite occupe l'orifice guttural du larynx, il convient de porter une tige de baleine recourbée et armée de caustique jusque sur la partie malade. Dans certaines circonstances graves, la trachéotomie serait utilement pratiquée.

La lésion anatomique la plus grave qui puisse survenir dans la variole est, à coup sûr, l'éruption dont la membrane laryngo-bronchique est fréquemment le siége. Les pneumonies des variolés sont en général les conséquences de cette forme spéciale de bronchite. La phlegmasie laryngo-bronchique suit une marche progressive et devient de plus en plus intense, en même temps que l'éruption cutanée parcourt ses périodes. Elle donne lieu de redouter une terminaison funeste, quelque peu intense qu'elle soit, si elle co-existe dès les premiers temps du mal. La mort paraît due, dans ces cas, à l'accumulation des mucosités laryngo-bronchiques ou de la salive dans les conduits aérifères, ce qui place les malades dans les mêmes conditions que celles qui font périr les submergés. Aussi M. Piorry pose-t-il l'axiome suivant: Toutes les fois que dans la variolaryngite et même dans la variopharyngite, l'abord de l'air dans la trachée et les bronches devient difficile, et cela par suite de la présence des liquides qui s'accumulent, il y a urgence de pratiquer l'ouverture du tube aérifère.

Consécutivement aux accidents précédents, il peut survenir dans les cas graves de variole des broncho-pneumonies et d'autres conditions pulmonaires inflammatoires, qui rentrent comme diagnostic et comme traitement dans l'étude des maladies analogues produites par d'autres causes. Seulement, ici, l'éruption, dont on ne peut arrêter la marche, rend difficile de traiter avec succès de tels états pathologiques.

Au début de la variole, considérée comme unité morbide, se manifestent des accidents cérébraux, dus peut-être à une éruption variolique à la surface encéphalique. Mais, plus tard, surviennent d'autres phénomènes encéphalopathiques, qui sont dus à une encéphalémie consécutive à l'éruption de la tête et du pourtour de l'orbite. Le traitement des accidents cérébraux des premiers jours consiste dans l'emploi de l'eau à doses abondantes et réitérées, auquel il convient de joindre, lorsqu'ils deviennent intenses, les saignées générales, l'élévation de la tête beaucoup au-dessus du niveau du tronc, et quelquefois peut-être la compression des carotides, ainsi que la réfrigération du crâne au moyen de l'application continue de l'eau froide et de la glace. Les accidents cérébraux qui surviennent à une époque plus avancée de la variole exigent avant tout l'emploi des moyens les plus propres à faire avorter l'éruption variolique du pourtour de l'orbite. Rarement les saignées sont indiquées, et peut-être ici l'application des corps froids serait-elle dangereuse ; seulement l'élévation de la tête est encore utile.

Les autres états pathologiques qui peuvent être observés chez les varioleux n'appartiennent pas pour la plupart à l'action directe de ce virus ou même à ses effets immédiats. Très rarement, au moins, voit-on se déclarer, pendant la durée de la variole, des lésions et des symptômes graves du côté de l'estomac, de l'intestin, du foie, de la rate ou de l'appareil urinaire ; l'étude de ces phénomènes rentre donc complétement dans le domaine de la pathologie et de la thérapeutique en général. On peut en dire autant de l'altération du sang par le pus, qui paraît quelquefois se manifester.

M. Piorry cite, pour terminer ces considérations, un triste accident dont il a été témoin en Espagne. Dans une retraite et par la chaleur, de malheureux variolés avaient été transportés au loin et à dos de mulet; des mouches avaient déposé leurs œufs soit entre les paupières, soit dans le conduit auditif externe, et des larves s'y étaient développées par centaines. Ceux de ces malheureux soldats qui guérirent de la variole restèrent aveugles et sourds. Dans un cas semblable, dit M. Piorry, il suffirait pour faire périr les vers de remplir d'huile la cavité où les larves seraient contenues.

M. *Bricheteau* demande si l'emplâtre simple réussit aussi bien pour prévenir l'éruption variolique que l'emplâtre mercuriel.

M. *Piorry* répond que cela est constant, et qu'il n'a donné la préférence à l'emplâtre de Vigo, qu'en raison de son adhésion plus grande; ces explications sont d'ailleurs données dans son mémoire.

M. *Bricheteau* désire savoir de M. Piorry si celui-ci est persuadé que le mercure ne soit pour rien dans l'avortement des pustules varioliques.

M. *Piorry* demande que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

M. *Bricheteau*, à l'occasion de l'avortement des pustules varioliques, cite un fait emprunté à Bailly. Chez un varioleux, un emplâtre avait été appliqué à la jambe pour une lésion accidentelle; on remarqua qu'il ne se développa pas de pustules dans la région de la peau circonscrite par l'emplâtre.

ÉLECTION. — M. le président proclame le résultat du scrutin, qui vient d'avoir lieu pendant la lecture de M. Piorry, pour la nomination d'une commission de onze membres, chargée d'examiner dans quelle section de l'Académie il y a lieu de déclarer une vacance. Ont été élus: MM. Bérard, Bouillaud, Velpeau, Jolly, Robert, Chomel, Dubois (Paul), Gérardin, Leblanc, Bussy, Robinet.

MÉMOIRE SUR QUELQUES POINTS DE CHIRURGIE, par M. *Reybard*, de Lyon. — L'auteur traite dans ce mémoire, 1° du cathétérisme du larynx dans les cas de croup; 2° de différents procédés imaginés ou perfectionnés, ayant pour but l'oblitération des fistules vésico ou recto-vaginales, et de rendre plus faciles les opérations qu'on pratique sur ces organes. (*Comm.* : MM. Velpeau, Gimelle et Bégin.)

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

The horrors, ou Délire impulsif chez des marins, par le docteur DIETRICH.

Entre autres affections, les marins sont sujets à diverses espèces de troubles mentaux. M. Dietrich en rappelle une, toute particulière et fort curieuse, qui a été observée dans un voyage autour du monde, accompli de 1844 à 1847 par M. le comte Charles de Gortz. « Le *the horrors*, dit-il, se manifeste généralement dans la saison d'hiver, lorsque, après une longue et pénible traversée, les marins, ayant mis pied à terre, se placent sans précaution autour d'un poêle ardent, et se livrent, suivant l'usage, aux excès de tout genre. C'est en rentrant à bord que se déclarent les symptômes du terrible mal. Ceux qui en sont frappés sont poussés par une puissance irrésistible à se précipiter dans la mer, soit que le vertige les saisisse au milieu de leurs travaux, au sommet des mâts, soit qu'il survienne durant le sommeil, dont les malades sortent violemment en proférant un hurlement affreux.

Le capitaine d'un vaisseau, avisant un jeune matelot debout sur le pont, la physionomie bouleversée, lui demande ce qu'il a. Je n'en sais rien, dit-il; et à l'instant il s'élance dans l'abîme et disparaît. Suivant le narrateur, témoin oculaire de ces faits, les infortunés qui résistent à cet entraînement fatal se rétablissent lentement. Deux matelots, miraculeusement sauvés par son intervention opportune, avouèrent ne posséder, au moment de la détermination, aucune conscience de leur état.

— On reconnaît ici une forme particulière de l'affection bien connue qu'on appelle *calenture*. Ce qu'il y a de particulier dans les faits rapportés par Dietrich, c'est que le trouble cérébral s'est manifesté pendant l'hiver, tandis que la calenture se rencontre ordinairement l'été et sous le soleil des tropiques. Mais on conçoit très bien que l'action excessive de la chaleur du poêle agisse à peu près comme celle du soleil, de manière à déterminer une congestion cérébrale, et que la maladie, conséquemment, n'en mérite pas moins le nom de *calenture*. Il est à noter encore que, chez les malades frappés du *the horrors*, l'envie de se jeter à la mer nous paraît s'être manifestée subitement, sans délire préalable, ce qui n'est pas ordinaire dans ce genre singulier de désordre cérébral. (*Allgem. Zeitsch. für Psychiat.*, t. II, 3e livr.)

Observations et réflexions propres à établir l'existence de l'affection syphilitique secondaire des viscères en général et du cerveau en particulier, par M. FAURÈS.

Ce titre suffit à l'exposé de la thèse. Voyons donc, sans autre préambule, comment l'auteur a procédé à sa démonstration.

Trois faits sont invoqués par lui dans ce but. Nous éliminerons sans façon le premier, relatif à un jeune homme qui, atteint de roséole, puis de tubercules sous-cutanés, fut frappé de symptômes apoplectiformes auxquels il succomba en quelques jours. L'autopsie n'ayant pas été faite, on peut présumer plus qu'une coïncidence entre la syphilis et l'affection cérébrale; mais il serait difficile d'aller au delà de la simple supposition.

La seconde observation concerne une fille de vingt-trois ans, affectée de pustules plates, onyxis et syphilide squameuse générale. On l'avait mise à l'usage de l'iodure de potassium, lorsque, au bout de huit jours, elle fut prise de mouvements convulsifs, auxquels succéda une prostration complète, avec émission involontaire des urines et des fèces. Trois jours après, elle présenta une hémiplégie du côté gauche, puis, après quatre jours, elle tomba dans un coma profond. La paralysie gagna le côté droit. Enfin elle mourut, malgré les médications les plus actives et les plus rationnelles, trente-cinq jours après le début des accidents cérébraux.

L'autopsie montra la pulpe cérébrale plus consistante que d'ordinaire. En outre, un petit foyer d'environ 1 centimètre existait dans la couche optique droite, sans organisation de ses parois, sans trace de caillot.

« N'est-il pas possible, dit M. Faurès à propos de ce fait, de présumer que ces deux ordres de phénomènes (syphilis et lésion du cerveau) se sont succédé ou plutôt ont été provoqués les uns par les autres? » — Sans doute, il n'y a là rien d'impossible; mais la nature de l'altération cérébrale n'étant point analogue à celles que la syphilis produit ordinairement, il serait tout aussi hasardé que pour le premier cas d'affirmer qu'il n'y a eu ici autre chose qu'un foyer purulent survenu chez un syphilitique, par l'effet des mêmes causes qui l'eussent pu déterminer chez tout autre sujet.

Reste la troisième observation, dans laquelle M. Faurès se flatte justement d'avoir administré le genre de preuves dont nous signalons en ce moment l'absence.

OBS. — Une fille de vingt ans entra à l'hôpital le 29 décembre 1851, affectée de chancre, vaginite et végétations à la vulve. On donna la liqueur de Van-Swieten, mais au bout d'un mois il fallut l'interrompre, à cause d'accidents très graves à la suite d'une chute, consistant en une commotion cérébrale et une contusion du pied gauche.

Le 8 février 1852, on reprit le traitement mercuriel, auquel on adjoignit les iodurés. Interrompu de nouveau par une dysentérie, ce traitement fut regardé comme complet, et la malade renvoyée le 13 octobre.

Le 21 janvier 1853, elle rentra pour des végétations à la vulve et à l'anus, et pour une syphilide squameuse. On ordonna l'iodure de potassium et les bains de sublimé. Les végétations furent attaquées à plusieurs reprises par divers caustiques, mais elles résistèrent opiniâtrément.

Le traitement durait depuis six mois, lorsque la malade fut subitement prise d'un mal de tête violent, avec paralysie soudaine de tout le côté gauche. (Quelques jours auparavant elle s'était plainte de céphalalgie, vertiges, bourdonnements d'oreille, rêvasseries.) Saignée, révulsifs aux jambes.

Le lendemain, le mal de tête avait diminué, la parole et la déglutition étaient plus libres. Mais cette amélioration, aidée par une application de sangsues et plusieurs doses d'émétique, se démentit brusquement au bout de deux jours. La malade, ayant voulu se lever, fut saisie de douleur plus violente; sa face devint vultueuse; elle perdit connaissance. La paralysie, qui la première fois avait laissé un peu de sensibilité, l'abolit complétement; il y eut incontinence urinaire et fécale, et la mort eut lieu six jours en tout à partir de celui où les désordres cérébraux avaient éclaté.

Autopsie : La membrane qui tapisse la quatrième ventricule présentait, surtout à droite, un groupe de granulations variant du volume d'une tête d'épingle assez forte à celui d'un grain de millet. Le groupe avait le volume et la forme d'une grosse framboise. Rouges, séparées par des fentes où rampaient de nombreux vaisseaux capillaires allant se terminer dans leur tissu, elles ressemblaient exactement aux végétations qui existaient encore aux parties génitales. Leur tissu avait la plus grande analogie avec le tissu érectile. L'encéphale n'offrit aucune autre altération.

Ce rapport de forme et de structure semble suffisant à M. Faurès pour le rendre « très disposé à admettre que la même cause a dû présider au développement de tous ces produits anormaux. »

— Dans ces termes, nous nous félicitons d'être d'accord avec l'honorable chirurgien de Toulouse. Comme à lui, il nous semble très vraisemblable que les végétations sur la vulve et sur la pie-mère provenaient d'une même influence.

Mais cette influence est-elle, comme il le suppose, la diathèse syphilitique? Non ; et c'est un des résultats les moins controversés des travaux de l'école moderne, que l'exclusion des végétations hors du cadre des accidents syphilitiques constitutionnels.

Le *virus* qui donne naissance aux végétations est plus obscur peut-être dans sa nature, et moins aisément curable, que le vice syphilitique. C'est cette force qui préside, pour le système cutané, au développement des verrues. Mise en jeu par toute cause qui appelle sur tel ou tel organe une activité vitale momentanée, elle a reconnu sans doute, dans ce cas, pour l'aider à réaliser ses effets sur les membranes encéphaliques, la commotion cérébrale qui avait eu lieu peu de temps auparavant.

Sans doute une pareille étiologie n'apporte ni au diagnostic ni au traitement ces vives lumières que les recherches de M. Yvaren semblent avoir mis tous les cliniciens en goût de faire briller à leur tour ; mais elle s'appuie sur des données à l'abri de toute contestation, et si elle ne suggère pas de thérapeutique positive, elle sert du moins à faire rejeter celle qui ne donnerait que des espérances illusoires. (*Gazette médicale de Toulouse*, septembre et octobre 1854, p. 265.)

Des inhalations de chloroforme dans le traitement de l'éclampsie puerpérale, par le docteur C. Braun, professeur d'accouchements à Trient, et le docteur Meisinger.

Les convulsions éclamptiques puerpérales défient les ressources de la thérapeutique ; aussi est-ce avec un grand empressement que nous insérons l'analyse de tous les travaux capables de faire avancer la thérapeutique de ce redoutable accident. L'observation relatée par le docteur Meisinger nous fournit l'occasion de citer un extrait d'un ouvrage trop peu connu en France, et qui renferme cependant de précieux renseignements pratiques sur l'art des accouchements. Nous voulons parler de la *Clinique d'accouchements et de maladies des femmes* (*Klinik der Geburtshuelfe und Gynaekologie*), publiée en commun par le professeur Chiari (de Vienne), le professeur C. Braun et le docteur Spaeth (Erlangen, 1853, Enke, 2 livr.). Dans ce recueil, M. C. Braun a publié une monographie remarquable sur l'éclampsie (2[e] livr., p. 341). Nous lui empruntons le paragraphe relatant les résultats obtenus par les inhalations de chloroforme dans les convulsions éclamptiques.

Les résultats obtenus par l'application des inhalations de chloroforme dans le traitement de l'éclampsie puerpérale surpassent toutes les espérances qu'on avait pu concevoir. Nous avions recours aux inspirations de la vapeur anesthésique dans toutes les convulsions urémiques, au moment où survenaient les signes prodromiques de l'attaque, tels que l'inquiétude générale, la roideur graduellement croissante des muscles des bras. Les inspirations, faites au moyen de l'appareil de Vidal ou d'un mouchoir humecté de chloroforme, étaient continuées jusqu'à ce que les signes prodromiques de l'attaque eussent disparu et fait place à un sommeil calme, ce qui arrivait en général au bout d'une demi-minute à une minute. Lorsqu'il n'était plus possible de couper un accès, on continuait néanmoins la chloroformisation pendant l'accès, dans le but de diminuer son intensité, en ayant soin de la suspendre dès le début de l'état comateux, afin de laisser à l'air pur un libre accès aux poumons. On peut même continuer les inhalations lorsque l'occlusion du pharynx ne permet plus de porter de médicaments jusque dans l'estomac, ou qu'un râle trachéal intense annonce d'une manière manifeste le commencement d'un œdème pulmonaire. Le plus souvent nous avons réussi, au moyen du chloroforme, à couper les accès, et, sur sept femmes, nous n'en avons perdu aucune, dans le cours de l'attaque ou sous l'influence d'une fièvre puerpérale ultérieurement développée. L'anesthésie nous permettant, dans tous les cas, de terminer rapidement l'accouchement, nous avons vu naître sept enfants vivants ; preuve manifeste de l'innocuité de cet agent anesthésique sur la vie des enfants. La quantité de chloroforme inspiré par chaque malade variait de 16 à 32 grammes. Nous ne pouvons donc que partager les opinions émises sur la valeur de ce mode de traitement par MM. Simpson (*Anæsthesia, or the Employment of Chloroform and Ether in Midwifery*, Philadelphia, 1849, p. 207), Channing (*A treatise on Etherisation in Childbirth*, Boston, 1848, p. 101, 254 et 261), Sedywick en 1840, Kiwisch et Scanzoni en 1851, enfin par M. Leudet fils.

Le docteur Meisinger a publié une observation qui vient à l'appui des recherches antérieures.

Obs.—Une femme de vingt-huit ans entre, le 2 septembre 1854, à la maison d'accouchements de Linz. Dans la nuit du même jour, à onze heures, elle accouche d'un enfant sain, à terme. Trois heures après l'accouchement, on voit survenir des vomissements, de la diarrhée, de la douleur de tête et des attaques convulsives intenses. L'urine ne contenait pas d'albumine. Le traitement par les lavements opiacés, la strychnine, les applications de glace sur la tête demeurèrent sans efficacité. Les attaques se répétèrent toute la journée du 3 septembre, à intervalles de trois quarts d'heure. Au bout de dix-huit heures on eut recours à une saignée du bras. Les accès devinrent plus fréquents. Dans la nuit du 3 au 4, j'eus recours à la chloroformisation ; le premier accès fut coupé. Trois fois, par ce moyen, j'arrêtai l'accès dans l'espace d'une heure et demie. Le sommeil survint ; le 5 la malade était encore un peu assoupie ; le 6 elle ne présentait aucune trace d'éclampsie. La guérison fut parfaite. (*Wiener Wochens.*, 1854, n° 40, p. 628.)

Efficacité de la décoction et de l'extrait d'ortie dans le traitement des maladies de la peau, par M. J. Bullar.

On a raison d'admettre, comme le fait M. Bullar, que la médecine puisse faire quelques emprunts utiles aux spécifiques que l'on trouve employés dans les campagnes contre un certain nombre d'affections ; mais on doit, avant d'adopter comme fait scientifique ce qui, dans les campagnes, est accepté comme article de foi, soumettre ces prétendus spécifiques à une expérimentation attentive. Nous craignons que notre confrère anglais ne se soit pas montré assez sévère dans cette enquête scientifique, entreprise pour déterminer la valeur thérapeutique de la décoction d'ortie. C'est d'abord sous forme de décoction que les feuilles et les tiges de l'*urtica dioïca*, 1 once par litre d'eau, furent administrées aux malades. Donnée à quatre malades, la décoction eut vraiment des effets merveilleux. Le premier sujet (jeune fille de dix-sept ans) était atteint d'un psoriasis rebelle qui avait récidivé plusieurs fois et n'avait disparu qu'à la suite d'un traitement prolongé par l'arsenic. Déjà l'éruption avait résisté à ce médicament administré pendant plusieurs semaines, quand on eut recours à la décoction d'ortie. La jeune malade était guérie après avoir bu six litres environ de la préparation. La deuxième observation est celle d'un individu atteint d'un eczéma chronique datant de deux ans. La guérison fut obtenue en cinq ou six semaines. Enfin, les deux derniers faits ont trait à deux sujets atteints l'un d'un eczéma, et l'autre d'un lichen agrius. La guérison fut rapide dans les deux cas.

Comme les feuilles fraîches peuvent être rares dans les villes, le docteur Bullar a fait préparer un extrait de suc d'orties qui jouit de propriétés identiques avec celles que nous venons de signaler ; il cite, à l'appui de cette proposition, quelques observations : trois de lichen agrius, un d'eczéma impétigineux, un de psoriasis palmaire, et enfin plusieurs d'affections squameuses ou tuberculeuses.

Ces observations sont malheureusement relatées très en abrégé, et nous regrettons qu'elles ne contiennent pas tous les renseignements propres à porter la conviction dans l'esprit du lecteur. Nous signalerons aussi l'absence de détails sur les effets physiologiques du médicament. L'auteur de cette note mentionne une seule fois un léger prurit éprouvé par les malades, au début du traitement, au niveau des portions de peau atteintes par l'affection. Une objection plus grave pourrait être tirée de cette circonstance, que M. Bullar ajoute au traitement une médication qu'il croit adjuvante et qui pourrait bien jouer le premier rôle : ce sont des lavages, répétés chaque jour, des parties malades, avec de l'eau savonneuse. Pour nous,

l'efficacité de la décoction et de l'extrait de l'*urtica dioica* n'est pas encore démontrée ; mais nous avons cru devoir signaler ce médicament, comme facile à expérimenter dans les maladies de la peau, qui défient si souvent les ressources de l'art. (*Associat. Med. Journ.*, 1854, n° 97, p. 1010.)

Eclampsie survenant vingt-trois jours après l'accouchement, par le docteur Lumpe.

La *Gazette hebdomadaire* publiait, il y a quelques mois (v. I, n° 27, p. 442) une observation d'éclampsie survenue neuf jours après l'accouchement. Le fait que nous fait connaître le docteur Lumpe est encore plus exceptionnel. Dans la clinique des accouchements et des maladies des femmes (*Klinik der Geburtshuelfe und Gynaekologie*. Erlangen, 1853, 2e livr., p. 273), par MM. Chiari, C. Braun et Spaeth, sur huit femmes atteintes d'éclampsie dans l'état puerpéral, on trouve que la date la plus éloignée de l'accouchement auquel l'accès convulsif eut lieu fut de trois jours. Nous pouvons à ce sujet citer un fait emprunté à la pratique de M. le docteur Leudet père, dans lequel l'accès convulsif survint cinq jours après l'accouchement et se termina par la mort, chez une jeune femme qui, sans présenter de phénomènes cérébraux, avait accusé, dans l'état puerpéral, quelques douleurs et une sensibilité légère sur un des côtés de l'utérus, pour laquelle on avait eu recours à une application de sangsues. Dans l'observation que nous communique le docteur Lumpe, nous voyons une femme de trente ans, multipare, accouchée à terme, et ayant offert, après l'accouchement, les signes d'une métro-péritonite dont elle guérit, présenter, vingt-trois jours après la naissance de l'enfant, quelques phénomènes cérébraux. Les phénomènes étaient principalement une sensation de lassitude générale, de l'amaurose avec dilatation des pupilles ; il s'y joignait un peu d'œdème des malléoles, de la bouffissure des paupières et des envies de vomir. Des convulsions éclamptiques survinrent et se répétèrent une fois à peu près par heure. L'urine extraite de la vessie au moyen de la sonde contenait une grande quantité d'albumine. On constatait de plus, dans ce liquide, une diminution marquée de l'urée et des phosphates, et une augmentation des chlorures, sulfates, de l'acide urique, et surtout de l'uroxanthine. Par l'examen microscopique, on trouvait, dans le sédiment urinaire, de l'épithélium, des cristaux d'acide urique et des tubes fibrineux provenant des tubes de Bellini. La malade eut en tout quatorze accès éclamptiques. Le lendemain du début des convulsions, elles cessèrent ; l'urine contenait à peine quelques traces d'albumine qui avaient complétement disparu le jour suivant ; l'œdème des membres inférieurs disparut. Sous l'influence d'un régime alimentaire réparateur et des préparations ferrugineuses, cette femme avait recouvré, au mois de décembre, une santé parfaite.

Cette observation offre, comme on le voit, plusieurs points intéressants. Outre l'époque reculée de l'état puerpéral à laquelle l'éclampsie se manifesta, nous devons signaler la guérison rapide de la maladie. (*Wiener Wochenschrift*, 1854, n° 29, p. 453.)

Suites et traitement des blessures de l'œil, par M. Taylor.

Nous analysions récemment un travail de M. Prichard sur le même sujet (t. Ier, p. 1119), démontrant que, dans les cas de blessure grave d'un œil, il est indiqué d'extirper ce qui reste de l'organe, pour prévenir l'inflammation sympathique de l'autre, et, par suite, une cécité complète.

M. le docteur Taylor confirme, par le récit de huit observations analogues, la justesse de cette conclusion pratique. Seulement, dans six de ces huit cas, c'était à la suite d'une ophthalmie scrofuleuse que le premier œil avait perdu ses fonctions, et le second n'était devenu enflammé que longtemps après. Les deux derniers faits sont des exemples de cécité par blessure.

Dans ces huit cas, M. Taylor a suivi une conduite conforme à celle de M. Prichard, mais cependant moins rigoureuse, si l'on peut ainsi s'exprimer. Ayant reconnu l'impuissance des médications ordinaires lorsqu'il s'agit de cette espèce d'ophthalmie sympathique, il n'a point, toutefois, voulu extirper en totalité l'œil anciennement altéré. Comme il a remarqué que, le plus souvent, la cornée de cet œil était le siége de leucoma ou de staphylôme, que la lentille était cataractée, il s'est borné à exciser l'iris et à extraire le cristallin. Cette médication a eu le même succès que l'ablation totale du globe oculaire, et dans les huit cas l'inflammation du second œil n'a point tardé à se résoudre après l'opération exécutée sur le premier. (*Medical Times and Gazette*, 28 octobre et 4 novembre 1854, p. 439.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Des fistules vésico-utérines, thèse, par le docteur R. Grau.

Parmi les maladies que le travail de l'accouchement peut laisser à sa suite, il en est quelques-unes qui ont pour caractère commun l'écoulement continu et involontaire de l'urine par le vagin. Désignées communément sous le nom générique de *fistules vésico-vaginales*, ces affections n'ont été étudiées d'une manière complète que par M. le professeur Jobert, qui, se fondant sur la nature des lésions dont elles s'accompagnent, les a distinguées en fistules vésico-vaginales proprement dites, fistules vésico-urétro-vaginales et fistules vésico-utérines. Ce sont ces dernières que M. Grau a choisies pour sujet de sa dissertation inaugurale. Élève de M. Jobert, et attaché comme interne à son service de l'Hôtel-Dieu, M. Grau était à même, mieux que tout autre, d'exposer d'une manière lucide les doctrines du maître, auxquelles il a su ajouter des considérations du plus haut intérêt, puisées dans une sérieuse méditation de tous les faits publiés jusqu'ici et dans l'observation de quelques faits nouveaux qu'il a eu l'occasion de recueillir. Son travail peut être considéré à juste titre comme la monographie la plus complète et la plus attrayante que nous possédions de cette grave infirmité. Nous croyons donc être agréables à nos lecteurs en leur donnant un résumé succinct de l'œuvre de M. Grau.

Les fistules vésico-utérines sont caractérisées par une communication anormale établie entre la vessie et l'utérus, et qui permet à l'urine de passer continuellement dans le col de la matrice pour tomber dans le vagin par le museau de tanche. Cette communication résulte d'une perte de substance qu'a éprouvée la cloison vésico-utérine, perte dont l'étendue et la forme variables déterminent les différences qu'on observe dans le trajet et dans les orifices de ces fistules.

Dans toutes les observations publiées jusqu'à ce jour, l'accouchement a été la cause déterminante de la fistule ; toutes les circonstances qui ont pour effet de rendre le travail long et laborieux, soit qu'elles se rattachent à la mère, soit qu'elles tiennent à l'enfant, doivent donc être regardées comme des causes prédisposantes des fistules vésico-utérines ; de ce nombre sont la lenteur du travail, le rétrécissement du bassin, l'excès de volume de la tête ; une mauvaise application du forceps peut conduire au même résultat. C'est au détroit inférieur que la tête se trouve arrêtée ordinairement ; déjà, en ce moment, elle a franchi le plus souvent le cercle utérin, et si son séjour trop prolongé donne lieu à la mortification des parties qu'elle comprime, c'est une fistule vésico-vaginale qui en résulte. Mais il n'en est pas toujours ainsi : quelquefois il arrive que la tête descend dans l'excavation encore coiffée du segment inférieur de la matrice, soit que le cercle utérin présente une rigidité pathologique, comme l'admet M. Grau, soit que l'inertie de la portion cervicale de la matrice permette à la tête de la distendre outre mesure, comme le veut M. Pajot. Alors deux choses peuvent arriver : ou bien il se fait une déchirure s'étendant jusqu'au péritoine et donnant lieu à une péritonite suraiguë ; ou bien la compression longtemps prolongée de la paroi vésico-utérine en détermine la mortification, et, l'eschare étant tombée, la fistule se trouve établie.

Les symptômes des fistules vésico-utérines diffèrent peu de ceux des autres fistules vésicales : l'écoulement continu et involontaire

des urines par la vulve est le principal et le plus incommode d'entre eux. Il est rare qu'on l'observe immédiatement après l'accouchement ; quand il tient à une déchirure de la cloison, ordinairement les accidents sont tellement graves qu'il passe inaperçu ; quand, au contraire, une eschare s'est produite, il peut se passer quatre à douze jours avant que l'ouverture qui résulte de sa chute puisse livrer passage à l'urine. La vessie, pendant ce temps, peut se contracter avec une fréquence excessive, sous l'influence de l'irritation dont elle est le siége, ou bien se laisser distendre d'une manière extraordinaire par l'urine, et tomber dans un collapsus complet.

La fistule une fois produite, les signes qui permettent de la reconnaître sont rationnels ou sensibles : les premiers sont la sortie continuelle et involontaire de l'urine, la disparition complète de la sensation du besoin d'uriner, et l'absence d'écoulement par l'urètre. Il est à remarquer, cependant, que, dans certaines positions, la position assise, en particulier, le museau de tanche venant appuyer contre la paroi du vagin, peut se trouver momentanément obturé par elle, et l'urine s'accumuler ainsi dans la vessie. Ces intermittences de l'écoulement sont sujettes à de nombreuses variétés et n'offrent pas une grande importance.

Les signes sensibles sont fournis par la vue, le toucher, l'exploration avec le stylet et la sonde, et l'injection d'un liquide coloré dans la vessie. Ce dernier moyen peut lever tous les doutes dans les cas où les autres n'ont pas donné un résultat satisfaisant ; il serait surtout important d'y recourir si l'on avait quelque raison de soupçonner l'existence d'une fistule *urétéro-utérine*, affection d'ailleurs extrêmement rare, dont la science ne possède jusqu'ici qu'une seule observation, recueillie par A. Bérard.

Les fistules vésico-utérines ne guérissent jamais par les seuls efforts de la nature. M. Grau divise le traitement qui doit leur être opposé en médical et en chirurgical. Le traitement médical a pour but de préparer la malade à l'opération : il est à la fois local et général ; local, pour écarter toutes les complications, telles que les rougeurs, les inflammations, éruptions, etc., déterminées par le contact irritant de l'urine avec les parties génitales externes et leur voisinage ; général, pour corriger le tempérament lymphatique, les vices scrofuleux, syphilitique ou autres qui pourraient nuire au succès de l'opération. Le traitement chirurgical, pour être efficace, doit remplir deux indications : obturer l'orifice anormal, et permettre à l'urine de s'écouler librement au dehors. La première indication exige l'emploi de l'instrument tranchant ; le tamponnement, les cautérisations, ont été essayés sans le moindre succès, mais non sans danger. C'est à l'autoplastie que l'on doit avoir recours pour obturer l'ouverture fistuleuse. M. Grau décrit deux procédés mis en usage par M. Jobert pour arriver à ce résultat : dans l'un, la cavité du col reste en libre communication avec le vagin, de sorte que l'utérus peut reprendre ses fonctions ; dans l'autre, toute communication entre l'utérus et le vagin est interrompue, la conception est rendue impossible, et l'excrétion menstruelle ne peut plus se faire que par l'urètre. Il ne nous appartient pas de retracer ici les détails de ces procédés, qui tous deux donnent d'excellents résultats au point de vue de la fistule, tout en produisant des effets physiologiques si différents. Cette description nous ferait sortir des limites qui nous sont imposées dans cette analyse.

M. Grau, après avoir examiné les suites naturelles de l'autoplastie vésico-utérine, passe en revue les accidents qui peuvent survenir après l'opération, l'hémorrhagie, les vomissements, la diarrhée, etc., et indique ce que doit faire le médecin pour les combattre. Un dernier chapitre est consacré à l'étude de la manière dont les fonctions organiques se rétablissent chez les femmes opérées de fistule vésico-utérine. Cette étude est du plus haut intérêt, surtout lorsque le second procédé opératoire a été mis en usage, car elle nous montre, dans ce cas, les fonctions dévolues à la vessie et à l'utérus gravement perverties, la communication entre les deux organes permettant le passage de l'urine dans la cavité utérine, et nécessitant l'expulsion du sang menstruel par la vessie.

M. Sée.

VII.

VARIÉTÉS.

Société de médecine du département de la Seine.

BANQUET ANNUEL. — ORDRE DU JOUR DE LA PROCHAINE SÉANCE.

Samedi dernier, 27 janvier, a eu lieu, dans les riches salons de Véfour-Hamel, le banquet annuel de la Société de médecine du département de la Seine. La cordialité, l'entrain font rarement défaut dans ces sortes de réunions, où il semble que quelques heures de gais propos délassent des travaux d'une année entière, et où le choc des verres se substitue avec avantage au choc des opinions. Il serait donc banal de dire que le banquet de 1855 a laissé les plus douces impressions dans le cœur des convives. Mais il y faut signaler quelques nouveautés, qui en promettent d'autres, et de très agréables, pour l'avenir. Après une allocution du président pour 1855, M. le docteur Géry, allocution pleine d'à-propos et où se mêlaient de touchants souvenirs, M. Boys de Loury, secrétaire perpétuel, a exposé, avec une malice de bon goût, les causes d'empêchement qui avaient retenu quelques collègues au foyer domestique: chez l'un, par exemple, une toux bonne à soigner par la bise qui court; chez l'autre, une anorexie qui serait fâcheuse en face d'un si riche menu, etc., etc. Puis l'honorable secrétaire perpétuel a demandé pourquoi le dessert, au lieu de finir par la poire et le fromage, ne serait pas assaisonné de quelque divertissement littéraire, historiette, poésie, chanson même; et il a formellement assigné au banquet prochain les lettrés de la Société. Donc deux améliorations notables en projet: un supplément de convives et une addition fort heureuse au programme. N'oublions pas celle qu'a réclamée à son tour notre excellent collaborateur M. Durand-Fardel, en portant un toast aux progrès de la *confraternité médicale* : une amélioration dans ce sens n'est pas la moins désirable.

Voici l'allocution de M. le président; elle a été accueillie par de vifs applaudissements.

Messieurs, en vous proposant le toast d'usage à la Société de médecine de Paris, je ne puis m'empêcher de me reporter à notre dernière réunion dans cette salle, et je crois entendre encore un de nos vénérés doyens, M. Nacquart, président de l'Académie de médecine, déplorant, dans une brillante allocution, la maladie toute récente qui laissait vacante parmi nous, une place d'honneur réservée à notre collègue M. Roux, président de l'Académie des sciences.

Par un fatal retour des choses d'ici-bas, pendant que nous enregistrions dans nos archives les hauts titres scientifiques de nos collègues, Nacquart nous était enlevé, et sa perte ne faisait que précéder de quelques mois celle de M. Roux.

Ainsi s'assombrissait, dès les premiers mois, une année si glorieusement inaugurée, et qui, dans ses derniers jours, devait encore nous frapper d'une nouvelle perte non moins vivement sentie, celle du savant professeur, de l'excellent confrère Requin, dont un de nos collègues a fait sur sa tombe un si bel éloge, auquel nous nous associons tous bien cordialement.

Nous garderons religieusement le souvenir de ceux qui ont jeté tant d'éclat sur notre Société; et j'ai cru remplir un devoir en consacrant quelques mots à la mémoire de collègues qui naguère encore assistaient à cette réunion.

Je me demande, messieurs, si l'honneur de rappeler de si grands noms appartenait bien à un pauvre prolétaire du domaine de la science, où tant de vous ont de riches moissons; mais il n'est pas défendu aux faibles de parler des forts, et je ne le fais que pour payer à des collègues, dont un a été mon maître, un tribut respectueux, et pour leur rendre un dernier hommage que cette réunion rend plus solennel.

Je ne me dissimule pas que mes titres scientifiques ne me permettaient guère d'aspirer à devenir votre président; mais puisque vos bienveillantes sympathies ont comblé la lacune, j'aime à penser que la Société de médecine, qui ne fait rien sans réflexion, a voulu, justifiant ainsi son titre de Société scientifique et pratique, prouver par cette élection que si elle glorifie les hommes de science, elle accorde aussi ses suffrages à ceux de ses membres qui, dans une sphère moins élevée, et en lutte tous les jours avec les écueils et les difficultés de la pratique médicale, savent porter honorablement et faire respecter le noble titre de médecin.

Aussi, chers collègues, regarderai-je toujours comme mon titre de gloire d'avoir été appelé à l'honneur de présider une Société aussi importante, quand je me croyais déjà suffisamment honoré d'être compté parmi ses membres.

Je termine en disant : A la Société de médecine de Paris, la plus ancienne Société médicale de France: puisse-t-elle être toujours au premier rang par son mérite, comme elle y est par son ancienneté! et puisse-t-elle, avant la fin du siècle, voir encore deux de ses membres occuper en même temps, les deux plus hautes présidences du monde savant!

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 2 FÉVRIER. — Lecture de M. Richard, candidat à une place de membre résident.

Lectures de MM. Boinet et Dechambre, membres résidents.

Continuation de la discussion sur le cancer.

— Le vendredi 23 février 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve Notre-Dame, nº 2, pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux de Paris.

MM. les pharmaciens qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire avant le mercredi 7 février 1855, à trois heures de relevée.

— La séance annuelle de l'Association des médecins de la Seine a eu lieu dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. Paul Dubois.

Après la lecture du compte rendu par M. Cabanellas, secrétaire-général, l'assemblée a adopté le projet de règlement présenté par la commission générale, sauf un article (la discussion de cet article a été renvoyée à une autre séance) destiné à élargir le cercle dans lequel l'Association peut choisir ses membres, en y comprenant les médecins reçus à l'étranger, mais autorisés à exercer à Paris depuis plusieurs années.

M. Paul Dubois, doyen de l'École, a été réélu président pour 1855, MM. Adelon et Bérard ont été réélus vice présidents.

MM. Jules Cloquet et Barth ont obtenu chacun 10 voix pour la vice-présidence.

Le bureau se trouve donc composé comme l'année dernière :

MM. Paul Dubois, président; Adelon et Bérard, vice-présidents ; Cabanellas, secrétaire général; Vosseur, trésorier; Ménière, secrétaire de la commission générale; Perdrix, secrétaire général honoraire, archiviste de l'Association.

— Un arrêté préfectoral du Bas-Rhin constitue le service des médecins cantonaux dans ce département.

Le traitement des médecins cantonaux est fixé à 1000 fr. pour les cantons non divisés, 600 fr. pour le médecin titulaire et 400 fr. pour le médecin adjoint dans les cantons divisés.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ABEILLE MÉDICALE. — 25 décembre. Paralysie de la vessie et du rectum guérie par l'ergot de seigle, par *Florentin*.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — 1855. Janvier. Moyens de prévenir le développement et les progrès de la diphthérite, par *Bretonneau*. — Sur la surdité nerveuse, par *Triquet*. — Opération césarienne avec insuccès pour la mère et succès pour l'enfant, par *Piachaud*. — Sur l'éléphantiasis des Arabes et sur la spiloplaxie par *Duchassing*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Nº 12. Sulfate de strychnine dans le choléra, par *Hérard*. — Absorption des médicaments dans le choléra, par *Vernois*. — Sur la chlorose simulant la phthisie, par *Barthez*. — Pleurésie purulente guérie par le séjour à demeure d'une canule et des injections, par *Trousseau* et *Legroux*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 31 décembre. Protosulfate de fer en pommade dans les maladies de la peau, par *Devergie*. — Camomille à haute dose dans les névralgies faciales, par *Lecointe*. — Traitement des luxations dites de l'extrémité supérieure du radius, par *Bourguet*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Nº 12. Concrétions calculeuses de la vessie du mouton, par *Bouley* jeune. — Rapport d'arbitrage, etc., par *Bouley* jeune.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 décembre. Étude comparative des deux sulfates de quinine et de cinchonine, par *Hudellet*. — Suicide par arme à feu, par *Bougarel*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — Nº 12. Coup d'œil sur les maladies régnantes, par *Girin*. — Nouveau mode de traitement de la blennorrhagie, par *Levrat-Perroton*. — Action des eaux iodées de Corse, par *Dubouloz*. — Sirop iodotannique, par *Guilliermond*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — Nº 12. Statistique appliquée à la thérapeutique, par *Forget*. — Recherches sur l'éclampsie urémique, par *Wieger*. — Fièvre intermittente à forme néphrétique, par *Liégey*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Nº 12. Organisation des ambulances mobiles dans les chemins de fer, par *Azam*. — Contracture de la jambe sur la cuisse, par *Dezarnauld*.

Rapport sur les travaux de la Société académique de Nantes pendant l'année 1853-54.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — Nºˢ 11. Qu'est-ce que l'École de Paris? par *Saurel*. — Contagion du choléra au point de vue de l'hygiène, par *Saurel*. — Hernie inguinale étranglée ; taxis impraticable ; chloroformisation ; réduction facile, par *Mourgues*. — Ergotine dans le traitement de la dysentérie chronique, par *Fontayral*. — 12. (Fin de l'année 1854.) Plaie de la jambe avec déviation du tendon d'Achille, par *Cabaret*. — Sur le traitement rationnel du choléra, par *Sèze*. — Choléra épidémique traité homœopathiquement, par *Roux*. — Sur les principes de l'animalité, etc., par *Murat*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 20ᵉ livraison. De la myodésopsie essentielle, par *Lauwers*. — Résumé des principaux travaux sur le choléra, par *René Vanoye*. — Choléra intermittent, fièvre pernicieuse cholérique, fièvre pernicieuse syncopale à courtes périodes, par *Liégey*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Novembre. Développement des gaz chez l'homme vivant, par *Fromont*. — Fièvres continues de la maison de correction de Saint-Bernard, par *Stacquez*. — Effet de l'acide arsénieux dans le traitement de la cachexie paludéenne, par *Decaisne*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — T. XIV, nº 2. Influence respective des divers nerfs sur les mouvements de l'iris; rapport par *Hairion*. — Concrétions calculeuses des amygdales ; rapport par *Burggraeve*.

GAZETTE MÉDICALE DE LIÉGE. — Nº 24. Diagnostic, pronostic et traitement de la fièvre typhoïde.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — Nºˢ 53. Nitrate d'argent et ses dérivés; études thérapeutiques, par *Crocq*. — 1855. 1. Erreur de diagnostic relative à la syphilis constitutionnelle, par *Firmin Lembert*.

EL HERALDO MEDICO. — Nºˢ 146. Choléra de Séville, par *A.-F. Martinez*. — 147 — 148 — 149 — 150. Tumeur cancéreuse d'un grand volume, située sur le côté droit du cou, extraction, guérison, par *A. Romero y Linares*. — 151. Contagion du choléra, par *M. Dellunder*. — 152. Tumeur squirrheuse de l'aisselle et du sein droit, extraction, guérison en trente-deux jours, par *A. Romero y Linares*. — 153. Sur le choléra, par *F.-B. Rodriguez*.

EL PORVENIR MEDICO. — Nºˢ 118. Sur le choléra, par *P. Pastor*. — 119. Sur le choléra, par *Serrano*. — 120. Sur l'intoxication palustre, par *G. Lopez* — 121. Aphorisme sur la fièvre typhoïde, par *Diaz Benito*. — 122. Métrorrhagie non puerpérale guérie par le seigle ergoté, par *Pastor Pastor y Pastor*. — 123. Aphorisme sur la fièvre typhoïde (suite), par *D. Benito*.

Livres nouveaux.

DES ABERRATIONS DU SENTIMENT, par le docteur *B. Schnepf*. In-4 de 64 pages. Paris, Labé, J.-B. Baillière. 1 fr. 50 c.

ŒUVRES CHOISIES D'HIPPOCRATE, traduites sur les textes manuscrits et imprimés, accompagnées d'arguments, de notes, et précédées d'une introduction, par le docteur *Ch. Daremberg*. Seconde édition entièrement refondue, contenant : *Le serment.* — *La loi.* — *De l'art.* — *Du médecin.* — *Prorrhétiques*, liv. I. — *Pronostic.* — *Coaques.* — *Des airs, des eaux et des lieux.* — *Des épidémies*, liv. I et III. — *Régime dans les maladies aiguës.* — *Aphorismes.* — *Extraits et analyses de plusieurs traités.* 1 vol. in-8 de CIV-703 pages. Paris, Labé. 9 fr.

TRAITÉ PRATIQUE D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE ; par le docteur *Richet*. 1 v. in-8 avec figures dans le texte. — En vente la 1ʳᵉ partie de XIII-428 pages. Paris, Chamerot. Prix de l'ouvrage complet. 10 fr.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX ; par le prof. *Denonvilliers* et le doct. *Gosselin*. 1 vol. in-18 de 960 pages, Paris, Labé. 6 fr.

COMPENDIUM DER CHIRURGISCHEN OPERATIONSLEHRE (*Compendium de médecine opératoire*), par *Linhart*. Gr. in-8, Vienne, chez Braumüller. 13 fr. 50

DAS NEUE HEILVERFAHREN DER FŒTALLUXATIONEN DURCH OSTEOTOMIE (*Le nouveau procédé de guérison des luxations du fœtus par l'ostéotomie*), par *A. Mayer*. In-8ᵉ, Wurzbourg, chez Stahel. 2 fr. 25

DIAGNOSTIK DER GEISTESKRANKHEITEN (*Diagnostic des maladies mentales*), par *J. Spielmann*. Gr. in-8, Vienne, chez Braumüller. 12 fr.

VERSUCH EINER PATHOLOGISCH-THERAPEUTISCHEN DARSTELLUNG DER KRANKHEITEN IN DEN TROPENLAENDERN (Essai d'une exposition pathologico-thérapeutique des maladies des tropiques ; par *S.-L. Heymann*. 1ʳᵉ livr. in-8, Wurzbourg, Stahel, 2 fr.

A DISQUISITION ON CERTAIN PARTS AND PROPERTIES OF THE BLOOD. (*Sur certaines parties et certaines propriétés du sang*), par *D. Tod*. In-8 avec figures. Londres, chez Churchill. 15 fr.

MILITARY SURGERY, or Experience of Field Practice in India, during the years 1848 and 1849; by *J.-J. Cole*. 1 vol. in-8, composé de VIII-224 pages. Londres, 1852, chez Highley.

NATURE IN DISEASE, illustrated in various Discourses and Essays; to which are added Miscellaneous Writings, chiefly on Medical Subjects (*De la nature dans la maladie ; mélanges*), par *J. Bigelow* In-12, Boston. 10 fr. 50

NOTES ON SOME OF THE DEVELOPMENTAL AND FUNCTIONAL RELATIONS OF CERTAIN PORTIONS OF THE CRANIUM, selected by *F.-W. Pavy* from the Lectures on Anatomy delivered at Guy's Hospital, (*Rapports de certaines parties du crâne au point de vue du développement et des fonctions*), par *J. Hilton*. In-8, Londres, chez Churchill. 8 fr. 50

THE HALF YEARLY ABSTRACT OF THE MEDICAL SCIENCES, edited by W.-H. Banking and C.-B. Radcliffe. Vol. XX. Juli-December 1854. London, John Churchill.

OSSERVAZIONI MICROSCOPICHE E DEDUZIONI PATOLOGICHE SUL CHOLERA ASIATICO. Memoria del dott. Filippo Pacini. In-8, de 30 pages. Florence, 1854.

ERRATA. — Page 69, 2ᵉ colonne, 2ᵉ alinéa.

J'ai dit que M. Virchow se servait *seulement* pour l'examen des tumeurs de grossissements de 250 à 280 diamètres. Il convient de rectifier cette proposition trop absolue, en disant : M. Virchow se sert *généralement*, pour examiner, etc., etc. — C'est aussi le microscope G. Oberhauser qu'il emploie en général. VERNEUIL.

— Dans quelques exemplaires du nº 4, au *Bulletin des livres*, CHIRURGIE DE PAUL D'EGINE, on a imprimé *Priau* au lieu de *Drian*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 9 FÉVRIER 1855. — N° 6.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Circulaire aux préfets, relative à la réception des officiers de santé, pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe.

Paris, le 2 février 1855.

Monsieur le préfet, en vertu des dispositions du décret du 22 août 1854, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur, les jurys médicaux ont cessé, à partir du 1er janvier, d'être chargés de la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe, et le soin de constater l'aptitude des candidats à ces diverses professions est remis aux facultés de médecine, aux écoles supérieures de pharmacie et aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. Un arrêté, en date du 23 décembre 1854, délibéré en Conseil impérial de l'instruction publique, a réglé les détails d'exécution de cette importante réforme, réclamée depuis longtemps par le corps médical tout entier. Les dispositions de ce nouveau règlement, que j'ai l'honneur de vous adresser, ne peuvent manquer de vous intéresser à plus d'un titre, et j'appelle plus particulièrement votre attention sur celles qui se rattachent plus directement à l'exercice légal de la médecine dont la surveillance vous est spécialement confiée.

Aux termes de l'article 19 du décret du 22 août, les officiers de santé, les pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe ne peuvent, comme par le passé, exercer leur profession que dans le département pour lequel ils ont été reçus. L'arrêté du 23 décembre consacre ce principe, et, en attribuant aux écoles médicales la réception des candidats, il fixe la circonscription que doit embrasser, sous ce rapport, la juridiction de chacune des facultés de médecine, des écoles supérieures de pharmacie et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie. L'article 2 présente le tableau de la répartition des 86 départements entre ces diverses écoles.

Désormais, nul ne peut donc exercer dans un département l'une des professions ci-dessus mentionnées qu'autant qu'il aura été reçu pour ce département par l'école médicale dans la juridiction de laquelle est comprise cette portion de territoire, ou bien qu'il sera muni d'un titre spécial délivré antérieurement par l'un des jurys médicaux.

La faculté d'exercer dans un autre département exigera nécessairement de nouveaux examens, un nouveau certificat d'aptitude. Aucune exception, aucune tolérance à cet égard ne peuvent être admises. Ces conditions imposées aux praticiens de deuxième ordre sont la garantie expresse des droits et prérogatives des docteurs, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de première classe, dont on exige une instruction beaucoup plus étendue, et qui ont eu à subir des épreuves plus difficiles et plus onéreuses.

La circonscription des écoles supérieures de pharmacie embrasse naturellement les départements de la Seine, de l'Hérault et du Bas-Rhin, où siége chacune desdites écoles. Comme la loi du 21 germinal an XI avait statué qu'aucun pharmacien de 2e classe ne pourrait être reçu pour ces trois départements, et qu'il ne résulte nullement de la loi du 14 juin et du décret du 22 août 1854 que le privilége des pharmaciens de 2e classe doive être étendu, le règlement du 23 décembre maintient la restriction prescrite par la loi du 21 germinal. Les pharmaciens de 1re classe continueront seuls d'exercer dans les départements qui sont siéges d'une école supérieure de pharmacie.

Les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ne tiendront chaque année qu'une seule session d'examens fixée au mois de septembre; mais, dans les facultés de médecine et dans les écoles supérieures de pharmacie, des examens pourront avoir lieu pendant tout le cours de l'année dès qu'une série de cinq candidats sera réunie. Il résulte de ces dispositions que les candidats qui se proposent d'exercer la médecine ou la pharmacie dans un département de la circonscription d'une faculté de médecine ou d'une école supérieure de pharmacie sont toujours sûrs d'obtenir des juges quand ils le voudront. Aucune autorisation provisoire ne peut donc à l'avenir être accordée dans ces départements, et les praticiens qui ne rempliraient pas aujourd'hui les conditions exigées devront être mis immédiatement en demeure de satisfaire aux prescriptions de la loi.

Les officiers de santé, les pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe qui seraient établis dans un département compris dans la circonscription d'une école préparatoire de médecine et de pharmacie, et pour lequel ils n'auraient pas été reçus, ne pouvant évidemment être appelés à régulariser leur position qu'au mois de septembre prochain, il est juste de leur accorder une autorisation provisoire d'exercer jusqu'à cette époque; mais ils devront être avertis qu'ils seront inscrits d'office pour subir, au mois de septembre, devant l'école dans la circonscription de laquelle ils exercent leur profession, l'examen prescrit, et que, dans le cas d'insuccès ou de refus de se présenter, ils tomberont sous le coup des dispositions pénales de la loi.

D'après les termes des articles 26 et 34 de la loi du 19 ventôse an XI, et de l'article 28 de la loi du 21 germinal de la même année, vous devez, monsieur le préfet, dresser et publier chaque année la liste des docteurs, des officiers de santé, des pharmaciens et des sages-femmes domiciliés dans le département, avec mention expresse de la date et de la teneur des titres, diplômes ou certificats d'aptitude obtenus qui doivent être inscrits à la préfecture. Il n'est pas sans utilité que cette liste me soit adressée chaque année pour la constatation de la validité des titres qui y sont mentionnés. L'accomplissement de cette prescription, qui acquiert dans les circonstances présentes plus d'importance que jamais, vous permettra facilement de vous rendre un compte exact, avant le 1er septembre, de la situation de tous les praticiens de votre département. Vous trouverez sans doute un certain nombre de diplômes délivrés par les anciens jurys médicaux, qui ne renferment point la désignation spéciale du département pour lequel ils ont été conférés. Dans ce cas, qui peut présenter quelque embarras, le porteur du diplôme devra déclarer s'il veut

continuer à exercer dans le département où il se trouve, et son diplôme sera validé pour ce département ; sans quoi le diplôme devra être renouvelé par de nouveaux examens.

Je ne puis douter, monsieur le préfet, qu'au moyen de ces dispositions nettes et précises, dont l'application ne saurait entraîner aucune hésitation, aucune ambiguïté, votre vigilante sollicitude pour les intérêts si précieux de la santé publique n'amène enfin, à partir du mois de septembre prochain, la régularité la plus complète dans la position de tous ceux qui seront appelés à pratiquer l'art de guérir.

Je vous transmets, avec le règlement du 23 décembre, l'instruction adressée à MM. les recteurs des académies pour l'exécution de ce règlement. Je désire que vous puissiez méditer aussi l'instruction qui l'accompagne. Si la loi vous a confié la mission de veiller à ce que les praticiens de tout ordre soient munis des titres qui doivent attester leur aptitude, la mission des recteurs consiste à s'assurer que ces titres offrent toutes les garanties d'instruction et de capacité qui peuvent légitimer la confiance publique. Il est donc indispensable que vous vous concertiez avec ces hauts fonctionnaires. C'est du concours mutuel de leurs efforts et des vôtres que dépend le succès d'une réforme destinée à assurer l'un des plus chers intérêts de la société.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très distinguée,

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. FORTOUL.

Réorganisation de l'École de médecine de Poitiers.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841 ;

Vu l'ordonnance du 14 février 1841, qui constitue l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers ;

Vu la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en date du 11 juillet 1854 ;

Vu le décret du 29 novembre 1854 qui organise le personnel de la Faculté des sciences de Poitiers ;

Vu la délibération du conseil municipal de la ville de Poitiers, en date du 28 octobre 1854,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie ; 2° pathologie externe et médecine opératoire ; 3° clinique externe ; 4° pathologie interne ; 5° clinique interne ; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants ; 7° matière médicale et thérapeutique ; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints de ladite école est fixé à trois qui seront attachés : à la chaire de clinique externe ; à la chaire de clinique interne ; à la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite ; aux chaires de chirurgie et d'accouchements ; à la chaire d'anatomie et physiologie ; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie : un chef des travaux anatomiques ; un prosecteur ; un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

ART. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le décembre 1854.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur ; *Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,* H. FORTOUL.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 13 décembre 1854, qui réorganise l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. ORILLARD.
Pathologie et médecine opératoire. — M. GAILLARD.
Clinique externe. — M. BAS.
Pathologie interne. — M. JOLLY.
Clinique interne. — M. BARILLEAU.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. BONNET.
Matière médicale et thérapeutique. — M. PINGAULT.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. MALAPERT.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. QUOTARD.
Clinique interne. — M. GUIGNARD.
Anatomie et physiologie. — M. BROSSARD.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. GUÉRINEAU.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements. — M. LE PETIT.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. DELAUNAY.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. MORINEAU.

Art. 4. M. DE LAMARDIÈRE est nommé chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. BARILLEAU, professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Art. 6. M. le recteur de l'Académie de Poitiers est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 7 février 1855. H. FORTOUL.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 8 février 1855.

DERNIÈRES REMARQUES DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE SUR LA QUESTION DU CANCER.

Lorsque la question de la valeur du microscope dans l'étude du cancer a été portée devant l'Académie, la GAZETTE HEBDOMADAIRE s'est trouvée dans la situation suivante. D'une part, on allait mettre en cause un ordre de faits et d'idées qui a toutes ses sympathies — cet article dira pourquoi ; — et, de plus, le souvenir réfléchi des grands services déjà rendus par le microscope aux sciences physiques, à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie ; un regard jeté sur la science contemporaine, non à Paris, non à Montpellier ou à Strasbourg, mais dans l'Europe entière ; des lectures nombreuses, l'autorité de savants recommandables, quelques recherches personnelles enfin, l'avaient convaincue que, sur le terrain propre du cancer, le microscope avait fait de précieuses conquêtes. D'autre part, elle se disait que, dans une Académie composée de cent membres, à peine deux ou trois étaient en mesure de se mêler pertinemment à la controverse ; que la presse médicale n'était pas beaucoup mieux préparée, et qu'ainsi le microscope allait être *exécuté* plutôt que discuté. Cela étant, il nous a paru juste autant qu'utile, *æquum et salutare*, de mettre à la disposition des intéressés, dans ce journal, tout l'espace nécessaire à une libre défense, supposant d'ailleurs que ceux-là même qui ne partagent pas ces tendances ne seraient pas fâchés de voir comment on entend les justifier. Après les savants articles de M. Verneuil, après surtout ses deux lettres à M. Bouillaud et ses deux dernières répliques à MM. Velpeau et Delafond, nous ne regrettons pas d'avoir pris ce parti.

Mais notre tâche n'est pas terminée. Nous avons promis de nous expliquer personnellement et de dire quelle position croit pouvoir prendre la GAZETTE HEBDOMADAIRE dans une si importante question. C'est l'objet du présent article, où il s'agit moins de caractériser le résultat de la discussion qui vient de finir, que d'exprimer une opinion basée sur l'ensemble des faits dont la science est en possession.

La valeur des déterminations microscopiques dans l'étude

du cancer peut être envisagée : 1° au point de vue purement philosophique ; 2° au point de vue de la spécificité anatomique ; 3° au point de vue de l'application clinique.

§ I. Point de vue philosophique.

La métaphysique et la philosophie médicale se sont montrées également défavorables aux déductions de la micrographie. La première a dit : Ce qu'on voit à travers une lentille peut être fort curieux ; mais en quoi la notion d'une certaine composition interne éclaire-t-elle plus la nature du composé que ne le fait la notion des caractères extérieurs? En quoi une particule a-t-elle sous ce rapport plus de signification qu'une masse? la présence d'une cellule, ou de fibres, ou d'épithélium, plus de signification que telle ou telle qualité de la tumeur elle-même, rougeur ou pâleur, dureté ou mollesse, état fongueux, ulcération, récidivité, etc.? Quant à la philosophie médicale, sa défaveur se motive différemment, suivant le point de vue doctrinal où elle se place. Le vitalisme, des hauteurs où le retiennent ses contemplations, n'abaisse pas volontiers son regard vers l'infiniment petit ; appliqué à l'étude des grands mouvements du dynamisme humain, il accorde peu d'importance à ce qui se passe dans la profondeur des organes. L'anatomisme — celui qui s'arme du scalpel — donne la main, par exception, à la métaphysique, et affiche la prétention de servir aussi efficacement que le microscope la science et la pratique.

Quelques remarques donneront la mesure de ces oppositions ou de ces dédains.

La difficulté, dans son sens purement ontologique, consiste à rechercher quel doit être le principe de distinction d'un objet, *principium individuationis*, comme on disait autrefois. Sans retourner à la scolastique, il est aisé de montrer, par quelques vues générales, comment cette question doit être résolue par rapport à l'ordre de faits dont il s'agit.

Étant admis que le principe de distinction doit être *interne*, c'est-à-dire se tirer des caractères inhérents à l'objet, l'application en sera d'autant plus rigoureuse et plus sûre que les caractères seront plus fixes. A cet égard, l'objet peut se trouver dans deux conditions différentes. Il peut être immutable en soi : c'est le cas des corps inorganiques. Il peut être soumis à un renouvellement incessant de ses parties : c'est le cas des corps organisés. Supposons-le d'abord immutable. S'il est en même temps amorphe — du moins pour nos yeux, car il est douteux que l'amorphisme existe réellement, — on sera bien forcé de ne considérer que sa configuration extérieure et ses diverses qualités physiques, comme sa couleur, sa consistance, quelques particularités accidentelles de structure, etc.; mais s'il se compose de *particules définies*, il est manifeste, au contraire, que le résultat de la première détermination n'a plus qu'une valeur accessoire, et qu'il y a lieu d'en établir une autre d'après les caractères mêmes de ces particules. En effet, le composant étant la seule chose qui soit *une* dans le composé, et l'unité étant ce qui ne peut ni se réduire, ni s'accroître, ni se modifier, ce qui reste identique avec soi-même au milieu de toutes les variations de nombre, de grandeur, de configuration ou de contexture, il s'ensuit que le vrai principe de distinction des composés à la fois immutables et définis réside dans leurs éléments constitutifs. C'est la gloire d'Haüy d'en avoir fait l'application aux minéraux. Il y a plus encore, ce principe ne se recommande pas seulement par une commodité de classification, il se lie à ce qu'il y a de plus élevé dans la systématisation des sciences ; il touche certainement par sa racine à la notion de la cause qui assigne à chaque corps son individualité, bien que le rapport ne puisse être aperçu à travers les ténèbres qui règnent encore à cette profondeur. Ce qu'il y a d'arrêté et d'invariable dans la constitution intérieure d'une substance doit exprimer la force occulte sous l'empire de laquelle elle s'est formée.

Supposons maintenant un corps organisé, conséquemment sujet à des mutations incessantes. Est-ce que les conditions du problème seront changées? En aucune façon. Si l'individualité n'est plus dans la permanence de la matière, elle est dans la permanence de l'organisation. En d'autres termes, contenue en puissance dans la force supérieure qu'on appelle la vie, elle se manifeste et se réalise, selon le mode particulier de cette force, par des éléments de composition qui ne varient pas. Et si le microscope apprend que ces éléments peuvent se réduire à des particules définies, comme il fait pour les minéraux, on ne voit pas pourquoi les mêmes principes ne seraient plus applicables. Qu'arrive-t-il, en réalité? Que solides et liquides normaux de l'économie n'ont pas aujourd'hui de caractères plus certains, plus spécifiques, après ceux que peut fournir la chimie, que les caractères révélés par le microscope. Un certain globule ou un zoosperme en disent plus que toutes les apparences extérieures du sang et du liquide séminal ; et tout en accordant — sans croire répéter autre chose qu'une banalité — que le sang n'est pas un pur assemblage de globules et le sperme un assemblage d'animalcules, il est permis d'ériger les deux éléments de composition en caractères distinctifs des liquides qui les contiennent. Dans le domaine de la pathologie, il ne manque pas de notions du même ordre et de même portée. Le pus et le tubercule, notamment, prennent sous la lentille des caractères tout à fait spécifiques, tellement spécifiques que la dissidence dont ils ont été l'objet n'a pu en affaiblir la signification, et qu'ils restent encore, aux yeux de tous les micrographes, parfaitement distincts des autres produits anormaux de l'économie.

Ici donc, encore, le caractère microscopique, la présence du corpuscule défini, prime l'apparence extérieure. Mais voici la difficulté. De ce que la composition élémentaire des tissus est, et ne peut pas ne pas être, en rapport avec la nature du *nisus* qui a présidé à leur formation, on n'est pas autorisé à en induire que les causes de maladie qui, en s'introduisant dans l'organisme y produisent des altérations matérielles appréciables, se traduisent plus particulièrement, au sein de ces altérations, par les changements délicats que le microscope seul est capable de révéler. Il peut arriver que telle cause (on suppose une cause générale, une cause diathésique) limite son action propre à certains accidents extérieurs, ulcération, fongosités, induration, etc., et que les caractères rencontrés par le microscope au milieu de ces désordres n'aient avec elles aucune corrélation directe. Théoriquement, nous sommes fort disposé à croire que la lésion d'un tissu dans ses éléments primitifs porte toujours, aussi bien que les troubles fonctionnels, le cachet du principe morbide dont elle émane, et que si ce cachet n'apparaît pas, cela tient uniquement à l'imperfection de nos moyens physiques d'investigation, microscope ou réactifs. Mais la difficulté dont nous parlons pouvant être soulevée dans l'état actuel des choses, nous n'avons garde de l'éluder. Or, à ce point de vue, qu'apprend l'expérience? D'un côté, il y a réellement des diathèses qui jusqu'ici n'ont pu être caractérisées que par le siége, l'apparence extérieure et la marche des lésions qui en sont la conséquence : par exemple, la syphilis. Le pus syphilitique, l'induration syphilitique, ne diffèrent pas, sous le microscope, du pus et de l'induration ordinaires. Mais d'autres diathèses aboutissent manifestement à la

production d'éléments inaccessibles à l'œil nu, dissimulés souvent par les apparences les plus trompeuses, et qui sont pourtant spécifiques. Ainsi, quoi qu'on puisse dire, le corpuscule du pus exprime et exprimera toujours, abstraction faite de toute autre manifestation morbide, un état diathésique distinct; car ce corpuscule est l'élément spécifique de la matière dite purulente, et les anatomo-pathologistes ne pourraient renier la signification de l'un sans renier celle de l'autre.

Voilà les notions dont il convient de se munir avant d'aborder la question spéciale du cancer. Ceux qui s'y engagent sans cette préparation peuvent être exposés à n'en pas bien comprendre le sens et à la traiter trop légèrement. C'est, nous le craignons, la situation d'un grand nombre de confrères, qu'un préjugé singulier indispose contre cet ordre de recherches. Le microscope, ce n'est qu'un œil plus clairvoyant que le nôtre! répète-t-on partout. Oui, comme le télescope, comme la chimie, à de certains égards, quand elle nous fait voir des corps auparavant masqués par une combinaison. Encore est-il vrai de dire que la forme des corps change dans les opérations chimiques, tandis qu'elle nous est transmise fidèlement par les instruments d'optique. Ce n'est qu'un œil! Et avec quoi donc se recueillent les données matérielles qui sont l'argument des doctrines, sinon avec les sens, et plus spécialement avec le sens de la vue? Avec quoi les cliniciens constatent-ils qu'une tumeur est rouge, inégale, bosselée, dure, pultacée, douée de telle odeur, sinon avec l'œil, le doigt et le nez? Et si ces caractères grossiers leur fournissent des inductions relativement à la nature de la tumeur, pourquoi n'en pourrait-on tirer des caractères aperçus par un sens plus délicat? Nous ne savons si *ces messieurs du scalpel*, quand ils font la guerre à *ces messieurs du microscope*, ont une juste prévision du tort que ceux-ci menacent de leur faire; mais il nous paraît certain que l'anatomisme, dans sa forme ancienne, a plus à craindre des progrès de la micrographie que le vitalisme. Il s'écoulera bien du temps avant que l'étude des principes élémentaires de l'organisation ait mis en défaut les lois fondamentales de la doctrine du vitalisme, parce que ces lois se tirent de plus haut, et que les deux ordres de notions peuvent se développer le plus souvent sans se heurter. L'anatomisme, au contraire, a dans le microscope un rival qui peut démolir ses déterminations morphologiques, et, avec elles, les théories qui en ont découlé; et il n'est pas déraisonnable d'espérer que le jour viendra où les vagues expressions de phlegmasie, de cancer, de carie, etc., tomberont devant la notion précise, histologique ou chimique, des faits auxquels elles se rapportent. Si c'est une espérance chimérique, tant pis; car là est surtout l'avenir de la médecine.

§ II. Point de vue anatomique.

Pour le moment, la question est de savoir si certaines tumeurs, confondues sous le nom commun de cancer, se distinguent entre elles par leurs caractères microscopiques. Il ne s'agit pas encore ici de pronostic et de curabilité, mais seulement de structure.

Avant la discussion académique, on eût pu croire inutile de poser une pareille question; mais nous l'avons dit ailleurs, la contradiction s'adresse autant aux données fournies par l'instrument qu'à l'usage qui en a été fait par les micrographes. Si l'on disait à MM. Velpeau et Delafond qu'ils sont des adversaires du microscope, — au moins en ce qui concerne l'étude du cancer, — ils se récrieraient sans doute, et ce serait avec raison. Et pourtant, il est incontestable que leur argumentation tend à discréditer l'instrument, non-seulement dans l'application clinique, mais dans la simple recherche histologique. Si, comme l'a dit le premier, dans un accès de gaieté, les cellules sont tantôt *joufflues comme des bonnes femmes*, tantôt *maigres et ridées;* si celles-ci portent des *robes déchirées*, celles-là des *queues de poisson;* s'il s'établit entre les *mâles* et les *femelles*, entre les cellules et les noyaux, *des mariages* qui donnent naissance à des espèces de monstres, il faut vite briser une lentille qui vous fait voir une si étrange fantasmagorie. Si, avec le second orateur, il n'y a aucune distinction précise à établir entre les cellules, l'épithélium et le tissu fibro-plastique, et si tout dépend du degré de pression ou d'humidité que subit un certain élément primordial, rien non plus de caractéristique à tirer de l'inspection microscopique. Le doute en est arrivé à ce point que beaucoup de beaux esprits, en France, s'étonnent de l'importance attachée à de pareils jeux. A quoi l'on peut répondre qu'on s'étonne en d'autres pays de l'étonnement de la médecine française. Malheureusement, ce n'est pas chez nous qu'on est le plus fort à ces jeux-là.

Disons-le tout d'abord: la question n'a pas été posée à l'Académie dans les termes que comportait l'état de la science en 1854. Il importait peu que certaines exagérations eussent été commises dans la première ferveur de la découverte. S'attaquer au passé quand on a le présent pour adversaire, avec l'avenir en face, est une tactique habile peut-être, mais peu profitable à la science. En réalité, les micrographes modernes s'accordent pour déclarer que les caractères distinctifs des tumeurs, soit cancéreuses, soit épithéliales, soit fibro-plastiques, ne reposent pas uniquement sur la forme extérieure des éléments appelés cellule, épithélium ou corps fusiformes, mais sur un ensemble de dispositions qui fait de chaque espèce de tumeur un tout défini et très reconnaissable; et ceux qu'on a le plus accusés d'exclusivisme, refusent même à la fameuse cellule le droit de spécifier *à elle seule* le vrai cancer. Nous ne répéterons pas les passages que notre ami et habile collaborateur, M. Verneuil, a déjà empruntés à M. Lebert; mais nous en voulons citer deux autres, pour montrer que ce laborieux et savant confrère est déjà doué, en très grande partie, de la sagesse qu'on s'efforce de lui inoculer. « Je me suis bien gardé, écrivait-il il y a plus de trois ans, de dire que les cellules avaient des caractères chimiques, physiques ou autres, tels qu'on ne pourrait les rencontrer nulle part ailleurs que dans le cancer. *Loin de mon esprit cette étrange hyperbole!* Mais ce que je puis dire et affirmer, et je ne saurais trop le répéter, c'est que, un produit morbide étant donné, le pathologiste clinicien, suffisamment versé dans les études microscopiques, peut, *dans la majorité des cas*, déterminer, d'après l'examen au microscope, s'il s'agit d'un cancer ou non. » (*Traité des maladies cancéreuses*, Introduction, p. XIX.) Bien plus, l'auteur prend soin de déclarer que c'est par « la combinaison de l'étude chimique et de l'examen anatomique et microscopique » (p. 17), qu'il est parvenu à établir les caractères distinctifs du cancer. Et il ajoute encore: « C'est, guidé par ces observations, que je suis arrivé à me prononcer d'une manière nette et précise sur la possibilité de reconnaître, *dans la grande majorité des cas*, par l'inspection microscopique, si une tumeur est cancéreuse ou si elle ne l'est pas. » On voit par là si M. Lebert, quand il parle de la *spécificité* de la cellule, entend une spécificité exclusive, absolue et nécessaire, ou entend seulement qu'il y a un rapport *à peu près* constant entre la présence de cette cellule et le pouvoir de destruction

successive, de récidivité et d'infection générale qui appartient à certaines tumeurs. D'autres micrographes, cités par M. Verneuil (*Gaz. hebd.*, t. Ier, p. 1116), n'attribuent les cellules qu'au squirrhe et à l'encéphaloïde.

Les micrographes modernes sont plus complaisantes encore. Ceux qui croient au blastème cancéreux, comme M. Lebert, et ceux qui font procéder la cellule, l'épithélium et le tissu fibro-plastique d'un même élément primordial et normal de l'organisme, comme M. Virchow, professent également que la cellule peut varier d'apparence; qu'elle offre des gradations; qu'elle peut être déformée; que le volume de ses noyaux peut varier; bien plus, qu'elle peut manquer dans des tumeurs vraiment cancéreuses. Seulement, cette dernière circonstance est exceptionnelle. La micrographie accorde encore qu'il y a des tumeurs *mixtes* dans lesquelles les diverses formes microscopiques se mêlent en proportions diverses; et enfin il lui en coûterait médiocrement d'avouer, si les faits le disaient plus clairement, que les tumeurs de récidive, soit qu'elles se reproduisent sur place, soit qu'elles se forment au loin, dans les viscères, ne contiennent pas toujours les mêmes éléments que la tumeur primitive, et qu'un cancer à cellules, par exemple, pourra prendre naissance après l'ablation d'un épithélioma. On est libre de tirer de ces faits telle conclusion qu'on jugera convenable (nous reviendrons là-dessus tout à l'heure); mais c'est un devoir pour tous de ne pourchasser la micrographie que dans la limite de ses prétentions avouées. Quand on a allégué contre elle que la cellule n'était pas absolument spécifique, qu'elle affectait des formes diverses, qu'elle n'était pas toujours reconnaissable dans les tumeurs le plus évidemment cancéreuses, qu'elle se mêlait parfois aux éléments dans une même tumeur, on a tout juste répété ce qu'avaient dit auparavant les micrographes, et on les a taxés d'erreur au nom des vérités qu'ils ont eux-mêmes établies.

Cela étant, et toujours au point de vue des faits, quelle est la question? Il s'agit simplement de savoir si, *dans la majorité des cas*, il n'est pas possible, il n'est pas facile, avec les précautions et l'habitude convenables, *et en s'aidant de tous les caractères que le microscope met en évidence*, de distinguer parmi les tumeurs dites cancéreuses trois espèces, et, parmi elles, une espèce caractérisée, non pas seulement par une certaine cellule, mais par un groupe de cellules et tout un ensemble de dispositions qui n'appartiennent pas aux deux autres espèces. Or, dans ces termes, la question nous paraît résolue. Et il y a ceci de remarquable, que cette opinion est au fond celle de tous les micrographes vraiment experts qui ont eu occasion de s'en expliquer. Car les dissidences qui ont pu s'élever entre eux n'ont guère porté que sur l'origine des éléments et sur l'époque de développement à laquelle ils deviennent discernables. Et l'on aurait bien dû remarquer que ces dissidences mêmes sont un très précieux témoignage apporté à la spécificité antomique, puisque l'on ne peut disputer sur la valeur clinique de la cellule sans être en état de reconnaître la cellule elle-même.

Maintenant, quelle est la vraie portée des variations que présentent parfois les éléments histologiques? Quelques mots seulement, pour abréger.

Toutes les cellules du cancer ne se ressemblent pas; elles n'ont pas toutes le même volume, la même configuration, le même aspect enfin. Et cela suffirait pour leur ôter toute signification? Mais à ce compte, rien ne serait reconnaissable, rien n'aurait d'individualité propre dans la nature. La minéralogie est-elle une chimère? Non certes. Rien de mieux défini que les groupes cristallins et leurs subdivisions. Qui ne sait pourtant les modifications et transformations auxquelles les cristaux sont sujets, et qui en changent les contours tout en permettant de reconnaître la forme dominante? Ce qui arrive aux cellules du cancer n'est ni plus étrange ni plus embarrassant, et, sous les divers aspects qu'elles peuvent revêtir, un œil exercé les reconnaît presque toujours. Il est également naturel qu'elles puissent manquer ou se mêler à d'autres éléments, sans cesser d'avoir pour leur compte un haut degré de spécificité. La pathologie la mieux assise est pleine d'exceptions analogues, dont il serait tout aussi aisé de tirer parti contre les règles. Toute contestation doctrinale à part, quel caractère plus pathognomonique de la fièvre dite typhoïde que la lésion des plaques de Peyer? On a néanmoins cité des cas où les symptômes principaux de la fièvre typhoïde se sont succédé jusqu'à la mort sans que l'autopsie ait révélé de traces de lésion intestinale ni d'aucun autre viscère. Faut-il, pour cela, faire fi de l'éruption interne? On a vu des épidémies où le *typhus fever*, sans altération des plaques agminées, et la fièvre typhoïde, avec altération de ces plaques, ont sévi en même temps, avec une intensité à peu près égale, dans le même pays, dans le même établissement, sous l'influence des mêmes causes générales. Faut-il en conclure que le typhus fever et la fièvre typhoïde, parce qu'il peuvent naître sous des influences analogues et se développer parallèlement, sont une seule et même maladie? Non certes, car avec ce système tout principe de distinction en pathologie échapperait bientôt. Donc on ne peut dire que la distinction de la cellule, de l'épithélium, du tissu que M. Virchow appelle sarcôme et qu'on nomme ici fibro-plastique, cesse d'être légitime parce que les trois éléments peuvent naître ensemble sous l'action d'une certaine diathèse.

Encore un coup, ces faits avérés ne prouvent rien contre le principe.

§ III. Point de vue clinique.

Une question tout à fait secondaire a joué un certain rôle dans la discussion. Dans l'enfantement des doctrines qui sont en cause aujourd'hui, les cliniciens ont-ils prêté autant de secours aux micrographes que les micrographes aux cliniciens? Question oiseuse, et d'autant plus que les maîtres du microscope, on l'a vu tout à l'heure, ont commencé spontanément par s'éclairer des lumières de la clinique. Ce qu'il importe uniquement de rechercher, c'est si en réalité il existe une relation, non pas, entendez bien, une relation absolue, mais une relation habituelle (et il n'y a que de celles-là aux yeux de notre ignorance dans tout ce qui n'est pas des sciences physiques et mathématiques) entre la présence de certains éléments microscopiques dans une tumeur donnée et les accidents de forme, de consistance ou de couleur, la marche, les symptômes, qui sont propres à cette tumeur. C'est ce qu'a très bien établi M. Robert dans son second discours. Voyons donc ce qu'apprend l'expérience à cet égard, en laissant de côté ce fantôme d'hétéromorphisme qui n'est pas impliqué dans la question clinique, que la plupart des micrographes, pour le dire d'un mot, en ont séparé, qu'ils ont dû même logiquement en séparer le jour où ils ont admis l'hétéromorphisme du pus.

Le débat porte sur trois points principaux : 1° le rapport de l'élément histologique avec l'aspect extérieur de la tumeur; 2° le rapport de ces mêmes éléments avec le degré de propension de la maladie à récidiver et à infecter l'économie; 3° le rapport de la récidive et de la généralisation du mal avec son degré de malignité.

Non, les caractères extérieurs d'une tumeur ne traduisent pas fidèlement sa structure microscopique. Des observateurs très expérimentés peuvent bien préjuger avec plus ou moins de bonheur le dedans par le dehors. M. Velpeau a souvent — *un grand nombre de fois de suite*, a-t il dit,— distingué à la simple inspection l'épithélioma ou la tumeur fibro-plastique de la tumeur à cellules dites cancéreuses. Nous le croyons sans peine d'un chirurgien aussi consommé ; seulement, qu'en doit-on conclure, sinon que le principe de classification des tumeurs introduit par Müller, et qui repose sur la structure intime, n'est pas si fallacieux, même pour un clinicien? Mais non, les plus habiles s'y trompent, et l'instrument seul a droit de décider. Sur ce point, on ne peut que s'en rapporter à l'expérience de tous ceux qui se sont livrés avec assiduité à ce genre de recherches. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que la sagacité personnelle n'est d'aucun secours pour autrui, pas plus que le pain qu'on mange n'apaise la faim du voisin. La clinique ne saurait être, comme une institution légale, transformée en personne civile, pouvant parler, agir, acquérir comme un simple individu, et la masse des praticiens ne gagne rien aux tours de force des maîtres.

L'apparence extérieure de la tumeur n'étant pas corrélative à sa structure intime, il devient naturel de rechercher si la seconde ne peut pas prêter à la première un utile appui pour le diagnostic clinique, c'est-à-dire pour la distinction des cas où le mal aura ou n'aura pas la chance de récidiver après l'ablation et de se généraliser. Notons ici encore qu'il ne s'agit pas d'établir une sorte de lutte ou de rivalité entre la clinique pure et la micrographie, comme on s'y obstine souvent, mais de les accorder, au contraire, pour le plus grand bien de la pratique.

Nous l'avons dit, les micrographes, avec une modération que nous avons d'autant plus à cœur de faire ressortir qu'elle a été plus méconnue, reconnaissent que la cellule caractéristique peut manquer ou n'être pas discernable dans des tumeurs vraiment cancéreuses. Pour nous en tenir à ce qui nous touche de plus près, le rédacteur qui a rendu compte de la discussion de l'Académie dans ce journal, M. Verneuil, ne fait pas difficulté d'accorder que la récidive et l'infection générale peuvent appartenir aux tumeurs épithéliales et aux tumeurs fibro-plastiques; il ajoute encore qu'on a vu des tumeurs formées de cellules caractéristiques guéries sans récidive. Voilà précisément tout ce que M. Velpeau a essayé de mettre en évidence avec un talent, un entrain, une abondance de ressources qu'il n'avait jamais montrés à un égal degré. Nous n'examinerons pas ici les preuves de fait : c'est une tâche que M. Verneuil a remplie en toute liberté. Mais où est la dissidence entre M. Velpeau et les micrographes? Uniquement dans une question de nombre ; et la statistique ici est rigoureusement applicable, puisqu'elle s'applique à des termes *simples*, la récidive et la généralisation d'une part, et, de l'autre, un élément histologique déterminé. M. Velpeau dit, il faut qu'il dise pour que son opposition ait une raison d'être : L'épithélium et le fibro-plastique récidivent et se généralisent aussi bien à peu près que la cellule appelée cancéreuse; donc ce sont aussi bien qu'elle des cancers. La cellule ne récidive, ne se généralise guère plus que l'épithélium et le fibro-plastique; donc elle n'est pas plus ni autrement cancéreuse. Les micrographes répliquent : L'épithélium et le fibro-plastique récidivent et se généralisent *rarement;* la cellule, quand elle apparaît bien caractérisée, flanquée de certains autres éléments microscopiques, récidive *presque toujours*. On pourrait donc, afin de sortir de la confusion où est plongée cette partie de la nosologie, réserver en clinique à la tumeur celluleuse le nom de cancer; on doit en tout cas se préoccuper vivement de caractères microscopiques qui jettent une telle clarté sur le diagnostic, le pronostic et le traitement chirurgical.

Eh bien, nous n'avons qu'une chose à dire à ceux qui manquent d'expériences personnelles. Sortez de l'Académie, ne consultez plus quelques chirurgiens, quelques faits, malgré toute l'autorité qui entoure les uns et les autres; consultez tous les écrits de ceux qui ont consacré de longues années à étudier personnellement le sujet, qu'ils soient Anglais, Allemands ou Français, et ce qui sortira pour vous de cette sorte d'instruction, ce sera la conviction que, en effet, il y a entre les trois espèces de composés microscopiques, sous le rapport de la récidivité et de la tendance à l'infection générale, une grande différence. Est-ce plus, est-ce moins que ne l'avance tel ou tel micrographe? Il importe peu. Le fait général n'en est pas moins digne de la plus sérieuse considération.

La cellule, dira-t-on, n'est donc pas pathognomonique? Non, elle ne l'est pas absolument. Mais aussi quelle exigence! Qu'on nous cite donc, en dehors des lésions traumatiques, des signes pathognomoniques qui ne manquent jamais. Si l'on y réfléchissait davantage, on verrait que cela est conforme aux lois de la pathologie entière. Les symptômes, les signes mêmes des maladies spontanées sont l'effet, et l'effet souvent éloigné, de causes inconnues. Nous manquons donc de critérium pour reconnaître si ce rapport que nous apercevons est nécessaire ou s'il n'est que contingent; si, en d'autres termes, le signe est tellement lié à ce qu'on nomme la maladie qu'il ne puisse s'en séparer, ou s'il peut faire défaut, la maladie n'en existant pas moins. C'est pourquoi la contagion n'est pas inhérente à telle affection donnée, comme l'explosion l'est à la combustion de la poudre, suivant une pensée de Fr. Bérard; pourquoi, dans les épidémies, certains symptômes caractéristiques font quelquefois défaut, etc., etc. Or, la cellule n'a jamais été donnée comme l'inévitable produit de la cause occulte qui engendre le cancer; elle en est seulement le produit ordinaire, presque constant. Mais il peut se faire que la cause générale, affectant un mode particulier, engendre, à la place de la cellule, du tissu épithélial ou du tissu fibro-plastique, ou encore assemble ces divers éléments dans une même tumeur, et que, néanmoins, cette cause se déploie dans la symptomatologie par les phénomènes de récidivité et de généralisation. On peut être sûr que toutes les fois qu'on opposera ainsi les caractères microscopiques aux caractères symptomatologiques, on rencontrera de ces divergences. Elles sont exceptionnelles dans l'espèce; voilà l'essentiel, et c'est déjà bien heureux!

Quant à la question de bénignité et de malignité, elle est jugée par ce qui précède. Les tumeurs épithéliales et fibro-plastiques seront malignes, si l'on veut, quand elles se généraliseront après ablation. Le mot n'ajoute rien aux faits reconnus plus haut. Nous ne ferons qu'une remarque, c'est qu'il y a erreur à déduire la malignité de la seule tendance à la récidive. M. Verneuil a très bien rappelé que les polypes, même muqueux, c'est-à-dire bénins, récidivent, et que les tumeurs adénoïdes dont on fait généralement la contre-partie du cancer vrai repullulent assez fréquemment. Nous n'avons rien de plus à dire sur ce point.

Conclusions.

Ces remarques, qu'on trouvera sans doute bien longues, fixent la position de la Gazette hebdomadaire dans la question de la spécificité du cancer. Elles conduisent aux conclu-

sions suivantes, que nous maintiendrons jusqu'à plus ample informé.

1° La philosophie légitime les déductions tirées des recherches microscopiques au profit de l'anatomie et de la pathologie.

2° La distinction, d'après les caractères microscopiques, des tumeurs confondues sous le nom de cancer est parfaitement fondée au point de vue histologique.

3° Celle de ces espèces où se rencontrent les éléments dits cancéreux, et dont la cellule est le caractère principal, récidive, se généralise et infecte l'économie beaucoup plus souvent que les espèces constituées par le tissu épithélial et par le tissu fibro-plastique.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVELLES RECHERCHES RELATIVES A L'ACTION DU SUC GASTRIQUE SUR LES MATIÈRES ALBUMINOÏDES, par M. Longet (extrait d'un mémoire lu à l'Académie des sciences dans la séance du 5 février 1855).

Dans l'opinion d'un certain nombre de physiologistes, les diverses matières albuminoïdes seraient dissoutes et métamorphosées par le suc gastrique en une *seule* et même substance. Depuis longtemps reconnue et diversement dénommée, cette substance est devenue, dans ces dernières années, sous les noms d'*albuminose* (Mialhe) ou de *peptone* (Lehmann), l'objet d'études tendant à établir que, seulement à cet état de transformation, les matières protéiques peuvent être assimilées par l'organisme. Quant aux matières saccharines, féculentes ou amyloïdes, quelle que soit leur variété, elles sont aussi réputées n'être assimilables qu'à la condition d'avoir été transformées en un produit soluble toujours le même, *glucose*.

De ces produits ultimes de la digestion de deux grandes classes d'aliments, l'un peut aussi prendre naissance dans le laboratoire, au gré et sous les yeux du chimiste ; l'autre, dans l'état présent de la science, ne saurait avoir une pareille origine, l'intervention d'un principe particulier de nature organique et animale étant nécessaire à sa formation : ce principe, comme chacun le sait, est la *pepsine* ou ferment gastrique, d'où le nom de *peptone* qu'on a proposé de donner au produit de son action sur les aliments azotés, dénomination que parfois j'emploierai pour la rapidité de l'exposition, mais à regret, parce qu'elle ne s'applique pas à un produit encore bien défini en chimie.

Le but de ce travail est, en partie, de faire connaître certaines influences remarquables que *le produit de la transformation des matières albuminoïdes* par le suc gastrique exerce sur le *glucose*, influences qui existent aussi bien lorsque ces produits se trouvent seuls en présence, que quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin, soit artificiellement, soit physiologiquement à la suite d'une alimentation mixte. J'ai été ainsi conduit à signaler un moyen simple pour distinguer les matières albuminoïdes *avant* et *après* la digestion, et, toujours en me fondant sur l'expérimentation, à tirer de la précédente étude certaines conséquences propres à éclairer divers points encore obscurs de cette fonction.

Pour me procurer la *peptone* nécessaire aux expériences consignées dans ce mémoire, en général j'ai eu recours aux digestions artificielles qui se rapprochent le plus de la digestion naturelle, c'est-à-dire qu'à la température de + 35 à 38 degrés centigrades, j'ai le plus souvent expérimenté à l'aide du suc gastrique lui-même, et spécialement avec celui du chien, qu'il est toujours facile de se procurer par le moyen des fistules stomacales (1).

Quant au *glucose*, qu'il me soit permis de rappeler que, si l'on regarde volontiers la solution de tartrate de cuivre et de potasse comme insuffisante pour démontrer sa *présence* (attendu que la mannite, le lactose, l'acide urique, l'aldéhyde, et probablement bien d'autres substances organiques, sont capables de réduire très nettement la liqueur cuivreuse), il n'en est plus de même quand il s'agit de prouver, non la présence, mais l'*absence* du glucose avec le même réactif ; à ce dernier, on accorde alors un caractère négatif absolu. Chacun sait, en effet, que le tartrate de cuivre dissous dans la potasse constitue un réactif si sensible qu'il peut donner une réduction appréciable dans des dissolutions contenant des traces de glucose tellement faibles, que la potasse, la fermentation alcoolique, les expériences optiques à l'aide du polarimètre, ni aucun autre moyen connu, ne sauraient les y faire découvrir. Aussi quand la réduction manque, c'est-à-dire qu'il n'y a pas précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre, a-t-on coutume de conclure qu'il n'existe aucune trace de glucose dans le liquide où l'on cherche ce principe sucré.

Or, dans les expériences que je poursuis en ce moment sur la digestion, j'ai pu déterminer certaines conditions dans lesquelles une pareille conclusion serait loin d'être légitime ; j'ai donc lieu d'espérer que l'exposé des faits suivants ne sera pas sans quelque intérêt.

I. Dans une dissolution *acidule* de fibrine, d'albumine, de gluten, ou d'un autre composé protéique, il est toujours possible, à l'aide du réactif indiqué, de révéler la présence du glucose en rendant au préalable cette dissolution *alcaline*. *J'ai constaté qu'il n'en est plus ainsi quand ces principes immédiats azotés ont convenablement subi l'action dissolvante et transformatrice du suc gastrique.* En effet, dans ce liquide filtré qui vient de les *digérer*, l'addition immédiate du glucose n'est plus accusée par la liqueur cupro-potassique ; et, fait bien digne de remarque, ce manque de réaction ne s'observe qu'à la condition expresse que la *digestion* ou la métamorphose qui en résulte soit *entièrement* accomplie, de telle sorte qu'on peut se servir de ce caractère empirique pour distinguer les aliments albuminoïdes réellement *digérés* de ceux qui ne le sont point, ou qui le sont seulement d'une manière incomplète.

Sachant que les liquides organiques, très chargés de substances albuminoïdes, gênent plus ou moins la précipitation de l'oxydule de cuivre, j'interprétai d'abord dans ce sens les faits précédents ; mais bientôt j'instituai d'autres expériences dont les résultats ne permirent plus une semblable interprétation. Depuis plusieurs semaines, je conservais dans l'eau sucrée de la fibrine extraite du sang de bœuf. Devenue demi-transparente par suite de son hydratation, elle m'offrit la particularité remarquable de se dissoudre et de disparaître par l'agitation dans le suc gastrique naturel, en quelques minutes, par une température de + 15 à 16 degrés centigrades seulement. Une autre partie de cette fibrine fut aussi plongée dans le suc gastrique naturel, et mise pendant trois heures au bain-marie entre + 35 et 38 degrés centigrades ; ensuite j'expérimentai comparativement sur l'un et l'autre liquide après les avoir filtrés.

A 2 grammes de chacun d'eux j'ajoutai environ six gouttes d'une solution de glucose (contenant 4 parties d'eau pour 1 partie de matière sucrée), puis 1 gramme du réactif cupro-potassique, ce qui suffit pour rendre *alcalines* les liqueurs. Dans toutes mes expériences, souvent reproduites sous les yeux de chimistes exercés, les résultats furent constants : à l'aide de l'ébullition, la précipitation d'hydrate d'oxydule de cuivre eut lieu dans le premier cas ; elle manqua dans le second, où de plus, lors du mélange, apparut une belle coloration en violet. Les mêmes essais comparatifs, répétés avec l'albumine liquide simplement *dissoute* dans le suc gastrique (1) ou bien *transformée* par lui, donnèrent aussi ces résultats différentiels.

(1) Toutefois, je m'empresse d'ajouter que l'expérience m'a démontré que le suc gastrique artificiel préparé avec de l'eau acidulée et de la pepsine provenant d'animaux carnivores ou herbivores, a sensiblement les mêmes propriétés digestives que le suc gastrique naturel ; aussi peut-on, suivant nous, puiser indifféremment à l'une ou à l'autre source d'expérimentation. Nous n'avons préféré la dernière qu'afin d'éviter les objections des physiologistes qui ne partageraient pas notre manière de voir à ce sujet.

(1) Il est utile de battre l'albumine, d'y ajouter un peu d'eau, puis de la filtrer, avant de la mettre en contact avec le suc gastrique.

Ainsi, au même liquide organique (suc gastrique naturel), chargé en quantité égale des mêmes matières albuminoïdes, j'ai ajouté du glucose, qui, vis-à-vis du sel de cuivre, a pu offrir sa réaction caractéristique tant qu'il s'est agi seulement d'une *simple dissolution* de ces matières, qui ne l'a plus offerte dès qu'elles ont eu subi leur *transformation digestive* due en partie au ferment gastrique ou *pepsine*. Le produit liquide de cette transformation de tout aliment albuminoïde, mêlé dans certaines proportions au glucose, offre, en effet, la curieuse propriété, jusqu'ici inaperçue, de masquer à l'instant même et si bien la présence de ce dernier, qu'on dirait plutôt une combinaison qu'un mélange.

Une autre conclusion à tirer de ces expériences, c'est qu'on ne saurait partager le sentiment des physiologistes qui regardent la digestion comme une dissolution simple ; en réalité, le suc gastrique représente un menstrue spécial, apte à la fois à dissoudre les principes immédiats azotés, tant en dehors qu'en dedans du corps, et à produire une métamorphose dans leurs propriétés (sinon dans leur composition chimique), métamorphose sans doute favorable à l'assimilation ultérieure de ces principes.

Les expériences qui précèdent m'ont paru mériter quelque attention, parce qu'elles révèlent en même temps une propriété nouvelle de la peptone et un moyen nouveau de distinguer les matières albuminoïdes *avant* et *après* l'élaboration digestive. Mais, jusqu'à présent, pour démontrer l'action en quelque sorte neutralisante de la peptone sur le glucose, je n'ai fait que mettre ces produits essentiels de la digestion *seuls* en présence ; il me reste à établir expérimentalement que la même action persiste quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin, soit artificiellement, soit physiologiquement par suite d'une alimentation mixte. Absorbés par un même système vasculaire qui parti de l'intestin se ramifie dans le foie, la peptone et le glucose, à mesure qu'ils se forment, sont en effet soumis tout d'abord à ce mélange physiologique avec le sang. C'est même alors seulement que la peptone semble avoir acquis sa plus grande pureté ; au contraire, dans l'estomac et l'intestin, elle se trouve mêlée avec tous les autres produits de la digestion, avec des substances non modifiées par le suc gastrique, et qui ne le seront que plus loin avec des portions de matières albuminoïdes à divers états ou degrés de transformation. Aussi, dans les expériences sur les animaux vivants, pour reconnaître la propriété caractéristique que j'ai assignée à la peptone (ce qui exige une élaboration digestive *complète*), ne faudrait-il pas la recueillir dans l'estomac ou l'intestin, mais bien agir sur elle dans le sang lui-même, où elle n'est admise qu'à la condition d'être pure et suffisamment élaborée.

II. Après avoir divisé du sang frais de chien ou de lapin en deux parts égales (environ 40 grammes), à l'une j'ai ajouté un 1/2 gramme de glucose, à l'autre la même quantité de ce principe sucré, plus 20 grammes du produit liquide de la digestion d'un albuminoïde qui le plus souvent avait été de la fibrine ou de l'albumine, et d'autres fois de la caséine ou du gluten. Dans les deux cas comme dans une autre série d'expériences qui seront relatées tout à l'heure, j'ai procédé de la même manière à la recherche du glucose : vu sa décomposition réputée assez prompte, je n'ai pas cru devoir attendre la séparation du sérum ; mais, agissant sur du sang très frais, il m'a toujours suffi d'y ajouter un peu d'eau, de faire bouillir et de filtrer pour avoir un liquide à peu près incolore. Dans la première portion de ce liquide, le sel de cuivre a été détruit, d'où la précipitation d'hydrate jaune d'oxydule de cuivre ; dans la seconde, il n'a offert aucun signe de réduction.

III. Ces résultats, en quelque sorte préparatoires, me conduisirent naturellement à instituer sur les animaux vivants (chiens et lapins) des expériences propres à fournir les précédents produits (sang, glucose, albuminoïde transformé par le suc gastrique) mélangés non plus par l'art, mais par la nature elle-même.

A cet effet, j'administrai aux uns une nourriture exclusivement sucrée, aux autres une nourriture mixte pouvant donner ultérieurement du glucose et de la peptone ; puis je sacrifiai la plupart d'entre eux dans les deux ou trois heures qui suivirent l'ingestion alimentaire.

Chez tous les animaux de la première catégorie, qui, après un jeûne suffisamment prolongé, avaient pris des aliments où se trouvaient exclusivement et en assez grande quantité des principes saccharoïdes sous les formes de sucre de canne, et parfois même de sucre d'amidon ou de glucose, je pus constater très facilement et d'une manière non douteuse que cette dernière matière sucrée existait dans le sang de la veine porte avant son entrée dans le foie, et dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli après son passage à travers cet organe.

Quant aux animaux de la deuxième catégorie, ceux qui avaient été soumis à une alimentation mixte (viande hachée, pain et sucre), j'examinai, avec le plus grand soin, pour y rechercher la matière sucrée, le sang du système veineux abdominal *avant* le foie : la présence du glucose n'y fut point révélée par le tartrate de cuivre et de potasse, qui pourtant l'accusait, de la manière la plus manifeste, dans l'intestin, dans l'estomac lui-même, et *au delà* du foie.

A propos de ce dernier résultat négatif, qu'il me soit permis d'extraire du journal de mes expériences l'observation suivante, qui m'a paru offrir quelque intérêt au point de vue dont il s'agit :

Le 25 décembre dernier, ayant quelques expériences à faire sur du sang frais, j'en retirai 75 grammes à un fort lapin et y ajoutai du glucose. Peu d'instants après, je vis avec surprise cet animal, à jeun depuis quarante-huit heures, manger, non-seulement son propre sang à peine coagulé, mais encore une égale quantité de sang de chien, laissé après une expérience de la veille et contenant aussi des proportions assez notables de ce principe sucré.

L'animal fut tué, à l'aide d'un coup appliqué sur la nuque, quatre heures moins un quart après ce singulier repas. Aussitôt son abdomen fut convenablement ouvert et j'appliquai une ligature sur le tronc de la veine porte immédiatement avant son entrée dans le foie. Comme le démontra le tartrate de cuivre et de potasse, l'estomac, les intestins, le foie, le sang recueilli dans les cavités droites du cœur, renfermaient des proportions plus ou moins notables de glucose. Mais, fait à la fois curieux et étrange, le même réactif n'en traduisit point la présence dans le sang du système veineux abdominal. Et pourtant, on le voit, cette portion du système circulatoire était placée entre deux classes d'organes (intestin et foie) qui contenaient du glucose offrant partout ailleurs, là excepté, ses réactions habituelles avec le sel de cuivre.

Pour un observateur non prévenu de la nature du repas pris accidentellement par cet animal, et qui, sans s'inquiéter du contenu du tube digestif, avec le réactif précédent aurait trouvé le glucose dans les veines sus-hépatiques et le cœur droit, et ne l'aurait point trouvé dans la veine porte, la conclusion eût été sans doute que la sécrétion de cette substance était due aux granulations hépatiques ; et pourtant cette conclusion eût été inexacte, puisqu'en réalité le glucose directement administré se trouvait aussi dans le sang de la veine porte, mais voilé dans ses réactions habituelles par le produit de la transformation digestive d'aliments azotés (fibrine et albumine du sang avalé).

Du reste, il est facile de voir qu'ici la fonction glucogénique du foie n'est pas directement mise en cause, toutes ces expériences se rapportant d'une manière exclusive au sucre d'origine alimentaire.

IV. Les faits précédemment établis me paraissent jeter encore quelque lumière sur les opinions suivantes dont je ferai une critique rapide :

1° Il a été dit que, chez les animaux ayant mangé à la fois de la viande et des matières sucrées, le sang recueilli dans la veine porte avait présenté des traces à peine appréciables de sucre, bien que l'intestin renfermât beaucoup de ce dernier principe ; et la conclusion formulée a été que, dans les digestions d'aliments mixtes, la quantité de sucre absorbée est infiniment plus faible qu'on ne le pense généralement. Je crois devoir rappeler, à ce sujet, que sur des chiens soumis à la précédente alimentation, la fermentation alcoolique m'a démontré, dans le sang de la veine porte, non-seulement l'existence, mais une quantité assez notable de sucre que, par la raison simple signalée dans ce travail, le tartrate de cuivre et

de potasse, (moyen ordinairement bien autrement sensible que la fermentation) n'avait pu y faire découvrir.

2° A propos des métamorphoses des matières albumineuses, des physiologistes ont avancé, sans preuves expérimentales suffisantes, que, quelles que soient les modifications moléculaires que ces matières éprouvent au moment de leur absorption, elles se reconstituent promptement à l'état d'albumine ordinaire, et qu'on les retrouve déjà comme telles dans la veine porte, au moment même de leur entrée dans le sang. Mes expériences, en prouvant que la matière albuminoïde ne change les réactions habituelles du glucose qu'à la condition d'avoir été transformée elle-même par le suc gastrique, démontrent l'inexactitude de la précédente assertion; car, dans ces cas, les réactions ordinaires ont manqué. Le contraire aurait eu lieu si l'hypothèse en question eût été fondée.

3° Des doutes se sont élevés récemment et des négations ont été émises sur le pouvoir qu'aurait la salive de continuer son action, *dans l'estomac*, sur l'empois d'amidon avec lequel elle arrive mélangée. On a prétendu que l'état *alcalin* de la salive était nécessaire à son action saccharifiante. Or, dans l'estomac, le suc gastrique acide neutralisant d'abord, puis acidifiant bientôt la masse avalée, arrête, dit-on, l'action de la salive. Bien des fois il m'est arrivé de faire des mélanges de suc gastrique, de salive, de fibrine et d'empois d'amidon dans des proportions convenables pour que l'acidité du suc gastrique fût dominante, et je me suis convaincu que, dans ces cas encore, on avait conclu à tort du manque de réduction du sel de cuivre à l'absence du glucose; tandis qu'en réalité ce principe sucré existait dans le mélange et que sa réaction ordinaire n'était que dissimulée par le produit transformé de l'aliment albuminoïde.

Le présent mémoire peut être résumé dans les conclusions et les propositions suivantes :

1° J'ai signalé une propriété nouvelle dans le produit de transformation des matières albuminoïdes par le suc gastrique.

2° J'ai fait connaître un moyen de distinguer sûrement ces mêmes matières *avant* et *après* l'élaboration digestive.

3° L'absence de réduction du tartrate de cuivre et de potasse, ne prouve pas nécessairement l'absence du glucose.

4° Toute substance albuminoïde simplement dissoute dans le suc gastrique et à laquelle on a ajouté du glucose, ne fait que gêner la réduction du précédent sel de cuivre.

5° Cette réduction peut, au contraire, être tout à fait empêchée quand la substance albuminoïde, mêlée en certaines proportions à du glucose, a d'abord subi l'action transformatrice du suc gastrique.

6° Cette action, en quelque sorte neutralisante par rapport au glucose, de toute matière albuminoïde ainsi métamorphosée, se manifeste aussi bien lorsque ces produits se trouvent seuls en présence, que quand ils ont été mélangés avec le liquide sanguin, soit artificiellement, soit physiologiquement à la suite d'une alimentation mixte.

7° C'est ainsi qu'il faut s'expliquer que, dans nos expériences sur des animaux soumis à ce genre d'alimentation, la fermentation alcoolique ait pu démontrer, dans le sang de la veine porte, une quantité appréciable de glucose que le tartrate cupro-potassique n'avait pas accusée.

8° Ce que ne saurait plus faire un simple réactif chimique, semble être accompli, toujours et à coup sûr dans l'économie, par le foie qui agit comme une sorte de filtre propre à isoler l'un de l'autre les deux produits ultimes de la digestion des matières albuminoïdes et saccharines, d'abord confondus et comme masqués l'un par l'autre pendant un certain parcours.

Cette dernière proposition, implicitement contenue dans ce mémoire, recevra son développement et ses preuves dans un autre travail.

Nota. Je ferai connaître prochainement les résultats divers que j'ai obtenus en variant, dans le mélange, les proportions relatives des précédents produits (*sang*, *glucose*, *albuminoïde transformé par le suc gastrique*). A ce point de vue, la conclusion la plus générale de mes recherches est la suivante : Lorsque, dans le précédent mélange, le produit de la transformation d'un aliment azoté par le suc gastrique est en proportions considérables et le glucose en proportions très faibles, le tartrate cupro-potassique, la potasse, le polarimètre, la fermentation alcoolique, en un mot aucun moyen, actuellement en usage, ne peut y démontrer la présence de ce principe sucré.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Mémoire sur les concrétions intestinales (entérolithes, égagropiles, etc.); par *M. Jules Cloquet*. — La production des concrétions calcaires au sein de l'économie est le résultat d'un travail accidentel qui, dans d'autres circonstances, constitue une fonction normale de la peau et des membranes muqueuses, fonction qui préside à la formation de la coquille des mollusques testacés, du test des crustacés, à la production de l'émail dentaire et de la coque de l'œuf des oiseaux. Les perles se produisent encore par un mécanisme analogue.

Quelques observations ont donné à penser à M. Cloquet que les sels de chaux et de magnésie sont sécrétés par les muqueuses à l'état de biphosphate chez certains animaux ou de bicarbonate chez d'autres; que ces sels ne sont tenus en dissolution que par leur excès d'acide; qu'ils perdent cet excès d'acide au contact des liquides alcalins que les membranes muqueuses sécrètent sous l'influence d'un stimulus, et qu'ainsi ils passent à l'état neutre pour se cristalliser et devenir concrets; que sous ce rapport, les incrustations calcaires chez les animaux présentent beaucoup de ressemblance pour leur mode de formation avec les dépôts des eaux chargées de bicarbonate de chaux de certaines fontaines dites *pétrifiantes*.

Deux conditions sont donc nécessaires pour la production des entérolithes : la présence suffisamment prolongée d'un corps étranger irritant l'intestin, la présence dans l'économie d'une quantité de sels calcaires assez considérables pour fournir les matériaux de la concrétion. En effet, un corps inorganique quelconque, une substance organique inattaquable par le suc gastrique telle que les fibres ligneuses des poils que l'animal s'est arrachés deviennent, chez les herbivores, le noyau d'entérolithes, tandis que chez les oiseaux de proie les os, les plumes ou les poils de leurs victimes, après avoir séjourné quelque temps dans l'estomac, sont rendus sans la moindre incrustation de sels calcaires par une régurgitation physiologique. Ici, la durée du séjour dans l'estomac et la sécrétion anormale de la muqueuse ont manqué.

Voici quels sont, d'après M. Cloquet, les phénomènes qui s'accomplissent, la concrétion une fois formée : 1° Le mucus lubrifie la surface de la concrétion, en masque les aspérités, en facilite le glissement, et en rend souvent l'expulsion possible par les voies naturelles; 2° de la lymphe plastique peut être déposée sur la surface du corps étranger, s'organiser en fausses membranes et l'envelopper dans un véritable kyste adhérent aux parois de l'intestin; 3° les pressions exercées par les parois intestinales sur les concrétions modifient les dispositions de leurs couches, et en altèrent la régularité; 4° les mouvements péristaltiques du tube digestif produisent une rotation d'où résulte leur forme ordinairement arrondie. Quand plusieurs corps étrangers sont réunis ensemble, les concrétions s'usent par leur frottement réciproque, se taillent en facettes et en saillies correspondantes ou s'aplatissent en disques superposés qui sont soudés quelquefois par un dépôt salin ultérieur; 5° enfin la sécrétion de la muqueuse peut attaquer la concrétion déjà formée et creuser sur sa surface des cavités irrégulières. Il n'est pas vrai, ainsi qu'on l'a prétendu, que les calcaires soient déposés dans une trame organisée.

Les trois genres de concrétions intestinales observées chez les animaux peuvent se rencontrer chez l'homme. Elles renferment ordinairement à leur centre un corps étranger sur lequel elles se sont formées... Les bézoards sont rares et affectent les formes les plus diverses. Deux espèces de concrétions intestinales sont propres à l'espèce humaine : des magmas de magnésie, chez les individus qui font abus de ce médicament; des masses de caséum chez les enfants à la mamelle ou même chez les adultes soumis à la diète lactée. Il faut enfin rapprocher des concrétions intestinales d'autres corps qui donnent lieu aux mêmes phénomènes morbides et exigent le même traitement : ce sont des amas de fèces endurcies, des amas de vers, de noyaux, de l'albumine concrète réunis en masses plus ou moins considérables.

Les entérolithes peuvent occuper toutes les parties du tube digestif; mais on les trouve surtout dans le cœcum et son appendice, les cellules et les plis du côlon et du rectum, dans tous les points, enfin, où un rétrécissement succède à un renflement normal, où des inflexions brusques mettent obstacle à la progression des matières dans l'intestin.

M. Cloquet étudie dans son mémoire les causes prédisposantes des concrétions intestinales, les lésions anatomiques qu'elles produisent, les accidents qu'elles font naître, les symptômes qui en révèlent la présence; enfin et surtout les indications spéciales à remplir dans des cas particuliers. M. Cloquet accorde la préférence, comme moyen curatif, à la dilatation graduelle de l'intestin, par l'injection dans le rectum de quantités de liquide de plus en plus considérables. Le tube conique, proposé et employé depuis longtemps par M. J. Cloquet pour des injections forcées, empêche le reflux du liquide par l'anus. On peut toujours, sans aucun inconvénient, introduire par le rectum deux litres et demi de liquide chez l'adulte. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Mémoire sur l'origine du sucre contenu dans le foie, et sur l'existence normale du sucre dans le sang de l'homme et des animaux, par M. *L. Figuier*. (Voy. le n° 5 de la *Gazette hebdomadaire*, p. 82.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les six pièces suivantes : *a*. Rapports de MM. les docteurs *Calvy*, *Piffard*, *Bouyer*, médecin des épidémies des arrondissements de Draguignan, Brignoles et Toulon, sur l'épidémie de choléra qui a régné, l'an dernier, dans le département du Var. (*Commission du choléra de* 1854). *b*. Mémoire de M. le docteur *Germain*, médecin à Salins (Jura), sur les causes prédisposantes, le traitement et la prophylaxie du choléra qui a régné, sous forme épidémique, dans plusieurs communes de l'arrondissement de Poligny. (*Commission du choléra de* 1854.) *c*. Rapport de M. le docteur *Dehée*, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur l'épidémie de choléra qui a régné, l'an dernier, dans cet arrondissement. (*Commission du choléra de* 1854.) *d*. Rapport de M. le docteur *Colin*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Mayenne, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, l'an dernier, à La Pallu, même arrondissement. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) *e*. Rapport de MM. *Verdier* et *Blonquier*, médecins-inspecteurs des eaux minérales de Cauvalat, de Fonsauche (Gard) sur le service médical de ces établissements pendant les années 1853 et 1854. (*Commission des eaux minérales.*) *f*. Recette d'une huile pour la guérison des douleurs rhumatismales, par M. *Mourgon*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Mémoire sur le cancroïde de la face et le traitement qu'il convient de lui appliquer, par M. le docteur *Louis Chapel*, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo. (*Comm.*, MM. Robert, Jobert et Bégin.)

3. M. *Herpin* (de Genève) adresse un pli cacheté contenant l'indication sommaire d'un progrès nouveau dans le traitement de l'épilepsie.

4. Note de M. le docteur *Gariel* sur le traitement abortif des pustules varioliques.

5. M. le docteur *Borel* (de Pontoise) adresse, sous pli cacheté, la recette d'une mixture antigoutteuse. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

6. Note de M. le docteur *Lenémant des Chênais* sur un *dilatateur du col de l'utérus*, pour servir à l'accouchement prématuré artificiel.

M. *H. Larrey* présente au nom de M. le docteur *Cazalas* une relation médicale de l'épidémie cholérique dont la première division de l'armée d'Orient a été frappée dans la Dobrutscha. (*Comm.*, MM. Larrey, Londe, Bousquet.)

Lectures et Mémoires.

Cathétérisme œsophagien; nouvelle pince œsophagienne. — M. *J. Cloquet* expose les considérations anatomiques et physiologiques qui rendent difficile chez l'homme le cathétérisme œsophagien. Si l'on considère la disposition des cavités, on est frappé de la différence de direction de la bouche et du pharynx chez l'homme : la bouche vient se réunir à angle droit avec le pharynx. Le cathétérisme de l'œsophage est beaucoup plus facile chez les animaux, parce que cet angle est peu prononcé. Aussi, pour faire des expériences sur la digestion, on peut introduire, chez les animaux, des substances jusque dans l'estomac au moyen de longues pinces. S'il ne s'agit que d'un cathétérisme explorateur, on y réussit encore assez facilement au moyen de corps flexibles, surtout si l'on renverse la tête en arrière, ce qui diminue notablement l'ouverture de l'angle bucco-pharyngien. Mais ici ce ne sont plus les organes qui se prêtent à la disposition des instruments, mais les instruments qui se prêtent à la disposition des organes.

Quelquefois le cathétérisme œsophagien est pratiqué par les fosses nasales, comme chez les aliénés qui se refusent à prendre de la nourriture, ou bien à cause de certaines affections de l'arrière-bouche. Alors on emploie toujours des corps flexibles. Mais, dans d'autres circonstances, il s'agit d'aller saisir des corps étrangers engagés dans l'œsophage, et dont la présence peut donner lieu à de redoutables accidents : ce sont des arêtes, des pièces d'os, de monnaie, etc. Si ces corps étrangers sont peu engagés, on arrive assez facilement, en abaissant la langue, à les saisir et à les extraire au moyen des pinces œsophagiennes ordinaires. On se rappellera que l'œsophage, en raison de sa structure, est plus dilatable dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur. Mais, lorsque le corps étranger est profondément engagé dans l'œsophage, son extraction présente de très grandes difficultés, et quelquefois même une impossibilité absolue. M. J. Cloquet a étudié les différents instruments destinés à cet effet, et il s'est convaincu par l'usage des défauts de leur construction. Il présente aujourd'hui à l'Académie une nouvelle pince qui lui paraît mieux remplir les indications nécessaires que les pinces mises en usage jusqu'à présent. Sa courbure est mieux adaptée à la disposition de la courbure bucco-pharyngienne. Les mors de cette pince s'ouvrent transversalement et de façon à n'offrir qu'un écartement limité, mais très suffisant. Il fallait que les cuillers ne fussent pas susceptibles de saisir et de déchirer l'œsophage lui-même; pour cela, on a fait en sorte que les mors ne pussent pas se rapprocher entièrement. Enfin, pour que ces mors retinssent plus sûrement les corps étrangers une fois saisis, on les a armés de crochets assez analogues à ceux des serpents venimeux. Des expériences faites sur le cadavre, à l'École pratique, avec l'assistance de M. Jarjavay, ont donné les meilleurs résultats. M. Cloquet procédait de la manière suivante : On ouvrait l'abdomen, et l'on faisait pénétrer dans l'œsophage, par l'orifice cardiaque, des corps étrangers de nature diverse; on opérait ensuite l'extraction au moyen de la nouvelle pince introduite par la bouche. M. J. Cloquet n'a pas eu encore l'occasion de se servir de sa nouvelle pince autrement que sur le cadavre.

Rapport sur un mémoire de M. Dutrouleau, médecin en chef de la marine à Saint-Pierre (Martinique), sur l'hépatite des pays chauds; abcès du foie. (M. Gérardin, *rapporteur.*) — M. *Dutrouleau* a déduit les résultats suivants d'une observation de plusieurs années : 1° Le chiffre des hépatites suit exactement celui des dysentéries, soit dans sa marche ascendante, soit dans sa marche descendante. 2° Pour l'une comme pour l'autre maladie, il y a des périodes d'endémie grave qu'on pourrait appeler épidémique, et des périodes d'endémie bénigne où la différence en moins est de plus des deux tiers, soit pour le chiffre des malades, soit pour celui des morts. 3° Les dysentéries et les hépatites réunies forment presque toujours la moitié du chiffre des maladies internes à l'hôpital de Saint-Pierre. 4° Dans les périodes endémiques graves, le nombre des hépatites forme près du huitième de celui des dysentéries, et plus du quatorzième du chiffre total des maladies. 5° Les morts par abcès du foie sont comme 1 est à 3 et 2/3 comparées à celles des dysentéries dans les périodes graves, et comme 1 est à 5 1/2 environ par rapport aux mortalités générales, tandis que, dans les périodes simples, elles sont comme 1 est à 4 1/2 pour les dysentéries, et comme 1 est à 7 pour le chiffre général. 6° Enfin l'hépatite est endémique à Saint-Pierre, et, comme la dysentérie, elle est d'origine spécialement miasmatique.

M. Gérardin insiste sur les rapports intimes qui existent entre la dysentérie et l'hépatite et viennent prouver leur étiologie commune. Il passe ensuite, avec M. Dutrouleau, à l'appréciation clinique des symptômes de l'hépatite. D'abord le caractère et le siége de la douleur, qui est vive, lancinante, circonscrite dans un très petit espace, mais susceptible de se déplacer et correspondant à un point enflammé du foie ou à un point sympathique peu éloigné. Des douleurs sympathiques, purement nerveuses et concomitantes de celles de la région du foie, se montrent en différents points du corps. L'état matériel du foie, déterminé au moyen de la mensuration, de la percussion et de l'auscultation, fournit aussi des signes dont il faut tenir compte. La respiration est gênée et la parole entrecoupée; à une époque avancée de la maladie, alors que la suppuration est établie, l'état de la respiration permet de juger avec assez de précision du développement de l'abcès ou de la masse totale du foie. L'auscultation du poumon droit fournit aussi des signes importants lorsque l'inflammation du foie siége dans quelque point correspondant du diaphragme : l'attitude du malade est déterminée par la gêne de la respiration et la douleur du foie; souvent le tronc, tout en conservant le décubitus dorsal, est incurvé à droite et le membre inférieur fléchi sur lui. L'état de la circulation est un des guides les plus certains pour déterminer l'intensité, la marche et la durée de l'hépatite aiguë récente. Quatre fois sur cinq, au moins, cette maladie est précédée d'un ou plusieurs accès à forme paludéenne, à la suite desquels se développent la douleur et une fièvre conti-

nue. L'ictère, quand il existe, est souvent l'indice de l'inflammation profonde et voisine de la vésicule du fiel ; mais il n'est qu'exceptionnel, du moins au degré où l'on s'attend à le rencontrer ordinairement. Les troubles de diverses fonctions qui accompagnent l'hépatite n'ont rien de constant ni de caractéristique. On se demande, par exemple, comment il a pu exister une doctrine qui faisait de la gastro-duodénite le point de départ obligé de l'hépatite.

M. Dutrouleau expose les signes diagnostiques de l'hépatite suivant qu'elle se développe à la face convexe, à la face concave ou au centre de l'organe enflammé ; il la suit dans ses complications, sa marche, sa durée et ses diverses terminaisons. Parmi ces dernières, la résolution est la plus heureuse et la plus commune, du moins en temps d'endémie simple, et s'opère sans être annoncée par ces mouvements critiques signalés et répétés par plusieurs auteurs.

Au contraire, la suppuration est la règle lorsque l'hépatite se montre pendant les périodes endémique et dysentérique graves. M. Dutrouleau a étudié l'hépatite purulente avec toutes ses variétés de forme, de symptômes, de complications, d'accidents, de terminaisons plus ou moins funestes. Tantôt la collection purulente est unique, tantôt elle est multiple ; quelquefois elle fait issue à travers les côtes, dans le tissu cellulaire surrénal, dans les poumons, avec ou sans expectoration. Ici l'hépatite est compliquée de fièvre pernicieuse ou de dysentérie gangréneuse ; là on rencontre des traces de cicatrisation ancienne ou récente ; quelquefois l'art vient au secours de la nature ; souvent il reste désarmé en présence d'accidents rapides et d'une mort imminente ; en un mot, cette description de l'hépatite est de nature à servir de guide aux médecins qui exercent dans les pays chauds.

M. Dutrouleau, pour donner plus de précision à l'anatomie pathologique des abcès du foie dans l'hépatite, a fait le dépouillement de 66 autopsies cadavériques, et il indique dans son mémoire les résultats qui lui ont été fournis relativement au siége, au nombre, au volume de ces abcès, à la nature du pus, à l'augmentation de volume du foie et aux altérations de sa texture.

L'hépatite aiguë simple et primitive n'est pas une maladie grave, et presque toujours un traitement actif et bien dirigé en obtient la guérison. Toutefois, la tendance de cette maladie à récidiver fait disparaître cette heureuse prérogative ; et si le malade reste plongé dans le foyer endémique, les récidives finissent par déterminer la suppuration ; de sorte qu'en définitive, si l'on guérit un assez grand nombre de maladies, on sauve peu de malades. Quant aux abcès, quatre fois sur cinq ils sont au-dessus des ressources de l'art. Moins l'hépatite a de jours d'invasion, et plus le traitement actif qui lui convient a de chances de succès : saignées générales ou locales répétées et rapprochées ; les vomitifs et purgatifs drastiques sont proscrits dans cette période. Lorsque l'acuité des symptômes est tombée, le calomélas uni à l'opium peut devenir un révulsif ou un altérant utile. Le petit-lait auquel on ajoute de la manne est recommandé par M. Dutrouleau comme un bon modificateur de l'excrétion biliaire et intestinale. Application d'un large vésicatoire sur le côté malade. Si, malgré l'activité de la méthode antiphlogistique, les symptômes de suppuration deviennent manifestes, le traitement doit évidemment changer ; on se bornera à combattre les symptômes généraux, les complications, et à surveiller la marche et la direction que prend la suppuration. L'abcès peut s'ouvrir dans la plèvre ; mais alors même il n'est pas immédiatement mortel et peut laisser des chances à l'opération de la thoracentèse. Quand l'abcès vient saillir à l'extérieur, il devient accessible aux instruments chirurgicaux ; mais la perception manifeste de la fluctuation offre des difficultés réelles. L'ouverture de l'abcès peut être faite par deux procédés. En général, on redoute l'introduction de l'air dans le foyer, et, dans le but de s'y opposer, on fait une ponction aussi petite que possible. M. Dutrouleau a reconnu à cette pratique des inconvénients graves, et il n'hésite pas à pratiquer une ouverture assez grande pour favoriser l'écoulement libre et continu du pus, sans redouter le contact de l'air : 2 à 3 centimètres si l'abcès fait saillie et 3 à 4 centimètres si la fluctuation est profonde. Il est utile de maintenir l'ouverture libre par l'introduction d'une bandelette de linge fin. M. Dutrouleau ne néglige jamais de faire précéder l'ouverture de l'abcès d'une ponction exploratrice. Il n'est point partisan des injections, à moins que les qualités évidemment nuisibles du pus n'indiquent la nécessité de le modifier.

Conclusions. — 1° Remercier M. Dutrouleau de son importante communication.

2° Inviter notre savant confrère à renfermer, s'il est possible, son mémoire dans des limites plus étroites, afin qu'il puisse être renvoyé à votre comité de publication.

3° Enfin, inscrire honorablement son nom sur la liste des candidats aux places de membres correspondants de la compagnie.

Ces conclusions sont adoptées après quelques observations de M. Desportes.

Tumeur volumineuse de l'abdomen, très remarquable sous les rapports du siége, du diagnostic et du traitement ; autopsie, par M. le docteur Caffe. — Au commencement de novembre 1853, M. Caffe fut appelé donner des soins à M. Forte-Gallo, docteur en médecine portugais. Une tumeur volumineuse, multilobée, révélait la présence d'une maladie profonde et ancienne. Le malade s'était aperçu, pour la première fois, dans le courant d'avril 1853, qu'une tumeur prenait naissance dans l'abdomen sans qu'il pût lui assigner la moindre cause. La douleur était des plus obscures ; les fonctions digestives éprouvaient seules quelques perturbations légères ; les fonctions rénales furent toujours très régulières jusqu'à la cessation de la vie. Les nombreux médecins qui examinèrent ce confrère au début de sa maladie portèrent un diagnostic univoque ; tous admirent une tumeur de la rate ; l'un d'eux, et des plus compétents, précisa même l'existence de kystes hydatiques dans cet organe.

La tumeur était résistante ; lorsqu'on cherchait à y percevoir la fluctuation, elle se déplaçait de manière à laisser de l'incertitude sur l'existence d'un liquide.

Il ne se traduisait aucun symptôme qui fît soupçonner une tumeur ayant un autre siége que la rate elle-même, d'autant plus que le malade avait longtemps séjourné dans des contrées où règnent les fièvres intermittentes, auxquelles il n'avait pas non plus échappé.

Du sulfate de quinine fut prescrit en conformité de ce diagnostic, et le malade parut en éprouver de l'amélioration.

En novembre 1853, les accidents avaient acquis une beaucoup plus grande intensité ; la tumeur, née dans l'hypochondre gauche, descendait alors jusque dans l'abdomen, où elle avait dépassé l'ombilic pour envahir le côté droit jusqu'à la fosse iliaque. Elle présentait des bosselures très larges, toutes fluctuantes, qui faisaient croire à trois tumeurs juxtaposées, et renfermant des matières liquides.

Tous les soirs le malade éprouvait des frissons et de fortes douleurs dans la région splénique.

Pour éviter un épanchement dans l'abdomen, on décida de faire une ponction, mais après avoir établi une adhérence des parois abdominales avec la poche du kyste, au moyen d'applications de potasse caustique.

Le 21 novembre, M. Nélaton plongea dans la tumeur un trocart avec canules à robinet, muni de baudruche pour s'opposer à l'introduction de l'air. On retira en quelques heures quatre litres et demi d'un pus couleur lie de vin, sans odeur, rappelant par son aspect le tissu de la rate à l'état de détritus et de bouillie. La canule à robinet fut laissée en place ; deux ou trois fois en vingt-quatre heures on eut soin de pratiquer dans la tumeur des injections iodées, après avoir d'abord, au moyen d'une seringue, aspiré la quantité de pus qui avait été sécrétée dans la tumeur, dont toutes les poches communiquaient entre elles.

Sous l'influence de ce traitement méthodiquement conduit, la poche purulente revint sur elle-même au point qu'on ne pouvait plus la retrouver par le toucher. La nutrition s'était rétablie en même temps que les douleurs avaient cessé ; le sommeil était revenu avec son calme réparateur. L'opéré passait déjà souvent quelques heures assis sur un fauteuil. Pendant trente jours, tout semblait confirmer les meilleures espérances ; mais alors tout changea de face : une nouvelle collection de liquide se forma le long de la colonne vertébrale ; les digestions devinrent mauvaises ; la fièvre reparut ; les diarrhées colliquatives se répétèrent ; la fistule abdominale fournit un pus non lié, grisâtre, très fétide et en petite quantité.

L'émaciation générale et la faiblesse étaient portées à leur dernier terme ; le malade, qui conservait toute son intelligence, tomba dans un découragement complet. Enfin, il s'éteignit le 30 janvier 1854, cinquante-cinq jours après l'ouverture de l'abcès.

On remarque surtout à l'autopsie les lésions suivantes :

Ouverture fistuleuse de 3 millimètres de diamètre, située au côté gauche, à un centimètre et demi au-dessous du cartilage de la dixième côte, à 7 centimètres du raphée médian.

Quelques adhérences existent entre la plèvre et la surface diaphragmatique correspondante à gauche.

L'abdomen, largement ouvert, fait immédiatement reconnaître que la rate n'avait jamais été le siége de la maladie ; la rate est en effet d'un volume et d'une coloration normale, légèrement refoulée sous le diaphragme, adhérente au feuillet péritonéal diaphragmatique.

Une bride, ou pont, est étendue de la paroi abdominale à une tumeur qui remplit en partie l'hypochondre gauche. Cette bride a une longueur de 7 centimètres et le diamètre d'une plume d'oie volumineuse. En engageant une sonde dans la fistule, on s'assure que cette bride est un véritable canal ouvert dans la tumeur, et qui dirigeait au dehors le pus sécrété dans l'intérieur du kyste.

La tumeur était formée par un kyste d'une très grande capacité, constitué aux dépens du rein gauche, dont la portion convexe avait été distendue sans être désorganisée par une compression du centre à la périphérie, en même temps que la partie concave correspondant au bassinet

s'était dilatée dans des proportions considérables, de manière à former une poche divisée par des cloisons incomplètes.

On retrouve encore dans l'intérieur de cette poche du liquide purulent semblable à celui qui s'écoulait pendant la vie, et, de plus, des graviers et trois gros calculs disposés en forme de branches de coraux, dont l'un mesurait 7 centimètres d'étendue.

L'analyse chimique de ces calculs, faite par M. Rigaud, donne du phosphate de chaux. A la partie inférieure de cette poche se découvre l'orifice de l'uretère gauche oblitéré.

Cette observation est curieuse sous plus d'un rapport :

1° Elle constate une erreur de diagnostic commise, il est vrai, sans préjudice pour le malade;

2° Elle démontre la puissance de l'interventiun de l'art pour la formatiun d'adhérences entre la parois d'une tumeur située dans une cavité séreuse, et la séreuse pariétale;

3° On remarque également la dimension considérable de ce kyste rénal, qui remplit presque la cavité abdominale, le développement rapide de cette tumeur, et, par-dessus tout, l'absence absolue de tout symptôme capable de faire soupçonner la moindre lésion de l'organe sécréteur de l'urine.

La conclusion à tirer de cette autopsie est que l'uretère gauche oblitéré ne remplissait plus de fonctions; il en était de même du rein de ce côté, tandis que l'intégrité du rein droit, entièrement conservée, suppléait complétement à son congénère.

La séance est levée à cinq heures moins vingt minutes.

COMPTES RENDUS
DES
TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

SESSION DE 1854-1855.

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1854. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Des lettres de MM. les docteurs *Spengler* (d'Ems), *Braun* (de Wiesbaden), *Wetzlas* (d'Aix-la-Chapelle), demandant le titre de correspondant étranger; une lettre de remerciement de M. le docteur *Willemin*, nommé membre titulaire; une note de M. le docteur *Nivet*, concernant les salles d'aspiratiun de l'établissement de Royat et l'usage des piscines.

Ouvrages offerts à la Société.

Études balnéologiques sur les thermes d'Ems, par le docteur Spengler.

Description des eaux minérales d'Aix-la-Chapelle et de Borcette (en anglais), par le docteur Wetzlas.

Sur l'acidité, la douceur et la force des différents vins (en anglais), par le docteur Bence Jones, correspondant étranger.

La Société procède au renouvellement de son bureau. Sont nommés, pour la session 1854-1855 :

Président.	MM. Mélier.
Vice-président.	Patissier.
Secrétaire général.	Durand-Fardel.
Secrétaire des séances. . . .	Le Bret.
Trésorier.	de Laurès.
Membres du comité de rédaction.	Richelot et Fermond.

M. *le Président* fait part du projet de publication d'un *Annuaire des eaux minérales de la France*, dont la première idée appartient à M. le professeur Dumas, et que le bureau a étudié sous le rapport de son importance et de ses moyens d'exécution. Un questionnaire a été dressé à cet effet, et adressé à MM. les inspecteurs des établissements thermaux, dans le but de réunir tous les renseignements désirables. M. le président en appelle au concours de la Société pour la réalisation d'une publication dont il fait ressortir l'utilité.

Une commission est désignée pour aviser, avec le bureau, à la rédaction de cet annuaire. Elle est composée de MM. Figuier, Gaudet, Gerdy (V.), Mialhe, Petit, de Puisaye, Sales-Girons.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *l'action des eaux minérales dans les maladies de l'utérus*.

M. *le Président* annonce à la Société que le bureau, vu l'importance pratique du sujet mis à l'étude, se propose de lui soumettre ultérieurement un résumé de la discussion.

M. *le Secrétaire général* lit la note suivante, adressée par M. le docteur *Buissard*, membre correspondant :

Les maladies de l'utérus que j'ai eu le plus souvent occasion d'observer à l'établissement thermal de la Motte (Isère) (1) sont celles qu'on désigne habituellement sous le nom d'*engorgement*.

Cet état pathologique peut être borné au col ou occuper en même temps et le col et le corps de la matrice; il est, dans la grande majorité des cas, accompagné d'épaississement de la muqueuse, sur laquelle existent souvent des érosions, des granulations et des ulcérations. Enfin j'ai presque toujours rencontré, en outre, un flux leucorrhéique, et très fréquemment une flexion ou une déviation de l'organe.

Convaincu que les engorgements de la matrice sont bien rarement essentiels, et que presque toujours les désordres pathologiques sont entretenus par quelque influence morbifique, comme par un état chlorotique ou lymphatique exagéré, par une diathèse syphilitique, herpétique, rhumatique, variqueuse, etc., j'ai toujours dirigé la médication par les eaux de la Motte, et contre l'état diathésique et contre le mal local.

A. Lorsqu'une personne atteinte d'engorgement utérin avec ou sans granulations, érosions ou ulcérations, présente en outre un état chlorotique, une grande exaltation nerveuse, des digestions pénibles, de l'amaigrissement, etc., je combats cet état par un exercice modéré, une nourriture fortement animalisée, de l'eau gazeuse et ferrugineuse aux repas (l'eau d'Oriol, voisine de la Motte), par un ou deux verres d'eau minérale chaque matin, et par des bains tempérés (35° centigr. environ), pendant lesquels la malade se donne elle-même, au moyen d'un appareil dont sont munis nos cabinets de bains, des irrigations ou douches ascendantes vaginales avec de l'eau minérale ordinairement moins chaude de quelques degrés que celle du bain.

B. Outre les symptômes existant du côté de l'utérus, une autre malade est sujette aux maux d'yeux, de nez, etc., en un mot elle présente les attributs du tempérament lymphatique exagéré : à celle-là j'ordonnerai de boire de quatre à huit verres d'eau minérale chaque matin, de prendre des bains de 35 à 40 degrés et des douches ascendantes vaginales plus longtemps continuées, et enfin de prendre tous les deux ou trois jours une douche générale de 44 à 48 degrés, suivie d'emmaillottement et de sudation.

C. Chez une troisième malade, en même temps que je constate l'état pathologique de l'utérus, je reconnais un vice herpétique : alors, aux bains tempérés avec irrigations vaginales, je joindrai les douches à haute température, suivies de sudation, et je ferai boire de l'eau minérale en quantité suffisante pour amener chaque jour un effet laxatif.

D. Ici à la maladie utérine se joignent des douleurs rhumatismales : je ferai prendre des bains et des irrigations vaginales, et j'insisterai surtout sur les douches générales à haute température, et j'ordonnerai de boire chaque matin de deux à huit verres d'eau minérale suivant l'état des voies digestives.

E. Dans cet autre cas, la maladie est évidemment modifiée par la diathèse syphilitique : au traitement institué comme ci-dessus, je joindrai, suivant les circonstances, les préparations mercurielles ou iodurées.

F. Enfin, lorsque je ne constate que la lésion utérine, les bains tempérés avec irrigations vaginales et un ou deux verres d'eau minérale, aidés de quelques prescriptions hygiéniques, composent tout le traitement.

J'ajouterai quelques mots sur le mode d'action des eaux de la Motte dans ces affections.

Vous avez remarqué, sans doute, que le traitement local ne se compose que d'irrigations vaginales qui ne diffèrent entre elles que par leur durée et par la température et la force d'impulsion du liquide.

De 20 à 35 degrés, l'eau de la Motte a une action tonique, une force d'astriction et de resserrement des tissus bien manifeste : elle a en outre une action cicatrisante non moins énergique, et telle que la plupart des malades porteurs d'exutoires ne peuvent les empêcher de se fermer pendant le traitement thermal, et que les ulcères variqueux y guérissent promptement (ce qui ne veut pas dire que la guérison en soit toujours durable). En faut-il davantage pour expliquer comment, sous la seule influence de ces irrigations, on voit se dissiper ces érosions, ces ulcérations et ces empâtements mous du col et même du corps de la matrice?

Mais cette guérison du mal local serait, je crois, bien éphémère si un traitement général ne venait détruire ou atténuer les influences qui tendaient à entretenir et même à aggraver le mal local, ce que nous venons de passer en revue.

(1) Eaux thermales et salines fortes de la Motte, principalement minéralisées par le chlorure de sodium, les sulfates et carbonates de chaux et de magnésie, ayant 60 degrés centigrades.

(Note du Comité de Rédaction.

Quant aux flexions, déviations et abaissement de l'utérus, je n'en ai pas parlé, parce que je pense qu'ils sont bien rarement la cause des divers symptômes qu'on leur rapporte trop souvent; et ce qui me porte à le croire, c'est que j'ai vu au moins dix fois sur douze les douleurs lombaires, le poids sur les hanches, les douleurs anales, la difficulté de marcher, etc., disparaître entièrement lorsque tout engorgement, érosion ou ulcération étaient guéris, et quoiqu'il restât encore soit une flexion, soit une déviation.

En résumé :

Les eaux de la Motte peuvent guérir la plupart de ces états pathologiques connus sous le nom d'engorgements utérins, qu'ils soient avec ou sans granulations, avec ou sans ulcérations.

Le traitement se décompose en local et général.

Dans le traitement local, les eaux de la Motte agissent par leur température et leur action tonique, astrictive et surtout cicatrisante.

Dans le traitement général, on met en jeu, suivant les cas, leur action sudorifique, fondante, purgative et altérante, qu'elles doivent à leur thermalité et à leurs principes minéralisateurs.

M. *H. Bourdon*, après avoir passé en revue les sources minérales de nature variée, réputées efficaces dans le traitement des maladies de l'utérus, appelle l'attention des praticiens sur l'action des eaux d'Ems en pareille circonstance.

Avant, dit-il, d'en avoir jugé par moi-même, je n'aurais pu me faire une idée de leur efficacité dans les maladies dont il est ici question. Dans deux faits, entre autres, l'action des eaux d'Ems m'a paru vraiment merveilleuse.

L'un d'eux a trait à une dame de cinquante ans environ, qui, à l'époque de la cessation des règles, avait été affectée d'un engorgement de l'utérus qui s'accompagnait d'une pesanteur considérable dans le bassin, de plusieurs autres symptômes rationnels, et surtout d'une gêne telle dans la marche que la malade pouvait à peine faire quelques pas. Le repos et quelques moyens simples avaient été mis en usage sans le moindre succès, lorsque cette dame, d'après mon conseil, alla à Ems.

Après huit jours seulement de l'usage des eaux, la malade pouvait faire des promenades assez longues, gravir même les montagnes voisines. A son retour, elle n'avait plus aucune souffrance, elle marchait sans la moindre difficulté; l'état matériel des organes ne fut pas alors reconnu, mais la disparition de tous les symptômes rationnels permet de penser que l'engorgement avait, sinon complétement disparu, au moins considérablement diminué.

Plus tard, quelques phénomènes morbides analogues ayant reparu, comme on ne pouvait pas, cette fois, avoir recours aux eaux d'Ems, je prescrivis des bains alcalins et une solution de bicarbonate de soude (3 grammes par litre) à l'intérieur. Ce traitement, suivi pendant vingt ou vingt-cinq jours, fit encore disparaître les accidents. Je me demandai alors si, employé primitivement, il aurait eu la même efficacité que les eaux d'Ems; les faits que j'ai observés depuis me portent à croire le contraire.

J'ai souvent, en effet, mis en usage les mêmes moyens à l'hôpital et dans ma pratique particulière pour des engorgements de l'utérus qui avaient résisté aux antiphlogistiques, sans obtenir un résultat aussi heureux et surtout aussi prompt.

Le second fait se rapporte à une jeune femme qui, à la suite d'un premier accouchement, avait conservé une tumeur phlegmasique du volume d'un œuf de pigeon, située à la partie postérieure de l'utérus.

Une saison à Ems, où quinze bains seulement purent être pris, suffit pour amener la résolution de cet engorgement.

Parlant un jour de ces succès aux médecins des eaux, j'appris que leurs thermes avaient souvent guéri des malades qui après leurs couches ne se rétablissaient pas et conservaient des souffrances de toutes sortes du côté du bassin. Or, pour moi, ces souffrances, dans l'immense majorité des cas, sont liées à des engorgements inflammatoires du tissu cellulaire périutérin, engorgements qui, malgré le traitement le plus rationnel, persistent quelquefois pendant des mois et même des années. Dans quelques-uns de ces cas, les bains alcalins et les eaux alcalines artificielles m'ont rendu de grands services; mais jamais je n'ai vu l'emploi de ces moyens être suivi d'une guérison aussi prompte que dans le cas cité plus haut.

J'ai donc ainsi été conduit à considérer les eaux d'Ems comme très efficaces dans le traitement des affections de l'utérus et de ses annexes, toutes les fois qu'elles impliquent la nécessité de résoudre quelque engorgement arrivé à l'état chronique, ou au moins subaigu.

C'est à cette même propriété résolutive que j'attribuerais volontiers l'efficacité des mêmes eaux contre la stérilité, efficacité reconnue depuis fort longtemps, et qui paraît plutôt mise en jeu par leur action minérale, que par leur administration locale.

En France, les eaux qui se rapprochent le plus de celles d'Ems par leurs propriétés chimiques ont-elles une action aussi marquée dans les affections utérines? Pour la solution de cette question, M. Bourdon en appelle à l'expérience et aux observations de ses confrères.

M. *de Laurès* déclare, en premier lieu, que les eaux de Néris, moins minéralisées que celles de la Motte, produisent cependant les mêmes effets que ceux dont il est question dans la note du docteur Buissard. Il indique les formes de la pathologie utérine dans lesquelles on obtient généralement à Néris de bons résultats, telles que la menstruation douloureuse, soit à l'époque de la puberté, soit plus tard avec complication de dysménorrhée plus ou moins complète, ou de métrorrhagie liée souvent à un état d'éréthisme particulier; et parmi les lésions matérielles, certaines métrites granuleuses ont pu être modifiées d'une manière importante par le traitement thermal.

M. de Laurès, au milieu d'observations nombreuses, choisit celle d'une ulcération fongueuse, avec engorgement considérable du col, douleurs vives dans le bassin, comme névralgiques, troubles généraux du système nerveux. — La malade, en traitement depuis deux ans, avait été cautérisée dix-sept fois, et le mal ne se modifiait d'une manière sensible ni généralement ni localement. A Néris, trois cautérisations avec le fer rouge furent pratiquées. Le traitement thermal fut appliqué en douches vaginales, en douches générales et en bains, et au bout de deux mois de séjour la malade partit dans un état de *très grande* amélioration. L'ulcération était cicatrisée dans ses huit dixièmes au moins, et l'état général était fort satisfaisant.

De cette observation prise pour type, ajoute M. de Laurès, il résulte : Que dans des affections graves durant depuis longtemps, ayant été traitées par des moyens énergiques auxquels elles ont résisté, les eaux de Néris agissent très promptement, en modifiant du même coup et l'état local et l'état général. — Que dans ce cas elles n'ont été qu'un auxiliaire, mais un auxiliaire puissant, à un moyen très énergique par lui-même, il est vrai, et auquel revient en grande partie le succès. Cependant j'ai observé (ici comme dans beaucoup de cas) que la cicatrisation marchait plus vite, que la cicatrice était plus solide, que l'engorgement se dissipait plus promptement, lorsqu'on associait le traitement thermal à la cautérisation; et, sans donner l'explication de ce qui se passe, je me suis demandé s'il ne se développait pas, sous l'influence de la stimulation thermale, un travail de réparation plus actif, si la lymphe coagulable ne se déposait pas en plus grande abondance, si les vaisseaux n'apparaissaient pas en plus grande quantité dans la membrane des bourgeons charnus, si l'organisation ne s'effectuait pas plus vite et plus complétement que dans les circonstances ordinaires.

M. de Laurès insiste sur l'emploi et l'administration des moyens thermaux dans ces différentes applications; la plupart du temps, les injections vaginales sont très bien supportées, et quand elles sont données pendant le bain, journellement, et suivant une durée de vingt à vingt-cinq minutes, elles amènent une résolution rapide et une tendance à la cicatrisation solide et complète. Toutefois, la force de projection et la température de la douche doivent être surveillées de très près; ce n'est que par des tâtonnements, en quelque sorte, que l'on arrive à proportionner le degré d'impulsion et de chaleur à l'impressionnabilité si variable des malades. Il est souvent impossible de déterminer cette appréciation à l'avance. M. de Laurès expose, à l'appui de ces principes, les détails d'une observation d'altération organique du col, méconnue d'abord en raison du siége insolite du mal, et dans laquelle les douches provoquèrent de telles douleurs irradiées dans l'abdomen, qu'on dut y renoncer et abandonner même plus tard les injections les plus simples. D'ailleurs, si la lésion organique doit rendre compte des accidents déterminés par le traitement thermal, il est souvent arrivé qu'en l'absence même de toute altération appréciable, les malades ne pouvaient supporter la douche intra-vaginale, avec quelque modération qu'elle fût administrée. M. de Laurès a cru devoir appeler l'attention sur l'usage irrationnel de moyens très usités, et qui, suivant lui, sont loin de produire tout ce qu'on leur prête.

M. *V. Gerdy* pense que si l'on a pu attribuer des effets analogues à des eaux douées d'une activité très différente, la raison en est dans le mode d'administration, qui doit toujours être mis en rapport avec le degré d'activité d'une source minérale. Il reconnaît aussi qu'on doit tenir compte de l'impressionnabilité des malades, laquelle présente des différences remarquables, depuis l'insensibilité existant en dépit d'altérations organiques graves, jusqu'à la susceptibilité délicate et propre à certaines personnes nerveuses.

La douche générale et les bains sont très bien supportés en vue des états pathologiques généraux, qui s'améliorent sous leur action. Il n'en est plus de même des douches locales, qu'on a vantées outre mesure dans le traitement des affections utérines, et pour lesquelles surtout il faut tenir compte de la nature des causes. M. Gerdy entend parler particulièrement des douches ascendantes, dont la pratique lui a fait à peu près abandonner l'usage, sinon à la fin du traitement et dans certains cas déterminés. Reprenant les différentes formes des maladies de l'utérus, eu égard à la thé-

rapeutique des eaux minérales, il passe en revue successivement les troubles menstruels, parmi lesquels l'aménorrhée et la dysménorrhée peuvent être traitées utilement à l'aide de toutes les eaux minérales, selon la cause qui les entretient. S'il y a ménorrhagie, les eaux minérales, comme les bains de mer, exercent une action tonique et astringente, mais généralement leur emploi se trouve moins indiqué. La leucorrhée, suite d'une irritation chronique du vagin, admet toutes les eaux à des degrés divers, suivant la minéralisation de celles-ci et le mode d'administration déterminé par les circonstances. Le prurit de la vulve, souvent si rebelle, cède quelquefois à l'emploi des moyens thermaux. Les engorgements utérins, s'ils portent sur le col exclusivement, chez des personnes jeunes, et s'ils ne sont pas compliqués de symptômes d'irritation, sont très bien modifiés par un grand nombre d'eaux. Pour peu que le corps de la matrice se trouve engorgé, sensible, douloureux au toucher, on ne saurait trop agir avec circonspection. M. Gerdy réprouve surtout l'emploi des douches ascendantes en pareil cas, et, à propos de la température de l'eau injectée, il cite un fait où une douche trop chaude, de dix minutes de durée, provoqua quelques accidents de péritonite commençante. S'il y a ulcération en même temps qu'engorgement, la forme du traitement ne varie point. Seulement, s'il est vrai qu'à Néris on puisse user d'applications topiques avec les bains et les douches, il n'en est plus de même lorsqu'on a affaire à une eau fortement minéralisée.

Quant à la valeur des flexions et déviations de l'utérus, M. Gerdy y attache, pour sa part, une grande importance, persuadé qu'elles déterminent des symptômes fâcheux si on ne les fait pas disparaître. Souvent ces symptômes résistent, de même que les névralgies utérines, tantôt modifiées par les eaux, tantôt opiniâtres.

M. Gerdy termine par des considérations sur l'hygiène des malades pendant le traitement thermal, et il indique combien on a exagéré les bons effets de l'exercice, dont il faut souvent prononcer l'interdiction.

La discussion sera continuée dans la prochaine séance.

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'augmentation et de la diminution graduelle de la fréquence du pouls pendant les douleurs ou contractions utérines, par FRÉDÉRIC MAUER.

Dans ce travail, corollaire d'un article publié dans le même numéro par le professeur Martin, l'auteur développe plus au long les idées de son maître, et ajoute quelques nouvelles considérations qui nous paraissent d'un intérêt très réel au point de vue de la physiologie et de l'obstétrique.

Reprenant les expériences entreprises déjà par Holl en 1834, M. Mauer étudie l'accélération et le ralentissement du pouls dans les divers temps du travail. Il conserve, pour cette étude, la division en *cinq temps*, admise par tous les auteurs allemands, Nægele, Busch, etc., etc.

1° La *fréquence* du pouls augmente et diminue suivant un certain rapport, dans tous les temps de l'accouchement, pendant chaque douleur. Le pouls s'accélère, en général, dès que commence la contraction ; sa vitesse augmente à mesure que celle-ci s'accroît, puis diminue avec elle pour reprendre son type normal. Dans le premier temps (douleurs prodromiques) la fréquence du pouls augmente, dans cinq secondes, de 1 à 2 pulsations. Dans le deuxième temps (dilatation du col), de 7 à 10 ; et c'est dans le quatrième (contractions expultrices) que la fréquence atteint son *summum* d'intensité.

2° La *durée de la fréquence* augmente aussi dans un certain rapport : courte dans le premier temps, où elle est d'une demi-minute à peu près ; dans le deuxième, de une minute à une minute et demie ; dans le troisième, d'une minute et demie à deux minutes, et ainsi de suite.

3° Le même rapport progressif existe durant le repos des douleurs. Si, par exemple, dans le deuxième temps, le pouls bat 6 fois dans cinq secondes, il battra 7 ou 8 dans le troisième, et 8 ou 9 dans le quatrième.

4° La *durée du repos* des douleurs suit, par rapport à la *durée de la fréquence du pouls*, dans les divers temps, une proportion décroissante ; ce qui fait que la durée des douleurs décroît à mesure que le travail avance. Dans le premier temps, le repos est à peu près de dix à quinze minutes ; dans le second temps, de deux à cinq minutes ; dans le troisième, de une minute et demie à deux minutes, et dans le quatrième, le repos n'existe plus pour la plupart des cas.

5° Dans les contractions faibles, la fréquence du pouls est faible. Dans les contractions pathologiques, l'accroissement de la fréquence est irrégulier, brusque et rapide.

6° Les cris, les pleurs et l'agitation de la femme n'influent en rien sur la fréquence du pouls.

7° Différents médicaments, tels que l'ipéca, les applications sinapisées, les bains de siége à 35 degrés, augmentent la fréquence de 1 pulsation par cinq secondes, la plupart du temps dans le repos de la douleur. Le seigle ergoté l'augmente de plus pendant la douleur. L'action du chloroforme, qui, dans les opérations chirurgicales, diminue si fort les battements du cœur, n'a aucune action, pendant le travail, sur la fréquence du pouls, qui, pendant le temps du repos et celui de la douleur, continue à augmenter selon le temps du travail.

La fréquence du pouls peut donc servir à mesurer la durée du travail ; plus la fréquence augmente d'une manière graduelle, plus aussi l'intensité des douleurs est portée à son *summum*, et l'accouchement s'accomplit rapidement. Dès que cette fréquence faiblit, le travail s'arrête.

Les différentes causes qu'on a invoquées pour expliquer ce double phénomène physiologique se rapportent : 1° à la contraction musculaire ; 2° à l'accélération de la respiration ; 3° à l'excitation directe du sang ; 4° à l'irritation d'un centre nerveux agissant directement sur les contractions du cœur.

1° C'est un fait acquis à la science, que, dans l'acte de la contraction musculaire, les pulsations artérielles augmentent ; la cause de cette augmentation est attribuée à une action réflexe des nerfs sur les mouvements du cœur. Peut-on admettre cette action réflexe pour les contractions utérines ? L'auteur invoque contre cette opinion l'accélération rapide et rhythmique du pouls durant la contraction. Le rhythme du pouls croît de douleurs en douleurs, et diminue dans une même progression, tandis que, dans les contractions musculaires autres que les contractions utérines, le pouls croît, il est vrai, de 1 pulsation par cinq secondes ; mais, dès que l'action cesse, le pouls continue à être fréquent et très irrégulier, et l'action rhythmique est détruite.

2° L'accélération de la respiration introduit dans l'économie une plus forte dose d'oxygène, source principale de l'excitation nerveuse du cœur, et augmente ainsi la fréquence des pulsations. Les expériences d'Édouard Weber sont très concluantes sur ce point de physiologie. Dans les contractions utérines les inspirations sont plus fortes, plus fréquentes ; fréquence du cœur.

L'auteur s'appuie sur le rhythme de la croissance et de là on a supposé qu'il pouvait en résulter une augmentation de la décroissance pour combattre cette assertion.

Dans les douleurs conquassantes, dans lesquelles Litzmann prétend que le pouls diminue, ce qu'il attribue à ce que la femme, après une forte inspiration, cesse de respirer un moment pour pousser ; alors même, dit l'auteur, et comme des expériences l'ont démontré, la fréquence du pouls est à son *summum* d'intensité.

3° La cause réside-t-elle dans une excitation locale du cœur ? Cette action du cœur est produite par un arrêt dans la circulation utérine suivant Kiwisch et Litzmann. Dans chaque contraction utérine, la compression des vaisseaux utérins, jointe au mélange brusque du sang veineux et du sang artériel, peut amener un trouble notable dans la circulation générale, et augmenter ainsi la fréquence des contractions du cœur. Bien des données manquent encore aujourd'hui à cette opinion pour être fondée comme cause de la fréquence du pouls ; aussi l'auteur l'abandonne-t-il tout à fait.

Continuant ses recherches dans les différentes actions réflexes des nerfs, l'auteur étudie tour à tour :

1° L'action des nerfs sensibles de l'axe cérébro-spinal sur les nerfs moteurs du même axe.

2° L'action entre les nerfs sympathiques et les nerfs moteurs sympathiques ;

3° Entre les nerfs moteurs de l'axe cérébro-spinal et les nerfs moteurs du même axe ;

4° Entre les nerfs sensibles de l'axe cérébro-spinal et les nerfs moteurs sympathiques ;

5° Une action réflexe, ou une excitation générale de tout le système du grand sympathique.

La question de la distribution des nerfs dans les différents points de l'utérus est encore aujourd'hui, pour la plupart des anatomistes, une question en litige. Malgré cet état de désaccord, M. Mauer s'arrête à la dernière opinion, et croit trouver la raison du rhythme de la croissance et de la décroissance du pouls pendant la contraction utérine, *dans l'irritation et une action réflexe du grand sympathique*. Ce long et consciencieux travail laisse encore beaucoup de points physiologiques dans le vague ; mais nous espérons que, repris par des hommes bien placés pour ce genre d'études, il en surgira de nouvelles considérations, qui, au point de vue de la pratique obstétricale, rendront de grands services. (*Arch. f. physiologische Heilkunde*, 13e année, 3e partie, 1854.)

Deux cas intéressants de calculs vésicaux, par M. Henri Thompson et par M. Allen Duke.

Si les calculs vésicaux sont comparativement rares chez la femme, ils le sont bien plus encore chez les enfants du sexe féminin, car les jeunes garçons, comme les petites filles, ont la vessie située plus haut que les adultes, et, de plus, ils ne s'assujettissent guère aux convenances sociales, qui, à un âge plus avancé, déterminent la stagnation prolongée de l'urine dans son réservoir, et, par suite, le dépôt de sels qu'elle contient. Mais ces conditions favorables sont en partie neutralisées chez les garçons par l'étroitesse de leur urètre, tandis que, pour les filles, la largeur, la brièveté et la rectitude de ce canal donnent de nouvelles garanties contre l'affection calculeuse, en assurant la prompte et libre expulsion spontanée des graviers qui viendraient à se former dans la vessie.

Aussi le fait d'une petite fille atteinte de calcul vésical est-il assez peu commun dans les annales cliniques. C'est sous ce rapport seulement que nous mentionnons le cas de M. Thompson. Ce praticien reçut dans son service une enfant âgée de neuf ans, souffrant depuis longtemps des symptômes de la pierre. La sonde ayant prouvé l'existence d'une concrétion friable, il dilata préalablement l'urètre au moyen de l'éponge préparée, puis broya le calcul avec l'instrument lithotriteur. Une seule séance suffit. Le calcul avait près de 2 centimètres de diamètre ; il était formé d'acide urique et d'urate d'ammoniaque, avec une légère couche de phosphate enveloppant sa surface. (*The Lancet*, 21 octobre 1854, p. 328.)

Le second cas offre l'exemple d'une de ces causes d'erreur qui défient l'habileté la plus consommée. M. Duke raconte qu'un homme de cinquante-huit ans, souffrant depuis longtemps de dysurie, gravelle et rétrécissement spasmodique, fut reçu le 31 juillet 1854 à l'infirmerie de Chichester. On découvrit aisément la présence d'un calcul dans la vessie. Le 10 août, la lithotomie fut exécutée de la manière ordinaire (taille latéralisée) ; mais au moment où l'on divisa la vessie, elle tomba dans un collapsus tel qu'il fut entièrement impossible de retrouver la pierre, qu'on avait auparavant sentie si distinctement. On injecta la vessie avec de l'eau tiède ; tous les assistants l'examinèrent à plusieurs reprises, mais on ne put rencontrer de calcul, et le malade, après trois quarts d'heure environ, dut être reconduit à son lit.

Tout se passa bien jusqu'au 13 ; mais il prit alors une fièvre de mauvais caractère, accompagnée de diarrhée, à laquelle il succomba le 17, sept jours après l'opération.

L'autopsie montra les parois vésicales dans un état gangréneux, épaissies. Un kyste existait au côté gauche de ce réservoir contenant quatre calculs du volume d'un haricot.

A côté de ce kyste était une tumeur encéphaloïde d'un volume considérable, de la surface supérieure de laquelle s'élevait une sorte de protubérance mamelonnée, qui, lorsque la vessie contenait une certaine quantité d'urine, faisait saillie dans sa cavité et permettait à la sonde de toucher les calculs ; mais quand la vessie était vide, la protubérance, par suite de l'affaissement des parois, s'appliquait sur l'orifice du kyste, et le fermait si complétement qu'il était impossible de toucher les pierres. C'est ce qui avait empêché de terminer l'opération.

Les calculs étaient composés intérieurement d'acide urique, avec une couche extérieure de phosphate ammoniaco-magnésien. (*Association Medical Journal*, 6 octobre 1854, p. 908.)

Perforation spontanée du duodénum, par les docteurs Shattuck et J. Sargent.

Les ouvrages classiques de pathologie sont, pour la plupart, assez brefs, ou même complétement muets sur cette forme de perforation spontanée de l'intestin. A voir la rareté des ulcères spontanés de l'intestin grêle et la fréquence de cette lésion dans l'estomac, on se demande naturellement si le duodénum, plus rapproché de l'estomac pas sa structure que de l'intestin, ne doit pas également offrir une analogie plus marquée, au point de vue pathologique, avec le renflement stomacal qu'avec l'intestin. En effet, l'ulcère simple se rencontre dans l'estomac et dans le duodénum. Des faits analogues à ceux de nos confrères américains ont déjà été cités dans la science ; mais, comme ils sont épars dans une foule de recueils, nous les indiquerons brièvement. A. Mayer (*Monographie sur les maladies du duodénum*, Dusseldorf, 1844 ; Stilwell et Ormerod (*Lancet*, juillet et octobre 1846) ; le catalogue du musée du Collége des chirurgiens d'Angleterre, partie pathologique, v. III, p. 77 ; le catalogue du musée anatomique de Boston, 1847, p. 149 ; Rufz (*Gazette médicale de Paris*, 1843, octobre) ; Lenepveu (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1839, p. 8) ; Robert (*Nouvelle bibliothèque médicale*, juin 1828); Pétrequin (*Archives générales de médecine*, sér. 2, v. XII, p. 483). Cette énumération suffit pour montrer que la perforation du duodénum par ulcère simple n'est pas un phénomène absolument rare. Cette maladie se développe souvent d'une manière latente et ne s'accompagne pas en général des douleurs vives, brûlantes, qu'on observe souvent lors de l'ingestion des aliments, dans l'ulcère simple de l'estomac. Du reste, on pourra facilement s'en convaincre, les symptômes de l'ulcère du duodénum sont encore, sans aucun doute, confondus dans cette agglomération informe d'un grand nombre de maladies très différentes de l'estomac, qu'on désigne aujourd'hui sous le nom générique de *gastralgies*. Les deux faits exposés par nos confrères américains présentent les mêmes symptômes que presque toutes les autres observations citées plus haut ; aussi en donnerons-nous une courte analyse.

Observation de M. Shattuck. — Un paysan irlandais, âgé de quarante-trois ans, entre à l'hôpital de Boston le 18 avril 1854. Le malade ne faisait remonter le début de ses douleurs épigastriques peu vives qu'à une semaine avant son admission à l'hôpital. Quatre jours plus tard, après un repas abondant, il éprouva une douleur abdominale intense; le lendemain, des douleurs aiguës dans l'hypochondre droit, dans le dos, avec frissons et malaise, le forcèrent à garder le lit. Examiné le 18, dans la soirée, le malade présenta les phénomènes suivants : Éruption pétéchiale sur la peau du tronc et des membres, tension modérée et sensibilité peu prononcée de l'abdomen, matité à la percussion de la partie postérieure et inférieure du poumon droit ; quelques vomissements bilieux. Le malade mourut le 20. A l'ouverture du cadavre on trouva un épanchement de sérosité avec pseudo-membranes dans la plèvre droite, une péricardite récente, une péritonite et une perforation du duodénum existant au fond d'un ancien ulcère.

Observation de M. Sargent. — Un homme de trente-cinq ans, éprouvant depuis quelques mois une douleur gravative marquée au creux épigastrique, avec vomissements verdâtres, est atteint subitement d'une douleur vive dans l'abdomen. On voit se développer des symptômes de péritonite qui se terminent par la mort. A l'autopsie on trouve une péritonite, et dans le duodénum plusieurs ulcères partiellement cicatrisés ; l'un d'eux était le siége d'une petite perforation qui faisait communiquer le tube digestif avec la cavité péritonéale. (*Records of the Boston Soc. for Medic. Improv. — American Journ. of Medic. Sc.*, juill. 1854, p. 116.)

V.

VARIÉTÉS.

— En récompense de services rendus pendant le choléra, et sur le rapport de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été promus ou nommés, dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. le docteur Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, à Paris, chevalier depuis 1833.

Au grade de chevalier : MM. Roubaud, à Gap (Hautes-Alpes); Brion, à Buzancy (Ardennes); Lafontaine, à Foix (Ariége); Bellemanière, à Carcassonne (Aude); Rols, à Belmont (Aveyron); Noirot, à Dijon (Côte-d'Or); Chabanon, à Uzès (Gard); Godin-Bourdillon, à Châteauroux (Indre); Vial, à Saint-Étienne (Loire); Foucauld, à Épernay (Marne); Confevron, à Langres (Haute-Marne); Robert-Abel, à Chaumont (Haute-Marne); Chevalier (Jean), à Bar-le-Duc (Meuse); Colson, à Commercy (Meuse); Nève, à Bar-le Duc (Meuse); Spiral, à Montmédy (Meuse); Leroy (Amédée), à Béthune (Pas-de-Calais); De Boret, à Jussey (Haute-Saône); Gevrey, à Vesoul (Haute-Saône); Prieur, à Vesoul (Haute-Saône); Simonin, à Vesoul (Haute-Saône); Destrem, à Paris (Seine); Homolle, à Paris (Seine); Moissenet, à Paris (Seine); Moreau, à Paris (Seine); Niobey, à Paris (Seine); Hérard, à Paris (Seine); Goupil, à Nemours (Seine-et-Marne); Bucquoy, à Péronne (Somme); Bouyer, à Draguignan (Var); Calvy, à Toulon (Var); Bernard, à Apt (Vaucluse); Deloulme, à Avignon (Vaucluse).

— Par arrêté en date du 1er de ce mois, S. Exc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a décerné, au nom de l'Empereur, et en récompense de leurs services pendant la dernière épidémie de choléra, des médailles d'or à 217 personnes appartenant à 50 départements. Le département de la Seine figure pour 32 médailles. Dans la liste publiée par le *Moniteur*, on remarque surtout des docteurs en médecine et des sœurs de charité. Il y a en outre des pharmaciens et des fonctionnaires appartenant à l'ordre administratif.

— Par décret du 27 janvier, l'Empereur a confirmé les nominations suivantes dans la Légion d'honneur, faites dans le service de santé par le général en chef de l'armée d'Orient. Ont été nommés chevaliers :

MM. Scrive, médecin principal de 1re classe; Lambert, médecin aide-major de 2e classe; Fratini, médecin aide-major de 1re classe; Comte, médecin major de 2e classe au 6e de ligne; Houssau, médecin aide-major au 2e de zouaves; Bruneau, médecin major au 42e de ligne; Lenoir, médecin major de 2e classe au 26e de ligne; Rateau, pharmacien aide-major de 1re classe.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archiv f. physiologische Heilkunde v. Vierordt. — 13e année, 4e cahier. Recherches sur le suc gastrique de l'homme, par *Grünewaldt*. — Sur les caractères des anesthésiques modernes, par *Théodore Clément*. — Sur un cœur artériel accessoire des lapins, par le docteur *Schiff*. — Sur l'opération de la fistule vésico-vaginale, par le prof. *Roser*.

Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauen-Krankheiten. — IVe vol. 6e cah. Deux cas d'exophthalmie, par *Hofmann*. — Pourquoi la présentation de la tête est-elle la plus commune? par *F. Battlehner*. — Cas de convulsions graves chez une primipare, par le doct. *Hemmer*.

Vierteljahrsschrift f. gerichtliche und öffentliche Medicin von Casper. — VIIe vol. 1er cah. Empoisonnement par le colchique, avec quatre autopsies, par *Casper*. — Dépôts d'acide urique dans les reins des nouveau-nés, par *Hoogeweg*. — Grossesse sans immission du membre viril, par *Roerleben*. — Mort par la foudre, par *Schauenburg*. — Danger de l'ingestion de viande provenant d'animaux malades, par *Schwebes*.

Wiener medicinische Wochenschrift. — 1854. Nos 48. Adhérence syphilitique du voile du palais avec le pharynx, par le prof. *Sigmund*. — Ictère chez les femmes enceintes; par le doct. *Spaeth*. — 49. Considérations chimiques sur le choléra, par le doct. *Kletzinsky*. — 50. Cinq cas d'extraction de portions considérables du fémur dans les maladies organiques de cet os, par le doct. *Robert* (de Coblentz.)

Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, v. Hebra. — Octobre et novembre 1854. Contribution critique à la chimiatrie du fer, par *V. Kletzinski*.

Zeitschrift fuer klinische Medicin, v. Günsburg. — VIe vol. 1er cah. Structure, texture, développement et croissance des poils, par le docteur *Reichert*. — La méningo-ostéo-phlébite, par le doct. *Klose*. — Documents médico-physiologiques relatifs aux diverses espèces de blessures consignées dans les livres homériques, avec considérations sur le genre de mort de certains guerriers.

Association medical Journal. — Nos 103. Existence de dix tumeurs dans un seul cerveau, par *S.-T. Speer*. — Amputation de l'épaule pendant la chloroformisation, par *Hodges*. — Fracture compliquée du crâne, trépanation, guérison, par *G. Pound*. — 104. Carie de l'os temporal rapidement mortelle, par *Léonard*. — Mort par suite d'une maladie de l'oreille ayant amené une lésion du pneumo-gastrique, par *R.-W. Coe*. — 105. Paracentèse thoracique, par *Hughes*. — Considérations sur la prédisposition à la phthisie, par *T. Thompson*. — Étiologie et traitement des maladies chroniques de la peau, par *T. Hunt*. — Tétanos terminé par guérison, par *Bartlett*.

Dublin medical Press. — Nos 823. Exostose du crâne; ablation après une anesthésie par refroidissement, par *Bellingham*. — 834. Absence de l'anus; difformité du rectum; opération par le procédé d'Amussat, par *W. Hargrave*. — Deux cas d'anévrysme traités sans succès par la compression. — Anévrysme de l'artère sous-clavière, avec contraction de la pupille. — 835. Remarquable forme de tumeur fibro-celluleuse, par *Butcher*. — Divers cas de luxations (du fémur et du tibia).

Medical Times and Gazette. — Nos 234. Jus de limon comme antiscorbutique, par *W. Burnett*. — Cas d'ulcère de l'estomac, par *Habershon*. — Ostéotomie sous-cutanée, par *Frank*. — 235. Sur la *bronchite plastique*, par *Peacock*. — Essai de chirurgie plastique, par *Spencer Wells*. — 236. Sur quelques circonstances inaccoutumées des opérations de hernie étranglée, par *Quain*. — Clinique.

The Lancet. — Nos 25. Des antagonismes de la vie, par *W. Cooper Dendy*. — Cas d'obstruction intestinale, par *G.-H. Hopkings*. — 26. Huile de foie de morue dans la phthisie, par *Headlam Greenhow*. — Blessure du vagin avec hémorrhagie grave, par *R. Fowler*. — 1855. 1. Nerfs de l'utérus, par *Lee*. — Des tumeurs de la mâchoire supérieure, par *H. Hancock*. — Clinique de chirurgie plastique, par *Curling*.

Charleston medical Journal and Review. — 1854. Septembre. Bruits anormaux dans 23 cas de maladie du cœur, par *Peyre Porcher*. — Fracture des os du front; dépression; trépanation; guérison, par *Chisolm*. — Cas de tétanos, par *Greenland*. — Cas de plaie abdominale, par *T.-P. Bailey*. — Cas d'inversion de l'utérus; extirpation entière de l'organe; guérison, par *Geddings*. — D'une nouvelle fonction du foie (production de sucre), par *Charleston*.

Gazzetta dell' associazione medica degli Stati Sardi. — Nos 51. Sur les plaies d'armes à feu, par *Vecchi Gioanni*. — 52. Choléra de Cassolnovo, par *Papesso*. — 1855. 1. Abcès stercoral, par *Macari*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). Nos 49. Indépendance des deux hémisphères cérébraux, par *F. Lussana*. — 50. De la fièvre et des fièvres, par *A. Pignacca*. — Emploi des ustensiles de cuisine en fer, relativement à l'arsenic qu'ils peuvent contenir, par *Noci*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 51. Épidémie de petite vérole, par *Rotta*. — 52. Faits pratiques de chirurgie, par *Salvolini*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*. — 1855. 1. Phénomènes singuliers d'hyperesthésie, par *Borelli*. — Observations de lésions traumatiques et de corps étrangers, par *Borelli*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 51. Observations microscopiques et déductions pathologiques sur le choléra, par *F. Pacini*. — Choléra de Livourne, par *L. Rossini*. — 1855. 1. Sur le choléra de Livourne, par *Rossini*. — Éclampsie dans l'accouchement, par *L.-C. Rosi*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — 23. Remarques et observations sur le choléra, par *Battalia*. — Réponse au travail précédent, par *Sella*.

Il Severino. — Novembre et décembre. Analyses et revues.

El Heraldo medico. — Nos 154. Non-contagionabilité du choléra, par *Lozano*. — 155 — 156 — 157 — 158. Comment se propage le choléra, par *Garcia Vasquez*.

El Porvenir medico. — Nos 124. Aphorismes sur la fièvre typhoïde, par *J. Diaz Benito*. — Examen critique de l'homœopathie, par *Mata*. — 126. Aphorismes de la fièvre typhoïde, par *Diaz Benito*.

El Siglo medico. — Nos 46. Salubrité publique, par *Carlos Lucia*. — Choléra de Gallicie et quarantaines, par *A. Noguerol*. — Importance clinique de l'anatomie pathologique, par *Z.-B. Gonzales*. — 47. Choléra de Gallicie, par *A. Nougerol*. — Traitement du choléra, par *Kosciakiewicz*. — 48. Traitement du choléra, par *F. Just y Lloreda*. — Considérations d'hygiène publique, par M. *de Concora*. — Météorologie de l'été de 1854 en Espagne. — 49. Traitement du choléra, par *R.-H. Poggio*. — Action des eaux minérales de Bussol, par *J.-F. Lopez*.

La Cronica de los Hospitales. — No 22. Sur la contagionabilité et l'épidémicité du choléra, par *A. Noguerol*. — Contagion et infection du choléra, par *Z.-B. Gonzales*. — Typhus contagieux dégénéré en fièvre pernicieuse, par *G. de Escalada*. — 23. Rapport des médecins de l'Hôpital général de Madrid sur les premiers cas de choléra qui se sont présentés dans cet établissement.

Gazeta medica de Lisboa. — No 45. Théorie de l'urémie, par *A. Gomes*. — Sur l'insuffisance des valvules aortiques, par *Alvarenga*. — Sur l'éclampsie des nouveau-nés, par divers.

Livres nouveaux.

Des applications de la botanique à la pharmacie, par *J.-L. Soubeiran*. Thèse de concours, in-8, de 88 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 75

On the Mode of Communication of Cholera, par *J. Snow*. 2e édit., augmentée, in-8, Londres, chez Churchill. 10 fr.

Erratum. — C'est dans la *section de médecine* que M. Girbal a été élu récemment agrégé à la Faculté de Montpellier, et non dans la *section des sciences accessoires*.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 16 FÉVRIER 1855. — N° 7.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Circulaire aux recteurs sur le comité de perfectionnement de l'enseignement supérieur.

Paris, le 3 février 1855.

Monsieur le recteur, le comité de perfectionnement composé des doyens des facultés et des directeurs des écoles préparatoires du ressort de votre académie a dû déjà se réunir plusieurs fois sous votre présidence. Je désire vivement que ces réunions aient lieu régulièrement tous les mois, conformément aux prescriptions de l'article 18 du décret du 22 août, et je vous prie d'insister auprès de MM. les doyens ou directeurs des établissements situés en dehors du chef-lieu de l'académie pour qu'ils y assistent.

C'est dans les délibérations de ce comité, destinées à vous éclairer sans cesse sur la situation et les besoins des grandes écoles confiées à votre direction, que pourront être étudiées avec maturité toutes les questions qui intéressent les progrès des hautes études. Elles vous fourniront le moyen le plus sûr d'imprimer à toutes les parties de l'enseignement une égale impulsion, et surtout d'établir entre les enseignements des divers ordres cette harmonie d'efforts, cette unité de vues qui sont aujourd'hui plus que jamais la condition essentielle du succès. J'aurai d'ailleurs plus d'une fois même à faire appel aux lumières des comités de perfectionnement, ainsi que je me suis empressé de le faire dernièrement dans la question si sérieuse des agrégés des facultés.

J'attache une grande importance à être tenu constamment au courant des travaux de chaque comité. Déjà quelques recteurs ont eu le soin de me transmettre les procès-verbaux des réunions : cette mesure devra être adoptée à l'avenir dans toutes les académies. Je vous prie donc de me transmettre d'abord les procès-verbaux des réunions qui ont eu lieu jusqu'ici, et de m'adresser ensuite exactement tous les mois le procès-verbal de chaque séance, annexé à votre rapport mensuel, dont je désire que vous fassiez un compte rendu fidèle des travaux de tout genre des enseignements de tous les ordres.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. FORTOUL.

Circulaire aux recteurs sur les mesures transitoires en faveur des étudiants des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Paris, le 6 février 1855.

Monsieur le recteur, d'après les dispositions du décret du 22 août et du règlement du 23 décembre 1854, les étudiants des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne produisent pas le diplôme de bachelier ès sciences en prenant leur première inscription, ne peuvent plus ensuite aspirer au doctorat en médecine ou au titre de pharmacien de première classe, qu'en subissant une perte de quatre inscriptions.

Cette mesure, dont les motifs sont suffisamment exposés dans mon instruction du 23 décembre, a dû recevoir son exécution rigoureuse à partir du 1er janvier 1855. Cependant, le règlement ne saurait avoir d'effet rétroactif, et il ne s'agit point de l'appliquer aux étudiants des

---

FEUILLETON.

Les Facultés de médecine d'Allemagne.

INTRODUCTION (1).

Les universités allemandes, beaucoup plus nombreuses que les nôtres, comprennent dans chaque centre d'instruction un ensemble complet d'enseignement médical, philosophique (facultés des lettres et des sciences réunies), théologique et juristique. Chaque faculté n'est donc pas séparée, vivant d'une existence indépendante, comme les facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres et de théologie en France. Le nombre de ces foyers d'instruction s'élève en Allemagne à vingt : Facultés de Vienne, Munich, Wurzbourg, Berlin, Prague, Leipsick, Gœttingue, Giessen, Tubingue, Erlangen, Breslau, Heidelberg, Bonn, Greifswald, Kœnigsberg, Halle, Iéna, Fribourg et Innsbruck ; on pourrait encore compter comme écoles allemandes celles de Zurich, Berne et Bâle, en Suisse. Ces dernières universités ont, comme on le verra plus loin, un lien intime avec les facultés allemandes.

Le nombre des écoles de médecine, leur institution dans des villes de rang variable, entraîne de grandes différences dans l'importance relative de chacune de ces facultés. Les sciences théoriques médicales et chirurgicales, les sciences accessoires surtout, trouvent partout des éléments d'études suffisants. L'importance des chaires des écoles varie suivant le zèle et la capacité des professeurs auxquels chaque enseignement a été confié ; aussi a-t-on vu dans de petites localités, à Giessen, par exemple, la chimie, sous l'habile direction du baron Liebig, attirer une grande affluence d'élèves ; dans les grandes villes, à Vienne, à Berlin, à Prague, etc., les études médicales et chirurgicales cliniques semblent, au contraire, avoir eu constamment l'heureux privilége de briller d'un vif éclat. L'expérience, en effet, l'a amplement démontré, on ne crée pas une école de médecine dans une ville quelconque : les éléments d'enseignement que nécessite l'étude de l'art de guérir, et surtout celles de l'ana-

(1) A une époque où l'Allemagne exerce une incontestable influence sur la direction des études médicales en Europe, on accueillera sans doute avec plaisir des renseignements positifs et circonstanciés sur l'enseignement de la médecine dans ce pays. L'auteur de la série d'articles dont nous commençons aujourd'hui la publication, a visité récemment l'Allemagne, et a pu en étudier de près les institutions et les hommes. Le lecteur, du reste, s'en apercevra aisément. A. D.

écoles préparatoires qui, au 1er janvier, avaient déjà pris une ou plusieurs inscriptions sans justification préalable du diplôme de bachelier ès sciences. Sur la production de ce diplôme, ces jeunes étudiants seront admis à faire compter, pour le doctorat en médecine ou pour le titre de pharmacien de première classe, toutes leurs inscriptions, sans autre réduction que celle qui est prévue par les articles 12 et 13 du décret du 22 août.

Les dispositions de l'article 12 précité, qui établissent que les élèves des écoles préparatoires ne peuvent convertir plus de quatre inscriptions de ces écoles en inscriptions de Faculté, ont soulevé, dans l'intérêt du service des hôpitaux, une réclamation qui m'a paru fondée.

Avant la promulgation du décret du 22 août, les étudiants en médecine pouvaient, au moyen de vingt inscriptions prises dans une école préparatoire, être admis aux examens du doctorat, sans avoir jamais profité du haut enseignement des Facultés, auquel seul il doit être réservé de faire des docteurs. C'est pour mettre un terme à cet abus que le décret du 22 août, en limitant à douze le nombre des inscriptions de Faculté que les élèves peuvent acquérir dans les écoles préparatoires, impose à tout aspirant au doctorat l'obligation de suivre les cours d'une Faculté pendant une année au moins, et d'y prendre effectivement quatre inscriptions.

Il résulte de cette disposition que les étudiants ne peuvent rester utilement, pour la durée de leur scolarité, plus de trois ans et demi dans une école préparatoire. Or, une période de trois années d'études leur étant à peine suffisante pour arriver à l'internat dans un hôpital de manière à y rendre des services réels, l'application rigoureuse du décret pourrait compromettre le service des hôpitaux placés près des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, en privant les malades des soins de l'élite des élèves ; elle enlèverait aux jeunes gens eux-mêmes la possibilité d'obtenir une position qui leur offrirait les plus précieux avantages pour le succès de leurs travaux.

Dans ces circonstances, prenant en considération l'intérêt si grave des hôpitaux, et jugeant d'ailleurs, avec les hommes les plus compétents, que le service de l'internat, par l'heureuse expérience qu'il fournit aux jeunes gens, peut, jusqu'à un certain point, être considéré comme un utile et sérieux complément d'études, j'ai cru devoir accorder aux élèves des écoles préparatoires, internes dans un hôpital, une faveur exceptionnelle.

J'ai décidé que tout étudiant pourvu de quatorze inscriptions prises dans une école préparatoire de médecine et de pharmacie, qui justifierait de quinze mois de bons services comme interne d'un hôpital placé près de cette école, pourrait obtenir, à titre onéreux, la concession supplémentaire de deux inscriptions de Faculté, et n'aurait plus à prendre effectivement, pour arriver au doctorat, que deux inscriptions en suivant les cours d'une Faculté pendant six mois. Il est bien entendu que les services de l'internat devront être attestés et favorablement appréciés par des certificats authentiques de l'administration des hospices. Le titre d'interne n'aura dû d'ailleurs être obtenu qu'à la suite d'un concours sérieux.

J'appelle toute votre attention sur les dispositions contenues dans cette circulaire. Veuillez les notifier aux chefs des établissements d'enseignement médical de votre académie, qui devront leur donner toute la publicité désirable.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

— Par arrêté en date du 13 février 1854, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé M. le docteur Fevez, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, professeur titulaire d'histoire naturelle et de matière médicale à ladite école, en remplacement de M. Rigollot, décédé.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 31 janvier au 12 février 1855.

46. Marié, Jacques-Isidore, né le 11 décembre 1827 à Callas (Var). [*Des névroses liées à une altération humorale.*]

49. Audouit, Pierre-Louis-Edmond, né le 30 juillet 1821 à Marans (Charente-Inférieure). [*De l'héméralopie.*]

50. Goupil, Jean-Ernest, né le 22 janvier 1829 à Paris (Seine). [*De l'anévrysme artérioso-veineux spontané de l'aorte et de la veine cave supérieure.*]

51. Géry, Jean-Émile, né le 13 décembre 1826 à Dontilly (Seine-et-Marne). [*Du traitement de la chorée par le chloroforme.*]

52. Ochoa, Ramon-Jésus-Séverin, né le 9 novembre 1823 à Zapotiltic (Mexique). [*De la syphilis.*]

53. Blin, Louis-Alexandre, né le 8 mai 1828 à Saint-Quentin (Aisne). [*De la diphthérite des organes génitaux.*]

54. Pupier, Pierre-Zénon, né le 16 août 1824 à Lyon (Rhône). [*Traitement consécutif spécial des amputations comme moyen d'obvier aux accidents des grandes plaies.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 15 février 1855.

COUP D'ŒIL SUR LE CHOLÉRA DES DÉPARTEMENTS EN 1854.

(Suite et fin. — Voir p. 1072 et 1109, t. Ier; p. 26, t. II.)

§ III. Caractères prodromiques et symptomatologiques.

Nous entrons dans une partie de l'histoire du choléra à laquelle l'épidémie récente a apporté peu d'éléments nouveaux et qui méritent d'être consignés. Nous serons donc, sur ce chapitre, beaucoup plus brefs que sur ce qui concerne la marche et l'étiologie.

---

tomie normale et pathologique, de la médecine et de la chirurgie cliniques, ne trouvent de matériaux que dans des centres de population considérables. Aussi les universités de Vienne, Berlin, Munich, Wurzbourg, sont-elles au premier rang par la richesse de leurs éléments d'instruction, la célébrité des professeurs et le nombre des élèves.

En Allemagne, comme dans les autres États de l'Europe, c'est en général dans les grandes villes que professent les hommes dont le nom fait autorité dans la science, les savants vieillis dans les études scientifiques. Les chaires des universités situées dans les villes moins considérables sont confiées à des hommes jeunes et ardents dont le nom est souvent destiné à prendre rang un jour à côté de leurs célèbres devanciers. Dans les États allemands, les nominations des professeurs sont faites d'après un système qui est destiné à encourager le zèle et l'ardeur de tous les membres du corps enseignant. La plupart des gouvernements allemands, surtout les plus importants, possèdent chacun plusieurs universités : ainsi, en Prusse, nous trouvons les facultés de Berlin, Halle, Greifswald, Bonn, Breslau ; en Autriche, celles de Vienne, Prague, Innsbruck, etc.; en Bavière, celles de Wurzbourg, Munich, Erlangen. Mais l'avancement, la promotion des professeurs ne se fait pas seulement dans les limites d'un même État : il est fréquent de voir un professeur appelé d'un petit duché dans un des grands royaumes ; ainsi nous citerons M. Henle, qui a professé successivement à Zurich, Heidelberg, et qui occupe maintenant la chaire d'anatomie à Gœttingue. Les titres à cet avancement se fondent, en l'absence du concours, qui n'existe dans aucune université allemande, sur les travaux scientifiques publiés par le professeur, sur l'éclat de son enseignement et le nombre des élèves qui se pressent à ses leçons.

Cette mutation continue des professeurs entraîne de grandes variations dans le nombre des étudiants qui fréquentent d'une année à l'autre les cours d'une faculté. Du nom et de la célébrité du professeur dépend souvent, en grande partie, le nombre des inscriptions ; car les élèves ne sont pas, en général, astreints à puiser leur enseignement dans l'école de leur État. Dans presque tous les gouvernements allemands, le droit d'exercer la médecine n'est pas l'apanage du titre de docteur. Le jeune médecin muni de ce grade obtenu dans une université allemande quelconque, subit dans l'État où il veut exercer un examen plus ou moins difficile, en général pratique, et qui porte le nom d'examen d'État (*Staats Examen*). Les étudiants ont, par conséquent, la liberté de parcourir les diverses universités ; aussi beaucoup d'élèves vont-ils suivre, dans les facultés étrangères, le cours de maîtres différents. Presque tous commencent l'étude de la médecine dans leur faculté nationale,

Jetons un coup d'œil sur les caractères prodromiques du choléra en 1854, sur ses caractères symptomatologiques, sur les affections concomitantes et sur les éléments du pronostic.

1° *Caractères prodromiques.* Quand on y réfléchit sérieusement, on se rend difficilement compte du genre d'importance que certains médecins attachent aux signes précurseurs et particulièrement à la diarrhée. Il nous paraît qu'à cet égard on s'est plutôt abandonné à une illusion consolante, et qui avait de plus l'avantage d'être flatteuse pour la science. Du moment qu'il a été constaté que la diarrhée précédait, non constamment, comme on l'avait dit tout d'abord, mais dans la très grande majorité des cas, l'apparition du choléra confirmé, on s'est imaginé qu'il suffirait d'enrayer la diarrhée — chose assez facile — pour empêcher à coup sûr l'explosion d'accidents plus graves, comme on empêche un germe de se développer en l'étouffant, et que tout individu chez qui l'on supprimait ainsi le flux intestinal était un malade sauvé par la puissance de l'art. Or, à nos yeux, rien n'est moins vraisemblable et rien n'est moins prouvé.

Que le choléra épidémique s'annonçât d'ordinaire par quelque signe précurseur, et dans les populations et chez l'individu, on devait s'y attendre, — cela soit dit sans contester le mérite de la constatation expérimentale. Un tel fait est le propre des épidémies, et beaucoup de maladies qui le présentent à l'état épidémique l'offrent encore à l'état sporadique : la peste, la fièvre typhoïde, le typhus des camps et des prisons, le typhus fever même (qui est exempt d'éruption intestinale), la dysentérie, la rougeole, la variole, la fièvre charbonneuse, celle qui se caractérise par la suppuration des méninges et qu'on a appelée récemment *méningite cérébro-spinale*, etc., etc., n'éclatent pas plus d'emblée que le choléra. A-t-on vu néanmoins que la notion de cette circonstance ait permis d'influencer notablement le développement de ces diverses maladies? Suffit-il de supprimer la diarrhée pour faire avorter la fièvre typhoïde, ou de faire disparaître la céphalalgie, l'injection de la conjonctive, l'hémorrhagie nasale, pour faire avorter la rougeole? Et quelqu'un a-t-il jamais eu la prétention d'avoir arraché une victime à la dysentérie épidémique, toutes les fois qu'il avait guéri une de ces diarrhées simples qui ne manquent jamais de se mêler aux manifestations plus caractéristiques de l'épidémie? Si l'art était plus efficace contre le choléra, ce serait une remarquable exception !

Les documents qui servent surtout de base à ce travail établissent que, dans son itinéraire à travers les départements, le choléra a été, à peu près constamment, précédé de troubles intestinaux de diverses formes, diarrhée simple, coliques, nausées, état bilieux, etc. Les confrères qui nous communiquent sur ce point les renseignements les plus précis sont MM. Darnel (de Calais), Vial (de Saint-Étienne), Sylva (de la Réole), Sémanas (de Lyon), Marquez (de Colmar) et Bigot (d'Angers). Voilà pour la période prodromique de l'*épidémie*. Pour ce qui concerne les prodromes de la *maladie*, l'observation a pleinement confirmé, pour le choléra des départements, ce que nous avions déjà dit du choléra de Paris, à savoir, que les accidents dits *prémonitoires* avaient manqué dans un nombre de cas relativement assez considérable. M. Marquez, qui a porté sur cette question une attention spéciale, a observé « 13 choléras franchement d'emblée ou foudroyants sur 137 cas. » M. Bigot nous écrit : « A l'hôpital, les cholériques, pendant les mois de juillet et d'août, étaient dans mon service. J'ai questionné tous les malades avec une extrême attention sur leur santé antérieure. Sur 26 sujets, 22 avaient été pris de diarrhée *quelques heures* ou même plusieurs jours avant la manifestation des premiers symptômes du choléra. » D'où il suit que 4 n'avaient pas eu de diarrhée préliminaire, et que d'autres en avaient eu seulement pendant quelques heures. A Meung-sur-Loire (Loiret), d'après le docteur Hybord, le choléra était *en général* foudroyant quand il frappait la classe malheureuse. « *Une heure* après les premiers symptômes, le refroidissement se montrait, la cyanose ne tardait pas, et les malades étaient enlevés en douze, quinze, dix-huit heures. » Ces renseignements, qui nous sont personnels, concordent d'ailleurs avec les observations qu'ont enregistrées divers organes de la presse médicale. Nous citerons particulièrement le *Journal de médecine de Bordeaux* (1854, n° 11), où M. Costes a signalé l'absence de la diarrhée prodromique dans un certain nombre de cas.

A-t-on observé quelque part, dans la marche de l'épidémie, une circonstance quelconque de laquelle on puisse induire la possibilité de prévenir l'explosion du choléra par le traitement des accidents prodromiques? On peut répondre en toute assurance : Non ! Et à défaut d'expériences positives, il ne manque pas de faits propres à faire naître une conviction tout opposée. Par exemple, la diarrhée se répand dans une population, ne respectant pour ainsi dire personne; et cela dure pendant quinze jours, un mois, sans qu'on observe un seul cas de choléra. Puis le choléra éclate et règne conjointement avec la diarrhée simple. Dira-t-on que le traitement préventif ou

---

et se rendent ensuite dans d'autres villes où les éléments d'instruction pratique sont plus nombreux, et cela même avant d'avoir pris le grade de docteur; d'autres, ayant terminé leurs études, parcourent quelques-unes des grandes universités ; Vienne, Prague, Berlin, Wurzbourg, sont surtout fréquentées par les médecins et les chirurgiens ; Munich, au contraire, comme autrefois Giessen, plus spécialement par ceux qui se consacrent à l'étude de la chimie ; d'autres enfin, et en assez grand nombre, visitent nos établissements français d'instruction médicale. Ces habitudes des temps anciens, ces voyages si fréquents dans l'antiquité, comme Galien en fut un célèbre exemple, sont encore celles du monde médical anglais, américain, allemand ; les médecins français paraissent seuls y avoir renoncé.

Nous transcrivons ici le chiffre des étudiants nationaux en comparaison de celui des étrangers, tel qu'il est publié par un journal officiel bavarois, pour les principales facultés de médecine pendant le semestre d'hiver 1853-54 :

Facultés de médecine.	Nombre total des étudiants.	Nombre des étudiants étrangers.
Vienne.	760	43
Munich	372	59
Wurzbourg. . . .	322	231
Berlin.	292	49
Prague.	276	34
Gœttingue. . . .	211	89
Leipsick.	215	63
Giessen.	145	39

Ce tableau donne une idée exacte de la prospérité des principales facultés de médecine.

L'enseignement est donné, dans les écoles de médecine allemandes, par trois ordres de professeurs : les professeurs ordinaires ou titulaires, les professeurs extraordinaires, enfin les professeurs particuliers. L'institution française du concours n'existe pour aucune de ces nominations; les professeurs ordinaires sont nommés, sur la présentation de la faculté et de toute l'université, par le gouvernement ou ses ministres ; les professeurs extraordinaires sont nommés de la même manière ; enfin les professeurs

abortif a été efficace pendant plusieurs semaines et a cessé de l'être ultérieurement? Ce serait fort risqué. On alléguera peut-être que la cause épidémique, d'abord faible, a pris ensuite plus d'intensité, et que c'est alors seulement qu'elle a pu aboutir au vrai choléra. Mais qui vous dit que ces diarrhées, compagnes du choléra, sont une manifestation plus prononcée de la cause épidémique que les diarrhées dont le choléra avait été précédé? En réalité, les premières ressemblent aux secondes par l'expression symptomatologique, et cèdent avec la même facilité aux mêmes moyens thérapeutiques. Et ce qui prouve encore plus que l'intervention de l'art n'a pas la puissance qu'on lui prête, c'est que les prétendus prodromes cèdent indifféremment, pour ainsi dire, à tous les remèdes, même les plus contraires : l'opium, l'eau de Sedlitz, le calomel, le ratanhia. Il nous paraît vrai seulement que la cure par les laxatifs et l'ipécacuanha est plus solide, qu'elle est moins sujette à récidive ; mais la chance d'une explosion ultérieure du choléra reste à peu près la même, et c'est surtout ce qui est en question. Bien plus, et l'expérience est cette fois décisive, il est des localités où la médecine expectante a fait tous les frais du traitement, et où l'on s'est contenté de la diète, des cataplasmes, d'une tisane émolliente, de ce qui enfin ne contrarie pas les mouvements spontanés de l'organisme, sans que les résultats aient différé de ceux qu'on obtient par une médication plus active. Beaucoup de diarrhées se terminaient d'elles-mêmes en un jour ou même en peu d'heures. Des villes considérables, Calais, le Havre, ont été ainsi occupées pendant des mois par des formes variées d'affections intestinales, sans être envahies par le choléra. Si c'est en vertu d'une certaine thérapeutique, nous en faisons nos sincères compliments aux confrères de ces localités.

Peut-on dire, malgré tout ce qui précède, que tout traitement soit superflu? Ce serait une autre exagération, et voici ce qui nous paraît conforme à une saine observation autant qu'à une saine pratique. Parmi les diarrhées qui règnent en même temps que le choléra épidémique, il en est (et c'est l'immense majorité) qui ne tiennent qu'indirectement au choléra, qui ne sont pas le *choléra en germe;* celles-ci guérissent spontanément, ou, si elles se prolongent, cèdent aisément à un purgatif ou à l'opium. Quelques-unes sont un vrai prodrome du choléra ; mais celles-là aboutissent nous n'osons dire fatalement, mais presque sûrement, au choléra. Nous adhérons complétement sur ce point aux remarques qu'a publiées M. Al. Mayer dans la *Presse médicale* du 28 octobre dernier. Il faut traiter les premières pour elles-mêmes, comme on traite toute indisposition, ne serait-ce que pour en abréger le cours et prévenir des complications. Il faut traiter les secondes, parce que leur passage au choléra confirmé n'est pas absolument inévitable, et que le choléra lui-même peut guérir. Seulement il ne faut pas oublier que, sauf les cas rares de selles riziformes dès le début, les diarrhées simples et les diarrhées véritablement prodromiques ne se différencient par aucun signe caractéristique, comme l'établit encore très bien M. Mayer, et que l'indication du traitement repose plutôt sur une considération d'éventualité que sur une considération de diagnostic différentiel. On agit, pour rappeler un exemple déjà cité, comme dans le cas d'une diarrhée qui, survenant chez un jeune homme nouvellement arrivé à Paris, mal logé, mal nourri, peut faire craindre une fièvre typhoïde, mais peut aussi n'avoir aucune suite. Enfin, nous accorderons volontiers que la diarrhée simple peut constituer, jusqu'à un certain point, une prédisposition au choléra, et que cette prédisposition peut être aggravée par le défaut de traitement. « Sur une association de 92 personnes, nous écrit le docteur Marquez, il y a eu 54 cas de diarrhées ou autres dérangements intestinaux, 2 cholérines graves et 2 cas de choléra; les quatre derniers individus avaient négligé de déclarer leur état de maladie. » Mais tous les troubles intestinaux peuvent jouer un rôle semblable, même ceux qui seraient chroniques et antérieurs à l'action épidémique, et notre confrère de Colmar ne pense pas plus que nous, sans doute, que, parce qu'une affection négligée expose à une affection plus grave, la première soit nécessairement le *germe* de la seconde.

Avant de quitter le chapitre des signes précurseurs, nous ne pouvons nous dispenser de mentionner au moins un fait qui a été porté à la connaissance du public de divers côtés à la fois et attesté par des médecins recommandables. C'est l'*absence d'hirondelles* et de divers autres oiseaux dans des pays cholérisés où l'on en voit habituellement un grand nombre à la même époque de l'année. Un ingénieur des ponts et chaussées, M. Dausse, a signalé particulièrement l'absence des hirondelles à Grenoble (*Gazette hebdomadaire*, tome I^er^, p. 1046), et il ajoute qu'elles ont reparu après l'épidémie. D'un autre côté, voici ce que nous écrit le docteur Le Cœur de Caen : « L'Hôtel-Dieu a une ancienne abbaye de femmes, très vaste et beau monument situé sur une hauteur et flanqué de grossses tours habitées par de nombreuses corneilles, des étourneaux, des hirondelles. A partir du samedi 26 août (il n'y avait à cette date que deux cholériques dans la ville, et tous deux à l'Hôtel-Dieu), tous ces hôtes ont émigré : on

particuliers sont acceptés par la faculté sur la présentation d'une thèse, d'un travail original, qu'ils défendent publiquement devant le corps des professeurs. Les matières de l'enseignement sont réparties entre ces professeurs de différents ordres. Dans les facultés où le nombre des élèves est peu élevé, ou plutôt dans celles où le budget financier n'est pas assez considérable pour entretenir un grand nombre de maîtres, chacun des professeurs est chargé de l'enseignement simultané de plusieurs branches de la science ; aussi le nombre des professeurs ordinaires est-il assez restreint. Ailleurs, à défaut de titulaires, certaines parties de l'enseignement ont pour interprètes des professeurs extraordinaires et particuliers. Dans les universités allemandes, excepté dans les grands centres comme Berlin, Vienne, etc., les professeurs cumulent plusieurs chaires. A Halle, Heidelberg, Gœttingue, Marbourg, Giessen, Erlangen, etc., les professeurs de médecine sont chargés simultanément de l'enseignement de la partie théorique et de la partie pratique de la science. Dans toutes les universités, l'association des différentes branches de l'enseignement confié au même professeur n'est pas aussi naturelle ; ainsi, dans telle faculté, le même professeur est chargé de l'enseignement des maladies des yeux et de la pathologie générale; dans telle autre de la physiologie, de la pathologie générale et de la matière médicale. Du reste, le nombre des chaires est assez arbitraire, et souvent c'est l'homme qui appelle la chaire plutôt que la chaire n'attend le professeur.

Le traitement des professeurs est établi sur un plan qui sert de complément au système que nous venons d'esquisser; il se compose d'une somme fixe variant, suivant les facultés, de 3 à 6,000 francs par an et même plus ; l'autre partie du traitement, éventuelle, consiste en une contribution semestrielle payée par les élèves pour chaque cours. Cette partie éventuelle du traitement des professeurs est encore augmentée par le produit de cours particuliers faits par les titulaires eux-mêmes. Ces cours particuliers offrent fréquemment un puissant attrait aux élèves. C'est ainsi que MM. Koelliker et Virchow à Wurzbourg, M. Hasse à Heidelberg, M. Bischoff à Giessen, montrent aux élèves, outre la partie théorique et expérimentale de la science, les procédés qui peuvent leur permettre de répéter eux-mêmes les expérimentations. Ces cours multiplient considérablement les occupations de certains professeurs ; aussi comprend-on à peine, sans en avoir été soi-même témoin, que l'activité de quelques-uns d'entre eux puisse suffire à une vie aussi occupée. Nous citerons comme exemple le célèbre professeur de Berlin, M. J. Müller, qui dans le même semestre enseigne simultanément la physiologie, l'anatomie humaine normale et pathologique, et l'anatomie comparée ; chacune de ces matières

n'en voyait plus un seul. Ils avaient déjà fait de même en 1849, lorsque le choléra s'était déclaré à l'Hôtel-Dieu. Ils ne sont revenus que lorsque le nombre des cas de choléra eut diminué de beaucoup. *Je vous garantis l'exactitude de ce fait*, que j'ai bien constaté, et qui, en 1849, l'a été aussi sur d'autres points de l'arrondissement envahis par le choléra. »

2° *Caractères symptomatologiques*. La symptomatologie du choléra, dans l'épidémie de 1854, a présenté exactement les mêmes particularités dans les départements qu'à Paris (voy. *Gaz. hebdom.*, t. Ier, p. 232) : crampes plus rares qu'en 1832 et 1849, algidité moins intense ; persistance assez fréquente, avec diminution seulement, de la sécrétion urinaire et des battements du pouls. Voici à cet égard, ce que nous écrit M. Bigot d'Angers, l'un de ceux qui nous communiquent les détails les plus circonstanciés : « On a remarqué à Angers que l'épidémie n'avait pas présenté des symptômes, en apparence du moins, aussi intenses que dans les épidémies précédentes. Et pourtant un assez grand nombre de cas, malgré cette bénignité apparente, se sont terminés par la mort en quelques heures, malgré le traitement le plus énergique. Ainsi la voix n'est pas éteinte et soufflée, comme nous l'avions observé antécédemment. Les yeux sont moins excavés, le cercle noirâtre moins prononcé. Les forces sont déprimées ; il y a une sorte de stupeur, d'état typhoïde, comme dans les cas les plus graves d'entérite folliculeuse. Pas de troubles des facultés intellectuelles, mais réponses lentes, assoupissement peu profond. Froid moins intense généralement; de même, la cyanose est moins prononcée. Urines moins abondantes, mais continuant de couler chez plusieurs malades. (Je parle de l'Hôtel-Dieu seulement, de ce que j'ai vu. Les notes des médecins sont peu détaillées.) Pouls petit, filiforme, régulier, tantôt lent, tantôt fréquent, parfois complètement effacé. Dans ce cas, à l'auscultation du cœur, battements à peine perceptibles. Respiration très anxieuse cette année, causant aux malades de l'agitation, comme une sorte de barre transversale à la base de la poitrine et dans la région précordiale. » La description de M. Masson (de Beaune) est à peu près semblable et se résume dans cette remarque : « Il a été observé extrêmement peu de choléras réunissant les divers symptômes qui leur sont propres. » M. Marquez insiste également sur la rareté relative de la cyanose, surtout par rapport à l'algidité, et M. Mosnier (de Châlons-sur-Marne) assure n'avoir pas rencontré de crampes plus de quatre ou cinq fois sur cent. Dans la même localité, ce symptôme avait été plus fréquent en 1849, plus fréquent encore en 1832.

Ajoutons que le même confrère a rencontré deux variétés symptomatologiques bien connues, mais sur lesquelles l'attention s'est peu arrêtée dans la dernière épidémie ; à savoir : d'une part, la *roséole cholérique* (Rayer), caractérisée par des plaques rouges de forme irrégulière, séparées par des intervalles où la peau a conservé sa coloration naturelle ; et d'autre part, des accès cholériformes intermittents, qu'a paru couper le sulfate de quinine.

3° *Maladies concomitantes ; suette*. Indépendamment de la diarrhée, que nous avons dû considérer surtout dans sa signification prodromique et sur laquelle nous ne reviendrons pas, d'autres états pathologiques peuvent encore marcher de pair avec le choléra épidémique. Nous n'avons de renseignements précis que sur la suette, qui a été observée, en 1854, dans un grand nombre de départements, notamment dans ceux de la Haute-Marne, de la Meurthe, de l'Aube, des Ardennes, de la Haute-Garonne, etc.

Soit qu'elle envahisse les populations, soit qu'elle prenne naissance chez l'individu, la suette affecte dans son développement des rapports évidents, mais très variables, avec le choléra. Comme épidémie, on l'a vue précéder le choléra de quelques jours à un mois. C'est ce qu'ont particulièrement observé M. Jacquot dans les Vosges et dans la Haute-Marne, M. J. Suque dans les Ardennes, et M. Bayard dans la Meurthe. Dans ce même département (à Deuxville), M. Monginot signale une sorte d'épidémie de *sueur*, c'est-à-dire une grande tendance à la transpiration cutanée, sans symptômes de suette proprement dite. On a vu aussi, dans certaines localités de la Haute-Garonne, la suette apparaître dans le cours même de l'épidémie cholérique, comme l'a constaté le rapport officiel du docteur Ripoll sur l'épidémie de Revel, arrondissement de Villefranche. Enfin, comme dans l'épidémie qui a régné, il y a quelques années, aux environs de Meaux, elle a, dans quelques localités, continué pour ainsi dire le choléra, et régné plus ou moins longtemps après que celui-ci avait complètement disparu. On se rappelle, d'ailleurs, qu'à l'époque et dans le pays dont nous parlons, la suette et le choléra formaient parfois des foyers distincts, quoique très rapprochés. Mêmes variations dans le rapport des deux maladies considérées chez l'individu. Dans certaines localités, c'est presque toujours la suette qui a précédé le choléra ; exemple, les Vosges et la Haute-Marne (Jacquot). Dans d'autres, les symptômes franchement cholériques ouvraient la scène, et ceux de la suette n'apparaissaient que dans la période de réaction. Il en a été ainsi dans la Haute-Garonne, suivant

donnant lieu à des conférences d'une heure, dont le nombre varie de trois à six par semaine. Ce grand nombre de cours, la possibilité d'acquérir ainsi un traitement suffisant, peuvent expliquer comment les professeurs des facultés allemandes se consacrent presque tous exclusivement à leur enseignement.

Dans toutes les facultés, les heures des cours sont disposées de manière à permettre aux élèves de suivre simultanément les conférences qui portent sur les branches les plus importantes de la science ; c'est ainsi que les cliniques médicale, chirurgicale et obstétricale sont professées à des heures différentes.

La clinique médicale, dans presque toutes les universités allemandes, présente une organisation un peu différente de la nôtre ; elle comprend la clinique au lit du malade dans l'hôpital, la consultation externe (*Ambulatorische Klinik*) et la policlinique (*Poliklinik*).

La clinique au lit du malade se fait dans des hôpitaux consacrés en partie ou en totalité à l'enseignement. Dans les petites localités, les professeurs de la faculté sont les seuls médecins de l'établissement hospitalier; ailleurs, dans les grandes villes, comme à Vienne surtout, les services cliniques sont des services spéciaux, et le reste des malades est confié aux soins de médecins ordinaires n'ayant aucun rapport avec l'université. Dans les grandes localités, à la Charité de Berlin, à l'Hôpital général de Vienne, les services et les sources d'enseignement cliniques sont beaucoup plus multipliés et plus variés ; ainsi nous citerons : à Vienne les cliniques de M. Hebra pour les maladies de la peau, de M. Sigmund pour les maladies syphilitiques, de M. Rosas pour les maladies des yeux, de M. Mauthner pour les maladies des enfants. Cet enseignement est réuni, comme nous le verrons ailleurs, aux trois cliniques médicales et aux deux cliniques chirurgicales officielles. A Berlin, outre ces cliniques médicales et chirurgicales, nous devons signaler la clinique de M. Ebert pour les maladies des enfants, de M. de Baerensprung pour les maladies syphilitiques, enfin une clinique des affections mentales. A Berlin et à Vienne, on connaît de plus les cliniques ophthalmologiques libres faites dans des établissements particuliers de MM. de Graefe et Jaeger fils.

Les hôpitaux allemands sont établis sur un plan à peu près identique dans la plupart des villes universitaires ; plus simples que ceux de Paris, ils n'ont souvent qu'un ameublement insuffisant. Ainsi les objets de literie sont mal disposés. Ce reproche frappera probablement moins un Allemand qu'un Français, la plupart des lits, même dans les maisons des personnes aisées, présentant les mêmes défauts. Les salles, bien aérées, renferment peu de lits, douze à trente au plus, et sont tenues avec une

M. Dangereux. Ordinairement alors, et c'est une remarque faite par plusieurs correspondants, la réaction devenait typhoïde et le péril extrême. Mais il n'en était pas de même quand la suette survenait dans la *convalescence* du choléra, comme M. Suque en a observé des exemples dans les Ardennes; dans ces cas, au contraire, les symptômes étaient bénins, et cédaient aux soins les plus simples. Il y avait, enfin, des sujets qui n'avaient que la suette ou le choléra bien caractérisés sans la succession ou le mélange des deux affections.

Le début de la suette peut avoir lieu brusquement, sans phénomènes précurseurs: c'est ce qui a eu lieu à Revel, suivant le docteur Ripoll. Ailleurs, par contre, les prodromes n'ont jamais manqué. « Pas d'invasion brusque, dit M. Suque. Toujours les malades, interrogés avec soin, ont accusé une période prodromique, caractérisée surtout par une céphalalgie frontale plus ou moins intense, une forte courbature, une sensation de gène ou même de douleur à l'épigastre. » (*France médicale*, 1er octobre 1854.) Il n'y a aucune raison de penser que l'un de ces deux observateurs se trompe; tous deux racontent ce qu'ils ont vu. Il est d'ailleurs naturel qu'une affection qui a une parenté aussi étroite avec le choléra lui ressemble par un des traits du début; et il n'est pas présumable, pour le rappeler en passant, qu'on réussisse mieux à faire avorter la suette en traitant la céphalalgie et la courbature que le choléra en traitant la diarrhée.

Il y a longtemps que les rapports symptomatologiques de ces deux affections ont été constatés par l'observation. Ils sont écrits dans la description, par Cœlius Aurelianus, de cette maladie *cardiaque* dans laquelle se joignaient à une sueur abondante et visqueuse, l'anxiété précordiale, la faiblesse de la voix, la cyanose des extrémités et l'enfoncement des yeux. Même réunion de symptômes dans les épidémies de suette qui ravagèrent l'Angleterre, l'Écosse et l'Allemagne dans les xve et xvie siècles; et les historiens y signalent même, avec la coloration de la peau, des contractions musculaires et de violentes douleurs dans les pieds. Quoi qu'il en soit, il est certain que, en 1854, l'analogie symptomatologique dont nous parlons s'est manifestée clairement; que souvent il eût suffi de substituer les troubles intestinaux aux troubles de la peau pour faire d'une suette un choléra, et réciproquement, de remplacer les troubles de la peau par ceux de l'intestin pour faire d'un choléra une suette. Dans la majorité des cas, la suette se caractérisait par une éruption miliaire blanche ou rouge, une sueur abondante et de la constipation; ce dernier symptôme n'a jamais manqué dans les observations du docteur Ripoll. Dans la majorité des cas aussi, le choléra s'accompagnait de diarrhée et non de sueur ou d'exanthème cutané. Mais parfois aussi la diarrhée apparaissait dans la suette (Jacquot) en même temps que l'éruption faisait défaut, comme il arrive si souvent (Foucart), et, d'autre part, on observait des choléras avec constipation, avec roséole, avec sueurs abondantes. Et alors, avec un fonds commun d'anxiété gastrique, de faiblesse du pouls, de frisson général, etc., le diagnostic pouvait devenir plus difficile qu'on ne l'imaginerait tout d'abord.

Pour compléter le parallèle, disons que la suette, comme le choléra, a présenté fréquemment des intermittences. Nous savons bien que, pour M. Foucart, les intermittences sont la conséquence d'un traitement peu méthodique qui vient troubler l'évolution naturelle de la maladie; mais elle a été observée trop souvent, en trop d'endroits différents, et avec trop d'attention, pour que cette explication puisse passer pour entièrement satisfaisante.

En général, la suette de 1854 a été bénigne. Tous les observateurs s'accordent sur ce point. M. Bayard, de Cirey (Meurthe), est, de tous nos correspondants, celui qui paraît avoir observé les cas les plus sérieux. « Un des symptômes les plus graves, dit-il, était la dyspnée. La convalescence était presque constamment plus longue que celle du choléra le mieux caractérisé. »

4° *Pronostic.* Tout ce qui ressort de précis, en ce qui touche le pronostic, des renseignements fournis par nos correspondants, c'est la gravité relative des choléras développés sans symptômes précurseurs. MM. les docteurs Hybord et Marquez insistent sur cette circonstance. La remarque mérite d'autant plus d'être relevée que le contraire avait été avancé pour le choléra de Paris, et que nous avions dû nous élever contre cette allégation. La question, du reste, n'a qu'une médiocre importance, et nous ne la touchons en passant que pour maintenir l'exactitude dans toutes les parties de l'histoire de l'épidémie.

§ IV. — Thérapeutique.

Nous avions eu d'abord l'intention de traiter de la thérapeutique du choléra, et nous avions rassemblé dans ce but un assez grand nombre de documents. Mais après les avoir rapprochés, nous nous sommes aperçu que, recueillis par divers auteurs, sans but commun, sans règles communes, ils ne pouvaient en aucune manière servir à une appréciation comparative. La base expérimentale faisant ainsi défaut,

---

grande propreté. Nous signalerons surtout comme bien disposés l'Hôpital général de Vienne, la Charité de Berlin, ainsi que les hôpitaux de Tubingue et Leipsick. Les services cliniques, sur lesquels nous devons insister plus spécialement, se composent presque toujours d'un nombre de lits assez restreint; à Vienne et dans les grandes villes, le professeur choisit dans les services des médecins ou chirurgiens ordinaires de l'hôpital les malades dont l'étude peut être avantageuse à l'enseignement médical; c'est un droit dont nous avons vu user largement. Le professeur est aidé dans ses fonctions par un jeune docteur (assistant) nommé pour deux ans, et qui est chargé du service confié chez nous aux chefs de clinique.

Les fonds destinés à l'entretien de ces établissements hospitaliers proviennent de plusieurs sources; dans quelques villes, à Wurzbourg, par exemple, l'hôpital jouit de legs considérables institués par l'évêque Julius, et augmentés depuis par d'autres donations successives. Quelquefois un certain nombre de legs ont été affectés au traitement des malades appartenant à tel ou tel corps de métier. Dans quelques villes, à Heidelberg et à Munich, par exemple, les diverses corporations, les domestiques même, sont contraints par l'administration communale de faire chaque année le dépôt d'une somme minime destinée à payer les frais des individus de leur classe qui tombent malades. C'est là une ressource pécuniaire importante pour ces établissements hospitaliers; mais cette disposition présente le désavantage de laisser occuper une grande partie des lits d'un hôpital par des individus atteints d'affections légères, au détriment de malades atteints plus gravement et qui, n'ayant pas rempli ces conditions pécuniaires, obtiennent plus difficilement les secours de l'art. Comme en France et dans les villes de province principalement, les dépenses des malades appartenant aux communes environnantes sont payées ou par ces communes ou par les individus eux-mêmes; enfin l'État fournit pour chaque service clinique un fonds spécial destiné à couvrir les frais de l'enseignement. Les médecins chargés de l'enseignement clinique peuvent recevoir à la consultation des malades dont l'urgence est indiquée ou bien dont l'affection peut servir de texte à d'utiles enseignements.

Les maladies traitées dans les hôpitaux allemands sont comme chez nous les affections internes ou externes, surtout celles que l'on nomme aiguës. Quelques-uns de ces établissements réunissent dans leurs salles les affections les plus diverses; nous y reviendrons à propos de Vienne et de Berlin. Nous devons rappeler ici que les maladies démontrées contagieuses ne sont point admises dans les hôpitaux: ainsi les varioleux sont traités dans des hôpitaux spéciaux. Ce système d'exclusion des hôpitaux généraux s'observe également à Londres, où nous trouvons l'hôpital des

il ne nous restait plus que nos vues personnelles ; et comme nous avons eu plus d'une fois occasion de les exprimer dans ce journal, il devenait inutile d'y insister encore. Nous n'avons entrepris ce long et pénible travail que pour dégager et déposer dans la science les résultats vraiment positifs de l'observation pendant l'épidémie de 1854 ; là où ces résultats nous échappent nous n'avons qu'à nous taire. Il est un point pourtant sur lequel nous possédons quelques renseignements utiles et nouveaux : c'est celui qui touche à une médication fort vantée il y a peu de mois, à la médication strychninée ; nous en dirons quelques mots, et c'est par là que nous terminerons.

Sur six correspondants qui ont essayé ou vu essayer le sulfate de strychnine contre le choléra, un seul ne se montre pas absolument défavorable à la médication ; encore est-ce plutôt théoriquement que par expérience. Voici ce que nous écrit M. le docteur P. Hervier, médecin de l'hôpital. de Rive-de-Gier. « La strychnine a été employée sur une assez grande échelle (dans le canton de Rive-de-Gier) *sans qu'on ait eu à s'en louer*. Cependant tout n'est pas encore dit à son égard, et j'ai la conviction qu'on lui doit quelques succès, surtout chez les malades qui avaient été préalablement soumis à l'emploi des évacuants. » Nos autres correspondants portent tous sur la médication strychninée un jugement sévère, et trois d'entre eux ont observé, sous son influence, des accidents tétaniques. M. Marquez n'a vu, dans les ambulances établies à Colmar, aucun avantage résultant de l'emploi du sulfate de strychnine, ni dans les cas graves, ni dans les cas moyens. Un confrère de Lille a administré le même remède en se conformant à la formule de M. Abeille, mais il a perdu quatre malades sur cinq. M. Bayard (de Cirey) a été témoin de 3 cas de convulsions tétaniques dues évidemment à l'action de ce soi-disant spécifique. M. Vial (de Saint-Étienne) n'en a retiré aucun avantage dans des essais répétés (le nombre n'en est pas indiqué dans sa lettre). Loin de là, chez un cholérique qui venait d'entrer dans la période algide, se sont manifestées des secousses tétaniques bientôt suivies de la mort. Enfin, pour couronner cet ensemble d'expérimentations malheureusement trop concordantes, nous rapporterons textuellement un passage d'une lettre de M. Bigot (d'Angers). « Je ne dois pas omettre de vous parler d'un nouveau remède, héroïque suivant son auteur, et qui produirait merveille. Je l'ai employé avec soin et d'après les errements qui ont été tracés par le médecin qui l'a conseillé. Vous pressentez que je veux vous parler du sulfate de strychnine. J'y ai eu recours dans cinq cas ; un médecin d'Angers l'avait administré une fois ; dans aucun cas nous n'avons observé d'effet avantageux. J'avais pris toutes mes précautions pour le dosage rigoureux du sulfate de strychnine. On avait pesé avec toutes les précautions imaginables 10 centigrammes de ce sel, puis 100 grammes d'alcool à 33° ; on avait ainsi une solution contenant 1 milligramme de strychnine par gramme d'alcool. On a administré de 12, 15 à 20 milligrammes de strychnine en quatre doses et en quatre heures, comme on l'a conseillé. Dans quatre cas l'effet a été nul. Dans deux autres, au contraire, il y a eu des accidents qu'on doit rapporter au sulfate de strychnine, et qui ont été suivis de mort.

» Je joins ici deux observations :

» Obs. I. — Chez le nommé Villemain, carrier, âgé de quarante-deux ans, les symptômes les plus prononcés du choléra existaient à son entrée à l'Hôtel-Dieu : on le mit dans un bain de moutarde, qui d'abord lui fit beaucoup de bien, mais pendant quelques instants seulement ; puis on lui donna toutes les demi-heures un punch au rhum (5 centilitres à chaque dose). Malgré ces moyens, le mal fit des progrès. A ma visite du soir, je prescrivis 20 milligrammes de sulfate de strychnine, en quatre doses, à une heure de distance. La dernière dose fut donnée à minuit. Le malade fut calme jusqu'à deux heures. Vers ce moment, on remarqua de violentes secousses dans les bras et dans les jambes ; bientôt le corps entier s'agita convulsivement ; le malade se recourba en arrière ; tout son corps devint roide, la mâchoire resta contractée ; des secousses très énergiques reparurent de temps en temps ; la respiration devint haletante. Le malade succomba vers quatre heures, en proie à un nouvel accès comme tétanique, semblable au premier, mais qui fut moins intense.

» L'autopsie n'a pas été faite.

» Obs. II. — Le second malade, Louis Vallois, dix-neuf ans, peintre en bâtiments, fut soumis, à son entrée à l'hôpital, au traitement de M. Jules Guyot, sans aucun résultat. Le soir, à ma visite, on lui administra une potion dans laquelle on ajouta 15 milligrammes de sulfate de strychnine. Cette potion fut prise en quatre doses, une heure de distance entre chaque dose. Le médicament, bien supporté d'abord, manifesta sa présence, au bout de plusieurs heures, par des secousses légères en commençant, puis saccadées sans contractions permanentes. Bientôt le malade, qui un instant avant paraissait être affaissé et comme inanimé, présenta une agitation extrême ; il s'échappa plusieurs fois de son lit. La respiration devint de plus en plus difficile, et six heures après l'administration de la dernière dose de sulfate de strychnine il avait cessé de vivre. Il expira dans une convulsion.

» A l'autopsie, on trouva des points blancs sur la membrane muqueuse de l'estomac, qui présentait, ainsi que l'intestin grêle, de petites arborisations. La rate était tuméfiée, gorgée de sang, ramollie, friable ; le foie décoloré ; les bronches remplies de sérosité spumeuse très abondante, le parenchyme pulmonaire engorgé ; le cœur flasque, le ventricule droit rempli par un caillot volumineux ; les enveloppes du cerveau injectées ; le cerveau lui-même sablé de sang, très ferme, peu friable. Les gros troncs veineux étaient gorgés d'un sang épais et noir coagulé ; les grosses artères étaient vides. Le rachis n'a pas été ouvert. »

A. Dechambre.

---

varioleux (*Small Pox Hospital*), de même qu'un établissement spécial pour les malades atteints du typhus fever (*Fever Hospital*).

La leçon clinique se fait exclusivement au lit du malade ; les professeurs allemands bannissent de leur enseignement la leçon dans l'amphithéâtre après l'examen de tous les malades du service. L'entrée des hôpitaux étant, dans beaucoup de villes, permise aux élèves dans l'intervalle des visites, chaque étudiant peut examiner et suivre constamment plusieurs sujets, ceux dont il doit indiquer la maladie et le traitement ; un tableau noir, placé au chevet des malades, retrace brièvement les modifications diverses de la médication employée.

La consultation externe (*ambulatorische Klinik*) est une source précieuse d'instruction, surtout pour les universités placées dans des villes peu considérables ; l'hôpital ne présentant alors qu'un nombre restreint de malades atteints pour la plupart d'affections chroniques, le professeur cherche et trouve dans ceux de la consultation un dédommagement à l'insuffisance de l'établissement hospitalier.

La policlinique (*Poliklinik*), par là même qu'elle n'existe nullement dans notre système d'enseignement français, mérite d'être étudiée plus en détail. On donne le nom de policlinique à la clinique faite sur les malades pauvres soignés à domicile ; en un mot, c'est le service de nos bureaux de bienfaisance fait par les élèves les plus avancés dans leurs études et par les jeunes docteurs, sous la surveillance d'un professeur spécial, chargé en général en même temps de la consultation externe. Dans plusieurs facultés, des professeurs titulaires sont désignés pour cet enseignement ; nous citerons : à Berlin M. Romberg, à Munich M. Seitz, à Leipsick M. Ruete, à Wurzbourg M. Rienecker, et à Tubingue M. Autenrieth. Sous la direction du professeur ou directeur de la policlinique, les élèves visitent à domicile les malades qui ont imploré les soins que peut accorder l'institution. Chaque jour l'élève auquel le malade a été confié rend compte au professeur de la nature, de la marche de l'affection, et propose le traitement ; d'autres fois le malade se rend au siége de la policlinique, soit pendant tout le cours de sa maladie ou seulement quand son état lui permet de quitter son logement. Le professeur trouve toujours ainsi un sujet de remarques intéressantes ; c'est à cette source qu'a puisé si abondamment M. Romberg pour la composition de son ouvrage bien connu sur les maladies des nerfs. Quand l'affection du malade se termine d'une manière fâcheuse, l'ouverture du cadavre est faite, au siége de plusieurs universités, dans la maison mortuaire que renferme le cimetière, et qui est destinée à recevoir depuis peu d'heures après le décès jusqu'au moment de l'inhumation le corps des individus morts dans la ville. Ces maisons mortuaires, qu'on trouve à

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR UN PROCÉDÉ NOUVEAU DE TAILLE VÉSICO-VAGINALE, lu à la Société de chirurgie par M. Vallet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine de Paris, etc.

Suite et fin. — Voir le numéro 5, tome II.

Les préceptes qui viennent d'être décrits, peut-être avec des détails trop minutieux, ont été observés scrupuleusement dans les deux observations que je vais raconter, et dont les heureux résultats confirment l'exactitude et l'importance.

Obs. I. — *Calcul vésical datant de quatre ans, du volume d'un petit œuf de poule compliqué de péritonite partielle chronique.— Taille vésico-vaginale. — Suture immédiate de la plaie. — Guérison.* — Julie Rivière, âgée de cinquante-sept ans, née aux environs de Châtillon-sur-Loing (Loiret), journalière, jouissant habituellement d'une bonne santé, issue de parents chez lesquels il ne s'était jamais manifesté de signes d'affection calculeuse, commença à éprouver, il y a quatre ans, des douleurs dans la région lombaire, quelques pesanteurs sur le siége et des besoins plus fréquents d'uriner, surtout lorsqu'elle se livrait à des travaux pénibles. En même temps les urines devinrent plus troubles et quelquefois rougeâtres.

L'absence de repos et de soins, la continuation de ses occupations, aggravèrent très rapidement tous ces accidents. Forcée de les interrompre et vaincue par la violence des souffrances, elle entra à l'hospice de Châtillon.

M. Graves, praticien recommandable de cette ville, pratiqua le cathétérisme, et, ayant reconnu la présence d'un calcul dans la vessie, il me l'adressa.

Admise à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 16 avril 1851, Julie Rivière présentait tous les symptômes indiqués plus haut, ayant acquis un degré extrême et que les fatigues du voyage pénible qu'elle venait de faire avaient encore aggravés.

Il existait, en outre, une sensibilité très vive de toute la région hypogastrique ; celle-ci était le siége d'une tuméfaction et d'une rénitence très prononcées, qui reconnaissaient pour cause une péritonite partielle chronique, ayant pris naissance dans la portion de cette membrane qui se replie sur la vessie.

Les urines étaient glaireuses et parfois sanguinolentes ; les besoins d'uriner se répétaient d'une manière presque incessante, quoique leur écoulement eût lieu involontairement. La malade offrait encore de l'amaigrissement, de l'inappétence et de l'insomnie. Elle était dans un état fébrile habituel.

Après quelques jours de repos et d'un traitement antiphlogistique et calmant, je la soumis au cathétérisme. La sonde rencontrait un calcul donnant à la percussion un son clair, fortement appuyé contre le col de la vessie, et cherchant à s'y engager.

L'algalie, en le repoussant, ne pouvait s'y introduire qu'avec peine et en parcourir la cavité que d'une manière incomplète, tant l'organe était contracté et paraissait diminué dans sa capacité.

Le toucher par le vagin faisait reconnaître, à l'entrée de ce conduit et au travers de sa paroi supérieure, le corps étranger dans la position indiquée plus haut. Son volume semblait assez considérable.

Dans un tel état de choses, la taille vésico-vaginale devait être préférée sans hésitation, pour les raisons que j'ai déjà signalées, et surtout parce que l'état de la vessie et du bas-ventre établissait une contre-indication bien formelle à la lithotritie et à la méthode sus-pubienne.

Je saisis donc cette circonstance qui me paraissait favorable, pour mettre à exécution le procédé opératoire nouveau que j'avais conçu et que, jusqu'à ce jour, je n'avais pas eu occasion de pratiquer sur le vivant.

Sous l'influence du traitement auquel était assujettie la malade depuis son entrée à l'hôpital, son état général s'était amélioré ; je me décidai à l'opérer.

Je ne décrirai que d'une manière sommaire cette opération, son exécution ayant eu lieu d'après les préceptes que j'ai déjà formulés.

Le 10 mai 1851, en présence de mes collègues d'hôpital et de plusieurs confrères de la ville, la malade, après avoir été soumise à l'action du chloroforme, fut placée dans la position indiquée plus haut. La paroi vésico-vaginale ayant été rendue saillante, à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie, fut divisée transversalement dans une étendue de 3 centimètres environ, avec le lithotome de frère Côme, pénétrant au moyen d'une ponction faite préliminairement, et ouvert au n° 7. Un calcul du poids de 33 grammes, d'une forme allongée, d'une grande dureté, composé principalement d'acide urique et recouvert d'une couche calcaire, fut extrait avec facilité.

Trois points de suture entrecoupée furent appliqués avec facilité peu d'instants après, et, une sonde de gutta-percha ayant été fixée, la malade fut reportée dans son lit.

Pendant les premiers jours qui suivirent l'opération, quelques accidents se manifestèrent du côté du bas-ventre, et me firent craindre un instant le retour de la péritonite. Ils cédèrent promptement à des frictions mercurielles, à des cataplasmes émollients et calmants et à quelques légers évacuants.

Pendant tout ce temps, l'urine ne cessa de couler facilement par la sonde, dont la présence était tolérée.

Le septième jour, les fils de la suture furent enlevés, et la réunion parut exacte et solide. L'usage de la sonde fut néanmoins continué jusqu'au douzième jour par précaution.

Aussitôt qu'elle fut enlevée, l'écoulement de l'urine se fit involontairement, sans que la malade en ressentît le besoin.

Cet accident, qui existait avant l'opération, me parut devoir être attribué à l'affaiblissement qu'avait dû éprouver le col de la vessie par la pression qu'exerçait sur lui le calcul, en faisant un effort continuel pour le franchir.

Mais, à mesure que les forces se rétablirent et à l'aide de quelques demi-bains presque froids, le col reprit son ressort ; enfin, cinq semaines après l'opération, Rivière put conserver son urine et la rendre à volonté.

Elle resta encore pendant un mois sous mes yeux et quitta l'hôpital, ayant recouvré son embonpoint et obtenu une guérison entière qui, depuis, ne s'est point démentie.

Obs. II.—*Calcul vésical existant depuis trois ou quatre ans, du volume*

Munich, Wurzbourg, etc., sont établies sur un excellent plan; nous ne pouvons le décrire ici, ne voulant signaler que les avantages qu'elles procurent à la science. Les ouvertures des cadavres sont faites, ou bien par le professeur de la policlinique, ou bien, comme à Wurzbourg, par le professeur d'anatomie pathologique, M. Virchow. L'institution de la policlinique présente un grand avantage pour les élèves et les jeunes médecins ; elle leur fournit une expérience personnelle plus sûre et plus avantageuse que celle qu'ils peuvent acquérir abandonnés à leurs propres forces. En effet, la garantie et le conseil d'un homme d'une haute expérience les assistent et les aident dans les difficultés du commencement de la pratique.

La clinique chirurgicale est faite, dans les facultés de médecine allemandes, sur un plan identique avec celui de la clinique médicale ; nous devons dire seulement que, dans plusieurs cliniques, à Vienne dans celle de M. Schuh, à Leipsick dans celle de M. Guenther, les internes, et même les élèves les plus avancés dans leurs études, pratiquent eux-mêmes sous la direction du maître les opérations qu'il croit pouvoir leur confier.

A côté de la clinique se rangent l'enseignement de la pathologie et de l'anatomie pathologique. Quelques professeurs, comme M. Dittrich, d'Erlangen, en décrivant les lésions propres à chaque maladie, font passer sous les yeux des élèves des pièces propres à démontrer la réalité de leurs descriptions ; en un mot, ils font simultanément un cours de pathologie et un cours d'anatomie pathologique. Dans d'autres villes, le professeur de clinique médicale joint à son enseignement pratique celui de la pathologie interne et de l'anatomie pathologique fait à une heure différente. Enfin dans les grands centres, comme à Vienne, à Wurzbourg, ce sont des professeurs spéciaux, MM. Rokitansky et Virchow, qui occupent ces chaires. Les démonstrations d'anatomie morbide sont toujours aussi bien théoriques que pratiques : descriptions des principales pièces des musées, préparations microscopiques, exposé théorique, et même ouverture des cadavres des individus morts dans l'hôpital, tels sont les éléments qui servent à l'enseignement de cette partie de la science. Dans les grandes facultés, chaque branche de la pathologie interne ou externe a pour interprète spécial un professeur titulaire extraordinaire ou particulier : ainsi à Berlin nous avons vu M. Langenbeck, outre son cours de clinique et de pathologie externe, faire des conférences sur les maladies des voies génito-urinaires chez l'homme.

Les cours d'anatomie et de physiologie sont faits dans les universités allemandes par des professeurs presque tous illustres. L'anatomie générale

d'un gros œuf de pigeon. — Constitution nerveuse et irritable. — Taille vésico-vaginale. — Suture immédiate. — Réunion incomplète. — Avivement du bord de la fistule. — Nouvelle suture. — Guérison. — Au même moment (24 juin 1851) entrait dans mon service la nommée Barnier (Anne), de Cermigny-les-Prés (Loiret), âgée de cinquante ans, mère de plusieurs enfants, et se livrant aux travaux de la campagne. Cette femme, d'une constitution délicate, d'un tempérament nerveux, très impressionnable, déclare avoir ressenti, depuis plusieurs années, tous les symptômes qui dénotent la présence d'un calcul dans la vessie.

Quelques jours après son arrivée, je pratique le cathétérisme et je constate un corps étranger dont le volume et la résistance me paraissent assez considérables.

Ces recherches sont supportées avec une difficulté extrême, quoique faites avec beaucoup de ménagement.

Les urines sont muco-purulentes et parfois sanguinolentes. Leur émission, fréquemment répétée, a lieu avec des douleurs qui persistent pendant longtemps.

La malade est, du reste, d'une impatience très grande, et demande l'opération qui doit la délivrer rapidement de ses souffrances.

Par ces motifs, et quoiqu'il n'existe pas de contre-indication aussi positive à la lithotritie que dans l'autre cas, je lui propose l'opération qui avait été employée pour la femme Rivière, et dont elle avait pu apprécier le succès de ses propres yeux.

Elle l'accepte avec empressement, et, après avoir été rendue insensible par l'action du chloroforme, elle est opérée le 1[er] août, en me conformant à peu près dans tous les temps, au mode suivi dans la première, et en ne faisant usage que du bistouri pour diviser la paroi vésico-vaginale.

L'extraction de la pierre ne présente pas de difficultés. Son poids est de 35 grammes, du volume d'un gros œuf de pigeon; elle est formée d'oxalate de chaux et d'acide urique.

Trois points de suture entrecoupée sont appliqués, et une sonde est placée à demeure dans la vessie.

La malade est examinée le septième jour; la plaie paraît réunie seulement dans les trois quarts de son étendue; l'un des points de suture, placé à son extrémité gauche, s'était détaché spontanément en coupant la lèvre de l'incision; il avait été appliqué sans doute trop près de ses bords.

La sonde est maintenue avec soin, et il ne s'écoule par le vagin qu'une très faible quantité d'urine.

Cependant cette fistule secondaire, quoique réduite à une très petite dimension par quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent, nécessitait un avivement de son pourtour et une nouvelle application de la suture.

Je me serais décidé à l'exécuter sur-le-champ, si cette femme, d'une impatience extrême et ennuyée du séjour à l'hôpital, n'eût voulu le quitter vingt-cinq jours après l'opération, me promettant de revenir si, avec le rétablissement de ses forces et l'habitation de la campagne, sa guérison ne devenait pas complète.

Ce résultat n'ayant pu être obtenu, la femme Barnier vient, le 13 octobre, six semaines après sa sortie, demander à être débarrassée de son incommodité.

La fistule pouvait à peine admettre une plume d'oie. Ses bords furent avivés et affrontés par deux points de suture, et une sonde fut placée dans l'urètre.

Il ne se manifesta à la suite de cette opération nouvelle aucun signe de réaction. Les fils de la suture furent retirés le huitième jour. Une injection, poussée avec précaution dans la vessie, me fit reconnaître encore l'existence d'un pertuis pouvant à peine admettre la tête d'une épingle. Après une cautérisation, la malade, toujours aussi impatiente, voulut retourner dans sa famille.

J'ai appris depuis que tout écoulement d'urine avait disparu peu de temps après, et que cette bonne terminaison s'était maintenue.

Conclusions. — Il résulte des détails dans lesquels je suis entré dans ce mémoire et des deux observations qui viennent d'être décrites :

1° Que le procédé de taille vésico-vaginale que je propose n'avait pas, avant mes opérations, été mis en pratique, ou que, s'il a été employé, il n'a pas été indiqué par la publicité.

2° Qu'il diffère essentiellement de celui inventé par Clémot et répété par Flaubert père et M. Rigal, par la direction transversale donnée à l'incision et par la réunion de la plaie à l'aide de la suture appliquée immédiatement.

3° Qu'il doit bien plus sûrement mettre à l'abri des fistules secondaires qui se sont souvent présentées à la suite de leur procédé, la cicatrisation de la plaie étant abandonnée aux seuls efforts de la nature.

4° Qu'il peut toujours être exécuté facilement avec un peu d'habitude des opérations, et qu'il fait disparaître les difficultés qui se rencontrent dans l'extraction des calculs d'un grand volume.

5° Que, dans son exécution, on ne doit redouter ni hémorrhagie ni lésion du péritoine.

6° Qu'enfin, par la nature des parties intéressées, il doit, avec plus de certitude qu'aucune des méthodes usitées jusqu'à ce jour, faire éviter les accidents primitifs et secondaires qui leur succèdent si fréquemment.

Ces considérations me font espérer que les praticiens qui auront désormais à traiter des femmes atteintes de calculs, qui, par des circonstances particulières, ne pourront être combattus par la lithotritie, tenteront ce procédé qui semble leur offrir des avantages supérieurs à ceux mis en usage jusqu'à présent.

Préparation de l'emplatre de cantharides a l'aide du chloroforme, par M. X. Landerer, pharmacien à Athènes.

Humectez la poudre de cantharides avec quantité suffisante de chloroforme, mettez-la à digérer à une douce chaleur pendant plusieurs jours; mêlez ensuite les cantharides à la masse emplastique, qui doit être à moitié refroidie, en prenant les précautions nécessaires pour éviter l'inhalation du chloroforme qui se volatilise.

Cette préparation possède au plus haut degré toutes les qualités d'un bon emplâtre; elle est très active et se laisse parfaitement étendre.

---

suit à grands pas la voie de progrès qui lui a été tracée par l'application du microscope et de la chimie organique dans l'étude des tissus de l'homme; nous aurons, dans les diverses facultés, à insister sur le caractère des cours des anatomistes allemands, MM. J. Müller, Koelliker, Hyrtl, Henle, Luschka, Arnold, etc. Outre l'avantage que retire chaque faculté des leçons d'hommes éminents, nous devons reconnaître que partout les gouvernements ont mis à leur disposition les instruments qui peuvent servir aux progrès de la science; c'est ainsi que partout les professeurs disposent de microscopes en grand nombre, d'appareils chimiques, etc. La physiologie compte en Allemagne des interprètes aussi célèbres que l'anatomie; il suffit de citer comme preuve les noms de MM. J. Müller, Bischoff, R. Wagner, etc. Partout ces professeurs réunissent aux démonstrations théoriques des expériences sur les animaux, et même ils y joignent presque tous des conférences dans lesquelles les élèves sont exercés à répéter eux-mêmes les expériences physiologiques.

Les sciences physiques et chimiques ne sont pas enseignées, dans le plus grand nombre des universités, par des professeurs appartenant aux facultés de médecine. Ces chaires font partie de la faculté des sciences; cependant, dans quelques universités, la faculté de médecine possède des chaires de chimie appliquée à la médecine : telles sont celles de chimie physiologique et pathologique, confiée à M. Lehmann à Leipsick; à Munich la chaire de chimie pharmaceutique et toxicologique occupée par M. Buchner, et celle de chimie médicale confiée à M. Pettenkofer.

L'enseignement de la matière médicale, de la médecine légale et de l'hygiène ne donnant lieu à aucune considération générale, nous nous réservons d'y revenir à propos de chacune des facultés.

Tous ceux qui ont étudié comparativement l'organisation des établissements d'instruction publique dans les différents pays savent parfaitement que cette organisation répond à des idées dominantes, et constitue pour ainsi dire l'expression de la tendance scientifique d'une nation. C'est ce que nous rencontrons en Allemagne. Le rôle important des chaires d'anatomie normale et pathologique, de physiologie; le nom et la célébrité des professeurs chargés de cet enseignement; l'affluence des élèves qui se pressent dans les amphithéâtres pour écouter la parole du maître; tout cela ne constitue-t-il pas la preuve la plus évidente de la tendance de l'école allemande, qui est complètement une école anatomique? L'anatomie et la physiologie offraient des sujets d'études d'un grand attrait pour les savants allemands. Travailleur et studieux, le savant allemand cherche toujours à remonter vers le principe des choses, non point, comme l'ont pensé certaines personnes étrangères à l'Allemagne, par des études spécu-

FONCTION GLUCOGÉNIQUE DU FOIE, par M. Cl. Bernard.

Le mémoire de M. Figuier, dont nous avons publié un extrait dans notre n° 5, a été fort remarqué dans le monde scientifique ; et cela n'est pas étonnant, puisqu'il ne tend à rien moins qu'à renverser une théorie bien connue de M. Cl. Bernard. Un devoir d'impartialité nous porte à mettre sous les yeux du lecteur le résumé d'une leçon faite au Collége de France, dans laquelle ce physiologiste a discuté de point en point le travail de M. Figuier. Nous reproduisons même une autre leçon, qui, sans être aussi directement à la même adresse, est néanmoins le complément de la première. Bien que, dans cette seconde leçon, il soit question du dernier travail de M. Longet (voy. notre dernier numéro), M. Bernard fait remarquer lui-même que ce travail n'attaque pas la théorie de la fonction glucogénique du foie. Nous consignons cette observation, parce qu'il nous a semblé que le public médical établissait entre les expériences de M. Longet et celles de M. Bernard une opposition qui n'existe pas dans la circonstance. A. D.

Première leçon (3 février). — Les phénomènes, dit M. Bernard, que nous avons fait connaître relativement à la fonction du foie de produire du sucre aux dépens des éléments albuminoïdes contenus dans nos aliments et dans le sang, ont été constatés et vérifiés par un grand nombre de physiologistes et de chimistes ; en Allemagne, surtout, M. Lehmann a répété avec un soin remarquable toutes nos expériences, et confirmé en tout point les résultats que nous avions obtenus. Mais c'est le sort de toutes les découvertes, grandes ou petites, de soulever, à un certain moment, des oppositions qui sembleraient concertées au premier abord, mais qui ne sont qu'un résultat de la marche naturelle des idées. C'est ce qui vient d'arriver pour les fonctions du foie : deux mémoires ont été lus coup sur coup devant l'Académie des sciences, tous deux ayant pour but de prouver que le rôle que nous avions assigné au foie ne lui appartient en aucune façon. Le premier de ces mémoires ayant été seul publié, c'est à le réfuter que nous allons employer cette séance. Ce sera en même temps une occasion pour nous de répéter sous vos yeux les expériences qui ont servi de base à notre doctrine, et qui vous permettront d'appuyer votre jugement, dans ce débat, sur ce que vous aurez vu et non sur ce qu'on vous aura dit.

Le mémoire en question est divisé en quatre parties ou paragraphes, dont le premier, espèce de préambule, contient les arguments suivants.

Il répugne à l'auteur d'admettre que l'économie animale se donne la peine de fabriquer du sucre, quand elle en trouve tout formé dans le monde extérieur. C'est là, disons-nous, une affaire de pur sentiment ; ce qu'il nous répugne d'admettre, à nous, c'est que les animaux, dont l'organisation est de beaucoup plus complexe que celle des végétaux, ne puissent pas fabriquer du sucre tout aussi bien que ces derniers. Cet argument contre notre théorie n'est donc pas sérieux.

En second lieu, on nous objecte cette intermittence des fonctions du foie, qui sécrète du sucre principalement pendant la période digestive, s'écartant ainsi de toutes les glandes, dont les fonctions, dit-on, s'exercent d'une manière continue. C'est là une erreur physiologique des plus graves, car c'est précisément cette intermittence qui rapproche le foie de tous les autres organes sécréteurs. Ne voyons-nous pas, en effet, la salive couler plus abondamment pendant la mastication ? Les fistules salivaires ne l'ont-elles pas montré maintes fois ? Le suc gastrique n'est-il pas sécrété uniquement pendant que la digestion s'opère ? En dehors de cette période, l'estomac n'est-il pas quelquefois complétement sec ? Nous pouvons affirmer que la même chose a lieu pour le suc pancréatique, qui, lui aussi, ne coule dans l'intestin qu'au moment où les aliments y arrivent. C'est donc bien à tort qu'on a voulu voir, dans cette intermittence des fonctions du foie, une opposition que nous aurions créée entre cet organe et les autres glandes. — On nous fait dire qu'il n'existe de sucre dans le foie que pendant la digestion ; mais c'est toujours le contraire que nous avons affirmé. Le foie continue à sécréter du sucre pendant un temps fort long après la cessation de toute espèce d'alimentation, et ne suspend ses fonctions que lorsque l'inanition, arrivée à ses dernières limites, a arrêté également toutes les autres sécrétions ; chez les chiens, par exemple, au bout de seize à dix-huit jours d'abstinence complète.

Arrivant au corps du mémoire, nous trouvons un premier paragraphe dans lequel l'auteur prouve que le foie renferme du sucre. Nous sommes parfaitement d'accord sur ce point, et nous acceptons même le chiffre 1,3 p. 100, qu'on nous donne comme exprimant la proportion de glucose contenue dans le foie ; ce chiffre, en effet, s'éloigne très peu de celui que nous avons trouvé nous-même. Outre le sucre, le foie contient, dites-vous, de l'albuminose ? Nous le voulons bien, et cela nous importe peu.

Le second paragraphe est destiné à prouver qu'il existe du sucre dans le sang. Ce fait n'est pas nouveau, car M. Magendie l'a annoncé en 1846, et M. Garrod, en Angleterre, l'a confirmé plus tard, tous deux sans indiquer la source du sucre. Moins que personne nous sommes tenté de prétendre le contraire. Démontre-t-on qu'il y a du sucre dans tous les sangs ? Non. On expérimente sur le sang d'un animal assommé à l'abattoir. Or, vous savez comment font les bouchers pour dégorger le plus possible les tissus : ils plongent leur couteau à la base du cou, vers la poitrine, et ouvrent ainsi les gros vaisseaux et surtout l'oreillette droite, pendant qu'avec le pied sur le ventre de l'animal ils compriment le foie, dont ils connaissent la richesse sanguine. Et l'on serait étonné de trouver du sucre dans du sang recueilli de cette manière ? Non, certes ; c'est l'absence du sucre qui nous paraîtrait incompréhensible. Ce n'est pas ainsi qu'il eût fallu s'y prendre pour arriver à quelque résultat démonstratif ; il aurait fallu, comme nous l'avons fait, comme l'a fait M. Lehmann, prendre le sang en avant du foie, le sang à sa sortie du foie, et les examiner comparativement.

La dernière partie du mémoire doit démontrer que tout le sucre

---

latives, des rêves chimériques, mais principalement par des expériences et des faits matériels. C'est ce besoin de recherches expérimentales qui, appliqué aux sciences physiques, chimiques et naturelles, a produit les beaux travaux des Liebig, des Schleiden et des Schoenbein ; c'est sur un plan identique qu'ont été dirigées les recherches médicales. En anatomie, ce sont des recherches matérielles, des expériences, qui ont reculé graduellement les limites de nos connaissances, comme le prouvèrent les beaux travaux de MM. Gluge, Henle, Vogel, Koelliker, Simon, Liebig, Lehmann, etc. La tendance expérimentale éclate plus clairement encore dans les œuvres de la physiologie allemande. Au commencement du siècle, notre célèbre Bichat avait inauguré en France ces études physiologiques expérimentales qui avaient déjà produit à l'étranger les travaux des Harvey, Leuwenhoek et Haller ; cette direction que Bichat avait imprimée à la physiologie semblait avoir été oubliée ; de là sans doute, le succès dont jouit, momentanément au moins, l'ouvrage de Richerand. En Allemagne, Burdach, MM. J. Müller, Valentin, Bischoff, R. Wagner, témoignèrent par leurs travaux des avantages de cette méthode, dont M. Magendie fut longtemps en France le seul représentant. C'est à cette direction qu'il faut rapporter les travaux d'ovologie de M. Bischoff, de physiologie de MM. J. Müller et E.-H. Weber, de même qu'en France les travaux intéressants de nos compatriotes MM. Longet et Cl. Bernard.

L'anatomie pathologique tient aujourd'hui une large part dans les doctrines et les leçons des professeurs allemands ; l'étude de la lésion est à leurs yeux le point de départ de la science, la base sur laquelle elle devra s'appuyer ; aussi, eu égard à leur importance, a-t-on cherché, par tous les moyens possibles, à connaître les altérations organiques dans leurs différents caractères. C'est ainsi que les notions de chimie, de physique, ont été successivement appliquées à l'étude des lésions pathologiques ; l'emploi des réactifs chimiques, du microscope, a donc étendu le champ des connaissances ; mais jamais, dans l'esprit de personne, les procédés physiques et chimiques d'exploration n'ont pu prétendre à découvrir la nature intime de la lésion. Nous voudrions que ceux qui, aujourd'hui encore, attaquent sans les comprendre les applications des sciences physiques et chimiques à la médecine, se livrassent à un examen sérieux des limites où cette étude devra être poussée, et surtout établissent le terme des connaissances que l'examen au moyen de nos sens peut nous fournir. On a beaucoup discuté en médecine sur les méthodes ; en Allemagne, cette tendance scolastique aux disputes de mots, qui a trop longtemps régné dans les écoles, a fait place aujourd'hui à une tendance unanime vers les recherches expérimentales. Un autre genre de recherches sur lequel nous aurons oc-

qu'on rencontre chez les animaux, provient du dehors. Si nous avons trouvé du sucre chez des animaux soumis *pendant huit mois* à un régime composé uniquement de viande, cela ne prouve rien, nous dit-on, car cette viande contenait du sang, et celui-ci, du sucre. C'est sur cette dernière affirmation que repose tout l'édifice du mémoire; c'est donc par la démontrer qu'on aurait dû commencer. L'a-t-on fait? Non. On s'est appuyé sur un simple raisonnement, qui est évidemment faux, puisqu'il conduit à un résultat contraire aux faits. Ce serait véritablement de la naïveté de supposer que nous ne nous étions pas assuré préalablement de la véritable composition des substances avec lesquelles nous nourrissions les animaux qui servaient à nos expériences. Non, la chair musculaire ne contient pas de sucre, et l'auteur du mémoire aurait dû penser qu'il doit en être ainsi, puisqu'il indique, avec raison, les précautions à prendre pour empêcher la décomposition si facile de ce principe dans le sang. Pourquoi le sucre, si jamais il s'y trouvait, ne se détruirait-il pas dans la chair musculaire tout aussi bien que dans le sang? Pourquoi s'y conserverait-il même après une ébullition prolongée? Car tous nos animaux ont été nourris avec de la viande cuite.

Mais si le foie ne produit pas le sucre de toute pièce, pourquoi le sang qui en sort est-il plus chargé de sucre que celui qui y entre? C'est, nous dit-on, que le foie est un organe condensateur! Singulier condensateur, que celui qui laisse échapper plus de matière qu'il n'en reçoit!

Les arguments mis en avant ne peuvent donc détruire en aucune façon les faits que nous avons établis; les fonctions du foie restent telles que nous l'avons démontré. Le sucre se forme dans le foie lui-même, indépendamment de tout genre d'aliments, et en l'absence même de toute alimentation.

Nous nous bornons ici à cet ordre de preuves. Plus tard, nous aurons l'occasion, à propos des fonctions du système nerveux, de vous en exposer d'autres qui sont tout aussi péremptoires. Vous verrez que nous pouvons, pour ainsi dire à volonté, augmenter, diminuer, ou faire cesser complétement la production du sucre dans le foie.

Au commencement de la leçon, M. Bernard a mis à mort, sous les yeux des auditeurs, un chien de moyenne taille qui n'avait pris aucune espèce de nourriture ni de boisson depuis trois jours. Il a aussitôt, à travers une ouverture étroite pratiquée à la paroi abdominale, jeté une ligature sur la veine porte au moment où elle pénètre dans le foie; puis, ouvrant largement le ventre, il a lié la veine cave inférieure au-dessous du diaphragme. Recueillant ensuite du sang de la veine porte, d'un côté, et du sang qui avait traversé le foie, de l'autre, il a constaté, au moyen de la solution de tartrate cuprico-potassique, que le premier ne contenait pas de sucre, tandis que le second en renfermait évidemment. Il a fait voir aussi qu'une décoction du foie de l'animal avait les caractères qui dénotent la présence du sucre, et que ces caractères faisaient défaut dans les décoctions de viande fraîche ou cuite. L'estomac du chien était complétement vide.

Cette expérience est plus que suffisante, dit M. Bernard, pour démontrer que le sucre trouvé dans le foie a été produit par l'organe lui-même, et qu'il ne résulte pas d'une espèce d'emmagasinement opéré par le foie; car, sur un animal auquel on a coupé les pneumogastriques, dès le troisième jour toute trace de sucre a disparu dans le foie.

Seconde leçon (10 février). — Le mémoire de M. Longet, dit M. Bernard, n'attaque en rien la théorie des fonctions glucogéniques du foie, comme l'auteur a le soin de le dire lui-même; mais, en le considérant dans son ensemble, en cherchant à saisir l'esprit qui a présidé à sa composition, on ne saurait s'empêcher d'y voir un complément du mémoire précédent. Tous deux sont destinés à soutenir cette vieille théorie, aujourd'hui généralement abandonnée, d'après laquelle les animaux détruiraient les produits formés uniquement par les végétaux. Il est impossible, de nos jours, d'établir une semblable distinction entre les êtres organisés.

Le premier mémoire avait pour objet de montrer qu'en nourrissant exclusivement avec de la viande les animaux qui servaient à nos expériences, nous les soumettions en réalité à un régime mixte, composé à la fois de viande et de sucre. Le deuxième mémoire doit prouver que le sucre peut exister dans le sang de la veine porte, sans y être décelé par les réactifs ordinairement en usage, attendu qu'il y est combiné avec la matière organique qui résulte de la digestion des substances protéiques. Cette combinaison serait détruite dans le foie, jouant ainsi le rôle d'une espèce de filtre; de sorte que le sucre reparaîtrait avec toutes ses propriétés en sortant de cet organe.

Nous ferons remarquer, avant tout, que M. Lehmann, après avoir nourri des chevaux avec de l'avoine, a parfaitement constaté chez eux la présence du sucre dans le sang de la veine porte; l'habileté bien connue de ce savant chimiste ne nous laisse aucun doute sur la réalité de ce qu'il avance.

Ce n'est pas ici le moment de discuter les faits qui font la substance de ce nouveau mémoire; il nous suffira de constater qu'ils ne contredisent en rien ceux que nous avons établis nous-mêmes. Nos expériences, en effet, ont toujours été instituées sur des animaux nourris exclusivement avec de la viande; par conséquent, tout ce qu'on peut dire au sujet d'une alimentation mixte ne leur est nullement applicable. D'ailleurs, nous avons toujours eu recours à la fermentation pour contrôler les résultats que nous a fournis l'épreuve avec la liqueur cuprico-potassique.

Mais on trouve aussi du sucre dans le foie et dans les veines sus-hépatiques des animaux qui sont à la diète depuis fort longtemps. Le sucre sécrété par le foie se fait aux dépens du sang et non aux dépens des aliments; il se comporte en cela comme tous les autres produits de sécrétion, comme la salive, comme le suc gastrique, etc. Tant que la circulation continue, la sécrétion du sucre n'est pas interrompue; l'activité de cette sécrétion est en quelque sorte en

casion de revenir est l'expérimentation sur les animaux vivants, soit pour permettre d'apprécier la valeur de quelques opérations chirurgicales, soit pour juger des effets de l'introduction de substances variées dans le sang. Malheureusement, nous devons l'avouer, ce genre de recherches n'a pas produit jusqu'ici de résultats plus satisfaisants en Allemagne qu'en France.

L'enseignement pathologique de l'Allemagne porte donc partout le cachet des tendances d'anatomie et de physiologie pathologique ayant pour base l'examen direct et l'expérimentation; la localisation de la maladie, la connaissance du siége exact de la lésion, sont les problèmes que l'on poursuit avec le plus d'activité au lit du malade. Quand on a constaté cette tendance générale à n'admettre que les choses qui peuvent tomber sous le contrôle des sens, on est étonné et surpris de voir régner en Allemagne une doctrine, un système d'induction : c'est la doctrine de l'unité des produits pathologiques, opposée à celle de la spécificité que nous professons et adoptons presque tous en France. Cette idée est née en Allemagne du besoin d'unité qui règne dans toutes les intelligences, et qui manque précisément dans toutes les institutions. Cette unité des produits pathologiques, ces modifications de l'élément primitif, en un mot les dégénérescences, sont aujourd'hui le système de l'Allemagne médicale. Dans une discussion récente à l'Académie de médecine, il nous semble qu'un chirurgien, en attaquant le microscope, a mal compris ou tronqué cette théorie. Il est évident qu'en Allemagne rien n'a de caractère spécifique, puisqu'il n'existe point de produits spécifiques, pas de néoplasmes, mais seulement des dégénérescences. C'était donc un système, une doctrine qu'il fallait attaquer, renverser, au lieu de s'attacher à une partie minime de la question, qu'on a dénaturée, quoique bien involontairement. Les professeurs allemands, MM. Virchow, Rokitansky, Heschl, Wedl, Förster, etc., ont tous adopté cette doctrine; et récemment M. Virchow exposait et discutait de nouveau cette question doctrinale dans un article ayant pour titre : *De la spécificité et des partisans de cette doctrine* (1). Nous reviendrons sur ce sujet en nous occupant spécialement des professeurs qui en ont été les principaux propagateurs.

Recherches expérimentales, physiologiques et pathologiques, telle est donc la voie suivie par presque tous les professeurs et les savants de l'Allemagne. Cette tendance organicienne se révèle au lit du malade par l'attention apportée à constater et à interpréter les phénomènes dérivés de l'examen local des organes, soit au moyen de l'auscultation ou de la percussion, soit encore par l'étude des produits de sécrétion examinés par le

(1) Voir une lettre de M. Virchow à la *Correspondance*.

rapport avec la quantité de sang que reçoit le foie ; or, pendant la digestion, cette quantité devient beaucoup plus considérable : il n'est donc pas étonnant que la proportion du sucre produit par le foie croisse dans le même rapport.

Nous savons bien qu'on nous objecte que le sucre trouvé par nous chez les animaux à la diète peut résulter d'une sorte de dépôt opéré dans le foie, qui ensuite l'abandonnerait peu à peu au liquide sanguin. Cela pourrait être vraisemblable, si le sucre n'était pas détruit rapidement et au fur et à mesure de sa production. Une expérience directe le prouve; nous allons la répéter sous vos yeux.

Voici deux chiens qui ont été mis à la diète en même temps ; mais à l'un d'eux nous avons coupé les pneumogastriques. il y aura bientôt vingt-quatre heures. Après cette section, le sucre cesse d'être produit dans le foie, et comme il se détruit incessamment, il n'en reste plus aucune trace après un temps qui ne dépasse pas deux à trois jours, mais dont nous n'avons pas encore déterminé la limite inférieure. Si donc quarante-huit heures s'étaient écoulées depuis la section des nerfs, nous affirmerions qu'il n'existe plus de trace de sucre dans le foie. Il serait possible qu'ici tout le sucre n'eût pas encore été détruit ; nous aurions, dans ce cas, à répéter l'expérience, dans la séance prochaine, sur un animal dont les pneumogastriques fussent coupés depuis quarante-huit heures. Chez le second chien, dont les nerfs vagues n'ont pas été lésés, le sucre n'a pas cessé de se produire, et, par conséquent, nous en trouverons des quantités notables dans le foie et dans le sang des veines sus-hépatiques.

L'examen du sang des deux animaux a montré chez le premier (celui dont les pneumogastriques avaient été coupés) : Absence de sucre dans la veine porte, absence de sucre dans les veines sus-hépatiques, traces très faibles de sucre dans la substance du foie. Ce fait prouve donc que vingt-quatre heures ne suffisent pas pour détruire complétement le sucre déjà produit, lorsqu'il cesse de s'en sécréter dans le foie. Chez l'autre animal, le sang des veines sus-hépatiques. et par conséquent aussi le foie, renfermaient des proportions considérables de sucre.

Il est, dit en finissant M. Bernard, deux méthodes d'investigation dans les sciences : l'une est la méthode *à priori*, qui consiste à se faire d'avance une théorie que l'on s'ingénie ensuite à confirmer par des expériences. Pour atteindre ce but, l'esprit est dans une agitation, dans un travail continuels ; il torture les faits pour les faire concorder avec la théorie. C'est ainsi qu'on arrive à vouloir démontrer que la viande contient du sucre, que le foie est un organe condensateur, dépurateur, etc. Dans l'autre méthode, au contraire, qui est la méthode *à posteriori* et celle que nous suivons, les faits sont enregistrés avec calme à mesure qu'ils se produisent, et la théorie n'est que la déduction logique qu'on en peut tirer. Cette théorie n'est point définitive, elle se modifie et se perfectionne lorsqu'il se présente de nouveaux faits, qu'elle suit ainsi pas à pas au lieu de les précéder.

Sée.

III.

CORRESPONDANCE.

Nous appelons l'attention sur la lettre suivante, que veut bien nous adresser le professeur Virchow, de Wurzbourg, et nous avouons volontiers la satisfaction que nous éprouvons à constater qu'il n'y a pas dans nos dernières remarques *(voy. le n° 6), un seul mot, pour ainsi dire, qui ne puisse être avoué par un aussi éminent anatomo-pathologiste. Pour M. Virchow, comme pour nous, il y a entre les trois espèces de tumeurs appelées par les micrographes modernes, cancer, épithélioma et tumeur fibro-plastique,* des différences tranchées de structure, *et il est facile ordinairement de les distinguer* quand on veut se donner la peine d'examiner les préparations. *Pour lui, comme pour nous, les trois espèces peuvent être malignes, récidiver, infecter même l'économie, mais* à des degrés différents, *la tumeur à cellule, dite cancéreuse, étant plus maligne que les deux autres, et chaque espèce mérite un nom spécial.*

On verra que les dissidences élevées entre les micrographes sont en dehors de ces deux points de fait, et qu'elles roulent, comme nous le disions précisément dans notre dernier article, sur l'origine des éléments micrographiques, de l'époque de leur développement à laquelle on peut *les distinguer, et parfois aussi sur de pures formules de langage. Il importe surtout de faire remarquer à ce sujet que, si M. Virchow n'admet pas que la cellule cancéreuse soit spécifique, ce n'est pas comme manquant de caractères propres et aisément reconnaissables, mais uniquement comme procédant de tissus normaux.* A. D.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

OPINION SUR LA VALEUR DU MICROSCOPE.

L'Académie de médecine et la presse médicale viennent de débattre la très importante question de la valeur du microscope et de la cellule cancéreuse. Plusieurs fois mes travaux ont été cités dans les débats ; mais personne n'a exposé exactement ma manière de voir. C'est pour apporter quelques nouveaux matériaux à la discussion, et pour éviter les malentendus, que je me permets, monsieur le rédacteur, de vous adresser les quelques remarques qui suivent.

Je me suis nettement exprimé, en 1847, dans les *Archives d'anatomie et de physiologie pathologiques*, que je rédige, sur la valeur du microscope. J'ai fait remarquer que cet instrument, très utile au diagnostic dans des cas spéciaux, n'avait pourtant pas toute l'importance que l'on en attendait ; la question, basée sur d'anciennes vues théoriques, était mal posée. En effet, avant de diagnostiquer une tumeur, il faut connaître à fond les différentes formes de tumeurs, et étudier minutieusement leurs caractères spéciaux. L'anatomie pathologique n'est pas assez avancée de nos jours pour résoudre entièrement ce problème ; mais nous en savons assez pour entreprendre l'étude, plus importante encore, des rapports physiologiques des produits morbides, pour suivre le développement de leurs éléments, pour

secours du microscope et des réactifs chimiques. Ces dernières explorations ne sont pas seulement poursuivies, comme on pourrait le croire, dans les laboratoires ou dans les cabinets ; elles sont entreprises au lit même des malades; aussi voit-on souvent l'examen des urines, des sédiments, du sang, etc., se faire dans la salle de clinique. Il en est de même en Angleterre, et l'on pourrait citer, à l'hôpital de l'Université de Londres, les cours de clinique médicale de M. Walshe.

La thérapeutique médicale a subi en Allemagne, depuis un certain nombre d'années, des modifications considérables ; aussi est-il intéressant de voir à Vienne, la patrie des Stoll, des Storck, les médecins les plus distingués tomber dans le scepticisme et nier la vertu curative d'une foule de remèdes, si généralement admise au XVIIIe siècle. C'est surtout dans le traitement des maladies aiguës que la vertu des agents thérapeutiques est le plus généralement mise en doute ; on se rappelle encore l'époque où M. Dietl signala les résultats merveilleux obtenus par l'expectation simple dans le traitement de la pneumonie; suivant lui, cette phlegmasie pulmonaire, contre laquelle toutes les médications spécifiques prétendaient s'exercer avec tant d'avantage, était précisément une affection qui, abandonnée à elle-même, se terminait presque toujours d'une manière favorable. La tendance à l'expectation dans le traitement des affections aiguës paraît générale, chez les médecins de l'école de Vienne surtout ; nous y reviendrons en traitant spécialement de cette faculté.

Dans une série de chapitres, nous chercherons à montrer ce que chaque faculté présente de spécial, en insistant principalement sur les doctrines et les ouvrages de chacun des professeurs. Nous passerons successivement en revue les facultés de Berlin, Goettingue, Halle, Giessen, Heidelberg, Leipsick, Marbourg, Wurzbourg, Erlangen, Munich, Tubingue et Vienne ; ce sont celles que nous avons visitées. Nous regrettons de n'avoir pu comprendre dans notre voyage la faculté de Prague, une des plus importantes de l'Allemagne, celles d'Iéna, Breslau, Bonn, etc.

Docteur Leudet.

(La suite à un prochain numéro.)

— M. Thiersch a été nommé récemment professeur de clinique chirurgicale à l'Université d'Erlangen, et M. Halla professeur de clinique médicale à l'Université de Prague. Ces deux chaires étaient vacantes par suite de la retraite de MM. les professeurs Heyfelder et Hammernjk.

connaître leurs relations avec les tissus sains. Là est, il me semble, le véritable nœud de la question, l'importance réelle du microscope. Je crois que toute la pathologie doit se baser sur les fonctions des cellules, et que les séculaires discussions des humoristes et des solidistes trouveront leur solution dans une pathologie cellulaire fondée sur l'expérience clinique. C'est ce que j'ai nommé « la réforme des vues médicales par le microscope. » Avant donc d'entamer toute discussion sur cet instrument, il faut d'abord s'entendre sur sa valeur théorique ; ensuite, et seulement ensuite, on peut en discuter l'application et la valeur pratique ou clinique.

C'est sur ce dernier point qu'a porté la discussion de l'Académie; et si l'on n'a obtenu aucun résultat définitif, c'est qu'on ne s'était pas entendu sur la première partie de la question, savoir, la valeur théorique, scientifique, du microscope. On ne peut pas le juger d'après les seuls dogmes de quelques micrographes ; et il est évident qu'il ne perd rien de sa valeur, lorsque ces dogmes sont erronés. La maladresse d'un chirurgien prouve-t-elle l'inefficacité de l'instrument dont il se sert? Le chirurgien habile n'obtient-il pas des succès même avec l'instrument le plus simple, et l'histoire de la chirurgie ne nous montre-t-elle pas les chirurgiens les plus célèbres se servant des méthodes et instruments les moins compliqués? Ici je me permettrai de relever le reproche qui a été fait par la micrographie française à l'école allemande, de se servir de trop faibles grossissements. Je prie mes confrères d'outre-Rhin de croire que nous possédons et connaissons toutes les fortes lentilles; mais nous nous sommes convaincus qu'elles ne sont utiles que pour certains cas spéciaux, et nous sommes revenus, *pour les cas ordinaires*, aux grossissements de 300 à 400 diamètres. Quant à ce qui me touche personnellement, j'ai mis en usage, pendant des années, les lentilles de 600 et même 800 diamètres; mais j'en suis revenu aux grossissements ordinaires de 300 à 400, et les instruments dont je me sers sont ceux de M. Schick, à Berlin. M. Verneuil, qui trouve un intérêt spécial dans ces détails, n'éprouvera, je n'en doute pas, aucune difficulté à se convaincre de la vérité de ce fait, s'il persiste à vouloir *recueillir des renseignements précis*.

Pour éviter des attaques personnelles, assez communes dans les discussions des micrographes modernes, j'ai mis à la disposition de M. Velpeau des pièces pathologiques conservées dans l'esprit-de-vin, mais encore très convenables pour les investigations microscopiques. Jusqu'à présent, personne ne s'est inquiété d'examiner ces objets. Si, par hasard, quelqu'un trouvait ma description trop succincte, je lui ferais observer que le doute est impossible dès qu'on veut se donner la peine d'examiner les préparations.

Il me semble incontestable que les tumeurs cancroïdes sont malignes comme les cancéreuses ; que, comme ces dernières, elles peuvent récidiver, se généraliser, en un mot infecter les tissus voisins et l'économie tout entière. Pour les tumeurs fibro-plastiques, cette opinion est déjà acceptée en France.

On peut donc comprendre toute cette classe sous une dénomination commune, sous celle de cancer, si les cliniciens tiennent à la conserver. Le nom est peu important. Je tiendrais néanmoins à un nom spécial pour chaque membre de cette classe, parce que, entre le carcinome, le cancroïde et la tumeur fibro-plastique, il y a des différences tranchées de structure et de fonction, et que, *considérés au point de vue pratique, ils présentent au clinicien différents degrés de malignité*, formant une série descendante qui vient se continuer avec les tumeurs gélatineuses et cartilagineuses. Ainsi, j'ai observé un enchondrome dans lequel à l'affection primaire de la côte succéda une tumeur cartilagineuse secondaire au milieu du poumon. — Quant au nom de tumeurs *fibro-plastiques*, je ne puis l'accepter, conservant pour ces tumeurs l'ancienne dénomination de sarcome. En admettant même la vérité de l'opinion de M. Schwann, défendue par M. Lebert, savoir, que les fibres du tissu cellulaire adulte proviennent des corps fusiformes de l'embryon, on pourrait d'autant moins nommer *fibro-plastique* une production qui a pour principale propriété la *non-transformation* de ses cellules en fibres. Quant à moi, j'admets (avec presque toute l'Allemagne) qu'une partie des corps fusiformes de l'embryon persiste dans le tissu cellulaire de l'adulte pendant qu'une autre partie se transforme en tissu élastique. Les fibres du tissu cellulaire proviennent de la division fibrillaire de la substance intercellulaire, d'abord muqueuse et gélatineuse. (Voy. les *Bulletins de la Soc. méd. phys. de Wurzbourg*, t. II, p. 150, 314.) La persistance des corpuscules cellulaires (*Bindegewebs-Kœrperchen*) est d'une grande importance dans l'histoire des tumeurs, car ils forment les germes de la plupart des néoplasies et surtout des tumeurs malignes. Le cancer vrai, le cancroïde et le sarcome commencent par l'accroissement, la division et la multiplication de ces cellules, qui ne prennent une forme caractéristique qu'à une période plus avancée de leur évolution. Toute tentative de diagnostic est vaine au commencement, et nul micrographe ne peut dire, en inspectant les portions d'une tumeur naissante, ce qui en résultera plus tard.

En continuant avec soin mes recherches, je ne peux pas trouver, comme je l'avais admis d'abord, un blastème amorphe dans lequel se forment les cellules par génération *équivoque* (spontanée ou libre). Partout je vois la propagation directe des cellules, ce que je nomme leur *prolifération*. C'est la voie par laquelle on peut vraiment reconnaître la continuité du mouvement vital dans les éléments. De même que la physiologie, l'histogénie pathologique doit combattre la théorie de la génération spontanée : il n'y a pas de principes divers pour le développement des tissus normaux et morbides. Ainsi je rejette hautement la doctrine de la spécificité de la cellule pathologique. Tous les éléments histologiques morbides, provenant directement des éléments physiologiques, correspondent à des formes typiques dont le nombre ne varie pas ni chez l'homme ni chez les animaux : tous ne sont qu'une reproduction de formes normales qui se développent dans un temps ou dans un lieu insolites, c'est-à-dire par *hétérochronie* et par *hétérotopie* (voy. mon *Manuel de pathologie et de thérapeut.*, Erlangen, t. I, p. 329-51).

Comme M. Lebert, j'admets en règle générale la grosseur des noyaux et des nucléoles dans les cellules cancéreuses *développées*. Mais il n'y a là-dedans rien de spécifique, et, comme M. Lebert en convient lui-même, rien d'absolument constant. Cette grosseur des noyaux et nucléoles s'observe dans beaucoup de cellules normales et morbides qui persistent longtemps, par exemple, dans les cellules du cancroïde, dont les noyaux et nucléoles l'emportent quelquefois en grosseur sur les cellules cancéreuses. Or, s'il était vrai, comme le croit M. Lebert, que les cellules du cancroïde appartiennent à l'épiderme, il faudrait admettre un cancer dans tous les cas où la continuité des cellules avec l'épiderme ne peut pas être constatée ou présumée vraisemblablement. Mais jamais, à l'origine du cancroïde, je n'ai rencontré les cellules continues avec l'épiderme. Cette continuité n'est apparente que lorsque les masses cancroïdes contenues dans des alvéoles au milieu des tissus viennent éclore au dehors. Je me suis convaincu de ce fait par l'examen minutieux du cancroïde vulgaire des lèvres, c'est-à-dire dans une forme de tumeur où le diagnostic est le moins sujet à erreur. Quant à ce qui touche les fameux *globes épidermiques*, ils sont si peu spécifiques, que l'on en trouve dans toute espèce de verrues, dans la couche profonde des ongles, très souvent enfin dans le thymus.

Quand une tumeur acquiert un âge avancé, tous ses éléments se décomposent par *sénescence*. Celle-ci est surtout constituée par la métamorphose graisseuse, que M. Meckel et moi avons décrite les premiers, et qui est de la plus grande importance, parce que le détritus granuleux qu'elle produit peut être enlevé par la résorption. Cette résorption acquiert quelquefois de si grandes proportions, que, les cellules étant entièrement enlevées, la tumeur reste formée par sa seule trame, par le stroma, dont l'aspect et la structure sont tout à fait analogues aux cicatrices. Lorsque la formation cancéreuse n'a plus lieu (ce qui arrive rarement), et lorsque aucune épigénèse ne survient dans le pourtour de la tumeur ancienne, le cancer peut se terminer par une espèce d'atrophie sénile. C'est ce que j'ai appelé «cicatrisation et guérison du cancer», et que M. Lebert admet lui-même, quoique comme exception (*Traité des maladies cancéreuses*, p. 74).

En comparant mes expériences et mes vues avec celles de M. Lebert, on verra que nous sommes diamétralement opposés en ce qui touche le cancroïde. Quant au cancer, nos *observations* sont parfaitement d'accord. Si M. Lebert arrive à d'autres *formules*, c'est

qu'il propose des règles admettant des exceptions, tandis que, d'après mes vues, il n'y a pas dans la nature d'exceptions aux lois, mais seulement des lois se représentant plus ou moins souvent. Ainsi, je pose en principe la possibilité d'une guérison spontanée du cancer, tout en accordant la rareté d'une issue aussi heureuse, tandis que M. Lebert dit que le cancer est incurable, mais qu'il peut guérir par exception. C'est donc une querelle de forme, je dirai presque de mots, qui n'empêche pas nos expériences et nos recherches d'arriver à un résultat presque identique.

Wurzbourg, le 7 février 1855.

R. Virchow.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Physiologie. — *Nouvelles recherches relatives à l'action du suc gastrique sur les matières albuminoïdes*, par M. *Lengel*. (Voy. le n° 6 de la *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 103.)

Chirurgie. — *Goître cystique*. — M. *Fleury*, professeur de médecine et de clinique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont (Puy-de-Dôme), adresse, pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, un mémoire sur le goître cystique.

Éponges métalliques. — M. *Chenot* appelle l'attention de l'Académie sur les applications médicales que l'on peut faire des éponges métalliques. Il a préparé une série d'éponges de différents métaux, de manière à obtenir, pour ainsi dire, une gamme de cautérisants agissant par l'abstraction de l'eau décomposée, par opposition aux cautérisants actuels qui agissent en s'hydratant. M. Chenot adresse, avec sa note, des échantillons d'une éponge qu'il désigne sous le nom de *charpie électro-métallique*, et dont il annonce avoir obtenu des effets très avantageux. Ainsi, dit-il, la coagulation du sang a lieu presque immédiatement; l'eau de ce liquide étant absorbée, décomposée en ses deux éléments, l'oxygène qui est condensé par le métal et l'hydrogène qui s'échappe dans l'air, ces deux effets donnent lieu localement à un grand développement de chaleur. L'application de la charpie électro-métallique modifie très promptement et d'une manière très avantageuse les plaies suppurantes; elle amène en peu de temps la résolution de larges et profondes ecchymoses, etc. (*Comm. :* MM. Velpeau, Despretz, Bernard.)

M. *Janssen* adresse de Vienne une note écrite en allemand, et relative au concours pour le prix du *legs Bréant*.

M. *Gerdy* prie l'Académie de vouloir bien le considérer comme l'un des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie par suite du décès de M. *Lallemand*. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les neuf pièces suivantes : *a*. Rapport final de M. *Jolly*, médecin cantonal de Port-sur-Saône (Haute-Saône), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Villers-sur-Port. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Rapport final de M. le docteur *Bolut*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Dôle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Rochefort depuis le 15 juillet 1853 jusqu'au 1er novembre suivant. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Compte rendu des épidémies qui se sont déclarées dans le département de la Haute-Vienne en 1854, adressé par le préfet de ce département. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Demande d'avis au sujet d'une autorisation sollicitée par le sieur *Bouloumié* pour exploiter deux sources d'eaux minérales dont il est propriétaire, l'une dans la commune de Vittal, et l'autre dans celle de Mondrés (Vosges). (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. Mémoire dans lequel M. le docteur *Nivet*, médecin-inspecteur des eaux minérales de Royat, a consigné ses observations sur lesdites eaux. (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. Demande d'autorisation pour continuer l'exploitation d'une fabrique d'eaux minérales à Lyon, par MM. *Chabrand* et *Pic*. (*Commission des eaux minérales.*) — *g*. Rapport de M. le docteur *Villaret*, médecin principal de l'hôpital militaire thermal de Bourbonne, sur le service de cet établissement pendant les années 1853 et 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *h, i*. Spécifiques contre le choléra, par M. *Dutouquet*, pharmacien à Rochefort-sur-mer, et M. *Lustrou*, pharmacien à Montélimart. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le docteur *Mistler*, médecin-inspecteur des bains de Chatenois, adresse l'état statistique de ces eaux thermales pour l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*)

3. Lettre de remerciements de M. le docteur *Jacquez*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône), au sujet de la médaille d'argent qui lui a été décernée par l'Académie, dans sa séance annuelle de décembre 1853.

4. Notice sur les eaux de Néris, adressée par M. le docteur *Richond des Brus*, médecin-inspecteur de ces eaux et membre correspondant de l'Académie de médecine. (*Commission des eaux minérales.*)

5. Note de M. le docteur *Boinet* sur les applications locales de la teinture d'iode iodurée pour obtenir l'avortement des pustules varioliques et la curation des vaginites aiguës et chroniques, virulentes, spécifiques ou non, des blennorrhagies, des ophthalmies, des ulcérations de la bouche et du pharynx, des érysipèles, et, en général, des inflammations superficielles de la peau et des muqueuses. (*Commission de vaccine.*)

6. M. *Charrière* fils adresse le modèle d'un nouveau mode d'action pour régler le volume des pistons de toutes espèces de pompes aspirantes ou foulantes appliquées aux divers usages de la médecine et de l'hygiène, fabriqué d'après les idées de M. le docteur *Félix Hatin*. (*Comm. :* M. H. Larrey.)

7. M. *Mathieu*, fabricant d'instruments de chirurgie, soumet à l'appréciation de l'Académie un nouveau modèle de trocart à poinçon mobile. (*Comm. :* MM. H. Larrey et Malgaigne.)

8. Mémoire pour les prix de l'Académie.

M. *le président* annonce à l'Académie qu'elle vient de perdre deux de ses membres résidents, M. *Jadelot* et M. *Bouley* jeune.

Lectures et Mémoires.

Formation de l'émail des dents. — M. *Cazeaux* lit, au nom de M. *Oudet*, un mémoire sur la formation de l'émail dentaire.

Variole. — *Remarques sur le mémoire de M. Piorry*. — M. *Bousquet :* Quelque attention que j'aie donnée au mémoire de M. Piorry sur la variole, je ne me suis pas cru en état d'en parler avant de l'avoir lu; et maintenant que je l'ai lu, je ne pourrais dire ce que j'en pense sans entrer dans les doctrines de l'auteur. Je serai court.

En physiologie, nul n'est plus spiritualiste que M. Piorry; en pathologie, nul n'est plus matérialiste.

Spiritualiste au point qu'il fait tout venir de l'âme, non-seulement la pensée, mais la vie et les organes eux-mêmes : « L'âme, dit-il, est le point de départ de l'organisation (ce sont ses paroles); et c'est l'influence de l'âme qui détermine ces phénomènes qu'on a coutume de rapporter au principe vital. » Stahl n'aurait pas mieux dit.

En pathologie, ce n'est plus cela; la transformation est complète : M. Piorry n'admet, ne voit que des organes. Médicalement parlant, il n'y a que des organes, je le crois; mais je crois aussi que ces organes sont pénétrés d'une force qui les anime et les fait vivants. Or, sauf les lésions purement mécaniques, c'est en tant que vivants qu'ils sont malades; de sorte qu'en définitive toute maladie commence par la cause même de la vie. Ce sera, si l'on veut, l'organisation elle-même dans ce qu'elle a de plus fin et de plus délié, et à la fois de plus intime et de plus mystérieux.

Broussais lui-même, malgré ses tendances matérialistes et ses engagements, Broussais n'a pu s'empêcher de protester contre cette philosophie grossière et bornée qui s'arrête à la surface des choses, et se persuade qu'il n'y a rien au delà, parce que les sens ne lui découvrent rien. Écoutez ses paroles, elles sont assez remarquables :

« On demande trop à l'anatomie pathologique, s'écrie-t-il; l'observa- » tion de la vie vient avant elle, se passe d'elle le plus souvent pour le » bonheur de l'humanité, et supplée, dans tous les cas, à ce qu'elle ne » peut donner. Eh quoi! il n'y aurait d'autres maladies que celles qui dé- » pendent de la détérioration des organes, et les phénomènes qui prépa- » rent et amènent ces détériorations ne seraient que des ombres fugitives! » Les médecins qui ne vivent pas au milieu des morts, dans les hôpitaux, » seraient condamnés à passer leur vie au milieu des chimères! Singu- » lière doctrine, que celle de ne vouloir reconnaître les maladies que par- » venues au degré où on les trouve dans les cadavres! Non, non, la vraie » maladie est dans l'action morbide qui a produit cette altération. »

Ainsi, de l'aveu de Broussais, de l'aveu même de M. Bouillaud, son glorieux disciple, les maladies ont leurs racines dans l'action vitale. L'œil de l'ob-

servateur n'assiste pas à leur naissance : il ne commence à les voir que quand elles ont franchi le seuil du sanctuaire ; et l'anatomie pathologique, si fière, si satisfaite d'elle-même, n'en saisit en réalité que les derniers termes, et pour ainsi dire les restes. L'ignorance où nous laisse la physiologie sur les principes de la vie et de la santé s'étend nécessairement aux troubles qu'elles éprouvent dans les maladies. L'énigme se continue. Avec ces réserves, je consens à dire que les maladies intéressant l'organisation ne sont que des lésions de l'organisation ; mais cette lésion n'est pas tout. Il y a des maladies, comme celles qui naissent de germes, la syphilis, la rage, la morve, la rougeole, la variole, la vaccine, etc., comme les maladies de provenance venimeuse, les empoisonnements, il y a, dis-je, des maladies qui ont, en quelque sorte, un corps, un ferment. La cause pénètre dans l'économie et en prend si bien possession qu'elle ne la quitte qu'après avoir reproduit les germes qui en assurent la reproduction et la perpétuité, ou tout au moins après avoir épuisé sa fureur.

Ces vérités sont vulgaires en pathologie ; M. Piorry les connaît aussi bien que qui que ce soit, mais il se dérobe aux conséquences. Sous prétexte que les maladies intéressent l'organisation, il n'admet pas de maladies : il ne voit que des malades ; et, suivez son raisonnement, dans les malades il ne recherche que des organes souffrants sur lesquels il prend son point d'appui pour former cette fameuse nomenclature que vous connaissez ou que vous ne connaissez pas, et dont je dirai un mot en finissant.

Je ne veux pas faire une mauvaise guerre à M. Piorry ; il est trop évident que, s'il y a des malades, il y a des maladies ; mais il faut pardonner quelque chose à l'enthousiasme d'un inventeur. Revenu à lui-même, le premier usage qu'il fait de sa raison est de calomnier les nosologistes. A l'entendre, tout en eux est confusion, ils copient la nature sans la comprendre, ils relèvent des symptômes, et ne voient rien au delà ; et, ce qui est bien pis, ils donnent ces collections de symptômes comme des unités morbides. Pour comprendre toute la portée de ce reproche, il faut savoir qu'aux yeux de M. Piorry, il n'est pas de maladie, si simple qu'elle paraisse, qui ne réunisse plusieurs états pathologiques. Ces états sont aux malades ce qu'en chimie les éléments sont aux corps, ce que les syllabes sont aux mots.

L'art de décomposer les maladies, d'en séparer les éléments constitutifs, voilà pour M. Piorry le nœud, la clef de toute bonne médecine. Cet art, il l'aurait créé, s'il ne l'avait trouvé dans la Faculté de médecine de Montpellier, à laquelle il l'a pris. Il est, du reste, juste de dire qu'il ne dissimule pas son larcin. Nous disons à notre tour qu'il a eu le mérite d'en comprendre l'excellence, et de le porter dans ses livres et dans son enseignement, avec les modifications qu'un esprit comme le sien imprime à tout ce qu'il touche.

Des esprits superstitieux, qui ne peuvent souffrir qu'on touche à l'objet de leur culte, ceux-là ne seront pas contents de M. Piorry. On dira qu'à force d'étendre la méthode il l'a un peu déviée ; qu'il a multiplié sans fin les états pathologiques ; qu'il confond quelquefois l'élément avec le symptôme ; qu'il se plaît trop dans les détails ; qu'il pousse l'analyse à l'excès ; que tout lui est un sujet d'indication : un peu plus ou un peu moins de sang, des gaz ou des matières dans l'intestin, de l'écume à la bouche, etc. Ce sont pour lui autant d'actes constitutifs des maladies, autant d'éléments à combattre.

A quoi j'ajoute qu'il ne suffit pas de distinguer les états pathologiques les uns des autres ; tous ne naissent pas à fois : il faut donc les classer, marquer le rang qu'ils tiennent entre eux et dans la composition des maladies. Tous ne présentent pas le même danger ; il faut en apprécier la force, l'influence et l'importance relative ; sans quoi la plus savante analyse n'est qu'un guide infidèle plus propre à égarer le praticien qu'à l'éclairer et à le conduire.

Telles sont, si je les ai bien comprises, les vues doctrinales de M. Piorry, et telle est la méthode dont il a fait l'application devant vous à l'étude de la petite vérole.

M. Piorry l'a choisie à dessein, pour mieux faire voir le triomphe de la méthode. S'il est une maladie spécifique, une maladie *sui generis*, comme on dit dans le langage de l'école, c'est assurément celle-là. A la différence de bien d'autres, elle ne reconnaît qu'une cause, cause active, puissante, que rien ne peut entraver, que rien ne peut suppléer. Et les effets en sont si bien liés, qu'ils se succèdent et s'enchaînent dans un ordre invariable et avec une constance telle qu'il est facile au médecin de les prévoir et de les annoncer à l'avance.

M. Piorry connaît cet enchaînement ; qui ne le connaît pas ? Mais peut-être n'en est-il pas assez frappé ; sa thérapeutique n'en tient pas assez compte ; elle n'en a pas vu toutes les conséquences.

La première chose à considérer dans le traitement des maladies, c'est la cause d'où elles sortent. Ici c'est un virus. Ce virus contient en lui-même toute la petite vérole, comme le gland contient le chêne ; si bien que, s'il était possible de l'atteindre et de le neutraliser, la petite vérole, étouffée à sa source, ne laisserait rien paraître d'elle-même. Malheureusement, ce neutralisant, s'il existe, n'est pas connu, et, quand il le serait, nous n'en pourrions pas faire usage. Comment atteindre un miasme qui se dérobe à tous les sens ? Le malade lui-même le reçoit sans en être averti, et il le porte dans ses chairs qu'il ne sait pas encore le danger qui le menace.

Cependant le miasme absorbé porte l'infection dans toute l'économie ; c'est le second temps de la petite vérole. Et cette infection est encore irrésistible, rien ne peut ni la prévenir ni l'atténuer L'art n'a rien à lui opposer, si ce n'est ces moyens généraux que prescrit le plus simple bon sens. Parce que la vaccine prévient la variole à venir, on a cru qu'elle adoucirait la variole naissante ; l'essai en a été fait, et le résultat a prouvé qu'on se faisait une fausse idée de la vaccine.

Il est triste sans doute d'avouer notre impuissance contre les deux principaux éléments de la variole ; mais il serait plus triste encore de la dissimuler et de se payer d'illusions. Nous sommes d'ailleurs en famille, et nous pouvons dire à huis clos ce qu'il faut taire partout ailleurs.

Passons à l'éruption. Ce n'est pas ce qu'il y a de plus essentiel dans la composition de la variole ; mais elle en est le caractère le plus clair. C'est dans les pustules que se réfugie ou plutôt que s'élabore le virus destiné à le reproduire ; ce que le fruit est à l'arbre, l'éruption l'est à la variole.

Dans l'ordre chronologique, l'éruption n'occupe que le troisième rang ; elle n'en a pas moins une grande importance thérapeutique ; elle donne, en général, la mesure du danger.

Chirac avait conçu la folle pensée de l'empêcher de naître à force de saignées ; d'autres avaient mis leur espoir dans les purgatifs, d'autres dans les mercuriaux. Tout a échoué, et, pour moi, je doute que quand la nature prépare une variole confluente, il soit au pouvoir de l'art de la transformer en variole discrète.

Refouler l'éruption en masse à sa naissance serait sans doute moins présomptueux, mais non pas plus facile ; et, en eût-on le moyen, la prudence défendrait de l'employer. Cependant ce qu'on ne peut pas faire contre toute l'éruption, on peut le faire partiellement. De nos jours on paraît mettre un grand prix à préserver le visage, soit pour lui conserver la régularité des traits, soit pour empêcher l'inflammation de se propager au cerveau.

Le hasard a mis la science sur la voie. Qui ne connaît pas le fait rapporté par Baillou ? Il était oublié comme tant d'autres ; l'esprit de recherches l'a retrouvé, et la science l'a mis à profit. Seulement, par une curiosité naturelle, elle a voulu savoir si le mercure était pour quelque chose dans le résultat, ou si l'emplâtre de Vigo, *cum mercurio*, n'agit que mécaniquement en privant la partie qu'il recouvre du contact de l'air. Je crois, pour mon compte, qu'il agit de l'une et de l'autre façon ; je crois que la privation de l'air vient en aide aux propriétés du mercure. Sans savoir que j'avais été prévenu, j'ai dit souvent qu'il en était de la variole comme des plantes et des fleurs : elle prospère, elle fleurit au grand air et au soleil, elle s'étiole et se fane à l'ombre et dans l'obscurité.

M. Serres a fait à cet égard comme à tant d'autres les expériences les plus curieuses. En 1818 et 1819, il soupçonnait déjà l'influence de la chaleur et de la lumière sur l'éruption ; il fit déplacer tous ses varioleux et les relégua dans les salles les plus basses de l'hôpital de la Pitié. Le résultat de l'expérience ne se fit pas longtemps attendre. Dès ce moment on vit les varioles les plus confluentes s'amortir et la mortalité diminuer.

Quelque temps après, l'administration des hôpitaux ayant ordonné de tirer les varioleux de ces espèces de souterrains et de les placer dans des salles hautes, bien éclairées et bien aérées, la variole reprit toutes ses allures avec tous ses dangers.

Que dirai-je de la cautérisation ? C'est un moyen du même ordre que les topiques, quoique plus difficile à manier. Elle n'est bonne que contre les pustules isolées des paupières ou du pourtour de quelques ouvertures. M. Piorry s'en est encore servi contre les pustules qui viennent parfois dans le pharynx, ce qui est peut-être assez inutile. Elles gênent, dit-on, la déglutition : les eschares la faciliteront-elles ? Gêne pour gêne, douleur pour douleur, on se soumet plus volontiers à celle que la nature nous envoie qu'à celle que le médecin nous apporte. Ajoutez qu'à la chute des croûtes vous aurez des plaies au vif qui ne pourront que prolonger le supplice des malades.

A l'égard des pustules qui naissent dans le larynx et dans la trachée, presque à sa première bifurcation, le cas est autrement grave. M. Piorry y a pensé mûrement. Le moyen même qu'il nous propose est un aveu déguisé de son impuissance. Ce moyen, c'est la trachéotomie. Inutile de dire qu'il n'y a recours que dans ces moments suprêmes, où le malade aux abois est menacé d'asphyxie. Mais alors même je doute qu'il se trouve un chirurgien assez hardi pour partager une si grande responsabilité. M. Piorry a fait l'expérience, et il nous le confie avec un abandon qui l'honore. MM. Bérard et Sanson lui ont refusé leur concours. M. Piorry a pu le regretter ; mais quand son esprit a conçu une opération qu'il croit utile, il a une main pour l'exécuter. Il opéra donc sa malade ; trente-six heures après elle n'était plus. Si ce revers n'a pu le faire changer, il n'est pas fait non plus pour lui rallier les mécréants.

Mais de ce que l'art n'est pas tout-puissant contre la variole, il ne faut pas dire qu'il n'y peut rien. Une saignée faite à propos quand la réaction est trop vive, un émétique quand l'éruption a de la peine à se faire jour, des boissons tempérantes, de l'air, de la fraîcheur, peu de lumière autour des malades, voilà des moyens que la raison avoue, que l'expérience conseille.

Le traitement le plus simple est souvent le meilleur. Écoutez à ce propos le glorieux disciple de Boerhaave. « Une femme respectable, dit-il, a laissé dans les archives de sa famille un manuscrit avec lequel elle apprend à la postérité qu'elle a eu le malheur de perdre plusieurs enfants de la petite vérole en les choyant et en les droguant. Cependant elle avait remarqué que les enfants des paysans de son voisinage s'en tiraient presque tous heureusement sans beaucoup de soins ni de médicaments. Instruite par cette expérience, elle résolut d'agir de même envers ceux qui lui restaient. En effet, lorsqu'ils furent pris de la petite vérole, elle ne leur donna d'autre boisson que du lait coupé, de l'orge cuite dans du petit lait, et de temps en temps une pomme cuite. Du reste, elle ne les exposait ni au froid ni au chaud, et ne les tenait pas plus couverts, soit la nuit, soit le jour, que dans l'état de santé. Cette méthode, aussi simple que sage, réussit à souhait. » Cette dame, ajoute Van-Swieten, a laissé cette espèce de testament hippocratique à sa famille, qui depuis l'a toujours exécuté à la lettre et s'en est bien trouvée.

Boerhaave et Van-Swieten avaient bien compris que la médecine resterait impuissante contre la petite vérole tant qu'elle n'aurait pas un spécifique; ils l'ont cherché longuement ; leurs recherches n'ont rien produit.

A défaut de spécifique, les grands praticiens de tous les temps, depuis Sydenham jusqu'à Hildenbrand et Frank, ont demandé les indications de la variole à la constitution régnante. Si elle était inflammatoire, ils saignaient, quoique avec réserve ; si elle était bilieuse, ils faisaient vomir. De l'éruption ils ne s'en occupaient pas. On peut tout exagérer, dit Sydenham, excepté l'influence des constitutions médicales ; et Stoll répète en vingt endroits de son *Ratio medendi* que, hors de ces principes, il n'y a pas de médecine.

Ils avaient si bien réussi ces principes, à de Haen, qu'il s'autorisait de ses succès pour repousser l'inoculation elle-même. M. Piorry vante aussi les siens qui le soutiennent et le consolent, les siens, dis-je, car je ne veux pas le troubler dans le témoignage de sa conscience et lui ôter la douce satisfaction qu'ils lui font éprouver. Mais qu'il est malaisé, dans une maladie comme la variole, de mettre un prix aux efforts du médecin sans se rendre injuste envers la nature ! Vous allez le comprendre. Si la nature ne la guérissait jamais, rien au contraire ne serait plus facile, mais suivez notre raisonnement : d'une part, le médecin ne peut rien sans l'aide de la nature, et de l'autre, la nature n'a guère besoin de secours étranger; elle se suffit le plus souvent à elle-même. Et comme elle agit, comme elle opère toujours en même temps que nos remèdes, il y a presque toujours doute si le soulagement vient des remèdes employés ou de cette bonne nature, si bien qualifiée par Broussais du nom de *providence intérieure*. Cependant, à juger des vertus des médicaments sur les guérisons qu'on leur attribue, ils sont tous excellents ; mais poursuivez, répétez les expériences, et vous verrez ces mêmes vertus s'évanouir peu à peu, jusqu'à ce qu'enfin il n'en reste rien. Il n'y a que la nature qui ne se dément pas.

Je livre ces réflexions à M. Piorry, et lui demande la permission de dire un mot de sa nomenclature. M. Piorry a tant d'idées qu'il n'y a pas lieu de s'étonner si elles ne sont pas toutes également heureuses. Un jour, jour néfaste, il lui vient dans l'esprit de répudier la langue médicale et d'en composer une autre. Il se dit : les maladies intéressent les organes ; c'est donc aux organes qu'il en faut demander les dénominations.

Je vous entends ; mais imposer aux maladies les noms des organes qu'elles affectent implique nécessairement qu'on connaît ces organes. Pour peu qu'il y eût d'incertitude, ce système ne serait plus applicable. A cet égard, la médecine est donc arrivée à la perfection ; car supposez qu'il lui reste encore quelques nuages à dissiper, quelques difficultés à éclaircir, supposez enfin qu'il y ait quelque progrès à faire, et un moment viendra où il faudra changer les noms à mesure de ces progrès, puisque la nomenclature ne répondra plus à l'état de la science, et ainsi de suite presque à l'infini. Aussi de très bons esprits ont-ils pensé que, dans une science aussi susceptible de variations que la médecine, les mots en circulation, les mots de convention, dont le sens étymologique ne rappelle rien de l'objet qu'ils désignent, étaient incomparablement les meilleurs.

Avant d'aller plus loin, permettez-moi de vous faire une question. N'avez-vous éprouvé aucun embarras à classer tous ces nombreux états organo-pathologiques dont vous avez inondé la médecine? Êtes-vous bien sûr que la place que vous leur assignez est celle qu'ils occupent dans l'économie? Où mettez-vous, je vous prie, la chlorose, l'hystérie, l'hypochondrie, l'épilepsie? Où mettez-vous encore la fièvre typhoïde, la scrofule, la syphilis, la variole, la fièvre intermittente et tant d'autres? Je connais votre réponse ; je sais que quand l'anatomie se tait, votre imagination y supplée, et que vous nous donnez hardiment vos suppositions pour des réalités ; de sorte que, sous couleur de changer les mots, vous changez aussi les choses. Je crois même que votre secret vous est échappé. N'avez-vous pas dit quelque part qu'il y a toute une doctrine sous votre nomenclature ?

J'ai eu sous les yeux et j'ai parcouru le troisième volume du *Traité de médecine pratique*. On y traite du sang, ou plutôt des maladies du sang. C'est là que l'on trouve le scorbut, l'asphyxie, la fièvre inflammatoire, la fièvre typhoïde, la fièvre hectique, la fièvre urineuse, la fièvre jaune, la syphilis, la morve, la variole, la rougeole et les autres fièvres éruptives ; quoi encore ? la jaunisse, les cachexies, etc., etc. Ce catalogue est long, comme on voit, et je ne dis pas tout. Quelque long qu'il soit, je suis étonné qu'il ne le soit pas encore davantage ; car si l'on excepte les lésions traumatiques, je n'imagine pas de maladie où le sang ne subisse quelque altération, quelque changement. Il en est du système sanguin comme du système nerveux, on peut y mettre toutes les maladies.

Et, comme dans la doctrine des états organo-pathologiques, il n'est pas une seule maladie simple, une seule maladie formée d'un seul élément, il en résulte qu'il n'est pas une maladie qui n'intéresse plusieurs organes. Ainsi, la fièvre typhoïde, que je viens de citer, n'est pas seulement dans le sang, elle est un peu partout. Outre la *septicémie*, il y a la *panhypémie*, l'*entérite*, la *pneumonémie hypostatique*, l'*hypoxémie par angiairaphrosie* ou *par épidiaphratopie*, la *cystécrasie*, la *parotidite*, etc.

Encore un exemple, si vous le permettez ; je choisis, pour vous plaire, la fièvre intermittente. Vous la faites venir du gonflement de la rate, et vour l'appelez *splénomacrosie*. Mais, premièrement, ce gonflement n'est pas venu tout seul ; il est lui-même un effet de l'introduction d'un miasme qui a pénétré dans le sang. Ainsi, la fièvre intermittente sera tout à la fois une altération du sang et une altération de la rate, c'est-à-dire, dans votre langage, une *hémosplénomacrosie*.

Mais vous convenez, d'autre part, qu'il y a des fièvres intermittentes non paludéennes, sans miasme, sans empoisonnement du sang ; vous avouez encore, je crois, qu'il y a des fièvres intermittentes sans enflure de la rate ; de sorte que la fièvre intermittente est tantôt une *hémosplénomacrosie*, tantôt une *splénomacrosie*, seulement, et tantôt, elle n'est rien de tout cela. Que ne dites-vous la fièvre intermittente ?

Mais, quand même toutes vos idées seraient aussi justes que vous le croyez, quand même il n'y aurait nulle incertitude sur le siége des maladies ; pourquoi changer des noms connus et acceptés du monde scientifique ? Qui êtes-vous donc, pour imposer votre langue ? Tant d'autres ont péri à la tâche, que je m'étonne que leur exemple ne vous ait pas arrêté. Que sont devenues les nomenclatures de Baumès, de Pinel, d'Alibert, de Brown et de Broussais lui-même ? Qui pourrait dire tout le mal qu'ont fait les dénominations de sthénie, d'asthénie, de fièvre adynamique, de gastro-entérite ? Mais il en est de certains esprits comme des joueurs : la vue du péril ne peut que les animer, et chacun s'y précipite sur la foi de son étoile. Je sais bien qu'il y a plus d'une manière d'être utile, et que le dédommagement à tomber dans un écueil est de sauver les autres du naufrage. Mais j'ai peine à croire que M. Piorry n'aspire qu'à cette gloire.

Dans sa manie de réforme, il n'épargne, il ne ménage aucun nom : il ne nous est plus permis de parler de variole, de virus varioleux, on dira désormais *variodermite*, *variose*, et le vaccin s'appellera *boysiose*.

Je m'arrête dans ces citations, car je ne veux pas profiter de tous mes avantages. Tout ce qu'on peut dire sur les vices de la langue usuelle, de la langue commune, je l'admets ; et pourtant je dis qu'il faut la conserver parce qu'il y a encore plus d'inconvénients à la changer. Ne voyez-vous pas que si vous ouvrez cette voie, vous n'en finirez pas et vous tomberez dans la confusion des langues, la pire de toutes ? Quelques mots que vous choisissiez, quelque bien déduits qu'ils soient, ils ne pourront tenir lieu d'une description. Mais vous voudriez au moins me rappeler un trait de la maladie, et l'organe qu'elle affecte. Je n'ai nul besoin de ce secours, gardez-le pour vous, je vous remercie. Le nom, le simple nom d'une maladie, quel qu'il soit, me rappelle naturellement tout ce qui est de cette maladie. Qu'on me parle de scorbut, de croup, de pneumonie, d'hépatite, d'ictère, etc., à peine ces sons ont-ils frappé mon oreille qu'ils réveillent dans mon esprit, non-seulement le siége, mais les causes, les symptômes, la marche, le traitement, tout ce qui compose enfin la connaissance de ces maladies ; de même que, dans le langage vulgaire, les mots portent à mon esprit les qualités et les usages des choses qu'ils expriment.

M. Piorry a cru servir la science, c'est là son excuse ; il a cru améliorer la langue, il l'a corrompue ; il veut répandre des idées doctrinales, et il s'isole de plus en plus. Comment ne le voit-il pas? C'est parce qu'il est étranger parmi nous ; s'il nous parle, il est obligé de se traduire pour se faire comprendre. Personne ne se rapproche de lui, sauf peut-être quelques élèves intéressés à le flatter et à lui plaire. Il n'y a pas de mérite à faire des mots nouveaux, il y en a bien plus à faire un bon usage des mots anciens. L'imperfection même d'une langue n'est pas une raison d'y

toucher; c'est Voltaire qui l'a dit. Réservez les noms nouveaux pour les idées nouvelles. Hors de là, conformez-vous à l'usage, votre maître et le mien, et laissez, laissez ce détestable néologisme qui, s'il pouvait se répandre, rendrait inutiles les livres des plus grands maîtres.

M. *Piorry* se fût attendu à plus de bienveillance de la part de M. Bousquet; il voit que son honorable collègue est très monté contre le néologisme et l'école de Paris. La nomenclature médicale ne paraît pas cependant aussi tombée que M. Bousquet a voulu le faire entendre. Il faut d'ailleurs du temps et du sang-froid pour répondre à des arguments aussi graves que ceux qui viennent d'être produits, et M. Piorry demande le renvoi de la discussion à la prochaine séance.

Le renvoi est prononcé.

VARICOCÈLE. — *Nouveau mode opératoire.* — M. *Chassaignac*, chirurgien de l'hôpital de la Riboisière, donne lecture d'un nouveau procédé pour la cure du varicocèle, qu'il désigne sous le nom de méthode par écrasement linéaire. Il présente à l'Académie un jeune homme opéré avec succès par cette nouvelle méthode.

Pessaires de caoutchouc à réservoir d'air. — M. *Durand-Fardel* présente, au nom de M. le docteur *Gillebert-d'Hercourt*, des pessaires de caoutchouc vulcanisé provenant d'expériences entreprises sur le cadavre. Ces pessaires ont été introduits dans le vagin et insufflés sur place, puis remplis de plâtre fraîchement gâché et laissés en place jusqu'à solidification. Il résulte de ces expériences que ces pessaires ne conservent pas leur forme, et ne la communiquent point aux organes avec lesquels ils se trouvent en contact; ils prennent au contraire la forme de ces organes. Leur plus grand développement se fait dans le sens antéro-postérieur, et ils ne peuvent venir arc-bouter contre les parois du bassin. (*Commission nommée.*)

Injections de vapeurs de chloroforme dans l'oreille moyenne.—M. *Bonnafont* présente à l'Académie un appareil destiné à injecter dans l'oreille moyenne des vapeurs de chloroforme. Cet appareil se compose d'un cathéter que l'on introduit jusque dans la trompe d'Eustache, et qui se relie à une pompe foulante, agissant dans un corps de pompe saturé de chloroforme en vapeurs.

La séance est levée à cinq heures.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 3 JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Des lettres de MM. *Bellety* et *Livois*, demandant à échanger leur titre de titulaire en celui de correspondant ; de M. *Paul Blondeau*, pharmacien à Paris, demandant le titre de titulaire ; de MM. les docteurs *Subervie*, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre, et *Penissat*, médecin-inspecteur des eaux de Châteauneuf, de M. *Bonjean*, pharmacien à Chambéry (en Savoie), avec demande du titre de correspondant.

Ouvrages offerts à la Société :

Diverses publications relatives à l'*analyse des eaux d'Aix, de Challes et de Marlioz* (Savoie), par M. Bonjean.

Analyse des eaux d'Encausse (Haute-Garonne), par M. Filhol

Étude sur les eaux acidules de Foncaude (Hérault), par M. Bertin.

Analyse des eaux minérales d'Évaux (Creuse), par M. O. Henry.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'utérus.*

M. *de Puisaye :* Une remarque générale, applicable non-seulement aux eaux d'Enghien, que nous aurons surtout en vue, dans cette communication, mais encore à certaines autres eaux minérales, c'est que très souvent le traitement thermal que l'on croit diriger sur la maladie principale, fait tout d'abord sentir son influence sur une série d'organes lésés dans leurs fonctions, et dont la lésion dépend de la maladie elle-même ; en un mot, souvent la médication thermale ne s'adresse qu'aux symptômes, en laissant la maladie de côté; et d'autres fois, au contraire, elle atteint la maladie elle-même, et alors avec elle disparaît le cortége des symptômes concomitants.

Ainsi, pour ce qui regarde les eaux sulfureuses d'Enghien, celles-ci s'adressent tantôt à l'état général, tantôt à l'état local, et cette diversité d'action dépend de la forme, de l'intensité de la maladie, ainsi que de la constitution et du tempérament des malades.

Ceci posé, examinons l'influence des eaux d'Enghien dans certaines affections utérines.

Parmi les malades qui ont été soumises à mon observation, les unes étaient atteintes de simples lésions fonctionnelles de l'utérus, les autres de phlegmasies chroniques du corps ou du col, avec ou sans granulations, et accompagnées ou non de déplacement de l'organe.

Lorsque l'aménorrhée ou la dysménorrhée se trouvent liées à un état chloro-anémique, je me suis généralement bien trouvé des eaux d'Enghien employées intérieurement et extérieurement.

L'eau sulfureuse en boisson prise en petite quantité, et graduellement augmentée suivant la tolérance, remédie généralement aux symptômes dyspeptiques ou gastralgiques de la chlorose, que la médication tonique suivie précédemment et avec persévérance par les malades n'avait pu faire entièrement disparaître. Bien plus, lorsqu'il y a intolérance complète ou inefficacité totale de ces deux médications, l'eau sulfureuse a pour but de rappeler la tolérance, et rend sensibles les effets soit du fer, soit des toniques.

Les symptômes dyspeptiques ou gastralgiques disparus, les bains de courte durée et d'une température de 30 à 32 degrés centigrades, des douches sur les épaules, les membres inférieurs, m'ont rarement fait défaut pour rappeler ou pour régulariser l'époque menstruelle. Les douches étaient d'abord données tièdes, puis graduellement refroidies jusqu'à la température de 18 à 20 degrés centigrades.

Le même résultat a été obtenu dans les cas d'hémorrhagies passives que les astringents de toute espèce n'étaient pas parvenus à arrêter.

Dans ces circonstances, la médication sulfureuse n'a donc été employée que comme moyen adjuvant, car la médication ferrugineuse ou tonique a été administrée concurremment avec le traitement.

Autant, comme nous l'a dit M. de Laurès, on retire de l'emploi des eaux de Néris des résultats avantageux dans les cas de dysménorrhée douloureuse, autant les eaux d'Enghien sont nuisibles dans ce cas, car elles exaspèrent, sans profit pour les malades, les douleurs qu'elles éprouvent.

Aussi les eaux d'Enghien ne me paraissent applicables, dans les cas que je viens d'indiquer, que lorsque l'aménorrhée ou la dysménorrhée se trouvent liées à un état chlorotique ou chloro-anémique, avec prédominance des symptômes gastriques, et que l'on opère sur des sujets peu irritables.

Dans les catarrhes utérins chroniques qui existent non-seulement depuis des mois, mais depuis des années, et dont l'abondance de la sécrétion porte une atteinte grave à la constitution, entraîne la perversion des organes digestifs, et par suite un état d'anémie générale, les eaux d'Enghien rendent encore d'éminents services. Sous leur influence, les fonctions digestives reprennent leur énergie, et bientôt l'élément catarrhal, après avoir subi diverses modifications dans sa qualité et dans sa quantité, finit quelquefois par disparaître complétement.

On peut obtenir ces heureux résultats par le seul fait de l'administration de l'eau sulfureuse en boisson ; d'autres fois on est obligé d'y associer les bains mitigés, puis les bains purs, et enfin les injections. Mais généralement je ne suis pas partisan, dans ces cas, du traitement local, et je me range complétement de l'avis de notre confrère M. Gerdy, qui nous a dit avoir remarqué que le traitement général réussissait beaucoup mieux que le traitement local.

Dans les engorgements chroniques du col ou du corps de l'utérus, je n'ai obtenu des eaux d'Enghien que des résultats très incertains.

L'expérience m'a appris que l'emploi de ces eaux sous forme de bains ou d'injections est beaucoup plus nuisible qu'utile dans la grande majorité des cas ; que l'eau sulfureuse, portée ainsi directement sur les organes malades, déterminait une stimulation qui n'avait pas, comme dans l'état catarrhal proprement dit, l'heureux privilége d'amener à sa suite la résolution de la phlegmasie, mais qui, au contraire, l'aggravait considérablement, sans bénéfice pour la malade. Et cette remarque, d'une incontestable vérité pour le traitement purement local, peut s'appliquer, à quelques exceptions près, aux malades qui ne font usage que de l'eau en boisson.

La méthode dont j'ai retiré le plus d'avantages est celle qui appartient à M. Hervez de Chégoin, et qui consiste, dans les cas d'engorgements chroniques, à administrer des douches sur la portion du corps la plus éloignée de l'organe souffrant; d'agir, en un mot, d'une manière révulsive sur les épaules, les membres inférieurs, au moyen de douches d'une grande puissance. Ces douches, données d'abord à une température de 28 à 30 degrés centigrades, doivent être abaissées jusqu'à 14 ou 16 degrés ; elles sont d'abord à faible pression, puis peu à peu on en augmente progressivement la force.

A cet égard, je ne me fais pas l'illusion de croire que l'eau sulfureuse agisse ici par ses principes minéralisateurs, ou si elle agit, ce n'est qu'en

augmentant la stimulation produite sur la peau par une douche d'une grande puissance.

D'après ce court aperçu, vous voyez, messieurs, qu'en ce qui concerne l'emploi des eaux d'Enghien dans les affections utérines, il y a des indications à saisir et des contre-indications à éviter, si l'on veut obtenir des eaux sulfureuses un résultat efficace.

Ainsi, tantôt la médication sulfureuse porte toute son action sur l'état général, qui, amélioré, réagit avec avantage sur l'état local ; elle remplit dans ce cas le rôle d'un adjuvant utile, pourvu qu'elle soit sagement conduite et associée à l'emploi des autres agents thérapeutiques. Tantôt, au contraire, elle agit en exaspérant l'état local sans profit pour la malade, et il faut la rejeter complétement.

Je me résume en disant :

1° Que dans les cas d'aménorrhée, de dysménorrhée, d'hémorrhagies passives, d'état catarrhal, s'accompagnant de lésions profondes des fonctions générales comme celles qui résultent d'un état chlorotique ou chloro-anémique, on obtient des eaux d'Enghien d'excellents résultats, surtout lorsque ces eaux sont associées aux autres agents thérapeutiques spéciaux.

2° Que, dans les cas d'engorgement chronique du corps ou du col de l'utérus avec ou sans granulations, les eaux sulfureuses, tant à l'intérieur qu'employées directement contre l'état local, sont beaucoup plus nuisibles qu'utiles, et que la méthode qui a le mieux réussi entre mes mains est celle des douches révulsives sur les parties les plus éloignées du mal.

3° Enfin j'ajouterai que, dans les cas où les eaux d'Enghien sont le mieux indiquées, elles réussissent d'autant plus qu'elles s'adressent à des sujets d'une constitution lymphatique ou d'un tempérament scrofuleux.

M. *Durand-Fardel* : Il faut bien s'entendre d'abord sur ce que l'on a à demander aux eaux minérales dans le traitement des maladies de matrice dont il est ici question. Ce n'est pas une médication spéciale et propre à remplacer quelqu'une de celles que, tout imparfaites qu'elles sont, on emploie non sans succès contre ces maladies. C'est en quelque sorte une médication supplémentaire qui vient suppléer à ce que les autres peuvent avoir d'insuffisant, et faire ce qu'elles sont impropres à accomplir.

Vous avez dû remarquer, en effet, dans toutes les communications qui vous ont été adressées jusqu'ici, que les eaux minérales ne constituent habituellement que des médications générales, qu'elles ne prennent au traitement local qu'une part infiniment restreinte, et dans laquelle encore elles agissent par leur mode d'administration plus que par leur nature elle-même.

Ce qu'on voit ailleurs, on l'observe surtout à Vichy. Dès les débuts de ma pratique à Vichy, j'avais été frappé de ceci, que les faits dont nous nous occupons aujourd'hui pouvaient être séparés en deux catégories : dans la première, les eaux procuraient les résultats favorables qu'on en pouvait attendre ; tandis que, dans la seconde, leurs effets étaient nuls et presque toujours même nuisibles. Je n'ai pas tardé à reconnaître qu'à la première catégorie répondaient les cas dans lesquels la maladie utérine avait été modifiée déjà par un traitement approprié, et à la seconde les cas où aucun traitement n'avait encore été mis en usage.

Vous savez, messieurs, ce qui se passe dans les faits de ce genre. Si l'on est prévenu de bonne heure de l'existence d'une maladie utérine, et avant que la santé générale en ait subi d'atteinte, un traitement local suffit, en général, pour en débarrasser, et les eaux minérales n'ont rien à faire alors. Mais habituellement, par suite de l'incertitude du diagnostic ou de la répugnance des malades, ces sortes d'affections sont reconnues et surtout traitées tardivement. Alors la santé générale est altérée, et il en résulte des conditions constitutionnelles ou diathésiques dont l'existence fait échouer toutes les médications locales, et résiste d'une manière désespérante à la thérapeutique ordinaire. Si alors intervient une médication thermale indiquée, les changements que celle-ci apporte dans l'organisme rendent aux moyens directement opposés à l'altération utérine leur empire, et la guérison peut être obtenue.

Mais si l'utérus est encore vierge de tout traitement, l'état en quelque sorte permanent d'acuité que présente l'appareil utérin, surexcité par la médication thermale, réagit encore sur la santé générale ; de là une aggravation, sinon certaine, du moins très vraisemblable de la maladie. C'est au moins ce qui arrive souvent à Vichy, et d'une manière tellement prononcée quelquefois, que, dans plus d'un cas de dyspepsie avec chloro-anémie, dont le point de départ n'avait pas été saisi, j'ai pu reconnaître l'existence d'une affection utérine par le seul fait de l'aggravation des symptômes, sous l'influence du traitement thermal.

Cette médication reconstitutive, à laquelle aident singulièrement les sources ferrugineuses que Vichy possède, nous paraît la seule qui puisse être attribuée avec quelque raison aux eaux de Vichy. Aussi est-ce à un traitement général que nous devons surtout avoir recours. Les douches vaginales sont ordinairement plus nuisibles qu'utiles, et les simples injections ne paraissent pas avoir beaucoup d'efficacité. Cependant nous avons vu quelquefois les douches vulvaires, tièdes, un peu prolongées, calmer parfaitement le prurit le plus insupportable et le plus opiniâtre. Les douches lombaires elles-mêmes, malgré leur utilité dans certains cas, ne doivent être conseillées qu'avec beaucoup de réserve et de précautions.

C'est l'usage interne des eaux minérales, des sources ferrugineuses surtout, et des bains, qui constitue, à proprement parler, le traitement de ces maladies. Nous signalerons surtout les excellents résultats obtenus par les bains de piscine prolongés, résultats tellement frappants, comparés à ceux des bains de baignoire, qu'ils ont fait attribuer à tort une idée de spécificité à l'eau de l'*Hôpital*, qui seule alimente la piscine des dames.

Quant aux indications spéciales qui, dans la médication thermale, généralement indiquée, devront faire choisir les eaux de Vichy, nous les formulerons ainsi : prédominance de l'état dyspeptique et chloro-anémique.

Nous compléterons ces remarques en signalant des contre-indications non moins importantes à connaître : c'est un état névropathique général prononcé ou une irritabilité particulière de l'appareil utérin ; c'est spécialement l'hystérie, et surtout la préexistence d'accidents de névralgie de l'utérus ou de ses annexes. Nous avons vu trop souvent ces accidents s'exaspérer à Vichy, pour ne pas leur attribuer, dans le traitement des maladies utérines, la valeur de contre-indications formelles à l'emploi de ces eaux.

M. *V. Gerdy*, eu regard des observations faites par M. Durand-Fardel, appelle l'attention de la Société sur deux points importants qui lui semblent acquis par la discussion : la médication locale, en ce qui concerne les eaux minérales, offre peu de ressources dans le traitement des maladies de l'utérus ; la médication générale, au contraire, en présente beaucoup, et c'est surtout par rapport aux dispositions diathésiques, et comme méthode dérivative, qu'elle a le plus de succès. Encore doit-on distinguer entre les effets primitifs et les effets consécutifs. M. Gerdy a rarement observé des aggravations pendant le cours du traitement thermal. Il n'a point constaté l'influence, signalée par M. Durand-Fardel, de la part des traitements antérieurs. Il a vu, dans beaucoup de cas, des lésions graves heureusement modifiées, quoique aucune médication n'eût été tentée préalablement.

M. *Boullay* ajoute quelques remarques sur l'emploi de l'hydrothérapie au point de vue de l'état organique général, et insiste sur ce que les formes hystériques ne contre-indiquent pas cette médication. Les douches ascendantes froides, utiles surtout dans les engorgements du col avec ulcération, ont quelquefois l'inconvénient de provoquer un prurit désagréable, si elles sont courtes et fréquentes. Il faut essayer, à ce sujet, l'impressionnabilité de chaque malade.

M. *V. Gerdy* a vu des douches locales, administrées avec des eaux sulfureuses sur les parties affectées de prurit, exagérer ce symptôme, et déterminer même, dans quelques cas, de la nymphomanie.

La suite de la discussion est ajournée à la séance suivante.

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

Société médicale allemande de Paris.

EXTRAIT DES SÉANCES DE JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

DU STRABISME.

M. *Kittel*, médecin assistant de M. *Arlt*, professeur à Prague, communique à la Société quelques observations sur le strabisme. Nous en reproduisons les points principaux.

La doctrine du strabisme n'a été perfectionnée que par les oculistes modernes, qui en ont fait le sujet d'études sérieuses.

Le strabisme peut être produit par deux causes différentes :

1° Par la contraction anormale d'un muscle, strabisme par défaut de synergie, *strabismus* proprement dit ;

2° Par la paralysie d'un muscle, *luscitas*.

Il est important, pour le praticien et pour le physiologiste, de bien distinguer ces deux états pathologiques. Pour le premier, parce que le diagnostic bien établi lui indique le mode rationnel du traitement ; et, pour le second, parce que les phénomènes consécutifs à l'exagération de l'action d'un muscle diffèrent essentiellement de ceux qui se produisent lorsque l'action d'un muscle est supprimée totalement ou en partie.

Nous allons indiquer les symptômes qui distinguent ces deux états :

1° Dans le strabisme l'œil est attiré par le muscle malade ; dans la luscitas, au contraire, il est attiré par le muscle sain, parce que l'antagoniste paralysé n'agit plus.

2° Lorsque l'on couvre avec la main l'œil sain d'un individu atteint de strabisme, l'œil malade peut, non-seulement fixer un objet qu'on lui présente, mais encore en suivre tous les mouvements, en un mot, les mouvements de cet œil sont libres comme dans l'état normal, mais en même temps l'œil recouvert est tourné du côté vers lequel était attiré auparavant l'œil malade ; lorsque l'on couvre l'œil sain d'un individu atteint de luscitas, l'œil malade peut aussi parvenir à fixer un objet qu'on lui présente, mais, dans ce cas, l'œil recouvert est attiré du côté opposé à celui vers lequel était auparavant tourné l'œil malade, parce que les deux muscles de même nom sont plus fortement innervés.

3° Dans le strabisme les axes visuels se croisent, soit au-devant des yeux (strabisme convergent), soit derrière eux (strabisme divergent). L'angle formé par les axes est toujours le même, quels que soient les mouvements des yeux. Dans la luscitas, les axes optiques se croisent aussi, soit au-devant des yeux, soit derrière eux, mais l'angle qu'ils forment n'est pas constamment le même : lorsque les yeux se tournent du côté du muscle paralysé, l'angle formé par les axes optiques va en s'agrandissant s'il se trouve au-devant des yeux, et en diminuant s'il est placé derrière eux ; lorsque, au contraire, les yeux sont attirés du côté du muscle non malade, l'angle formé par les axes visuels revient à sa grandeur normale parce que les yeux reprennent leur position naturelle.

4° Dans le strabisme il y a vue double, quels que soient les mouvements des yeux, à moins que le malade ne parvienne à confondre les deux images en une seule ; dans la luscitas, il n'y a vue double que lorsque, dans un mouvement déterminé des yeux, l'œil malade ne vient pas à bout d'exécuter ce mouvement d'une manière complète, l'action du muscle malade n'y suffisant pas.

5° Dans le strabisme, la distance entre les deux images est constante dans un seul et même mouvement des yeux ; dans la luscitas, la distance entre les deux images deviendra d'autant plus grande que les mouvements de l'œil malade seront faibles par rapport à ceux de l'œil sain ; mais dès que l'antagoniste du muscle paralysé commence à agir, les deux images se rapprochent de plus en plus et se confondent en une seule lorsque les yeux reprennent leur position normale.

6° Dans le strabisme, le position des deux images varie d'après la direction des yeux : lorsqu'ils se tournent du côté du muscle malade, l'image de l'objet fixé finit par être projetée sur le côté opposé de la rétine, et les deux images se croisent, c'est-à-dire l'image droite appartient à l'œil gauche et l'image gauche à l'œil droit ; les yeux sont-ils attirés du côté du muscle sain, les images ne se croisent plus. Dans la luscitas, les images conservent toujours la même position.

7° Le début de la luscitas s'accompagne toujours de vertige, ce qui n'a pas lieu dans le strabisme.

Dieffenbach, s'inspirant des idées ingénieuses de Stromeyer, fut le premier qui pratiqua la section des muscles de l'œil. Bien des malades furent opérés, mais non guéris, parce que l'on opérait sans indications précises, et que l'on ne connaissait que d'une manière incomplète les rapports qui existent entre la membrane de Ténon et les muscles de l'œil. Bientôt l'opération tomba en défaveur, et ce n'est que dans ces derniers temps que le savant oculiste de Berlin, M. Graefe, l'a réhabilitée par les succès nombreux et éclatants qu'il a obtenus. M. Arlt a simplifié le procédé de M. Graefe. Actuellement on ne sépare pas d'une manière complète le muscle de la membrane de Ténon, même au risque de ne pas guérir le malade par une seule opération; lorsqu'on est ainsi parvenu à diminuer le strabisme, on cherche à atteindre la guérison complète par l'emploi de la louchette ou par la section du muscle de même nom de l'œil sain.

Dans ces derniers temps M. Graefe pratiqua aussi la section des muscles dans la luscitas. Il y a deux manières d'augmenter le quantum des mouvements d'un œil atteint de luscitas :

1° On fait la section de l'antagoniste du muscle paralysé, et on le rattache un peu plus en arrière ;

2° On fait la section du muscle paralysé, et on le rattache un peu plus en avant.

Lorsque la paralysie d'un muscle n'est pas parvenue à un degré trop élevé on peut, pour en obtenir la guérison, employer une gymnastique rationnelle de l'œil. A cet effet on emploie les prismes de verre proposés par Donders, que M. Graefe a introduits dans la pratique. Ce mode de traitement est basé, tant sur l'antipathie des malades pour la vue double que sur le fait, démontré par l'expérience, qu'un muscle parétique peut être ramené à son état normal par une alternation convenable d'activité et de repos ; le repos absolu ou une activité excessive ne font qu'aggraver le mal.

Lorsqu'un individu non atteint de strabisme ou de luscitas arme l'un de ses yeux d'un prisme de verre, et fixe ensuite un objet avec ses deux yeux, il voit double, parce que les rayons de l'objet fixé sont déviés vers la base du prisme, et que, par conséquent, l'image de l'objet ne tombe pas sur des points identiques de la rétine ; mais bientôt les deux images se rapprochent de plus en plus et finissent par se confondre en une seule, alors l'œil armé du prisme louche. Cet œil louche évidemment afin de faire tomber l'image de l'objet sur des points identiques de la rétine. Si l'on avait un œil continuellement armé d'un prisme, le muscle qui attire cet œil afin de confondre les images finirait par l'emporter d'une manière constante sur son antagoniste, et l'on produirait de cette manière le strabisme.

Un muscle parétique s'efforce aussi de confondre en une seule les deux images, lorsqu'elles sont voisines l'une de l'autre ; sous l'influence de la volonté, l'innervation devient telle qu'il attire l'œil au point de rendre la vue simple ; mais si les deux images sont plus éloignées l'une de l'autre, un muscle parétique ne parvient pas à les réunir en une seule, il ne fait que les rapprocher. Pour qu'il puisse les réunir tout à fait, il faut recourir à l'emploi des prismes ; dès qu'au moyen du prisme elles se sont plus rapprochées l'une de l'autre, l'action du muscle suffit pour opérer leur réunion complète.

De cette manière le praticien possède un moyen précieux de ramener, par l'exercice, un muscle malade à son état normal. Dans le commencement du traitement on emploie un prisme qui, l'objet fixé étant à une distance déterminée de l'œil, ne fait que rapprocher les deux images d'une manière considérable sans les réunir complétement, la contraction du muscle devant produire ce dernier effet. Le malade s'exerce tous les jours jusqu'à ce qu'il soit parvenu à voir l'objet simple, le prisme et la distance de l'objet fixé étant toujours les mêmes ; lorsque l'on a atteint ce but, on lui donne un prisme plus faible d'un degré, avec lequel il recommence à s'exercer, et l'on continue ainsi d'une manière méthodique jusqu'à ce que l'état du muscle se soit amélioré. Dans beaucoup de cas on obtient une guérison complète.

Dans le commencement du traitement il est important d'employer des prismes qui rapprochent considérablement les deux images ; dans le cas contraire, la contraction du muscle pourrait bien suffire pour les réunir en une seule, mais le muscle se fatiguerait trop et perdrait entièrement sa contractilité, de sorte qu'on ne produirait qu'une paralysie plus complète.

Les rayons étant déviés vers la base du prisme, la manière de se servir de cet instrument dépend donc de la manière dont l'œil est dévié.

Dr A. Martin.

Société de médecine de Paris.

SÉANCES DES 5 ET 19 JANVIER. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

M. *Brierre de Boismont*, président sortant, cède le fauteuil à M. *Géry*.

M. *Géry*, au nom de la Société, vote des remerciements au bureau sortant, et donne la parole à M. le secrétaire général.

Correspondance. — M. *Bois de Loury* donne connaissance de la correspondance, qui comprend :

1° Un bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris ;

2° Une lettre de M. le docteur *Uzac*, qui sollicite le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de sa candidature sa thèse inaugurale ayant pour sujet : *De la chlorose chez l'homme;*

3° Une lettre du docteur *Chausit*, qui sollicite le titre de membre résident et demande, à l'appui de sa candidature, à faire une lecture à la Société ; en outre, il adresse un volume in-8, *Traité élémentaire des maladies de la peau.* M. *Bourguignon* est chargé de rendre compte de ce travail.

M. le secrétaire général fait part à la Société de la réception officielle des membres du bureau par M. le préfet de la Seine, de l'accueil bienveillant qu'ils en ont reçu, et de l'assurance qu'il leur a donnée du vif intérêt qu'il portait à la Société de médecine de Paris.

Il donne lecture de deux lettres de MM. *Roche* et *Guibourt*, demandant à devenir membres honoraires.

Les deux demandes sont accordées.

Il annonce ensuite à la Société la perte douloureuse qu'elle a faite d'un de ses membres les plus distingués, M. le professeur *Requin*. Il regrette de n'avoir pas été averti à temps pour convoquer une députation de la Société à ses obsèques, et s'y faire l'interprète des sentiments douloureux de ses collègues.

La Société procède à l'élection de trois membres qui devront former, avec le secrétaire général, le comité de publication pour l'année 1855. Sont élus, MM. *Camus*, *Bourguignon*, *Boinet*.

M. *le président* donne la parole à M. le docteur *Chausit*, qui lit un mémoire ayant pour titre : *Considérations pratiques sur le molluscum.*

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de M. Bourguignon.

M. *Leroy* (d'Étiolles) donne lecture d'un mémoire sur les maladies cancéreuses dont les conclusions sont les suivantes :

1° La transformation d'une altération de tissu, primitivement bénigne, en cancer ou dégénérescence cancéreuse, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement.

2° La plupart des maladies cancéreuses ont dès l'origine les caractères qui leur sont particuliers.

3° Il n'est pas suffisamment démontré que le cancer primitivement localisé donne lieu, s'il n'est extirpé de bonne heure, à une infection générale.

4° Les raisons sur lesquelles était basé le précepte d'opérer prématurément pour prévenir la dégénérescence ne paraissent pas suffisamment démontrées.

5° L'extirpation, loin de retarder la mort, paraît l'accélérer dans la majorité des cas.

6° Les motifs déterminants des opérations chirurgicales paraissent devoir être principalement tirés du lieu qu'occupent les affections cancéreuses, de la difformité qui peut en résulter, des incommodités qu'elles entraînent, de la rapidité de leur accroissement et des délabrements que pourrait produire leur extirpation ; mais ces opérations ne doivent pas être conseillées et pratiquées comme une méthode générale et unique de traitement.

M. *Robert* trouve un intérêt réel à la communication que vient de faire M. Leroy; cet intérêt se rattache surtout à certains résultats de sa statistique, qui concordent tout à fait avec ceux qu'a fournis l'étude du cancer dans ces derniers temps ; cet accord est d'autant plus significatif, qu'à l'époque où M. Leroy faisait ses recherches, il ne pouvait s'éclairer des indications que le microscope ne devait donner que beaucoup plus tard. Ainsi, pour le cancer des lèvres, il est remarquable de voir la différence qu'il présente, au point de vue de la récidive, avec celui d'autres tissus, et notamment des organes glanduleux. Le nombre des guérisons pour le cancer des lèvres est, relativement à celui des récidives, extrêmement considérable, puisque, sur 114 cancers des lèvres opérés chez les hommes, il n'y a eu que 15 récidives ; or il est sans exemple de rien rencontrer de semblable pour les cancers des autres organes, pour ceux du sein, par exemple, qui, lorsqu'on les opère, ne laissent guère vivre les malades au delà de deux ans à deux ans et demi.

M. Robert se demande d'où vient cette différence. Tient-elle au siége de la maladie ? C'est là une hypothèse qui ne lui paraît pas admissible. Pour M. Lebert, elle dépend de la variété anatomique, de la différence de forme et de structure des tumeurs elles-mêmes, ou, mieux, des éléments qui la constituent, et qui ne sont autres que des cellules épithéliales, cellules complétement distinctes de celles dont se compose le cancer vrai. Il y a donc ainsi des éléments cancéreux proprement dits, des éléments épithéliaux, et d'autres encore que les micrographes ont appelés fibro-plastiques. Ces éléments, par leur agrégation, constituent des tumeurs que l'on a confondues toutes sous la dénomination de cancer, confusion regrettable surtout au point de vue du pronostic, puisque l'épithelioma, par exemple, n'a point, comme le cancer vrai, la faculté de se reproduire ailleurs que sur place, et jamais dans les glandes lymphatiques du voisinage. C'est du moins la doctrine de M. Lebert, que je ne fais que rappeler, sans vouloir, ajoute M. Robert, la discuter en ce moment.

M. Robert n'accepte pas comme exacte la moyenne de longévité donnée par M. Leroy, et qui serait de deux ans et demi à la suite des opérations de cancer. Toutes les moyennes, suivant lui, sont constamment erronées ; il a vu beaucoup d'individus dont l'existence s'est prolongée bien au delà du terme indiqué par cette statistique.

D'après cette même statistique, les malades que l'on n'a pas opérés de leurs cancers ont vécu bien plus longtemps que ceux qui l'avaient été ; d'où il résulte, en thèse générale, qu'il ne faudrait pas opérer le cancer. Cette question est trop vaste pour être discutée en ce moment ; provisoirement, dit M. Robert, je proteste contre une semblable conclusion.

Quant à la dégénérescence, que M. Leroy n'accepte pas pour les tumeurs homœomorphes, M. Robert l'admet. Pour lui, ces tumeurs peuvent dégénérer : de simples qu'elles étaient primitivement, elles deviennent, à la suite d'une excitation extérieure quelconque, fibro-plastiques.

C'est le développement consécutif du tissu fibro-plastique, qui n'existait pas primitivement dans les tumeurs, qui en modifie le progrès et la marche, comme il explique la récidive après qu'elles ont été extirpées. Stationnaires pendant de nombreuses années, ces tumeurs s'accroissent sous l'influence de la formation secondaire de l'élément fibro-plastique, qui leur imprime un mauvais caractère.

M. Robert, en terminant, dit que le résultat de la statistique de M. Leroy relatif à l'hérédité lui semble fort intéressant ; qu'il concorde avec les recherches de M. Ferrus sur les malades de la Salpêtrière, qui tendent à prouver que l'on a beaucoup exagéré l'influence de cette cause dans la production des maladies cancéreuses.

M. *Leroy* maintient les conclusions de son travail en ce qui a trait au chiffre comparatif des récidives et des guérisons définitives, à la longévité des opérés et des individus que l'on a abandonnés aux conséquences de leur maladie. En s'élevant contre la tendance des chirurgiens à opérer, il a subordonné son opposition à des indications qui sont formulées dans ses conclusions. La dégénérescence tient une large part dans ces indications, mais sa valeur ne saurait être exclusive devant l'incertitude clinique et micrographique.

Incontestablement, pour les cliniciens comme pour les micrographes, les cancers des lèvres de l'homme et de la femme sont identiques, quant à leur composition histologique ou élémentaire, et cependant, d'après mes relevés, on aurait constaté 15 récidives seulement sur 114 cancers des lèvres opérés chez l'homme, et 12 récidives sur 21 cancers de la même région opérés chez la femme. Si la dégénérescence a pris une importance réelle à mes yeux, c'est en raison des résultats de ma statistique. Je vois, en effet, que la repullulation a été plus fréquente quand les cancers ont été enlevés avant la localisation définitive du principe cancéreux. Ainsi sur 87 opérations faites dans les six premiers mois de la maladie, il y a eu 61 récidives, tandis que sur 97 opérations faites plus de cinq ans après l'apparition de la tumeur cancéreuse, il n'y a eu que 30 récidives : ce qui m'a fait penser qu'il y aurait bénéfice à attendre que le mal se soit localisé. — Quant à l'hérédité, dit en terminant M. Leroy (d'Étiolles), ma statistique établit que, sur 2,781 cancéreux, 215 avaient eu des ascendants atteints de cette affection.

M. *Forget*, pour justifier sa présence dans la discussion, rappelle que le premier il a pris l'initiative, à la Société de chirurgie, d'une opposition qu'il croit fondée aux doctrines des micrographes, et que ses opinions sur le cancer ont trouvé de puissants défenseurs à l'Académie de médecine. Toutefois, il ne veut pas aujourd'hui revenir sur les diverses questions qu'il a déjà longuement traitées ailleurs. Pour se renfermer dans le mémoire de M. Leroy (d'Étiolles), il se demande comment il peut servir de base solide à une discussion capable d'éclairer ce qu'il y a encore d'obscur dans l'étude du cancer. Ce travail, en effet, autant qu'on peut en juger par les tableaux mis sous nos yeux par l'auteur, n'est pas la déduction d'observations entières, complètes, et longtemps suivies ; il repose, au contraire, sur des indications générales, recueillies un peu partout, sur des sommaires d'observations pour lesquelles manque complétement toute possibilité d'analyse et de critique. — Comment vouloir, avec des éléments de cette nature, fixer avec quelque autorité les points de doctrine si controversés, et qui portent sur l'évolution et la nature des tumeurs dites homœomorphes?

M. Leroy lui-même a reconnu que son œuvre renfermait des lacunes, que certaines de ses observations n'allaient ni assez haut pour juger la question d'hérédité, ni assez loin après l'opération pour apprécier celle de la récidive. M. Robert, d'autre part, a rejeté les conséquences que l'on tire généralement de la statistique, et surtout la signification que M. Leroy prétend donner à la moyenne de ses chiffres en ce qui touche à cette même question de la récidive, et à celle de la longévité comparée des individus qui ont été opérés et de ceux qui ne l'ont pas été, attendu qu'il peut arriver que cette moyenne soit exprimée par un chiffre qui justement ne se sera jamais offert à l'observation.

Je partage l'opinion de M. Robert, et je m'étonne qu'après s'être montré si justement sévère sur un point, il ait accepté avec autant de facilité et sans conteste le chiffre des récidives portant sur le cancer des lèvres. Pour ma part, en supposant même que le diagnostic ait été bien fait et que toutes les tumeurs des lèvres aient été constituées par des éléments purement épithéliaux dans les 114 cas notés dans la statistique de M. Leroy, je ne pourrai jamais, en conscience, accepter le chiffre de 15 récidives seulement comme l'expression de la réalité. Il y a là un résultat dont les partisans les plus zélés des doctrines micrographiques ne voudraient pas, à coup sûr, garantir la vérité. Ceux mêmes qui ont créé la dénomination de cancroïde épithélial pour cette variété de cancer des lèvres n'ont jamais prétendu que sa récidive fût aussi rare et en quelque sorte exceptionnelle. Au point de vue du diagnostic, il doit y avoir une erreur grave dans cette partie du travail de M. Leroy ; erreur qui échappe à tout contrôle, car les faits ne lui ont pas été produits. Si vous maintenez le diagnostic exact, je demanderai alors sur quoi vous vous fondez pour dire que 99 fois la récidive n'a pas eu lieu. Est-ce à dire que la plaie produite par l'opération s'est promptement cicatrisée, ou bien n'affirmez-vous la non-récidive qu'après avoir suivi les opérés un an ou dix-huit mois après l'opération ? Il est indispensable que nous ayons une réponse à ces questions; sans cela je persisterai, pour ma part, à considérer les documents qui ont été fournis à notre confrère comme ne pouvant pas, tant ils sont incomplets, le conduire au but qu'il s'est proposé.

M. *Briquet* comprend très bien que l'opération du cancer des lèvres ait donné un chiffre relativement si favorable aux opérateurs ; car ces résultats sont conformes à l'opinion qu'il s'est faite sur le cancer en général. Pour moi, ajoute-t-il, il y a deux sortes de cancer : l'un local, l'autre général. Le cancer général survient naturellement, d'emblée, spontanément, sans causes appréciables ; il siégera primitivement dans l'encéphale, le foie, l'estomac, les reins, dans les glandes. Il a cela de particulier qu'il est incurable, alors même qu'on pourrait l'opérer. Le cancer local a pour siége le tobe digestif inférieur à l'estomac, le duodénum, le cæcum, le côlon, enfin le rectum. Il n'est point primitif, il succède à une ulcération qui s'indure, dégénère en attaquant les tissus profonds, et se convertit en véritable cancer. Mais ce cancer local est de même nature que celui des lèvres ; il est curable, par conséquent, si l'individu tombe en bonnes mains, si la constitution offre des ressources. Ainsi, pour moi, certains cancers sont tout accidentels, non fatalement mortels ; d'autres, au contraire, ne pardonnent jamais.

M. *Leroy* (d'Étiolles), en réponse aux objections faites par M. Forget, ne comprend pas que l'on conteste la valeur des observations qui lui ont été transmises par plus de deux cents médecins recommandables, dont quelques-uns font autorité dans les localités où ils exercent, à Nancy, Clermont, Rouen, par exemple. Il reconnaît que l'histoire de certains malades aurait pu être plus complète ; mais de là à rejeter l'ensemble des faits sur lesquels repose sa statistique, il y a une exagération qui ôte à l'objection toute son importance.

M. Forget me demande quelle est la base de la discussion ; mais c'est, ce me semble, pourtant fort clair. J'ai écarté la question du diagnostic, réservant d'appliquer ma statistique à la fréquence relative des dégénérescences, des récidives, de l'hérédité et à l'opportunité des opérations, et j'ai pensé que des chiffres déduits d'un ensemble de faits considérables auraient une certaine valeur aux yeux des chirurgiens.

M. *Forget* répond qu'il ne saurait que répéter ce qu'il a dit. Dès que le cancer lui-même, quant à sa nature, sa composition élémentaire, ses variétés, n'est pas en discussion, la question lui paraît n'avoir qu'un intérêt secondaire, et pour juger les autres points que M. Leroy voudrait surtout mettre en relief, les faits, je le répète, sur lesquels il s'appuie, ne sont ni assez complets ni assez détaillés pour être concluants.

M. *Leroy* (d'Étiolles), pour justifier la valeur des observations qui lui ont été transmises, en communique quelques-unes à la Société. Elles ont pour objet des cancers des lèvres, du sein, de l'aisselle, etc., qui, pour la plupart, ne contiennent que des dates de l'apparition du mal, de son ablation, de sa guérison, de sa repullulation ou de sa récidive, sans description de la tumeur maligne elle-même.

M. *Bourguignon* s'étonne que M. Leroy (d'Étiolles) accepte ainsi sans réserve plusieurs milliers d'observations de cancer, quand les plus habiles chirurgiens de la capitale ont peine à se mettre d'accord entre eux en s'éclairant pourtant de tous les moyens d'investigation qui ont dû faire défaut aux auteurs des observations transmises.

M. *Cazeaux* oppose à M. Leroy (d'Étiolles) ces mêmes objections qui lui paraissent sans réplique. Dans une question si grave, il récuse toute autorité : alors que les faits sont incomplets, il ne peut les accepter comme sérieux. Comment ! nos meilleurs chirurgiens commettent souvent des erreurs qu'ils ont la louable franchise de reconnaître, et nous accepterions comme ayant une valeur absolue une statistique basée sur des faits ainsi transmis sans contrôle ? Ce n'est pas possible. Pour mon compte, dit en terminant M. Cazeaux, je n'y peux souscrire : s'il s'agissait des récidives seulement, passe encore, mais on applique les mêmes déductions aux guérisons, alors que des cliniciens expérimentés les mettent en doute. Nous devons donc rejeter comme insuffisamment observés les faits qui servent de base à la statistique de M. Leroy (d'Étiolles).

Ordre du jour du 16 février 1855.

Note sur le suicide, par M. Brierre de Boismont.

Communication relative à la contagion de la gale du lion à l'homme, par M. Bourguignon.

Observation d'une chorée hémiplégique de nature syphilitique, par M. Costilhes.

Mémoire sur les injections iodées, par M. Boinet.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Observation d'apoplexie séreuse, par le docteur Mertens.

Cette observation intéresse plutôt l'histoire des métastases que celle de l'apoplexie séreuse. Quelle que soit l'idée physiologique que l'on attache au mot *métastase*, mot qu'il faut prendre dans le sens du fait terminal auquel il s'applique, mais non point du mécanisme suivant lequel il pourrait s'être effectué, il est certain que l'on voit des épanchements ou des infiltrations séreuses disparaître tout à coup, pour se montrer ailleurs ou aboutir à une évacuation soudaine et abondante. Ce transport du liquide épanché peut s'opérer vers un point voisin ou vers une partie éloignée du corps, tantôt bienfaisant, tantôt funeste. Les faits de ce genre, bien authentiques et bien étudiés, ne se montrent pas aussi fréquemment qu'on serait tenté de le penser d'après quelques physiologistes. On en trouvera plusieurs exemples dans la thèse de Dalmas sur la *métastase* (*Thèses pour l'agrégation*, 1840). L'observation de M. Mertens se rapproche surtout d'un fait, rapporté par M. Andral, de disparition subite d'une ascite, suivie d'épanchement dans les ventricules cérébraux (*Précis d'anatomie pathologique*, t. I, p. 321) ; mais elle s'en distingue en ce que les accidents *métastatiques* ont pu être heureusement conjurés par un traitement énergique.

Une femme de faible constitution était arrivée au terme de sa première grossesse avec une anasarque considérable. L'accouchement se fit. L'enfant était mort, fort petit et grêle, les chairs très flasques. L'état de la mère paraissait bon. Le lendemain de l'accouchement, dans la matinée, elle semblait bien encore, quand, vers midi elle se plaignit vivement du bruit d'une pompe que l'on mettait en mouvement de l'autre côté du mur où s'appuyait son lit. En peu d'instants toute la sérosité des membres inférieurs avait passé vers la partie supérieure du corps ; la tête et le cou étaient devenus très gros ; il y avait une résolution complète des membres, perte de la vue, respiration stertoreuse ; le pouls était ralenti, la face pâle et décolorée.

M. Mertens fit mettre aux jambes de larges cataplasmes sinapisés, un vésicatoire sur chaque cuisse et au cou ; prendre de demi-heure en demi-heure une poudre composée de 10 centigrammes de calomel et 15 centigrammes de racine de jalap, et un peu de liqueur d'Hoffmann étendue. Il survint dès l'après-midi plusieurs évacuations alvines.

Le lendemain, on ajouta des boissons nitrées au calomel. Il fallut, pendant plusieurs jours, vider la vessie au moyen de la sonde. Peu à peu les symptômes alarmants mentionnés plus haut s'amendèrent sous l'influence de ce traitement, qui fut continué pendant plusieurs jours. Au bout de quatre semaines, la malade avait repris ses occupations habituelles. (*Annales de la Société de médecine d'Anvers*, juillet et août 1854.)

Emploi du protosulfate de fer en pommade dans le traitement des maladies de la peau, par M. Devergie.

M. Devergie emploie avec grand avantage, à l'hôpital Saint-Louis, la pommade au sulfate de fer dans les affections de la peau à forme lymphatique, c'est-à-dire essentiellement sécrétantes et reposant sur des tempéraments et des constitutions lymphatiques. Les formes dans lesquelles cette préparation réussit sont les eczémas, les eczémas impétigineux, les impétigo et les intertrigo, les plus communes de toutes les affections cutanées et les plus communes chez les individus lymphatiques. M. Devergie s'est également très bien trouvé des pansements avec de la charpie enduite de pommade ferrugineuse, pour les ulcérations qui accompagnent les vésicules et les pustules de rupia et d'ecthyma cachecticum, ou leur succèdent, pourvu qu'il n'y ait plus rien d'aigu.

Quant aux lichens, aux affections squameuses, bulleuses, et toutes les fois qu'il y a quelque chose d'aigu, les préparations ferrugineuses n'ont donné que des résultats insignifiants ou même nuisibles.

Voici la formule qu'emploie M. Devergie :

Axonge.	30 grammes.
Protoxyde de fer cristallisé et lavé,	de 50 centigr. à 1 gr.

Dissolvez, à l'aide de quelques gouttes d'eau, le sel ferrugineux, et incorporez immédiatement à l'axonge. Mettez de suite à l'abri du contact de l'air. (*Bulletin de thérapeutique*, déc. 1854.)

Physionomie de quelques meurtriers ; étude psychologique fondée sur l'observation, par M. Casper.

Depuis que Gall est entré dans la voie, on s'est livré à quelques études sur les dispositions organiques et morales des criminels. Les phrénologistes ont signalé dans certains types, vicieux par nature, tels que Soufflot, Papavoine, Bouteiller, etc., une défectuosité crânienne caractérisée par un relief exagéré des régions latérales ou une dépression relative du front, du sommet de la tête ou de sa partie postérieure. D'autres écrivains ont envisagé le crime dans ses relations avec la folie. C'est ainsi qu'à Toulon, opérant, sur 376 forçats, le triage de 22 condamnés pour viol, M. Voisin a pu, par la seule inspection du crâne, en désigner 13, les 9 autres étant réputés dangereux pour les mœurs ; et que MM. Lélut, Baillarger, Boileau, de Castelnau, Vingtrinier, etc., ont découvert dans les prisons une foule d'individus dont les actes répréhensibles avaient eu pour mobile évident la faiblesse ou le désordre des facultés mentales. M. Ferrus, notamment, dans son beau livre sur l'*emprisonnement*, les *prisonniers* et les *prisons*, a établi, non plus sur la gravité de l'inflexion, mais sur la dépravation réelle des personnes, une triple et nouvelle distinction, qui, dans un avenir prochain, promet administrativement une réformation importante du régime pénitentiaire.

Le long et intéressant mémoire de M. Casper tend, dans sa sphère restreinte, aux mêmes éclaircissements. Pendant plus de dix années, placé dans un milieu qui lui a permis d'observer à fond bon nombre de grands coupables, l'auteur s'est convaincu que leur perversité se décelait, en général, par des signes physiognomoniques particuliers.

Dans la plupart des cas qu'il cite, les traits, en effet, ont quelque chose de dur, d'implacable ou de faux. Le regard, oblique et fixe, jette un éclat sinistre et glacial. Souvent la figure est plombée, blême ; les cheveux, bas implantés, tombent en mèches sur le visage ; les yeux sont enfoncés dans leurs orbites, les sourcils froncés par des plis verticaux. L'insensibilité, surtout, se trahit par l'impassibilité de la contenance, l'ignorance du remords, la fatalité avouée de l'exécution, la froide indifférence ou le cynisme sauvage des réponses. On aperçoit là notoirement, éducation à part, l'influence irrésistible du tempérament.

Siegel, par exemple, ex-valet de bourreau, après avoir vécu quelques années en bonne intelligence avec sa femme, devient ivrogne, paresseux, et l'oblige, par ses brutalités, à déserter le domicile conjugal. En vain il réitère les tentatives de raccommodement ; n'ayant pu réussir à la faire rentrer avec lui, il s'arme d'un couteau et l'immole. Par sa pâleur, le sourire désagréable errant sur ses lèvres et le froid du visage, cet assassin rappelle, d'après l'auteur, les allures de son premier état. Il n'éprouve de son forfait ni horreur ni regret. « Elle l'a voulu, dit-il ; il n'en pourrait être, il n'en serait pas autrement. »

Chez Henri Z..., seize ans, apprenti tailleur, les indices de férocité sont encore plus saillants. Croyant avoir à se plaindre des procédés de son patron, et couvant sa vengeance, il le tue dans son sommeil. L'aspect du cadavre, transpercé de trente-deux coups de couteau, n'imprime aucun changement à sa physionomie anxieuse. En prison, il reste constamment impassible. Son teint pâle, ses traits disgracieux, ses yeux sombres et perçants inspirent l'effroi.

Markendorf, autre assassin de son maître, est également remarquable. Longtemps il contemple sa victime d'un œil sec et avec un sang-froid terrifiant. Son visage, mat comme du papier blanc, offre une expression glaciale indescriptible. Pendant toute la durée de l'instruction et des débats, il mange, boit, dort, et n'a d'autre souci que de se faire des papillottes. Momentanément abattu après sa condamnation à mort, il prend la fièvre, et demande qu'on ajourne l'exécution de l'arrêt après sa guérison, ce qu'on lui accorde. Il marche ensuite d'un pas ferme à l'échafaud.

Edouard Klebe soupçonne son fils de vouloir lui enlever sa maîtresse. C'en est assez pour pousser ce père dénaturé à un meurtre infâme qu'il accomplit à l'aide d'un pistolet chargé d'un caillou. La figure est pâle, hideuse. Il avoue le crime sans témoigner aucun repentir. La commisération, comme la crainte, est inaccessible à cette âme de bronze. Certains écrivains ont avancé que la cruauté affecte chez les femmes un caractère tout particulier de fureur. Peut-être est-ce en raison de cette circonstance, observe M. Casper, que les poëtes ont imaginé les Euménides du sexe féminin. Les statistiques criminelles justifieraient du reste cette fiction, en établissant que les femmes, dans les crimes qu'elles commettent, fournissent plus fréquemment que les hommes la preuve d'une barbarie exceptionnelle, que confirment, de leur côté, divers faits produits dans le mémoire que nous analysons.

Il est difficile, entre autres, de rencontrer un meurtre réalisé avec plus d'acharnement que celui d'un enfant de deux ans par sa mère. Cette mégère, après l'avoir doublement torturé par l'abstinence et toutes sortes de sévices, conçut l'horrible idée de l'exposer aux piqûres d'une quantité innombrable de guêpes ; et comme il ne succombait pas assez vite, elle le suspendit à une corde, et le frappa violemment, soit à coups de poing, soit contre les murs et le plancher, de façon à ce qu'il expirât. La physionomie ne dément point une conduite aussi cruelle : elle est repoussante au suprême degré ; les yeux sont fauves et farouches, et le cynisme éclate dans l'attitude comme dans le langage.

Sans doute, il y a des exceptions à la règle. La douceur de la physionomie et la bonté du naturel contrastent quelquefois avec la gravité des faits qui motivent l'inculpation ou le châtiment ; mais la coïncidence a lieu assez communément et présente assez d'importance pour que le législateur et le philosophe en tiennent compte.

A cet égard, toutefois, les conclusions de M. Casper ne semblent pas très explicitement formulées. La question de l'abolition de la peine de mort a été fréquemment agitée. Il est pour la négative, par ce motif qu'on ne peut guère espérer l'amendement des natures violentes. Cela n'est pas seulement en contradiction avec les vœux que forme avec raison l'auteur pour l'instruction du peuple. C'est choisir un terrain trop bas. A Dieu ne plaise que nous tentions la solution d'un problème si ardu, si controversé ! Nous devons dire, cependant, qu'ici une plus haute considération domine : le respect de la vie des hommes, une des meilleures bases, peut-être, de l'édifice social.

Légalement, d'ailleurs, le fatalisme qui pèse sur les organisations radicalement vicieuses doit porter à l'indulgence, en ce sens, du moins, que si la sécurité publique a droit d'exiger des garanties, le besoin d'empêcher les coupables de nuire n'implique point l'emploi de rigueurs inutiles. (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche und oeffentliche Medicin*, juillet 1854.)

De l'écorce de sureau contre l'épilepsie, par M. Tizzoni.

Il ne suffit pas, pour asseoir son jugement sur une médication, de mentionner, comme on le fait trop souvent, les succès plus ou moins réels dus à son emploi. Les échecs ont aussi leur signification : et c'est du contrôle respectif de ces deux ordres de faits que se déduit sa valeur thérapeutique.

Dans un précédent numéro de la *Gazette hebdomadaire* (18), nous avons cité, d'après la *Gazette médico-lombarde*, plusieurs guérisons obtenues par le docteur Borghetti au moyen de la décoction de la seconde écorce de sureau. Quelques malades en avaient éprouvé de nombreuses évacuations alvines ; toutefois, comme cet effet ne s'était pas produit chez les autres, il est probable que l'influence favorable du médicament, si elle a eu lieu, dépend de toute autre circonstance que de ses vertus purgatives

Quoi qu'il en soit, encouragé par les résultats exposés par le docteur Borgetti, M. Tizzoni s'est livré lui-même à des essais dans l'hôpital de Milan, dont il est un des médecins. Malheureusement son attente n'a point été remplie. De sept malades soumis au traitement, et choisis parmi les mieux disposés, en raison de la cause du mal, de la bonne constitution du sujet et de l'exemption de complications apparentes, aucun n'en aurait retiré d'avantage notable. Certains même, par une évolution naturelle de l'affection, plutôt que par l'action du remède, auraient vu leurs symptômes s'aggraver. L'auteur fait observer, d'ailleurs, qu'il a suivi de point en point les indications du docteur Borgetti.

Ce dernier, il est vrai, pourrait objecter avec quelque fonde-

ment que les expériences de M. Tizzoni ont été trop tôt interrompues, l'écorce de sureau n'ayant été continuée que durant quatre mois. (*Gazzetta medica italiana, Stati Sardi*, 18 déc. 1854.)

Note sur la préparation et l'emploi d'un diachylon à base de zinc, par M. le docteur N. Guéneau de Mussy.

Les composés plombiques, une fois en contact avec la peau, s'y attachent d'une manière intime, et il faut toujours craindre que ce ne soit pas impunément qu'une substance aussi toxique que le plomb s'offre à l'absorption incessante, bien qu'imperceptible en apparence, dont la surface cutanée est le siége.

M. N. Guéneau de Mussy ayant remarqué les taches plombiques que développaient à la surface de la peau les bains sulfureux des Pyrénées chez les individus qui avaient fait usage de bandelettes de diachylon, a pensé qu'il serait possible et utile de remplacer par du zinc le plomb qui entre dans la composition de cet emplâtre. Il rappelle une observation due à M. Taufflieb (de Bar), et citée par M. Tanquerel, de coliques saturnines produites à deux reprises par l'application de bandelettes de diachylon sur un vaste ulcère.

Voici comment M. Boileau fils, chimiste, a préparé, d'après l'indication de M. Guéneau de Mussy, ce nouveau diachylon. Il chercha d'abord à combiner directement l'oxyde de zinc avec les acides gras; mais n'ayant obtenu aucun résultat satisfaisant par ce moyen, il procéda par voie de décomposition : une solution de savon blanc fut mise en contact avec une solution de sulfate de zinc. On obtint immédiatement un précipité abondant d'oléo-margarate de zinc, qui, lavé et séché, fut combiné avec les gommes-résines et les autres substances qui entrent dans la composition du diachylon. Seulement, à cause des propriétés très siccatives des sels de zinc, il fallut augmenter la proportion de l'huile et de la cire, pour conserver à l'emplâtre une consistance convenable. (*Moniteur des hôpitaux.*)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Réforme de la doctrine de la contagion des épidémies et des épizooties (*Die Reform der Lehre von den Contagionen, Epidemien und Epizootien*), par le docteur C.-F. Riecke. Quedlinburg, 1854, H.-C. Huch, in-8, p. 238.

La doctrine de la contagion est à elle seule une des questions les plus épineuses de la science médicale. Difficile comme question scientifique, elle offre encore plus de difficultés à surmonter par les conséquences que telle ou telle doctrine entraîne dans les rapports internationaux de peuple à peuple. Non content de cette question, M. Riecke en aborde de front deux autres de la même importance, celle des épidémies et des épizooties, et, pour le dire immédiatement, sans atteindre, même de loin, un but quelconque sur chacun de ces points. On ne réforme point une doctrine, quand on la fonde, comme M. Riecke, sur des opinions contestables ou démontrées erronées. Ainsi l'auteur (p. 17) dit qu'il manque encore d'observations qui prouvent la possibilité de la contagion de la morve de l'homme à l'homme. Il aurait pu trouver cependant, dans tous les recueils classiques, des faits malheureusement trop nombreux, prouvant que cela est possible et avéré. Ailleurs, l'auteur admet comme démontrée la contagion des accidents secondaires et tertiaires, et, exagérant même ces opinions, qui trouvent dans notre pays d'ardents défenseurs, il se proclame convaincu du développement spontané de la syphilis (p. 29) *chez les femmes qui s'échauffent*, etc. Des opinions de ce genre sont aujourd'hui insoutenables, et l'on ne peut vraiment réformer une doctrine en s'appuyant sur des prémisses semblables ; aussi regrettons-nous de ne pouvoir nous étendre sur la discussion des doctrines de l'auteur.

Docteur Leudet.

VII.

VARIÉTÉS.

Armée d'Orient. — Nous extrayons de notre correspondance particulière les détails suivants :

Ce n'est plus le choléra, ni la dysentérie, ni la variole, qui sont une cause de souffrance pour les troupes; c'est un ennemi bien plus terrible, le *froid*, qu'un Turc, homme d'esprit, appelle pittoresquement le général *Ak Baba*, c'est-à-dire en français le général *Barbe blanche*. D'après ce même Turc, *Ak Baba* serait le plus habile général de l'empereur Nicolas. Depuis 1819, nous n'avions pas eu un hiver aussi long, aussi froid, aussi rigoureux que celui-ci : des pluies incessantes, des neiges abondantes, un ciel toujours couvert, un air humide, désagréable, des vents impétueux, tel est l'état de notre saison actuelle. Les Français, avec l'activité et l'intelligence qui les caractérise, se sont pourvus à temps de tout le nécessaire. Aussi le corps d'observation souffre-t-il peu ; c'est le corps qui est aux tranchées qui nous envoie des malades. Dans les tranchées, il faut toujours être sur le qui-vive, presque immobile, sans feu, avec de l'eau et de la boue jusqu'aux genoux, et sur la tête le déchaînement d'un ciel d'hiver. Deux maladies attaquent surtout les hommes employés à ce service ; ce sont la diarrhée et la congélation des membres ; souvent c'est la diarrhée qui se manifeste la première, souvent aussi c'est le refroidissement et la gangrène des pieds ; d'autres fois, les deux maladies se montrent simultanément. Les Anglais se sont trouvés en plus mauvaise position que nous. Ce n'est pas que rien leur manquât au fond, mais l'absence d'une bonne direction a été cause qu'il n'a pas été pourvu aux besoins les plus urgents. Manquant de bois, ils ont brûlé leurs chariots ; privés de chariots, ils ont manqué de vivres pour eux et pour leurs chevaux. On raconte que ces pauvres bêtes, rendues furieuses par la faim, cherchaient à se dévorer entre elles et s'arrachaient des lambeaux de peau et de chair. Les Français et les Turcs sont venus en aide à nos alliés, et ce sont eux qui les soutiennent encore aujourd'hui pour les empêcher de mourir de faim ; mais dans un pays où l'on a tant de peine à se suffire à soi-même, on conçoit que ces secours ne pouvaient pas être suffisants. Aussi la mortalité chez eux est-elle très considérable. C'est la diarrhée et la congélation qui font là également de nombreuses victimes. Quant aux Turcs, ils souffrent aussi beaucoup, mais comparativement moins que les alliés.

Les malades de la Crimée sont évacués sur Constantinople. Les Anglais ont occupé l'hôpital de *Kouléli* ces jours passés; les malades turcs ont été évacués dans les établissements publics transformés provisoirement en hôpitaux ; les Français ont reçu l'École de médecine située à *Haskeuy*, près de l'arsenal, pour en faire un nouvel hôpital, et construisent encore des baraques sur les hauteurs de Péra.

Il existe une sorte de corrélation entre la diarrhée et la congélation des pieds, et dès lors, une question se présente concernant l'étiologie de cette diarrhée. Le refroidissement des pieds suffirait-il à lui seul pour refouler le sang vers les intestins et y déterminer une fluxion qui se transformerait bientôt en phlegmasie ? Nous serions assez disposé à adopter cette opinion. La diarrhée revêt une forme très simple ; c'est un flux séreux très abondant qui ne présente aucun des caractères du choléra ni de la dysentérie, qui cesse lorsque la nature ou l'art sont venus à bout de la maladie des extrémités. En effet, si les pieds guérissent, la diarrhée cesse ; si l'état des pieds s'aggrave, celui du ventre s'aggrave aussi.

La congélation des pieds suit la marche que voici : les pieds s'engourdissent d'abord, puis deviennent peu à peu insensibles. Cet état peut durer huit à dix jours ; puis tout à coup le malade éprouve des tiraillements qui partent des orteils et s'étendent jusqu'aux jambes. Ces tiraillements sont surtout très forts si l'on passe rapidement d'un milieu froid à un autre plus chaud ; ils sont accompagnés de douleurs et de chaleurs très vives; puis on voit paraître sur un point de la peau des taches noires de la grandeur d'une lentille, limitées d'abord, et s'étendant bientôt à tous les orteils ; c'est le pouce qui est atteint le premier, puis le petit doigt. Ces parties, noires et dures, sont très douloureuses ; en quelques heures ou quelques jours, elles s'ulcèrent, et il en résulte la chute du doigt, du pied, même de la jambe, quand la mortification a remonté jusque-là. Le meilleur traitement consiste à séparer le plus tôt possible les membres ainsi gangrenés. Nous nous moquons ici des médecins qui ont fait à l'Empereur l'offre d'eaux et de drogues capables de guérir les engelures et les refroidissements des pieds. J'engage ces messieurs qui font de si bonnes théories de loin à venir voir nos malades; ils sauront alors que penser de leurs recettes.

Il n'y a pas eu d'opérations chirurgicales bien importantes depuis quelque temps déjà dans les hôpitaux, vu l'absence de toute action sérieuse en Crimée. M. le docteur Scouttetten rentre en France ; c'est le docteur Morgue qui le remplace au grand hôpital de Péra. M. Thomas remplace M. Morgue à Gulhané.

Administration générale de l'assistance publique. — Le vendredi 14 mars 1855, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination à deux places de médecins au Bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission et se faire inscrire du samedi 10 février courant au samedi 24 du même mois, inclusivement, de dix heures du matin à quatre heures de relevée. *Le secrétaire général*, signé L. Dubost.

— *Le Correspondant de Hambourg* publie, dans son numéro du 3 février, une lettre de Mexico, contenant ce qui suit :

Un médecin allemand, M. H..., âgé de trente-six ans, et qui habite depuis plusieurs années Mexico, a découvert un serpent dont le venin, lorsqu'on l'inocule aux hommes, a la vertu de les préserver de la fièvre jaune et du vomito negro. L'inoculation de ce venin s'opère de la même manière que celle du virus-vaccin ; elle cause une fièvre qui a tous les symptômes de la fièvre jaune, mais qui est extrêmement faible. Cette inoculation ne produit aucun effet sur les personnes qui ont déjà été atteintes soit du vomito, soit de la fièvre jaune, circonstance qui semble militer en faveur de l'invention.

Plusieurs hauts fonctionnaires et cinq cents militaires ont été inoculés à Mexico par M. H...., dont la nouvelle invention, si elle est réellement un préservatif contre les deux épidémies dont nous venons de parler, serait un véritable bienfait pour les nombreuses populations qui y sont sujettes. Le printemps et l'été prochain nous apprendront ce qu'il en est. (*Moniteur universel*).

NÉCROLOGIE.

La Belgique médicale a perdu, il y a huit jours, un de ses plus savants et de ses plus honorables représentants, l'Université de Liége un professeur d'une immense expérience et d'un bon sens exquis, la pratique belge une de ses plus hautes célébrités. La mort vient de frapper M. le docteur Lombard, professeur de clinique médicale à l'Université de Liége, membre et ancien vice-président de l'Académie de médecine de Belgique, président de la Commission médicale pour la province de Liége, ancien membre du Conseil communal et du Conseil provincial, chevalier de la Légion d'honneur et officier de l'ordre de Léopold.

M. Lombard, âgé de soixante-trois ans, était atteint de diabète sucré depuis dix-huit mois, mais la maladie qui l'a enlevé est une infection purulente consécutive à un abcès qui avait son siége probablement dans la prostate, et pour lequel il avait mandé, quelques jours seulement avant de mourir, M. le docteur Phillips, son compatriote.

— Nous avons également la douleur d'annoncer la mort de M. Bouley jeune, membre de l'Académie de médecine (section de médecine vétérinaire). M. Bouley, qui avait un esprit si juste et une instruction si solide, laisse deux fils qui soutiennent l'honneur de son nom : l'un, professeur à l'École vétérinaire d'Alfort, et l'autre médecin des hôpitaux de Paris.

— Enfin, M. Jadelot, ancien médecin de l'hôpital des Enfants, et dont les leçons cliniques ont eu autrefois beaucoup de succès, est mort il y a peu de jours.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Annales médico-psychologiques. — Janvier 1855. Structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau, par *Baillarger*. — Phénomène de l'entraînement au point de vue des facultés morales, par *Saucerotte*. — Folie au point de vue pathologique et anatomo-pathologique, par *Morcau* (de Tours).

Archives d'ophthalmologie. — Novembre et décembre 1854.-Opération de la cataracte, par kératotomie supérieure, par *Gustave Carton*. — Cliniques ophthalmologiques. — Analyses et revues.

Archives générales de médecine. — Février. De la chlorose simulant la phthisie, par *Rilliet*. — Cure radicale de la hernie, par *Gerdy*. — Recherches sur la tumeur lacrymale, par *Béraud*.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 janvier. Des lavements de vin dans la chlorose, la dyspepsie, la phthisie pulmonaire, etc., par *Aran*. — Protosulfate de fer en solution et en pommade dans le traitement de l'érysipèle, par *Velpeau*. — Chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, par *Herpin*. — 30 janvier. Lavements de vin dans la chlorose, la dyspepsie, la phthisie pulmonaire, etc., par *Aran*. — Traitement de l'ulcération syphilitique phagédénique, par *Vidal*. — *Idem*, par *Ph. Boyer*. — Pleurésie purulente, empyème, par *Agasson*.

Journal de pharmacie et de chimie. — Janvier 1855. Recherches chimiques sur les os, par *Frémy*. — Histoire du lupulin, par *Personne*. — Analyse des corps gras et action du suc pancréatique, par *Bertelot*. — Février. Préparation et emploi d'un diachylon à base de zinc, par *N. Guéneau de Mussy*.

Recueil de médecine vétérinaire. — Janvier 1855. Nouveau bandage inamovible pour la contention des fractures chez les animaux domestiques, par *Lafontaine*.

Gazette médicale de Lyon. — 1855. N° 1. Nature et traitement de l'infection purulente, par *Bonnet*. — Des agents contagieux des maladies de la peau, par *Rollet*. — 2. Microscope et cancer devant l'Académie de médecine, par *Rollet*. — Clinique médicale, par *Devay* et *Bossu*. — Nature et traitement de l'infection purulente, par *Bonnet*. — Agents contagieux des maladies de la peau, par *Rollet*. — Considérations sur quelques composés iodiques, par *Mouchon*.

Gazette médicale de Montpellier. — 1855. N° 10. Sur la médecine arabe (suite), par *Leclère*.

Gazette médicale de Strasbourg. — 1855. N° 1. Essai sur la chirurgie de Strasbourg, par *Michel*. — Clinique ophthalmologique, par *Belin*. — Sur la phthisie calculeuse, par *Conraux*.

Gazette médicale de Toulouse. — Décembre. Sur la suette et le choléra, par *Ripoll*. — Cas difficiles de maladies de matrice, par *Pagès*.

Journal de médecine de Bordeaux. — 1855. N° 1. Hygiène des ateliers du chemin de fer du Midi, par *E. Azam*. — Fièvre typhoïde avec variole, par *Chabrety*.

Revue thérapeutique du Midi. — 1855. N°s 1. Traitement des luxations dites de l'extrémité supérieure du radius, par *Bourguet*. — Transmissibilité du choléra, par *Saurel*. — Syphilis compliquée de rhumatisme, par *Artaud*. — Oblitération du vagin chez une femme âgée, par *Bruguier*. — 2. Réponse aux objections faites contre la contagion du choléra, par *Barthès*. — Bons effets de la potion de Warren contre l'hémoptysie, par *Ad. Espagne*. — Ponction de la hernie étranglée comme moyen de réduction, par *H. Blanc*.

Annales de médecine vétérinaire (Bruxelles). — 1855. Janvier. Extraction des corps étrangers arrêtés dans l'œsophage des bêtes bovines, par *de Neubourg*. — Fracture transversale du radius et du cubitus, par *Fœlen*.

Annales et Archives de médecine belge et étrangère. — Décembre. Analyse et extraits.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 21e livraison. Hystérotomie vaginale, par *Dropsy*. — Rétrécissement accidentel de la portion ampullaire du rectum, par *Vandommelen*. — Résumé des travaux sur le choléra, par *René Vanoye*. — Natation et asphyxie par submersion, par *Plouviez*.

Archives belges de médecine militaire. — Décembre 1854. Maladies qui ont régné au camp de Beverloo, par *Merchie*.

Livres nouveaux.

Annuaire médical et pharmaceutique de la France, par le docteur *Félix Roubaud*. 7e année 1855. 1 vol. in-18 de VIII-XXXI - 380 pages. Paris, *Bureau de la France médicale et pharmaceutique*, 26, rue de Trévise, et J.-B. Baillière. 4 fr. Par la poste, 5 fr. 50

Chirurgie pratique complète divisée en sept monographies. Troisième monographie. Maladies des organes du mouvement, os, muscles, etc., en général, par le professeur *P.-N. Gerdy*. 1 vol. in-8, de XVI - 594 pages, avec 8 planches lithographiées d'après nature, par MM. E. Beau et Bion. Paris, Victor Masson. 9 fr.

La librairie Victor Masson avait publié : première monographie ; Pathologie générale médico-chirurgicale. 1 vol. de 644 pages, 1851. 7 fr.

Deuxième monographie, Maladies générales et diathèses. 1 vol. de XVI-828 pages, avec 1 planche, 1853. 8 fr.

Éléments d'histologie humaine, par *A. Kolliker*, professeur à l'Université de Würzburg ; traduction de MM. *J. Béclard* et *M. Sée*, revue par l'auteur. Ouvrage accompagné de 334 figures intercalées dans le texte. En vente, chez Victor Masson : Premier fascicule, de VIII - 200 pages gr. in-8, avec figures.

Ce premier fascicule comprend l'Histologie générale, et, de l'Histologie spéciale, le *système cutané*. Une table provisoire fait connaître le plan de l'ouvrage complet. Les *Éléments d'histologie humaine* seront publiés en 5 fascicules. Le premier est du prix de 3 fr. Chacun des 4 autres sera vendu 2 fr. 50 aux souscripteurs.

Memento thérapeutique utile à tous ceux qui emploient les médicaments, par le docteur *Quesneville*. Extrait de la *Revue scientifique*. — In-8° de 96 pages. Paris, Victor Masson, 1 fr., et par la poste. 1 fr. 35

Nouveau précis d'histoire naturelle élémentaire et pratique : étude des trois règnes, par le docteur *Émile Delacroix*. 1 vol. in-12, de XII - 308 pages. Paris, Jacques Lecoffre et Ce. 3 fr.

Système physique et moral de la femme, par *Roussel*. Nouvelle édition augmentée d'une notice sur l'auteur et de travaux physiologiques par le docteur *Cerise*. 1 vol. gr. in-18, de LXX - 290 pages. Paris, Victor Masson. 3 fr. 50

Beitrag zur physikalischen Diagnostik mit besonderer Bezugnahme auf die Formen und Bewegungen der Brust (*Diagnostic physique*), par *A. Geigel*, in-8. Würzbourg, chez Halm. 2 fr.

Compendium der Staatsarzneikunde, nebst einem Anhange enthaltend die gerichtliche Chemie (*Compendium de médecine légale*), par *F. Mann*. Munich, chez Palm. 4 fr.

Handbuch der chirurgischen Instrumenten und Verbandlehre (*Instruments chirurgicaux et bandages*), par *C.-J. Cessner*. 2e édit., in-8. Vienne, chez Seidel. 12 fr.

Die Schusswunden und ihre Behandlung (*Les plaies d'armes à feu et leur traitement*), par *C.-F. Lohmeyer*, gr. in-8. Goettingue, chez Wigand. 4 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 23 FÉVRIER 1855. N° 8.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 22 février 1855.

TRANSMISSION DE LA GALE DU LION A L'HOMME. — L'INSTRUMENT DE M. REYBARD A LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES. — TRAITEMENT DE LA STOMATITE ULCÉREUSE ET DE LA STOMATITE MERCURIELLE. — ORGANOPATHIE ET VITALISME : M. PIORRY ET M. BOUSQUET. — RÔLE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE EN MÉDECINE ; MAXIME DE M. VELPEAU. — OPINION DE LA GAZETTE MÉDICALE DE LYON SUR LA VALEUR DU MICROSCOPE DANS L'ÉTUDE DU CANCER.

M. le docteur Bourguignon, à qui l'on doit déjà d'importantes recherches d'entomologie, vient de faire à la *Société de médecine de Paris* (séance du 16 février) une intéressante communication sur les acares de plusieurs espèces animales. Des expériences variées l'avaient conduit à révoquer en doute la transmission contagieuse de la gale entre animaux d'espèces différentes. D'une part, des acares de l'homme déposés sur des chiens, des chats, des lapins, des oiseaux, etc., n'avaient pu y vivre ni donner naissance à la gale ; d'autre part, des acares de cheval et de mouton, placés dans les meilleures conditions de vitalité et de pullulation, et semés en quelque sorte sur la peau d'un grand nombre d'élèves de l'École d'Alfort par les soins de MM. Bourguignon et Delafond, étaient morts également sans donner lieu à la moindre apparence de contagion. Enfin, l'échange d'acares entre divers animaux n'avait pas mieux réussi. Il paraissait donc bien établi que chaque espèce animale a son acare propre, intransmissible aux autres espèces. Mais voici qu'un fait du plus haut intérêt pour la pathologie cutanée semble établir que cette règle n'est pas universelle ; car M. Bourguignon vient d'observer un exemple de contagion de la gale *du lion à l'homme*. On trouvera les détails de ce fait au compte rendu de la séance, que nous publierons bientôt.

Des études entomologiques et micrographiques ont donné à l'auteur la clef de la transmission, en démontrant que les acares recueillis sur le lion étaient semblables à ceux qui se sont multipliés sur l'homme. Il est à penser que des recherches en voie d'exécution sur la gale des animaux domestiques lui permettront de reconnaître la cause de cette ressemblance entre les acares du lion et ceux de l'homme, et de dire s'il y a

FEUILLETON.

Mémoire sur les eaux de Paris,

présenté à la Commission municipale par M. le préfet de la Seine.

Suite et fin. — Voir le numéro 2, tome II.

Aucune des combinaisons proposées pour remédier aux vices reconnus dans le mode actuel de distribution des eaux dans Paris ne paraissant remplir les conditions désirables, M. le préfet a voulu savoir s'il n'existait pas, au delà des formations gypseuses qui entourent Paris, des sources assez abondantes et assez élevées pour être utilement conduites dans cette ville. Il a en conséquence demandé à M. l'ingénieur en chef Belgrand, chargé par l'Etat d'études hydrologiques dans le bassin de la Seine, de recueillir des renseignements statistiques sur la possibilité d'exécution de ce projet.

Ce système de dérivation, ou, à défaut de sources naturelles, un vaste système de drainage, alimente déjà quelques-unes des villes les plus importantes du royaume-uni, Édimbourg, Glascow, Manchester, Liverpool; et si la métropole n'a pas encore abandonné les eaux troubles et peu salubres de la Tamise, c'est qu'on ne peut, sans une extrême prudence, toucher aux moyens d'alimentation d'une agglomération de 2,400,000 habitants.

Nous exposerons d'une manière succincte les principaux points de l'intéressant travail de M. l'ingénieur Belgrand. Sans avoir à préjuger nous-mêmes de la facilité de réalisation de ces plans gigantesques, nous les présenterons toujours comme une étude d'une importance capitale, et qui peut trouver son application autour de tous les centres de population, à telle minime proportion qu'on veuille les réduire.

Après avoir laborieusement déterminé les points où se trouvent les principales sources, les formations géologiques où elles se rencontrent et la composition chimique de ces eaux, après en avoir reconnu le volume à l'étiage par des jaugeages approximatifs, aussi bien que la hauteur relative, M. Belgrand a conclu en affirmant qu'une dérivation est non-seulement possible, mais qu'elle présente beaucoup moins d'obstacles qu'on ne devait le supposer, et qu'il convient d'en fixer l'origine dans les terrains crayeux de la Champagne.

Le choix de cette contrée, l'une des plus arides de France, comme source de l'alimentation de Paris, est de nature à surprendre au premier moment. Cependant, il trouve sa justification dans une théorie aussi

une filiation, et laquelle, entre la gale de l'un et celle de l'autre. Mais dès à présent il est avéré que le même animalcule peut vivre et se reproduire sur tous deux, et que le roi de la création et le roi des animaux ont entre eux cette triste analogie.

Encore un service rendu à la pathologie en général et à la dermatologie en particulier par ce fallacieux microscope !

— Nous n'oserions pronostiquer encore l'avenir réservé à l'instrument de M. Reybard pour le traitement des rétrécissements de l'urètre ; mais l'accueil qui est fait à cet instrument dans la chirurgie française et étrangère est loin d'être en rapport avec la faveur dont il a été l'objet à l'Académie de médecine de Paris. Nous avons sous les yeux le compte rendu de la dernière séance (10 février) de la *Société médicale de Londres*, où la valeur de l'urétrotome a été discutée. M. Henri Thompson, qui l'a présenté à la Société, a déclaré l'exhiber uniquement comme une curiosité chirurgicale (*as a surgical curiosity*). M. Hancock l'a voué à une sévère réprobation (*the strongest reprobation*), et personne n'a pris sa défense. Ce n'est pas un jugement que nous entendons porter nous-même aujourd'hui ; il nous a seulement paru bon de consigner une opinion qui est fort répandue dans la chirurgie anglaise. Nos voisins se plaignent très haut du patronage indirect dont l'Académie de Paris a couvert cette innovation, tandis que l'opération de M. Syme, dans laquelle l'incision pratiquée de la peau aux parties profondes permet l'écoulement du pus et de l'urine, obtient chez eux beaucoup de crédit.

— La thérapeutique de la stomatite ulcéro-membraneuse, et plus particulièrement de la stomatite mercurielle, semble devoir s'enrichir d'un moyen nouveau. Non pas que ce moyen soit proposé d'hier ; mais les expériences récentes dont il a été l'objet tendent à asseoir plus solidement la réputation d'efficacité que lui avaient déjà faite plusieurs auteurs. Il s'agit du chlorate de potasse, d'abord vanté contre la gangrène de la bouche avant d'être proposé pour la stomatite ulcéreuse proprement dite. On connaît les essais qui ont eu pour but d'agir chimiquement sur le mercure introduit dans l'organisme, pour le dégager de ses combinaisons avec l'albumine, lui restituer sa solubilité et en faciliter ainsi l'élimination, ou pour le fixer dans un état de combinaison qui le rende inoffensif. L'acétate de plomb, les préparations sulfureuses, ont été surtout expérimentés, et il n'y a pas longtemps encore que nous avons reproduit les vues de M. le docteur Astrié relativement à l'emploi du *sulfite de soude* (*Gaz. hebdom.*, t. I, p. 1104). Sans rien préjuger sur le mode d'action du chlorate de potasse, nous devons dire qu'il vient de donner des résultats vraiment remarquables et dignes de la plus sérieuse attention, entre les mains de deux confrères également distingués, MM. Herpin (de Genève) et Blache. Dans les cas de phlegmasie ulcéreuse non spécifique comme dans ceux de phlegmasie mercurielle, la maladie s'est amendée trop vite et s'est terminée trop promptement pour que l'action du remède ne paraisse pas frappante. Les observations rapportées par ces auteurs sont résumées à la *Revue des journaux*. Nous ne voulons ici qu'appeler sur elles l'attention du praticien.

Le chlorate de potasse s'administre à la dose de 2 à 4 grammes, dissous dans une potion gommeuse ou tout autre véhicule du même genre. Le tout est pris en trois ou quatre fois dans l'espace de vingt-quatre heures. On a aussi expérimenté l'action *topique* du même médicament, mais avec des résultats moins positifs.

— Une lutte animée entre M. Bousquet et M. Piorry a défrayé les deux dernières séances de l'Académie de médecine ; nous nous hâtons de dire qu'elle s'est terminée à l'amiable, le premier ayant proposé que la faculté de Paris, en sa personne, donnât la main à la faculté de Montpellier, en la personne de M. Bousquet, et ayant en conséquence ouvert les bras à son adversaire, qui s'y est précipité avec effusion.

Soyons juste envers tout le monde. Nous n'admettons pas, et nous n'avons même jamais bien compris la doctrine de M. Piorry touchant la non-unité des maladies et leur morcellement en un certain nombre d'éléments organo-pathologiques. Il nous semble que c'est à peu près comme si l'on prétendait qu'un homme n'est autre chose que la juxtaposition d'une tête, d'un tronc, de deux bras et de deux jambes. Sur ce point, certes, nous sommes avec M. Bousquet, et aussi avec M. le professeur Gerdy, dont nous engageons à lire la vive et chaleureuse improvisation. Mais une doctrine qui, comme celle de l'honorable M. Bousquet, place la source de toute maladie *dans la cause même de la vie*, et qui, ne voulant rien voir au delà, fait aussi bon marché de ce qui se révèle aux sens dans un organisme malade, une telle doctrine n'est pas moins dangereuse que l'autre. La première expose à courir après l'ombre du mal sans attaquer le mal lui-même ; la seconde condamne certainement la thérapeutique

simple qu'ingénieuse, dont l'exposé n'est pas la partie la moins intéressante du travail de M. Belgrand.

Au point de vue hydrologique, le savant ingénieur divise les plateaux du bassin de la Seine en deux catégories : les terrains perméables et les terrains imperméables.

Ceux-ci, qui laissent couler sans la retenir une portion notable de l'eau tombée dans leur périmètre, sont ravinés par elle et souvent tourmentés de mille façons ; mais la portion dont ils s'imprègnent est maintenue près de leur surface, qui s'enrichit d'une luxuriante végétation, et elle apparaît sur des points nombreux en petites sources que la moindre sécheresse tarit promptement.

Ceux-là, au contraire, vastes filtres naturels, sont pénétrés dans toute leur étendue et à de grandes profondeurs par l'eau pluviale, qui ne modifie en rien leur sol uniforme autant que desséché. Réunie en nappes considérables sur des couches plus compactes, cette eau n'affleure que dans les rares vallées qui découpent la masse supérieure ; mais là elle s'épanche en sources abondantes et intarissables.

A l'aide de cette théorie saisissante par sa justesse aussi bien que par sa nouveauté, la simple inspection d'une carte détaillée du bassin de la Seine peut faire reconnaître les terrains imperméables à la multiplicité des petits cours d'eau qui les sillonnent et les accidentent, et découvrir, dans l'étendue monotone des terrains perméables, qu'interrompent de loin en loin quelques brusques et profondes vallées, les points où jaillissent des sources pleines de force, dont nulle sécheresse n'arrête le flot toujours égal.

L'étude des faits confirmant les données de la science a conduit M. Belgrand, de proche en proche, dans une des vallées du département de la Marne située entre Châlons et Épernay, celle de la Somme-Soude, au confluent des petites rivières de Somme et de Soude dont elle réunit les noms comme les eaux, et lui a fait trouver, à peu de distance au-dessus de ce point, des sources très légèrement chargées de carbonate de chaux, ne contenant aucunes traces de sulfates ni de matières organiques, en un mot supérieures de qualité à l'eau de Seine prise au-dessus du confluent de la Marne, et tellement abondantes en tout temps, qu'il suffirait de détourner une portion de leur produit pendant l'étiage pour fournir à Paris 1,000 litres (1 mètre cube) par seconde, soit 86,400 mètres cubes par jour, ou 4,300 pouces fontainiers.

Selon l'avant-projet de M. Belgrand, cette dérivation, partant de près de 107 mètres au-dessus du niveau de la mer, aboutirait dans Paris à l'altitude de 70 mètres, c'est-à-dire à 20 mètres plus haut que le bassin de

à une stérilité absolue. M. Bousquet se félicite d'avoir la foi doctrinale à une époque de vacillation et d'incertitude; il est fâcheux que sa foi soit de nature à engendrer le scepticisme en pratique. En réalité, il n'y a plus rien à gagner aujourd'hui aux solutions qu'il s'efforce de faire prévaloir. Quand elles auraient l'assentiment du monde entier, l'histoire de la médecine n'en serait guère plus avancée; car ce n'est pas sur le mode de souffrance de *la cause de la vie*, ni sur les moyens d'agir sur ce mode que roulent les problèmes en thérapeutique; et c'est précisément parce qu'ils tirent leur clinique d'ailleurs, que des partisans, des chefs de l'école anatomique, comme M. Bouillaud, ne font pas difficulté de placer la racine des maladies dans l'action vitale. A cet autre point de vue donc, nous sommes pour M. Piorry. Nous devons même reconnaître que cette partie de son argumentation, malgré une fausse manière d'envisager les éléments des maladies, renferme bon nombre de vues pratiques dont le vitalisme de M. Bousquet ne s'aviserait pas, et qui restituent à la médecine agissante son vrai caractère et sa vraie portée. Nous ajouterons une simple remarque. La pathologie n'est et ne peut être autre chose que la physiologie des organes malades. Si l'action du principe vital est tout dans la maladie, il est tout aussi dans la santé, et il faut rejeter comme vaine et illusoire toute notion physiologique qui ne s'y rattache pas directement.

O vitalisme, que de *fautes* on commet en ton nom!

—Et ceci nous rappelle un journal espagnol (1) qui, ayant pris pour texte d'une dissertation de philosophie la maxime de M. Velpeau : « La bonne médecine ne part pas de l'anatomie pathologique; elle y arrive », propose de la remplacer par celle-ci : « La bonne médecine *ne se fonde* pas exclusivement sur l'anatomie pathologique; elle *compte* avec elle : *La buena medicina no se funda esclusivamente en la anatomia pathologica, pero cuenta con ella.* » Nous permettra-t-on de nous expliquer franchement? Toutes ces maximes, quand elles sont ainsi suspendues dans l'air, sans application à un point de vue défini, ne sont pas bonnes à grand'chose parce qu'elles sont bonnes à tout. Au-dessous de cette question de pathologie transcendantale : si toute maladie ne procède pas nécessairement d'un changement matériel dans la constitution ou la composition des parties, au-dessous, disons-nous, de cette question et dans la sphère d'application où se plaçait M. Velpeau, son aphorisme exprimait heureusement la pensée de son discours, à savoir, que les données cliniques priment les données anatomiques dans la caractérisation des maladies; mais il n'avait pas d'autre portée. Ce serait un aphorisme faux, s'il était pris dans un sens absolu. Chose curieuse dans la querelle de l'anatomisme et du vitalisme, le premier se défend vivement de ne pas compter avec l'inconnu qu'on appelle la vie, avec les tempéraments, avec les diathèses; le second atteste tout aussi fort qu'il ne néglige pas les altérations organiques. C'est que, en effet, les deux ordres d'éléments sont également essentiels en clinique; et la *bonne médecine* doit partir, non exclusivement de celui-ci ou exclusivement de celui-là, mais bien de l'un et de l'autre tour à tour, suivant le rôle joué par chacun d'eux dans la maladie; elle doit partir, en d'autres termes, de l'élément qui engendre et gouverne le mal auquel il s'agit de remédier. Une pneumonie étant donnée, la *bonne médecine* recherchera si elle procède d'une hypostase sanguine, ou d'une altération du sang, ou de quelque diathèse particulière, etc., d'où une première catégorie d'indications; mais, en même temps, elle tiendra compte de l'étendue de la lésion anatomique, de son siége, de son degré, de ses complications, de la quantité de mucus contenue dans les bronches et qui peut constituer tout le danger, comme on le voit souvent chez le vieillard; c'est-à-dire qu'elle *partira* positivement de l'anatomie et dirigera le traitement en conséquence. Les caractères cliniques, on en a beaucoup parlé dans la discussion sur le cancer; et il nous a paru qu'on se faisait quelque illusion sur leur valeur. Tout embarras allait disparaître, tout allait se classer méthodiquement, dès qu'on aurait donné le nom de cancer aux trois espèces de tumeurs, sauf à affecter à chacune d'elles une désignation spéciale. Il se peut que ce soit le meilleur parti à prendre; mais il faut bien savoir que cet expédient est passible d'objections fort analogues à celles qu'on adresse aux micrographes. On leur dit : Vous avez tort de ne pas appeler cancers l'épithélioma et le tissu fibro-plastique, car ils sont sujets à la repullulation et à la généralisation, qui sont justement les caractères *cliniques* du cancer. Fort bien; mais vous, cliniciens, comment accordez-vous ce principe de nosologie avec vos opinions sur la curabilité du vrai cancer? Si une tumeur doit être réputée cancéreuse uniquement parce qu'elle récidive et infecte l'économie, toute tumeur qui ne récidive pas et n'infecte pas l'économie cesse d'être un cancer. Vous continuez néanmoins à la considérer comme telle quand elle vous a offert certaines particularités de forme, de cou-

(1) *El Siglo medico.*

la Villette. Pour conserver la fraîcheur de l'eau et sa limpidité, elle se ferait au moyen de gateries ou conduites souterraines.

M. Belgrand établit d'ailleurs que la dépense de la nouvelle dérivation pourrait monter, toutes indemnités comprises, à 22,000,000 fr., représentant, à 5 pour 100, une dépense annuelle de 1,100,000 fr. ou de 3,020 fr. par jour. Comme la quantité d'eau amenée en vingt-quatre heures serait de 86,400 mètres, chaque mètre d'eau reviendrait à environ 3 centimes et demi.

Il ne faut pas oublier que ces eaux seraient toujours à une température convenable et n'exigeraient aucun filtrage. Aujourd'hui, l'eau montée aux bassins de Chaillot coûte, pour le charbon seulement, 3 centimes, somme que les autres frais doivent faire élever au moins au double, et cela pour n'élever que des eaux chaudes et saumâtres en été, trop froides en hiver, et séléniteuses en toute saison.

L'avant-projet de M. l'ingénieur Belgrand devra être modifié sous deux rapports, l'un relatif à la hauteur d'arrivée des nouvelles eaux, l'autre relatif à la quantité d'eau qui pourra être mise à la disposition de Paris.

M. Belgrand avait fixé à 70 mètres, c'est-à-dire 20 mètres plus haut que le bassin de la Villette, la hauteur d'arrivée du canal de dérivation. M. le préfet établit, d'après l'échelle des points les plus élevés de Paris et des constructions qui peuvent y être édifiées, que cette hauteur ne saurait être inférieure à 80 mètres. Au surplus, le point de départ de la dérivation est assez élevé pour qu'en donnant un peu moins de pente et un peu plus de section à l'aqueduc, on se maintienne au-dessus de 80 mètres jusqu'au point de distribution.

En effet, suivant M. Belgrand, le confluent de la Somme et de la Soude se trouve à l'altitude de 106^{m},81. Le parcours de la dérivation qu'il propose a 172 kilomètres et demi. En réduisant sa pente moyenne à 0^{m},15 par kilomètre, la perte de hauteur serait de 25^{m},87, et la cote d'arrivée de 80^{m},94; mais le ralentissement du cours de l'eau, conséquence inévitable de cette réduction, exigerait l'agrandissement des dimensions de l'aqueduc, afin que, dans le même laps de temps, le même volume d'eau pût y trouver passage. Consulté sur le montant des frais supplémentaires qu'exigerait cet agrandissement de diamètre de l'aqueduc, M. Belgrand a calculé qu'avec un peu plus de 2 millions on pouvait porter de 2 mètres à 2^{m},65 la section mouillée de l'aqueduc, ce qui lui ferait débiter, malgré la réduction de sa pente, 1,166 litres au lieu de 1,000 par seconde, soit 100,742 mètres cubes en vingt-quatre heures, au lieu de 86,400; accroissement de ressources, fait remarquer M. le préfet, qui devra compenser largement l'aggravation de dépenses.

leur, de consistance, de texture. Mais alors autre difficulté. Ainsi réduits aux caractères anatomiques, vous vous trouvez exactement dans la même situation que les micrographes, avec cette seule différence qu'ils considèrent la structure intime des parties, et que vous vous attachez seulement à l'altération des tissus, et ce sont eux alors qui pourraient vous rappeler à la clinique.

Dispute de mots. Le clinicien a parfaitement raison, à son point de vue, d'apprécier par l'expérience et en dehors de la composition micrographique les chances de récidive d'une tumeur; mais, il faut qu'il le sache, la clinique ne lui donnera jamais un principe fixe de classification.

— La Gazette médicale de Lyon est un des rares organes de la presse médicale qui, dans ce remarquable débat sur le cancer, dont la tribune académique gardera un long souvenir, ont su résister à l'entraînement des paroles agiles, aux banalités des plumes prétentieuses, aux confusions de langage, et maintenir la vérité des faits contre l'esprit de réaction qui semble posséder en ce moment le corps médical. Dans un travail plein de raison et de distinction, M. le docteur Rollet, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille, a parfaitement caractérisé le résultat de la discussion, et montré en même temps comment une question de classification anatomique touche en plein cœur aux intérêts les plus précieux de la pratique. Voici quelques passages qui peuvent être considérés comme le résumé de son travail :

« ... Il y a des tumeurs à cellules cancéreuses, des tumeurs épithéliales et des tumeurs fibro-plastiques; ces tumeurs ont une structure distincte et une évolution distincte aussi. Si l'on veut les confondre sous le nom générique de cancer, *ce qui est une question de mots*, il faut les séparer de fait; car elles ne sont ni anatomiquement ni symptomatologiquement semblables. »

« ... Maintenant, le microscope ayant séparé des tumeurs jusque-là plus ou moins confondues entre elles, dont les unes sont bénignes, comme les hypertrophies, les autres plus graves, comme les cancroïdes, les autres presque incurables, comme le cancer, croit-on qu'il soit indifférent de les reconnaître sur le malade? Traitera-t-on les adénoïdes, qu'on peut guérir sans opération, comme les cancroïdes, dont on ne triomphe qu'avec l'opération largement pratiquée? Le chirurgien ne se décidera-t-il pas avec plus de confiance à opérer le cancroïde qu'à enlever un cancer? Et qui sait si, un jour, quelque spécifique venant à être découvert, les deux maladies ne seraient pas en face du nouveau remède comme le chancre simple et le chancre induré en face des antisyphilitiques? »

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDES ANATOMO-PATHOLOGIQUES DES FRACTURES DE LA BASE DU CRANE, DE L'ORIGINE AINSI QUE DE LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DES ÉCOULEMENTS SÉREUX QUI LEUR SUCCÈDENT, par M. Houel, conservateur du musée Dupuytren (1).

Le mécanisme d'après lequel se produisent ces fractures n'est pas toujours le même : la plupart des pathologistes reconnaissent qu'elles peuvent être *directes* ou avoir lieu par *contre-coup*. Les fractures indirectes avaient été regardées comme impossibles, à cause de l'existence des sutures, que l'on considérait à tort comme devant arrêter et décomposer le mouvement. La théorie physique de ces solutions de continuité osseuses a été développée avec un remarquable talent dans le *Compendium de chirurgie*, par M. Denonvilliers, qui compare le crâne à une sphère ovoïde irrégulière qui réunit les deux conditions les plus importantes à la production de ces fractures, à savoir, l'inégalité d'épaisseur et de résistance des parois osseuses. Dans la théorie des fractures indirectes, elles peuvent se produire dans un lieu diamétralement opposé au point percuté, sur l'os voisin ou l'os lui-même qui a été frappé, mais dans un endroit différent. Ce que la théorie physique démontre est incontestable : il existe dans la science des exemples de fractures indirectes de la base du crâne; seulement je ne crois pas, comme M. Denonvilliers, que ce soient les plus communes; elles me paraissent être l'exception. M. Denonvilliers lui-même semble avoir prévu l'objection, en disant qu'il fallait, dans cette théorie, tenir compte des parties molles qui remplissent la sphère crânienne et de celles qui l'entourent. Je considère donc, avec M. Aran, que la plupart des fractures de la base du crâne ont lieu par une violence directe, et qu'elles ne sont, le plus souvent, que l'extension des fractures linéaires de la voûte; seulement, M. Aran, dans son travail publié dans les *Archives*, n'admet point l'existence des fractures indirectes, qui sont cependant démontrées aujourd'hui par des faits irrécusables. M. Ulysse Trélat (*Soc. anat.*, 1852), après de nombreuses expériences, a reproduit dans tout ce qu'elle avait d'absolu l'opinion de M. Aran, puisqu'il dit que les fractures par contre-coup ne peuvent avoir lieu que dans le cas où il y a de grands désordres.

Sans admettre d'une manière aussi absolue la propagation des fractures de la voûte à la base, je dois dire cependant que c'est le fait le plus ordinaire; c'est au moins ce que m'ont démontré toutes les pièces que j'ai eu l'occasion d'examiner; c'est aussi ce que nous enseignent les fractures de la base du crâne du musée Dupuytren. Une fois ce mécanisme d'extension admis, il était important de

(1) Cet article est extrait d'un traité d'anatomie pathologique qui doit paraître prochainement.

Il est une autre question très complexe, et dont la solution, propre à influer également sur les dimensions de l'aqueduc, ne se trouve pas comprise dans le rapport de M. Belgrand. La quantité d'eau que cet ingénieur croit possible d'obtenir des sources de la Somme et de la Soude, sans les épuiser à beaucoup près, et qu'il a prise pour base de ses évaluations de dépense, doit-elle suffire à tous les besoins du service?

M. Belgrand n'avait pas à s'occuper de la distribution des eaux dans Paris. La mission qui lui était confiée se bornait à rechercher les moyens de remplacer, par des eaux de sources dérivées, les eaux de Seine élevées mécaniquement qu'offraient tous les systèmes proposés pour l'amélioration du système actuel, et qui tous présentaient, entre autres, ce défaut radical, leur température variable. Il s'est donc contenté de démontrer la possibilité d'amener, sans excédant de dépense, à l'altitude déterminée par le plus complet des projets antérieurs au sien, un volume d'eau supérieur à celui que ce projet avait pour but de fournir. Cependant, prévoyant le cas où des besoins plus grands viendraient à se révéler, son rapport indique de nombreuses combinaisons qui permettraient d'augmenter la dérivation dans des proportions très amples et de répondre ainsi à toutes les exigences.

La valeur du système qu'il présente n'est donc pas plus engagée dans la question du volume des eaux que dans celle de leur hauteur d'arrivée. L'une comme l'autre peut être résolue d'après des considérations tirées uniquement des convenances de distribution et de l'importance relative des dépenses.

En ce moment, la quantité d'eau nécessaire pour assurer la marche de tous les services de la distribution est de 86,777 mètres cubes par jour, savoir (1) :

Services publics.		
Fontaines monumentales	9,910m	
Fontaines de puisage	4,630	
Bornes-fontaines et bouches sous trottoirs	35,600	
Poteaux et boîtes d'arrosement, bouches d'incendie, etc.	5,900	
Ensemble	56,040	56,040m

(1) Une erreur de chiffres s'est glissée dans notre premier article : à la troisième colonne, où nous indiquions la proportion d'eau dont la ville *peut* disposer, il faut lire 147,000 mètres cubes, ou près de 148,000,000 de litres par vingt-quatre heures, *au lieu de* 147 mètres.

rechercher comment il s'opérait. C'est ce qu'a fait M. Aran ; et, avec la plupart des auteurs qui ont partagé son opinion, il admet, comme règle générale, que les fractures de la voûte arrivent à la base par le chemin le plus court. Si c'est la région frontale qui a été percutée, c'est à l'étage supérieur de la base que la fracture se rendra ; si c'est la région occipitale, c'est à l'étage inférieur ou postérieur ; enfin, si c'est dans la région temporo-pariétale, c'est à l'étage moyen que se rendra la fracture. Tous ces faits ne me paraissent pas manquer de justesse. Les fractures bornées à l'étage antérieur ou postérieur sont ou linéaires ou comminutives, c'est-à-dire avec esquilles, mais ne présentent rien d'intéressant. Les fractures de l'étage moyen de la base du crâne, outre qu'elles sont beaucoup plus fréquentes, présentent au contraire un grand intérêt. Elles ont donné lieu à de nombreuses discussions, qui ne me paraissent pas encore avoir beaucoup élucidé les faits pathologiques qui les accompagnent. C'est à peine si, dans les traités de pathologie, on s'est occupé du siége et de la direction de ces fractures. Dans ces dernières années, on trouve bien quelques études sur leur direction dans les *Bulletins de la Société anatomique* ; mais je crois être un des premiers à les avoir étudiées avec assez de soin pour les généraliser. C'est encore l'étude des pièces du musée Dupuytren qui a fixé mon attention sur ce point.

Ces fractures m'ont paru toujours se reproduire avec une grande fidélité, et l'on peut poser en principe, ou bien qu'elles sont perpendiculaires à l'axe du rocher, ou bien qu'elles sont parallèles à cet axe. Les fractures parallèles à l'axe du rocher (nos 40, 40 A, 40 B, 40 C, 40 D) ont leur point de départ dans une fracture de la voûte crânienne, dans la région temporale ; elles passent en avant ou au niveau du trou auditif externe, qu'elles peuvent légèrement intéresser, pour aller joindre l'hiatus de Fallope et suivre la gouttière du petit nerf pétreux et aboutir au trou déchiré antérieur. Le rocher se trouve ainsi divisé en deux parties inégales : l'une, antérieure, qui ne contient qu'une portion de l'oreille moyenne et du conduit auditif externe ; l'autre, postérieure, plus étendue, renferme le canal de Fallope, le conduit auditif interne, l'oreille interne en entier et une partie de l'oreille moyenne. La fracture peut alors se limiter à un seul côté sur les parties latérales du sinus caverneux, ou bien traverser la selle turcique et s'étendre au côté opposé où elle suit une direction en tout identique avec celle que je viens de décrire, c'est-à-dire qu'elle parcourt en sens inverse le bord antérieur du rocher n° 40 D. Lorsqu'elle traverse le corps du sphénoïde, c'est rarement en avant qu'existe la fracture ; son siége le plus ordinaire est à la base de la lame quadrilatère ; le sinus sphénoïdal se trouve, dans ce cas, largement ouvert.

Les fractures perpendiculaires à l'axe du rocher présentent deux variétés : dans la première, la fracture siége au sommet ; elle est située immédiatement en dehors du trou auditif interne ; elle intéresse à la fois le vestibule et le limaçon (n° 41). Dans la seconde variété, la fracture est située au niveau de la base du rocher, et au lieu, comme la première, d'être verticale, elle a une inclinaison oblique de haut en bas et de dehors en dedans, identique avec celle de la membrane du tympan ; elle divise par conséquent l'oreille moyenne (nos 39 et 41 A). Ces directions dans la fracture du rocher, à quelques rares exceptions près, s'il en existe, suivent toujours une des lignes que je viens de décrire. Il était donc important de les grouper, et je suis étonné que l'attention des chirurgiens n'ait pas été attirée plus tôt sur ces faits. M. Laugier (*Gaz. des hôpitaux*, p. 325, 1854) signale l'existence d'une fracture du rocher qui était parallèle à l'axe du bord antérieur dans ses deux tiers externes, et qui dans son tiers interne se déviait d'arrière en avant pour fracturer le rocher perpendiculairement à l'axe dans son lieu ordinaire, en dehors du conduit auditif interne. C'est le seul fait que j'aie trouvé dans la science de fracture du rocher reproduisant les deux espèces de fractures par une même cause ; mais une exception ne suffit pas pour détruire une règle établie sur la généralité des faits. Cette distinction dans la direction de la fracture, tout intéressante qu'elle est en anatomie pathologique, ne serait qu'un objet de pure curiosité, si le diagnostic ne pouvait en être établi sur le vivant. C'est ce point que je vais chercher maintenant à démontrer. Tous les faits que j'ai eu occasion de constater, et cela sans exception, ainsi que les observations que j'ai pu examiner, tendent à établir que dans les fractures parallèles à l'axe du rocher, le corps vulnérant, le choc, a porté dans la région temporale en avant de l'apophyse mastoïde ; et M. Gosselin, pendant qu'il était à l'Hôtel-Dieu et remplaçait M. le professeur Roux, a pu même, d'après l'endroit frappé et la nature du liquide écoulé, qui était séro-sanguinolent, diagnostiquer une fracture parallèle à l'axe du rocher, et que l'autopsie a malheureusement justifiée (n° 40 D).

Dans la fracture perpendiculaire à l'axe du rocher, c'est au contraire dans la région occipitale qu'a porté la violence. M. Bauchet a fait sur le cadavre des expériences à ce sujet, et, en percutant la région occipitale, il a pu produire les deux variétés de fractures perpendiculaires à l'axe du rocher. M. Trélat (*Soc. anat.*, 1852, p. 213), a montré, chez un jeune homme, une fracture du sommet du rocher, et c'est en arrière que le crâne avait porté dans la chute. Il en est de même de la pièce de M. Richet, n° 41 B (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1851, t. IV, p. 411). Sur une pièce du musée Dupuytren (n° 41), qui vient de l'ancienne académie de chirurgie, il existe également une fracture du sommet du rocher. La pièce étant sans renseignements, il était difficile de savoir la cause ; mais en examinant la base du crâne avec soin, j'ai trouvé sur le côté gauche de l'écaille occipitale un point osseux, criblé de trous et d'une couleur plus foncée, qui témoigne de l'existence d'une ancienne ostéite, probablement le résultat de la violence qui a produit la fracture. De ce point on voit partir une fracture linéaire obliquement dirigée de haut en bas, d'arrière en avant, qui traverse le trou occipital, se continue sur la branche droite de ce trou, et sectionne verticalement, comme avec une scie, le sommet du rocher en dehors du trou auditif interne. C'est l'étude de cette pièce qui, après avoir établi les deux variétés de fracture du rocher, m'a donné l'idée de rechercher si, en ad-

Services privés.		*Report.*	56,040m
Fontaines marchandes	1,170m		
Concessions à l'État . . . 3,843m } — au département . . . 88 } — aux établiss. municip. 7,812 }	11,743		
— aux particuliers	17,826		
Ensemble	30,737	30,737	
Résumé des deux catégories		86,777	

Mais il faut prévoir l'extension progressive du service des bornes-fontaines à toutes les rues de Paris, et du service des concessions particulières à toutes les maisons. A la vérité, lorsque ce dernier résultat sera établi, le service des fontaines de puisage gratuit et celui des fontaines marchandes deviendront inutiles ; mais on sentira de plus en plus le désir d'augmenter le nombre des fontaines monumentales, ornement fort apprécié de nos places et de nos jardins publics.

D'un autre côté, il ne faut pas oublier que le macadam s'empare successivement de toutes nos grandes voies de circulation, et qu'il exige des arrosements plus souvent renouvelés que l'ancien pavé. Enfin l'abondance des ressources a pour effet infaillible d'encourager la consommation, et il convient de tenir compte de ce fait pour tous les services.

Quelles que puissent être les exigences de l'avenir, il semble qu'on ferait leur part très large en évaluant à 110,000 mètres cubes d'eau par jour les besoins possibles des services publics ; car cette énorme quantité d'eau permettrait de doubler amplement le maximum de la consommation totale des fontaines monumentales, des bornes-fontaines et des poteaux d'arrosement.

L'hygiène ne peut qu'applaudir à tous ces projets, et faire des vœux pour qu'ils s'accommodent aux questions économiques desquelles dépend leur réalisation.

Durand-Fardel.

mettant l'opinion de M. Aran, que les fractures de la base sont le résultat d'une extension des fractures de la voûte, on ne pourrait pas arriver, d'après l'endroit frappé, à distinguer l'espèce de fracture produite, et aujourd'hui je crois la chose possible, et même certaine, d'après l'ensemble des faits que je viens d'indiquer.

J'ai dit que dans les fractures de la base du crâne c'était le rocher qui en était le siége principal. Ce résultat pourrait étonner si l'on ne tenait compte que de l'aspect de cet os, qui est la portion la plus épaisse et qui paraît la plus compacte de la boîte crânienne; mais, en dehors de sa position géographique qui le prédispose aux fractures, le rocher est constitué par un tissu osseux, fragile, cassant, et, de plus, il est creusé de nombreuses cavités qui diminuent sa force de résistance.

Trois faits intéressants, qui accompagnent souvent les fractures de la base du crâne, et que l'anatomie pathologique a puissamment concouru à éclaircir, sont : 1° les ecchymoses, 2° l'écoulement de sang, 3° l'écoulement de sérosité.

L'ecchymose a été observée à la région mastoïdienne et à la région oculaire. Dans le premier cas, elle est un signe de fracture du rocher, et résulte de la solution de continuité des cellules mastoïdiennes; dans le second, d'une fracture de l'étage antérieur de la base du crâne. M. Velpeau est un des premiers qui l'ont signalée; mais, pour qu'elle ait toute l'importance qu'il lui accorde, et qu'elle serve à établir un diagnostic différentiel, il faut que l'ecchymose commence par la conjonctive oculaire avant que de gagner la paupière inférieure, qui ne devra présenter de traces qu'environ quarante heures après le moment où s'est produite la fracture.

L'écoulement de sang a été observé par le nez dans les cas de fracture de la lame criblée, par l'oreille dans les fractures du rocher et particulièrement dans celles qui sont parallèles à l'axe, et par la bouche lorsqu'elles s'étendent jusqu'au niveau de la selle turcique. Le mécanisme de cet écoulement de sang est trop facile à saisir pour que j'y insiste plus longuement.

Si tous les pathologistes sont à peu près d'accord sur l'origine et la valeur diagnostique de l'ecchymose et de l'écoulement sanguin à la suite des fractures du crâne, il n'en est pas de même de l'écoulement séreux. La première raison de cette dissidence me paraît exister dans l'opinion qui veut rapporter à une cause unique cet écoulement, tandis qu'il me paraît devoir résulter de plusieurs; et je suis convaincu, d'après l'examen des observations, que la plupart des causes indiquées comme pouvant produire ces écoulements sont admissibles dans de certaines limites. C'est ce que je vais examiner.

L'écoulement séreux a une bien autre importance que l'écoulement sanguin : il peut être passager, et alors il n'est d'aucune certitude dans le diagnostic des fractures du crâne; il peut être, au contraire, permanent, durer près d'une huitaine de jours, et dans ce cas la plupart des auteurs le considèrent comme un des signes les plus certains des fractures.

Dernièrement, M. Fleury, de Clermont, a envoyé à la Société de chirurgie une observation de fracture présumée du crâne, avec issue de sérosité par l'oreille et guérison du malade. Ce chirurgien a posé à la Société la question suivante : Dans une chute sur la tête, avec commotion légère, perte de sang par l'oreille et écoulement consécutif de sérosité pendant dix-huit heures, y a-t-il fracture du rocher? Certes la question était délicate, et le savant rapporteur M. Gosselin n'aurait probablement pas hésité à se prononcer pour l'affirmative, tant est grande la valeur de cet écoulement séreux dans le diagnostic des fractures du crâne; mais l'observation de M. Fleury étant incomplète dans certains points, M. Gosselin a cru devoir, avec la Société, rester dans une judicieuse réserve, ébranlé qu'il était par l'observation de M. Ferri, publiée dans la *Gazette hebdomadaire* (t. I, p. 59). Dans cette observation, l'écoulement de sérosité par l'oreille a été évalué à 63 onces; le malade ayant guéri, M. Ferri, trois ans après l'accident, a eu l'occasion de faire l'autopsie, et il n'a pu trouver ni sur les os ni sur les membranes du cerveau aucune trace de la fracture présumée. Il résulte de ces faits que, si l'on ne peut dire que l'écoulement de sérosité est un signe certain absolu des fractures du rocher, il en est au moins un symptôme des plus constants. Mais dans l'observation de M. Ferri, la membrane de la fenêtre ovale paraît avoir été déchirée. Dans la séance de la Société de chirurgie du 6 décembre dernier, M. Prescott-Hewett a adressé une observation qui me paraît avoir beaucoup d'analogie avec celle de M. Ferri, car l'écoulement de sérosité avait été assez abondant sans qu'à l'autopsie il ait pu être constaté de fracture du rocher. M. Robert est chargé de faire prochainement un rapport sur cette intéressante observation. Le liquide qui s'était écoulé, comme dans le fait de M. Ferri, contenait beaucoup de globules sanguins.

L'écoulement séreux a été depuis longtemps déjà observé par Beranger de Carpi et Stalpart Van der Wiell, qui en a rapporté deux observations. Dans l'une, l'écoulement était très considérable; il était de plusieurs litres. Mais dans tous ces faits il n'avait point été donné d'interprétation.

M. Laugier, le premier, en 1840, démontra que ces écoulements de sérosité par l'oreille se rattachaient à l'existence des fractures du rocher. Cette priorité ne me paraît pas pouvoir lui être contestée; et dès cette époque il pensa que cet écoulement venait d'un épanchement sanguin intracrânien, et c'est encore, je crois, la doctrine qu'il professe aujourd'hui. L'écoulement séreux est loin de se produire toujours par le même endroit. Hafling (*Arch. gén. de méd.*, 1833) l'aurait observé à la voûte crânienne, et il est probable que dans ce cas il succédait à un épanchement sanguin. Il a été observé encore par le nez, par la bouche. M. Robert en aurait vu survenir un exemple à la suite d'une fracture de la selle turcique.

Cet écoulement reconnu, il fallait en rechercher la cause. Le liquide de Cotugno fut d'abord mis en avant par Marjolin et M. Robert; ce dernier a depuis renoncé, avec raison, à cette explication. M. Laugier a pensé que ce pouvait être la partie séreuse d'un épanchement sanguin; M. Chassaignac, qu'il était dû à un éraillement des parois veineuses, qui permettait à la sérosité de transsuder, de filtrer, et la pièce de M. Richet n° 41 B semble venir en aide à la théorie de M. Chassaignac, quoique la Société ait émis des doutes sur la réalité de cette explication. Une grande objection qui a été faite à cette doctrine, c'est que le sérum qui s'écoule de l'oreille, outre qu'il est en grande abondance, contient généralement (pas toujours, cependant, comme cela résulte des observations de M. Ferri et de M. Prescott-Hewett) une plus grande quantité de soude, et une quantité moindre, au contraire, d'albumine, que le sérum du sang. Il n'est pas possible d'admettre, dans ce cas, l'opinion de M. Chassaignac, qui pense que le filtrage à travers les os et les parties molles peut déterminer ces modifications. M. Robert ayant renoncé à sa première explication, à savoir, l'issue du liquide de Cotugno, pensa, avec Guthrie, que c'était le liquide encéphalo-rachidien qui s'échappait, ce qui donnait alors l'explication de sa quantité et du chlorure de sodium qu'il renfermait. Mais il restait à cette théorie un point à démontrer : c'était la déchirure des membranes cérébrales; car, à moins d'admettre, comme M. Bodinier, la filtration par endosmose, il fallait, à tout prix, rencontrer la déchirure des membranes cérébrales. Dans un cas où l'écoulement avait été considérable, M. Nélaton les aurait trouvées intactes. Dans beaucoup d'autres faits, où l'écoulement séreux a été abondant, on les a également trouvées intactes; mais on objecte alors que l'examen a été incomplet, ou bien que la déchirure est cicatrisée, l'écoulement cessant ordinairement quelque temps avant la mort. Cette objection, toute spécieuse qu'elle est, a besoin d'être démontrée par des faits. Il est incontestable que ces déchirures peuvent exister, elles ont même été vues un certain nombre de fois; mais conclure de ce qu'elles ont été observées à leur existence constante, c'est forcer les analogies, car les observations où cette déchirure a été rencontrée sont les plus rares. A. Bérard a pensé que si elle n'avait pas toujours été constatée, c'est qu'elle existait, le plus souvent, au niveau du cul-de-sac du nerf auditif; mais, en supposant qu'elle existe dans ce point, il faut encore admettre la rupture de la membrane des fenêtres rondes ou ovales et de la membrane du tympan, et quelquefois cette dernière membrane a été trouvée intacte, comme dans le fait de M. Trélat (n° 40 C). Dans les cas où la membrane du tympan a été trouvée intacte, on pourrait admettre, avec M. Laugier (*Gaz. des hôp.*, 1854, p. 325), que

l'écoulement par la trompe d'Eustache se ferait dans la narine. Dans l'observation, rapportée par M. Laugier, d'écoulement de sérosité par la narine avec fracture du rocher, la membrane du tympan était déchirée, mais il pense que ce conduit a été obstrué par un caillot. M. Dronsard (*Bulletin de l'Académie de médecine*) admet également que, dans le cas de fracture du rocher sans rupture de la membrane du tympan, l'écoulement de sérosité peut se faire par les narines; il ne serait plus alors le signe certain des fractures de l'étage antérieur de la base du crâne.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* admettent d'une manière absolue, pour expliquer l'écoulement de sérosité par l'oreille, l'opinion de A. Bérard, que les fractures les plus communes du rocher sont celles qui sont perpendiculaires à son axe et traversent cet os à sa partie moyenne, et ils ajoutent: *On peut donc se tenir pour assuré qu'il existe une fracture transversale du rocher toutes les fois qu'on a constaté un écoulement séreux abondant par l'oreille*. Cette assertion m'étonne de la part d'aussi bons observateurs; il suffit de compulser les observations, d'examiner les pièces du Musée, pour voir que les fractures parallèles à l'axe du rocher sont plus fréquentes que celles qui sont perpendiculaires. Les causes nous indiquent elles-mêmes qu'il en doit être ainsi; en effet, on tombe plus souvent sur la partie latérale de la tête que sur la partie postérieure, qui donne le plus souvent, comme j'ai essayé à le démontrer, les fractures perpendiculaires à l'axe. Si les fractures parallèles à l'axe du rocher sont les plus communes, comme elles donnent naissance aussi à l'écoulement séreux il faut abandonner l'opinion de A. Bérard, et, dans ce cas, admettre dans un autre point la déchirure de la dure-mère, qu'on est toujours loin de constater.

M. Gosselin, tout en ne partageant pas l'opinion de M. Denonvilliers sur la plus grande fréquence des fractures perpendiculaires à l'axe et du sommet du rocher, pense que dans cette variété seulement s'observe l'écoulement séreux, tandis que les fractures parallèles à l'axe donnent naissance à un écoulement sanguin qui peut devenir consécutivement séro-sanguinolent. Dans le premier cas, l'écoulement aurait pour source l'arachnoïde, et, comme les liquides de cette séreuse, il serait plus chargé de soude; dans le second, au contraire, il se rapprocherait davantage des éléments du sang, que l'on pourrait même encore retrouver intacts.

D'après ces faits, il est probable que si l'on a si longtemps discuté sur l'origine de l'écoulement séreux, c'est que l'on n'a pas tenu compte de la distinction proposée par M. Gosselin et que j'adopte complétement. Je pense donc que l'écoulement purement séreux et chargé de sels de soude ne se rencontre guère que dans les déchirures de la dure-mère, et particulièrement dans les fractures du sommet du rocher; il est, par conséquent, très rare, tandis que l'écoulement séreux sanguinolent reconnaît pour source la plupart des causes qui lui ont été indiquées par les auteurs. Avant que de rapporter ce symptôme à une cause unique, il faut différencier la nature du liquide séreux, et peut-être les faits de MM. Ferri et Prescott-Hewett pourraient-ils faire revenir sur l'opinion première de MM. Robert et Marjolin, quoiqu'elle ne soit guère admissible.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

De la bronchite pseudo-membraneuse.

(Suite et fin. — Voir le numéro 5, tome II.)

La bronchite pseudo-membraneuse n'est pas une maladie très rare, quoique M. Thierfelder ait dit n'en connaître que dix-neuf exemples. M. Peacock, dans son premier travail, publié dans les *Mémoires de la Société pathologique de Londres*, a donné le résumé de trente-quatre observations connues; et l'on a pu voir, par le résumé que nous avons tracé plus haut, qu'à toutes les époques les recueils de médecine de pays très différents nous en ont offert d'assez nombreux exemples.

La bronchite pseudo-membraneuse ne paraît propre à aucun âge de la vie; elle n'épargne ni les enfants ni les vieillards, mais elle frappe de préférence les adultes. M. le professeur Albers (de Bonn) a eu tort de dire que les enfants semblaient en être exempts; car la maladie paraît assez fréquente à cet âge. Nous citerons comme preuve les observations de MM. Peacock, Meerbeck, Raickem, Thore, Lasserre, etc. Les vieillards semblent en être plus rarement atteints. M. Puchelt cite cependant des faits observés jusqu'à l'âge de soixante-dix-huit ans. Les sujets du sexe masculin sont plus prédisposés à la formation des concrétions bronchiques que les sujets du sexe féminin. M. Peacock a surtout mis en relief une cause prédisposante importante: c'est l'état de santé antérieur des individus. Il a noté, en effet, que la maladie pouvait, il est vrai, se manifester chez des individus qui ont joui jusqu'alors d'une bonne santé; mais qu'elle frappait de préférence ceux dont la constitution avait été affaiblie par des maladies antérieures et surtout par des affections chroniques des voies respiratoires.

La bronchite pseudo-membraneuse ne s'annonce pas toujours par des accidents généraux d'une gravité telle qu'on puisse prévoir l'intensité de l'affection qui va se développer. Le premier symptôme est fréquemment le frisson: nous le trouvons dans un grand nombre d'observations; dans celles de MM. Laffiley, Thore, Cazeaux, etc.; il s'y joint quelquefois, comme dans le premier fait que nous venons de citer, une douleur dans un des côtés de la poitrine. Ces accidents sont accompagnés d'une dyspnée violente et d'une anxiété plus ou moins considérable, à laquelle s'ajoute un état fébrile quelquefois très marqué. L'expectoration pendant la première période de la maladie est simplement muqueuse; parfois elle est accompagnée d'un peu d'hémoptysie ou du rejet de quelques filets sanguins pendant les quintes de toux. La toux ne présente jamais le timbre particulier qu'on lui connaît dans le croup. Plus ou moins intense au début, elle s'exaspère et devient très incommode dans les accès qui précèdent le rejet des concrétions bronchiques. Les symptômes généraux qui accompagnent ces accès de dyspnée sont complétement analogues à ceux que l'on observe dans tous les cas d'obstacle à l'introduction de l'air dans les voies respiratoires. L'expulsion des concrétions bronchiques commence le plus souvent deux ou trois jours après l'apparition des symptômes généraux. Le rejet des fausses membranes bronchiques, en faisant cesser la gêne de la circulation de l'air dans les canaux bronchiques, diminue et même souvent met un terme aux accidents généraux. Cette intermittence ou ces intervalles dans les symptômes, et la durée de chacun de ces accès de dyspnée, sont encore beaucoup plus marqués, comme nous le verrons plus loin dans la bronchite pseudo-membraneuse chronique.

On a essayé de découvrir, dans les signes fournis par l'auscultation des voies respiratoires, des symptômes pathognomoniques de la maladie qui nous occupe ici. MM. Barth et Cazeaux ont signalé l'existence d'un bruit particulier qu'ils nomment *bruit de soupape*. C'est sans doute le même bruit que M. Thore a comparé au son que produirait une pelure d'oignon vibrant à l'intérieur des bronches. M. Valleix indique également ce bruit; enfin, MM. Cane et Gordon auraient, au dire de M. Peacock, reconnu son existence chez des malades atteints de bronchite pseudo-membraneuse. M. Peacock ne croit point que ce symptôme puisse être considéré comme propre à cette maladie, puisqu'il se rencontre dans tous les cas où une certaine quantité de mucus épais est agité par l'air. On entend, en général, en auscultant la poitrine de ces malades, des râles sifflants et sonores en grand nombre, identiques avec ceux que l'on observe dans toutes les bronchites aiguës. M. Nonat avait signalé l'affaiblissement du murmure respiratoire au niveau de la portion de poumon à laquelle se rendait la bronche oblitérée. Ce phénomène n'a pas été retrouvé par d'autres observateurs.

Le symptôme le plus important dans cette variété de bronchite est fourni par les caractères de l'expectoration: celle-ci présente, au milieu d'un mucus plus ou moins clair, des concrétions pseudo-membraneuses solides ou canaliculées, offrant une longueur de 3 à 5 pouces et une grosseur qui varie du volume d'une plume de corbeau à celui d'une grosse plume d'oie. L'épaisseur des parois est de 4 à 6 lignes. Ces troncs se ramifient dichotomiquement comme

les bronches elles-mêmes. On a pu compter ainsi jusqu'à neuf divisions successives, les dernières offrant un diamètre très minime, et comparables, pour leur aspect, au chevelu de certaines racines. D'une couleur le plus souvent blanche, les concrétions présentent parfois une teinte légèrement rougeâtre ; elles sont composées de couches concentriques. M. Thierfelder a retrouvé, dans toutes les pseudo-membranes qu'il a pu examiner, même dans les plus petites, trois couches concentriques. M. Thore, comparant ces concrétions bronchiques à celles qui sont formées dans le croup, dit que celles de la bronchite pseudo-membraneuse s'en distinguent par leur couleur qui est d'un blanc nacré ou légèrement rosé, par leur structure comme fibreuse, par leur densité, leur résistance et leur élasticité. M. Thierfelder a trouvé que la substance prise à la surface de ces concrétions contenait toujours un grand nombre de globules sanguins et quelques corpuscules de pus isolés ; au contraire, à l'intérieur des concrétions, on trouvait à l'examen microscopique un grand nombre de corpuscules de pus. Le médecin de Leipsick, s'appuyant sur ces résultats histologiques, explique de la manière suivante comment les concrétions se développent dans les bronches. Un épanchement de matière croupale, de pseudo-membranes, se forme d'emblée dans une certaine étendue des canaux bronchiques. Au bout de quelque temps cette fausse membrane se détache de la surface muqueuse, et est remplacée par une seconde couche qui se développe en dehors d'elles et sur la membrane muqueuse. Suivant l'opinion que nous venons d'exposer, les concrétions pseudo-membraneuses bronchiques seraient le résultat d'un travail phlegmasique spécial développé à l'intérieur des bronches. Cette opinion est celle qui est généralement admise en France comme en Allemagne et en Angleterre. Cependant, d'autres pathologistes, et Michaelis entre autres, ont rapporté ces pseudo-membranes à une transformation fibrineuse d'une hémorrhagie bronchique antérieure. Cette théorie pathogénique, soutenue récemment encore par MM. Barthez et Rilliet (*loc. cit.*, p. 594), s'appuie et se base sur l'existence d'hémoptysies qui précèdent quelquefois la maladie ; mais peut-être cet accident est-il trop rare pour qu'on puisse l'ériger en cause unique et constante de la bronchite pseudo-membraneuse chronique.

La marche de la maladie est sans contredit un des points de son histoire qui présente le plus d'intérêt. En effet, tantôt la bronchite pseudo-membraneuse, par son invasion, ses symptômes et la rapidité de sa terminaison fatale, rappelle la marche et les progrès de la bronchite capillaire suffocante ; d'autres fois, au contraire, l'affection débute sans symptômes graves, s'interrompt dans sa marche et se termine après une longue durée. Nous avons indiqué plus haut les accidents généraux dont la manifestation précède l'expulsion des fausses membranes. Cette période prodromique dure en général peu de temps, deux, trois ou quatre jours ; dans les cas aigus, la maladie porte pendant toute sa durée le cachet d'une affection fébrile ; mais, alors, il est rare de voir l'expectoration caractéristique durer plus de six à neuf jours. Chacun des accès de dyspnée qui précède et accompagne l'expulsion des concrétions bronchiques est suivi d'un état de calme relatif très marqué. La maladie se termine souvent d'une manière favorable, même dans les cas de complications fébriles.

La bronchite pseudo-membraneuse à forme chronique dure beaucoup plus longtemps. On connaît des affections de ce genre dont la durée a été de sept années. On aurait tort de croire que, dans ces affections à marche lente, l'expectoration se répète sans interruption pendant un espace de temps aussi prolongé ; chaque accès est séparé en général par un intervalle plus ou moins long, pendant lequel le malade jouit d'un état de santé assez bon. Il en était ainsi chez l'enfant dont M. Peacock nous a donné l'histoire dans son dernier mémoire. — Cet enfant, âgé de onze ans au moment où il fut soumis à l'observation du médecin de l'hôpital Saint-Thomas, avait été atteint, en 1849, de la grippe ; à la suite de cette maladie, sa mère remarqua qu'il expectorait pendant cinq à six mois des corps membraneux et ramifiés. En 1851, survint une nouvelle attaque de bronchite, pendant laquelle l'expectoration pseudo-membraneuse reparut et dura plusieurs mois. Au bout de six mois, l'enfant reprenait son état de santé habituel. En mai 1853, réapparition des mêmes accidents, qui persistèrent jusqu'en juin pour se manifester de nouveau à la fin de décembre 1853. — Nous aurions pu citer plusieurs exemples analogues ; mais ce seul fait, que nous empruntons au travail le plus récent publié sur ce sujet, suffit pour démontrer la fréquence des récidives de l'expectoration caractéristique dans un grand nombre de bronchites pseudo-membraneuses à forme chronique. Le fait rapporté par M. Thierfelder rentre dans cette catégorie, de même que ceux de MM. Meerbeck, de Schwabe, de Raickem, etc.

La maladie se termine par la guérison ou par la mort ; la terminaison heureuse ne peut souvent être obtenue qu'après une longue durée de l'affection. Suivant M. Rokitansky, on observe quelquefois, consécutivement à la bronchite plastique, de l'œdème pulmonaire. Au dire de Watts, les accidents consécutifs consisteraient en une oblitération des canaux aériens, avec atrophie et cirrhose du poumon ; il peut survenir enfin un emphysème pulmonaire.

Le diagnostic ne peut être établi d'une manière certaine qu'au moment où l'expectoration pseudo-membraneuse s'est déjà produite. C'est là le seul symptôme pathognomonique de l'affection.

Le pronostic de la bronchite pseudo-membraneuse a été établi différemment par la plupart des auteurs. M. Thore regarde cette affection comme presque constamment mortelle dans les cas où elle complique une autre maladie ; le pronostic est moins grave lorsqu'elle est isolée. M. Puchelt considère la forme chronique comme généralement peu grave ; au contraire, la forme aiguë présente un pronostic beaucoup plus sérieux : la maladie est presque nécessairement fatale quand elle succède à une laryngite pseudo-membraneuse. M. Peacock, après un examen consciencieux des faits connus dans la science, résume ainsi la question du pronostic : Lorsque la bronchite pseudo-membraneuse aiguë est une maladie idiopathique, les symptômes de suffocation, quelque alarmants qu'ils soient, diminuent en général et disparaissent sous l'influence d'un traitement convenable. M. Thierfelder trouve les éléments du pronostic non pas dans l'étendue des phénomènes locaux, mais plutôt dans la forme et la gravité des symptômes généraux concomitants.

Dans les deux formes de la maladie, les auteurs s'accordent à conseiller, avant tout, l'emploi de moyens propres à favoriser l'expulsion de la concrétion pseudo-membraneuse bronchique. C'est à l'émétique que presque tous les praticiens s'adressent dans ce but. On fait suivre son emploi de l'inhalation de vapeurs émollientes. M. Puchelt conseille un vomitif spécial, le sulfate de cuivre. La même unanimité ne règne pas entre les différents auteurs relativement à l'utilité des émissions sanguines. MM. Thierfelder et Cazeaux les proscrivent dans les cas aigus ; MM. Peacock et Puchelt, au contraire, les conseillent pour diminuer l'intensité des accidents qui accompagnent l'invasion des phénomènes aigus. M. Peacock, adoptant la pratique de ses compatriotes dans toutes les phlegmasies aiguës, associe aux émissions sanguines, à titre d'agents antiphlogistiques, le mercure et l'antimoine. M. Thierfelder vante en outre, dans les cas chroniques, l'iodure de potassium et le sel ammoniac. Parmi ces divers agents thérapeutiques, nous dirons avec M. Thore que ce sont les vomitifs dont l'efficacité est le mieux démontrée ; au contraire, les lochs, le calomel, les sinapismes, etc., paraissent le plus souvent n'avoir joué qu'un rôle très secondaire dans la curation des maladies. L'état général des malades, surtout dans les cas chroniques, nécessite l'administration des toniques, des agents reconstituants, et avant tout une hygiène convenable.

Docteur LEUDET.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je répondrai par des faits qui paraîtront nets et précis, je l'espère, aux remarques critiques qui ont été publiées à l'occasion de mon travail. En attendant, voudrez-vous accueillir une simple rectification sur un fait

qu'il me paraît utile de ne pas laisser plus longtemps livré au doute?

On a dit que le sang dans lequel j'ai démontré la présence du sucre provenait du foie : « Chez les animaux de boucherie mis à mort par les » procédés ordinaires, le couteau de boucher pénètre, a-t-on dit, dans les » cavités droites du cœur; et comme le sang qui remplit cet organe est » fourni directement par la veine cave inférieure à sa sortie du foie, il » doit nécessairement contenir une partie du glucose élaboré par le *viscère* » *glucogénique*. »

Je m'étonne que quelques personnes aient pu prendre cette observation au sérieux. Pour déceler la présence du sucre dans le sang de l'homme, j'opère, comme on le sait, avec le sang d'une saignée du bras. Dans cette expérience, qui, pour le dire en passant, a été déjà répétée dans un grand nombre d'hôpitaux à Paris et en province, on ne peut, je pense, invoquer le voisinage de l'oreillette droite. Lorsque j'ai opéré sur le lapin et le chien, je me suis procuré le sang au moyen d'une incision transversale au cou qui tranche les carotides et les veines jugulaires. Enfin, dans le cas des animaux de boucherie saignés à l'abattoir, il est facile de s'assurer *de visu* que l'oreillette droite n'est et ne peut jamais être intéressée. Après l'incision que le boucher pratique à la gorge de l'animal, incision qui est transversale chez le mouton et longitudinale chez le bœuf, il est facile de reconnaître qu'il existe un intervalle considérable entre le lieu de cette incision et la région du cœur droit et de ses vaisseaux.

Veuillez agréer, etc. L. Figuier.

Paris, le 19 février 1855.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Exciseur électrique. — M. le docteur *Leroy d'Étiolles* présente à l'Académie un nouvel exciseur électrique disposé de telle sorte, que les deux bouts de fil se croisent dans le trou ou l'œil de l'extrémité de l'un des conducteurs, de façon qu'en les tirant en sens inverse, l'anse, rougie par le courant, se serre à mesure que l'excision s'opère, comme le ferait une ligature avec un fil ordinaire. Cet exciseur électrique, à fils croisés, est applicable aux tumeurs saillantes pour lesquelles le bistouri pourrait être dangereux à cause de l'hémorrhagie, par exemple, les paquets hémorrhoïdaux, les chutes du rectum, etc. Il est applicable à la section et à l'oblitération des veines variqueuses des membres et du cordon spermatique, etc.

Quant aux rétrécissements de l'urètre et du rectum, leur excision réclame une autre disposition du cautère électrique imaginée par M. Leroy d'Étiolles, en 1852. Ce n'est plus ici un fil qui rougit, mais un anneau de platine très mince, qui fait l'office d'emporte-pièce. Les conducteurs sont proportionnés au diamètre des conduits dans lesquels ils doivent pénétrer à une certaine profondeur. Pour l'urètre, il convient de les avoir de fer recouvert d'un émail. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Diathèse cancéreuse. — M. *Leroy d'Étiolles* communique encore à l'Académie un mémoire sur la diathèse cancéreuse et l'inopportunité des opérations prématurées pratiquées comme méthode générale dans le but de prévenir la dégénérescence. (Voy. *Gazette hebdomadaire*, t. II, n° 7, p. 132.) (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Ragle ou hallucination du désert, par M. *d'Escayrac de Lauture*. — Un voyageur, pressé d'atteindre le terme éloigné de ses fatigues, marche nuit et jour ; accablé de lassitude, il ne tarde pas à être pressé par le sommeil, sa volonté se roidit contre les exigences de sa nature; une lutte s'engage, et cette succession naturelle de repos et de veille, qui est la condition ordinaire de la vie, fait place chez lui à un état particulier qui n'est plus ni le repos ni la veille, ses yeux sont ouverts, son oreille perçoit les sons, sa main sent et agit, son esprit raisonne, et pourtant, ce voyageur est le jouet des hallucinations les plus bizarres. Le terme *d'hallucination* semble trop général à M. d'Escayrac de Lauture pour bien désigner ce phénomène ; celui *d'hallucination du désert* a l'inconvénient de faire supposer qu'il ne se produit que dans le désert. Aussi l'auteur y substitue-t-il le nom de *ragle*, du mot *ragl* que les Arabes emploient pour désigner ce phénomène.

Le ragle présente le plus grand rapport avec l'ivresse produite par les boissons alcooliques, avec celle due à l'usage de l'opium, du haschisch, du café, du safran, de l'ambre gris, de la belladone, de l'éther, etc., avec le délire de la fièvre et les hallucinations de quelques fous. C'est une espèce bien caractérisée d'un même genre.

Le ragle, l'ivresse, l'hallucination diffèrent du rêve : 1° en ce qu'ils se produisent en dehors du sommeil, sans que l'éréthisme normal des organes de la vie animale soit suspendu entièrement, et sans que la raison perde entièrement sa puissance; 2° en ce qu'ils procèdent toujours directement de la sensation confuse de quelque objet, en un mot, d'un sentiment réel, tandis que le rêve prend sa source dans le simple souvenir. Il est vrai que ces souvenirs se présentent à l'esprit par suite d'un enchaînement d'idées dont la première est née de quelque sensation qui a précédé le sommeil; mais il n'y a aucun rapport entre cette sensation et le rêve.

La vision du ragle diffère de celle du mirage en ce que, dans ce dernier phénomène, ce que l'on voit existe réellement. Ainsi, si l'on croit voir de l'eau, c'est qu'il s'est produit réellement l'image d'une surface bleue miroitante et un peu agitée; notre esprit s'égare seulement en supposant que l'existence de l'eau est inséparable de la production d'une telle image. (*Comm.* : MM. Duméril, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les huit pièces suivantes : *a*, *b*, *c*, *d*, *e*. — Rapports de M. *Hippolyte Deroy*, officier de santé à Botin-Baroche (Seine-et-Marne); de M. le docteur *Chevance*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Vassy ; de M. le docteur *Chabus*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Sisteron ; de M. le docteur *Fruchier*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Digne, sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854, dans ces divers arrondissements. (*Commission du choléra de* 1854.) *f*. Demande d'analyse et d'avis au sujet d'une autorisation d'exploitation d'une source d'eau minérale située sur le territoire de la commune de Miers (Lot), par le sieur *Antoine Andral*. (*Commission des eaux minérales*). *g*. *h*. *i*. Recettes relatives à des remèdes secrets, par MM. *Chabert*, *Lechevanton et Rasella*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.)

2. Tableau des vaccinations pratiquées en 1853, dans le département de la Seine, adressé par M. le préfet de ce département. (*Commission de vaccine.*)

3. Formule d'une mixture anticholérique, par M. *Martin*, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Arles.

4. M. *Heyfelder*, d'Erlangen, adresse un exemplaire de son *Traité des résections et des amputations* et quelques autres brochures.

5. Recherches pratiques sur quelques cas de variole confluente avec complication ataxo-adynamique, par M. le docteur Semanas, de Lyon.

5. Du meilleur procédé de fabrication de l'huile de foie de morue destinée aux usages de la médecine, par M. *Hogg*, pharmacien. (*Comm.* : M. Guibourt.)

7. M. *Gros*, ancien sous-officier d'artillerie, soumet à l'examen de l'Académie un appareil pour la suspension des malades. (*Comm.* : MM. Jobert et Bégin.)

8. M. le docteur *Frémaux*, de Paris, adresse un paquet cacheté.

9. M. *Burin du Buisson*, pharmacien à Lyon, prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté contenant un sel nouveau.

10. M. *Charrière* fils soumet à l'examen de l'Académie un trocart dont la canule est terminée par un entonnoir ou pavillon dans le genre de celui d'une sonde vésicale et qui paraît pouvoir remplacer avantageusement la grande gouttière employée jusqu'à ce jour. Ce changement permet aussi d'appliquer facilement sur ce trocart la soupape de baudruche de M. le docteur *Reybard*. (*Comm.*: M. Malgaigne.)

11. M. *Mathieu* présente des *ciseaux-pinces* destinés à agir dans les cavités profondes, et qui ne demandent pour saisir et couper que l'emploi d'une seule main. (*Comm.* : M. Malgaigne.)

M. *Malgaigne* prend la parole à l'occasion du procès-verbal pour rectifier une erreur qu'il a commise. En entendant la description du trocart présenté à l'Académie par M. *Mathieu*, dans la dernière séance, M. Malgaigne avait été surtout frappé de l'emploi de la baudruche et il avait dit que cette idée appartenait à M. Reybard. Mais il doit reconnaître que M. Mathieu a employé la baudruche d'une toute autre façon que M. Reybard. L'opérateur peut introduire une tige dans la canule et déboucher celle-ci sans être obligé de la retirer, dans le trocart de M. Mathieu. Il y a là, si ce n'est un perfectionnement, du moins une idée de perfectionner dont il faut tenir compte à l'auteur.

M. *Jobert*, président, propose, au nom du bureau, de renvoyer à la commission des onze membres déjà nommée, le soin d'examiner dans quelles sections devront être déclarées les vacances survenues au sein de l'Académie par suite du décès de MM. Jadelot et Bouley.

Cette proposition est mise aux voix et adoptée.

Discussion sur la variole.

M. *Piorry* repousse tout d'abord le reproche d'inconséquence, que lui a adressé M. Bousquet, au commencement de son discours. Il proclame hautement qu'il est spiritualiste en physiologie ; il admet que l'âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la formation organique ; mais cette conviction ne le conduit pas plus en physiologie qu'en pathologie à regarder l'action ou la fonction comme primitive à l'organe. Mais alors même qu'on admettrait des propriétés vitales distinctes de l'âme, on ne les influencerait, en santé comme en maladie, que par la médiation organique. Très logique dans mes opinions, dit M. Piorry, la physiologie et la pathologie ont pour moi des lois identiques, et se prêtent à des raisonnements et à des explications découlant d'une même source.

M. Bousquet se proclame vitaliste, spiritualiste en tout et partout; mais de quel spiritualisme veut-il parler? Les opinions, à cet égard, sont bien divergentes.

Si M. Bousquet peut bien définir le vitalisme pathologique, il rendra un grand service, je ne dis pas à la science, mais à la polémique.

Si l'on doit juger de la valeur d'une doctrine par le nombre et par l'importance des découvertes auxquelles elle a conduit, en vérité les opinions dites hippocratiques en auraient bien peu. Quand par hasard quelques-uns de ceux qui se proclament hippocratistes viennent à faire progresser la science, c'est en désertant leur drapeau, c'est en faisant, comme M. Bousquet après M. Fiard, de l'expérimentation, de l'anatomisme, en un mot de la médecine au point de vue de l'organisation.

Il est facile d'appeler philosophie grossière et bornée cette haute méthode scientifique et cartésienne, d'une application si difficile en médecine, qui s'en rapporte surtout aux faits appréciables et à l'observation rigoureuse pour fonder la science.

C'est l'action vitale, dit-on, dont il faut avant tout tenir compte; mais cette action vitale n'est-elle pas en rapport avec la structure? Peut-on agir sur elle autrement qu'en modifiant celle-ci?

Je mets au défi qui que ce soit d'indiquer, en dehors des moyens moraux, une médication quelconque qui agisse sur les forces, sur la vie, sur les propriétés vitales, etc. Aussi M. Bousquet est-il forcé de faire cet aveu : « Que, médicalement parlant, il n'y a que des organes dans le » corps humain. »

Quand on admettrait des modifications dans les forces vitales, qui seraient les *racines des maladies*, on n'en serait pas moins réduit à agir sur les organes, car on ne trouverait pas d'instruments qui pussent parvenir à couper ces mêmes racines.

Les partisans des explications vitalistes saignent, purgent, émétisent, irritent le derme, etc., etc., et tout cela, suivant eux, dans l'intention d'influencer l'action vitale ; mais, en fait, c'est à l'organisme seul qu'ils s'adressent.

Broussais, que M. Bousquet a cité, avait admis des forces, des propriétés primitives ; de là sa théorie de l'irritation préexistante à l'inflammation, et qui subsistait alors que la cause irritante avait cessé d'agir. Cette théorie malheureuse, que logiquement on ne peut défendre, a conduit à une thérapeutique irrationnelle et souvent funeste. L'hypothèse des forces vitales a eu pour résultat l'annulation de toute thérapeutique au moment où un diagnostic attentif aurait fait constater l'existence de lésions auxquelles on aurait pu opposer avec succès une médication appropriée.

M. Piorry a commencé ses travaux sous des inspirations vitalistes ; c'est par la force des faits et par des études consciencieuses et suivies qu'il a été amené à renoncer aux séduisantes abstractions dites force et action vitales, et de s'en tenir aux faits organiques et à leur interprétation rigoureuse.

Pour prouver que la lésion n'est pas tout, notre collègue nous dit qu'il y a des maladies qui, telles que la variole ou la syphilis, naissent de germes, de ferments ; que ceux-ci prennent possession de l'économie et ne la quittent qu'après avoir reproduit d'autres germes qui en assurent la reproduction à perpétuité. Est-ce que personne a nié cela?

Mais un virus, un germe morbide quelconque n'est pas une maladie, il en devient seulement la cause. M. Bousquet, avec tant d'autres, confond cette cause avec le mal auquel elle donne lieu.

Il n'est que trop facile de comprendre qu'il y a des maladies et des organes malades, et que l'ensemble des lésions et des troubles de fonctions constitue ce que l'on appelle maladie. Là n'est pas la difficulté ; elle gît dans la particularisation, l'individualisation, en quelque sorte, de ce que l'on dit être une maladie.

Si l'on consulte les auteurs qui ont cherché à exprimer ce en quoi elle consiste, on trouve autant de définitions que d'écrivains. Il y a plus, l'idée de la maladie unitaire a opposé à la classification des obstacles insurmontables, et, en fin de compte, a conduit à traiter des unités morbides désignées par un nom au moyen d'un traitement unique comme elles, au lieu d'avoir recours à une thérapeutique ayant pour base les lésions d'organes considérées dans leurs rapports avec leurs causes, leurs degrés et leur nature. De là un empirisme irrationnel qui, additionné statistiquement, fait arriver le plus souvent à la négation de toute action curative de la part du médecin.

Mon mémoire essentiellement pratique se rattachait à presque toutes les phases et aux états divers que la petite vérole peut présenter. Au lieu d'une discussion approfondie sur le côté utile et clinique de la question, on s'est borné à faire de la théorie, de la doctrine. Aux yeux des naturistes il doit être en effet bien inutile de s'occuper des moyens de guérir, puisqu'ils pensent que la nature fait tous les frais de la curation.

La pratique, plus encore que la théorie, fait justice de l'unité morbide. Qu'on prenne au hasard un malade dans un hôpital, on ne tardera pas à voir que, le plus souvent, il est à peu près impossible de déterminer quelle est la maladie du cadre nosologique à laquelle on peut rapporter les accidents qu'il éprouve. Il survient des circonstances organiques qui menacent la vie et qu'il faut bientôt combattre, ou sans cela le mal devient plus terrible ou même mortel. Et cependant la plupart de ces accidents ne font pas partie de la maladie que l'on a primitivement admise. On ne pourra se tirer de cette difficulté en nosologie qu'en admettant que vingt maladies existent à la fois chez le même individu, ce qui serait insoutenable.

M. Piorry convient avec M. Bousquet qu'il est infiniment commode de désigner par un nom de maladie toute une série de phénomènes qui se lient entre eux et constituent un ensemble. Étudier, au contraire, avec un soin extrême et au moyen de toutes les méthodes positives connues, les innombrables états pathologiques existant chez les malades présente tant de difficulté qu'il n'est pas étonnant que le plus grand nombre s'en tienne encore à l'étude de la maladie unitaire.

Mais le progrès véritable exige qu'en pratique on oublie la maladie pour s'occuper des altérations organiques qui existent, des causes plus ou moins directes qui les ont produites ou qui les entretiennent, de leur corrélation, des modifications que les lésions peuvent journellement présenter, des indications diverses qui résultent de cette étude complexe, en un mot que l'on suive non pas la méthode que l'on suit généralement, mais celle que propose M. Piorry, et qui a l'avantage de concorder de la manière la plus rigoureuse avec la théorie qu'il défend. Le même accord n'existe pas entre la pathologie et la clinique des partisans de l'unité morbide.

Ces ensembles de phénomènes-maladies que M. Bousquet veut réunir par des mots consacrés par l'usage, n'existent pas toujours les mêmes ; ce n'est guère que dans les maladies de causes virulente ou miasmatique qu'il est possible de s'en faire une idée juste. Ailleurs, ces ensembles, comme cela est vrai du rhumatisme, des scrofules, de la dyspepsie, etc., sont on ne peut plus arbitrairement formés, et c'est en rapprochant des choses aussi disparates que l'on parvient à les édifier.

Mais M. Bousquet ne veut pas que le médecin puisse être utile ; c'est toujours, pour lui, la nature qui, seule, peut avoir ces succès. M. Piorry, dit-il, s'abuse comme tant d'autres, et s'il se fût borné, ainsi que le prescrivait certain testament hippocratique, à donner du petit-lait, de l'eau d'orge et des pommes cuites, ses malades n'en seraient pas moins parfaitement guéris.

Comment? Je fais placer dans la variole sur un seul bras, sur une seule joue, des moyens abortifs, et les pustules ne s'y développent pas! Sur les points correspondants du corps de l'autre côté, on ne fait rien, le développement est complet; et je n'aurai pas réussi à prévenir la manifestation des pustules? Plus de cinquante malades sont morts sous mes yeux dans la variole, alors que de la salive et des mucosités écumeuses remplissaient le pharynx et la trachée ; chez une femme qui avait le râle des mourants et qui allait expirer, j'ouvre le conduit de l'air, tous les accidents se dissipent à la suite de l'expulsion d'une énorme quantité de liquide écumeux, l'asphyxie n'a pas lieu ; la malheureuse vécut pendant trente-six heures dans un excellent état et ne mourut que parce que la canule se boucha et se déplaça; et voici que notre bienveillant confrère appelle cela un revers et semblerait presque m'accuser de la mort de cette malheureuse! Comment! l'ouverture des pustules pleines de pus fait dissiper du jour au lendemain l'engorgement des mains, tandis que de l'autre côté, où rien de semblable n'a été fait, ces parties sont excessivement rouges et enflammées, et voici que M. Bousquet nie un semblable résultat! En vérité, cela est difficile à comprendre; mais, ce qui ne l'est pas moins, c'est que notre confrère, qui doit au moins avoir vu quelques pustules remplies de pus ouvertes par accident, puisse dire qu'il en résulte une plaie qui augmente les tortures des malades, alors que la cicatrisation suit presque immédiatement et sans douleur l'ouverture des boutons varioliques remplis de fluide purulent!

Arrivant à ce qui concerne la distinction des états pathologiques, M. Piorry rappelle que les *éléments des maladies*, qu'admettait Bordeu (cité par M. Bousquet), étaient relatifs à des collections de symptômes, tels que l'état inflammatoire bilieux, etc..., tandis que lui, M. Piorry, fait reposer l'existence des états organopathiques sur des faits le plus souvent matériels, sur des altérations appréciables et déterminables par les moyens physiques de diagnose; par exemple, le gonflement de la rate dans la fièvre intermittente, l'écume bronchique chez les noyés et les asphyxiés. Quoi! dit-il, le trop de sang ou pléthore sanguine n'est pas une circonstance positive et qui conduit à l'emploi des moyens propres à diminuer la masse des liquides en circulation? Le défaut de sang n'est pas un fait appréciable, déterminé, et qui engage le praticien à n'en pas tirer, mais à réparer les pertes par un bon régime? Quoi! le défaut d'oxygénation du sang n'est pas une condition organique très positive et qui exige que l'on favorise à tout prix la respiration? Comment! la présence de la couenne, du pus, de la bile, de l'urine dans le sang qui circule, ne constitue pas des états organopathiques que la chimie, la clinique constatent, et qui sont la source des plus utiles indications? Quoi! il n'en serait pas ainsi de la pénétration dans l'appareil circulatoire des matières putrides, des poisons de diverses sortes, des virus de la variole, de la morve, de la matière cancéreuse ou tuberculeuse?

Les états pathologiques dont le sang ou les organes sont susceptibles sont en effet innombrables, comme le dit M. Bousquet. Il en est beaucoup parmi eux qui n'ont pas d'importance théorique, et dont, en conséquence, il n'est pas utile de tenir compte; ceux-là, seuls, doivent entrer dans le domaine actuel de la pratique qui, étant la source d'indications, consistent en des circonstances d'organisation ou de composition révélées soit par des moyens physiques, soit, quand ils font défaut, par l'étude des causes, de la marche, des symptômes, soit enfin par des considérations rationnelles et analogiques. On ne peut pas considérer comme états pathologiques des groupes de symptômes mal définis et qui peuvent chacun être liés à des circonstances organiques très variables. C'est ainsi que la toux, la dyspnée, la dyspepsie, pas plus que les états bilieux, catarrhal, etc., fussent-ils influencés par les constitutions médicales admises par Sydenham et par ses copistes, ne peuvent être considérés par eux-mêmes comme des sources positives d'indications, et partant comme des états pathologiques.

Mes idées peuvent être ainsi formulées : un homme malade diffère d'un homme en santé par des circonstances d'organisation. Il faut, pour traiter convenablement cet homme, constater autant que possible quelles sont ces circonstances, sous l'empire de quelles causes elles se sont développées et entretenues, rechercher leur marche, prévoir leur danger et établir, d'après le bon sens, la science et l'expérimentation clinique, ce qu'il convient de faire pour y remédier.

M. Piorry termine son discours en cherchant à justifier sa nomenclature. Il rappelle que beaucoup de mots nouveaux avaient été introduits dans la science par des pathologistes éminents, qu'un certain nombre de ceux qu'il a créés ont maintenant cours dans les livres, dans les thèses, dans le langage, et fait ressortir enfin les avantages d'une nomenclature fixe, fondée sur des principes uniformes et faciles à apprendre.

Après quelques mots échangés entre MM. Piorry et Bousquet, et qui n'ont pas trait au fond de la question, M. *Gerdy* demande la parole.

M. *Gerdy*. Ce qui me frappe le plus dans cette discussion, c'est de voir en présence deux écoles qui auraient tout à gagner à s'entendre au lieu de se combattre. Ceci me rappelle ce qui a eu lieu en 1814, lorsque après de longues guerres, les relations internationales ont été rétablies. L'Angleterre a été étonnée des lumières qu'elle a trouvées en France, et la France, réciproquement, a gagné beaucoup à connaître l'état de la science chez ses voisins. Depuis que ces deux pays ont marché de concert, il s'est fait beaucoup plus de progrès qu'il ne s'en était fait isolément dans chacun d'eux pendant tout un siècle. Eh bien! il doit en être de même pour les écoles qui divisent la médecine en France. J'ai, pour mon compte, en égale estime l'école de Montpellier avec ses tendances doctrinales et l'école de Paris avec son esprit d'observation. L'une recueille les faits, l'autre les généralise; elles s'entr'aident, se complètent ainsi l'une l'autre et profitent toutes deux de leurs travaux respectifs. Je ne saurais donc, sous ce rapport, être en dissentiment ni avec M. Bousquet, ni avec M. Piorry.

Mais, sous un autre point de vue, j'ai été scandalisé, je l'avoue, de ce que j'ai entendu dire à M. Bousquet dans la dernière séance. Il a blâmé avec une certaine amertume le néologisme. Le néologisme, c'est la marche, c'est le mouvement. Est-ce que la langue ne doit pas changer et se modifier avec les idées? Dans les sciences, il est impossible à l'homme qui travaille de ne pas changer les mots, de ne pas en créer de nouveaux.

Cela veut-il dire que j'approuve un changement complet, la création de toutes pièces d'une langue nouvelle? Non, sans doute. Cela révolte l'esprit. Je ne connais personne qui, arrivé à l'âge de cinquante ans, voulût consentir à apprendre une nomenclature nouvelle. Pour qu'elle pût être adoptée, d'ailleurs, il faudrait faire un livre assez bon pour être lu par tout le monde, et ces livres sont rares. Ce que je blâme donc dans la nomenclature de M. Piorry, c'est de vouloir tout introduire d'emblée, tout d'un trait, dans la science. Il n'y parviendra pas. C'est en quelque sorte goutte à goutte qu'elle s'infiltrera dans la science. Si chacun consentait à ajouter pierre à pierre, l'édifice se perfectionnerait peu à peu.

Autre point. Ceci est malheureux à dire, mais nous ne sommes pas, en général, assez métaphysiciens. On s'élève contre les abstractions, mais on ne fait que cela dans la science; vous ne pourriez pas marcher sans cela. Soit que l'on veuille qualifier un homme, une chose, les propriétés d'un remède, etc., est-ce qu'on en énumère toutes les propriétés, tous les effets? On ne s'arrête qu'à telle qualité, telle propriété, tel effet que l'on veut spécifier. On fait, en un mot, toujours et en toutes choses de l'abstraction.

Abordant ensuite la doctrine des éléments organopathologiques, M. Gerdy déclare ne pouvoir partager l'opinion de M. Piorry. Ce sont les états pathologiques et non les organes que l'on doit prendre surtout en considération; la considération des organes est tout à fait secondaire. Est-ce qu'une fièvre intermittente ne rappelle pas tout de suite un état morbide spécial? Les organes entrent-ils pour quelque chose dans l'idée qu'on s'en fait! Est-ce aux organes que vous adressez la médication? Si je veux donner une idée du scorbut, est-ce que j'y parviendrai en énumérant les organes affectés?

Pour être conséquent avec sa doctrine et rattacher les maladies générales aux organes, M. Piorry fait du sang un organe. Est-ce que le sang est un organe! Sa composition ne change-t-elle pas en quelque sorte à chaque instant par les matériaux qui y sont incessamment introduits? Que savez-vous d'ailleurs sur la composition véritable du sang?

Ainsi, sur ce point, M. Piorry est en désaccord complet avec l'école de Paris même. Vous voyez donc la nécessité de s'entendre avec toutes les écoles, de travailler ensemble pour concourir par de communs efforts à l'avancement de la science.

M. *Piorry*. Dans tout ce que vient de dire M. Gerdy, il y a à prendre et à laisser. Sur tout ce qu'il a dit touchant le néologisme, je suis parfaitement d'accord avec lui. Mais je l'abandonne dans ce qu'il a dit de transcendant concernant les abstractions et les entités qu'il voudrait conserver dans la science.

M. Piorry termine par une chaleureuse apostrophe dans laquelle il déclare souscrire de tout son cœur au rapprochement des différentes écoles, et en signe d'accord il saisit la main de M. Bousquet placé à côté de lui. (On rit.)

La séance est levée à cinq heures.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, par M. Herpin (de Genève). — **Nouvelles observations sur l'emploi du chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite mercurielle**, par M. Blache, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Ces deux mémoires sont ceux dont il est question au premier-Paris de ce jour.

On sait combien l'usage si précieux des préparations mercurielles, du calomel en particulier, dans une foule d'affections graves et qui en nécessitent l'administration à dose élevée et prolongée, est entravé par l'action toxique de ces préparations, et en particulier leur action sur la muqueuse buccale. On sait aussi combien sont restreintes les ressources de la thérapeutique contre ce dernier ordre d'accident, quelquefois si grave par lui-même. Nous devons donc accueillir avec empressement les observations de M. Herpin (de Genève) et de M. Blache, relatives au traitement de la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse.

L'attention de M. Herpin (de Genève) fut éveillée sur ce sujet par les bons résultats que le docteur Chanal avait obtenus de ce médicament dans le traitement de certaines stomatites ulcéreuses graves. Il faut employer le chlorate de potasse, autant que possible, dès le début de l'affection gingivale, qu'il est du reste facile, en y prenant garde, de saisir dès que l'on peut constater un léger bourrelet sur le bord libre des gencives, ou bien l'odeur spéciale que garde l'extrémité du doigt passée sur le rebord alvéolaire. M. Herpin emploie le chlorate de potasse à la dose de 2 à 4 grammes par jour, administrés en prises de demi-gramme à 1 gramme, toutes les trois

ou quatre heures, dans une tasse de tisane ayant un goût prononcé. On peut en continuer ainsi l'usage plusieurs jours de suite, sans en percevoir aucun effet physiologique. Odier (de Genève) employait ce médicament jusqu'à la dose de 10 grammes, dans les engorgements du foie, et M. Socquet (de Lyon) jusqu'à celle de 20 à 30 grammes par jour, dans le rhumatisme articulaire aigu.

M. Blache, à l'instigation de M. Herpin (de Genève), a expérimenté ce médicament à l'hôpital des Enfants, et non-seulement en a obtenu d'aussi bons résultats dans la stomatite mercurielle, mais en a étendu l'emploi à la stomatite ulcéreuse et même à l'angine couenneuse. Sur onze enfants atteints de stomatite ulcéro-membraneuse, six ont été traités par la cautérisation avec l'acide chlorhydrique fumant ou par le chlorure de chaux, suivant la méthode du docteur Rousseau. La durée moyenne du traitement a été de vingt jours.

Cinq ont pris le chlorate de potasse. En cinq ou six jours, la guérison a été complète, et il n'y a pas eu de récidives.

L'expérience et l'excellent esprit d'observation de M. Blache sont assez connus pour qu'on ne doute pas que ces exemples comprennent des cas parfaitement comparables, et par conséquent aussi concluants que possible. Pour ce qui est de l'angine couenneuse, notre distingué confrère croit avoir constaté l'efficacité de ce médicament; mais il attend de nouveaux faits pour se prononcer avec plus de certitude.

M. Blache l'administre habituellement en solution dans un julep gommeux, aux mêmes doses que M. Herpin. Les enfants le prennent facilement et sans répugnance. Comme M. Herpin, il ne lui a point vu produire d'effets physiologiques, si ce n'est qu'il semble activer les fonctions digestives. (*Bull. de thér.* du 15 janvier et du 15 février 1855.)

Étude comparative des deux sulfates de quinine et de cinchonine dans le traitement des fièvres intermittentes, par M. le docteur Hudellet, médecin en chef de l'hôpital de Bourg (Ain).

Ce travail, relatif à une question éternellement à l'ordre du jour, les succédanés du sulfate de quinine, sinon du quinquina, est fort intéressant. M. Hudellet, qui exerce dans un pays où les fièvres intermittentes sont endémiques au plus haut degré, avait essayé de tous les succédanés du quinquina, et les avait tous abandonnés, quand M. Aug. Delondre mit à sa disposition du sulfate de cinchonine, dont le prix est de plus de moitié moindre que celui du sulfate de quinine. On comprend combien, à côté de la question thérapeutique, cette question économique est intéressante pour des populations pauvres et des établissements hospitaliers.

M. Hudellet employa cette préparation exactement comme il fait du sulfate de quinine, à faibles doses fractionnées de 10 à 45 centigrammes, pendant l'apyrexie, de préférence dissous dans l'eau au moyen d'acide sulfurique ou tartrique, avec un peu de laudanum, mode d'administration excellent, dont nous avons nous-même fait un grand usage dans des conditions analogues, qui accroît accidentellement l'activité du médicament, permet, par conséquent, d'en restreindre les doses, et n'a d'autre inconvénient que l'amertume du médicament. Ajoutons, et nous ne pouvons encore qu'appuyer cette pratique, que M. Hudellet fait presque toujours précéder l'administration du fébrifuge d'un léger purgatif ou d'un émétique.

Nous ne pouvons donner une meilleure idée des résultats obtenus, qu'en disant que ces résultats ont été exactement identiques avec les deux sulfates de quinine et de cinchonine. M. Hudellet ne fait plus de différence entre ces deux médicaments.

Cinq cent sept cas de fièvres intermittentes de tous types et de toutes provenances, anciennes ou récentes, avec ou sans récidives, ont été traités par le sulfate de cinchonine, et neuf cas seulement se sont trouvés réfractaires au médicament. Cette proportion ne nous paraît pas différer sensiblement de celle qu'on est exposé à rencontrer lorsqu'on fait usage du sulfate de quinine. Ce précieux médicament lui-même n'est pas tellement sûr qu'il ne se rencontre des cas, et non pas les plus graves en apparence pour la durée ou l'intensité, où il échoue. M. Hudellet ne compare pas la tendance à la récidive, dans les deux séries de faits où les deux fébrifuges ont été employés; mais c'est un praticien trop expérimenté, et les faits de ce genre abondaient trop autour de lui, pour que nous le soupçonions de négligence sur ce point d'observation, et que nous ne considérions comme s'appliquant à ce sujet aussi, l'identité qu'il a trouvée entre la valeur thérapeutique du sulfate de quinine et du sulfate de cinchonine. Nous extrairons encore de ce travail, court mais très substantiel, l'indication d'une pratique que nous appellerons capitale, dans les pays à fièvre intermittente, mais que l'on néglige peut-être un peu trop. « Je dois ajouter, dit M. Hudellet, qu'à l'aide de 4 grammes de sulfate de cinchonine en solution par l'acide tartrique dans un litre de vin blanc sec, et à la dose de deux cuillerées à bouche chaque matin, nous avons pu préserver de la fièvre qu'ils auraient infailliblement contractée, un très grand nombre de nos ouvriers allant travailler à la moisson et aux battaisons dans les pays d'étangs. »

Cette préparation, pour laquelle, bien entendu, le sulfate de cinchonine ne peut avoir sur le sulfate de quinine d'autre supériorité que celle du bon marché, résume, avec les préparations ferrugineuses unies au sel fébrifuge, dont nous entretenons plus bas nos lecteurs, toute la prophylaxie *médicamenteuse* de la fièvre intermittente.

M. Hudellet rappelle qu'à Strasbourg M. Forget n'a obtenu à peu près que des insuccès par le sulfate de cinchonine (3 succès sur 10 malades). A quoi tient cela? Au médicament ou à la maladie? Dans tous les cas, et jusqu'à nouvel ordre, nous croyons qu'on doit s'arrêter plus volontiers sur la vaste expérimentation de M. Hudellet que sur quelques insuccès dont la cause nous échappe, et qui heureusement n'ont point découragé notre honorable confrère de la Dombe. (*Revue médicale*, 31 décembre 1854.)

Note sur l'effet de l'acide arsénieux dans le traitement de la cachexie paludéenne, par le docteur Decaisne.

M. Decaisne paraît avoir été surtout encouragé dans les essais dont il rend compte, par les singulières communications du docteur Tschudi, au sujet de l'usage, à proprement parler hygiénique, que feraient de l'arsenic certains habitants de l'Autriche, de la Styrie et du Tyrol. Les malades auxquels il s'est adressé avaient été atteints de fièvre intermittente, et conservaient, quoique n'en ayant eu aucun accès depuis un mois, la pâleur et la teinte jaune bistrée particulière à la cachexie paludéenne; le pouls était petit, et la rate plus ou moins engorgée par suite des fièvres antérieures. Ces malades, soumis à une demi-portion d'aliments, prenaient chaque matin une pilule composée de 1/25 de grain d'acide arsénieux.

Mais du sixième au vingtième jour de l'administration de ce médicament, l'état des malades, qui d'abord n'avait paru modifié en aucune façon, empira visiblement: augmentation de la pâleur, faiblesse plus marquée du pouls, sensation de froid dans la région dorsale, lassitude générale, enfin œdème aux extrémités tendant à se généraliser: tels furent les phénomènes observés. L'acide arsénieux fut alors remplacé par une prise quotidienne de sulfate de quinine et sulfate de fer, chaque 25 centigrammes. Le repos au lit fut en même temps prescrit, ainsi que deux soupes pour alimentation. Tous les accidents se dissipèrent avec une grande rapidité sous l'influence de ce nouveau régime.

Que ces observations ne soient pas favorables à l'emploi de l'acide arsénieux dans la cachexie paludéenne, voici qui ne saurait être contesté; cependant, avant de condamner entièrement les préparations arsenicales à la suite des fièvres intermittentes, il faudrait certainement d'autres expérimentations. L'auteur ne nous paraît surtout aucunement en droit de conclure de ces faits que l'acide arsénieux ne possède pas les qualités fébrifuges du quinquina; le sulfate de quinine lui-même est en général fort impuissant à remédier aux accidents de la cachexie paludéenne.

L'union du sulfate de quinine aux préparations ferrugineuses, telle que l'a employée M. Decaisne, constitue en effet, en outre des conditions hygiéniques qui dominent ici la thérapeutique, la meilleure médication de la cachexie paludéenne, surtout le meilleur prophy-

lactique contre le retour incessant de la fièvre, chez les individus qui y demeurent sujets. Nous avons obtenu d'excellents résultats, dans ce sens, de l'union du sulfate de quinine à très petites doses, de 3 à 5 centigrammes, aux préparations ferrugineuses, continuée pendant des semaines et même des mois consécutifs. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, t. XIII, p. 594.)

Grossesse double ; rupture de l'utérus terminée par la guérison, par M. A.-H. PATERSON, d'Altrincham (Chester).

M. Paterson fut appelé, le 10 septembre 1853, à cinq heures du soir, près d'une pauvre femme, à terme et en travail, âgée de trente-cinq ans, vivant dans une misérable chambre, ayant eu plusieurs grossesses antérieures, dont une double. Après son dernier accouchement, elle avait été prise d'une péritonite grave suivie d'un abcès près de l'ombilic. Il la trouva fatiguée, mais sans altération ou pâleur de la figure ; le ventre proéminent et pendant ; le bassin non rétréci ; le vagin chaud et le col dilaté ; les eaux écoulées depuis la nuit précédente. Au dire de la sage-femme, les douleurs avaient été fortes et expultrices peu de temps avant, mais elles étaient à ce moment légères et comme suspendues ; la tête se présentait dans une bonne position, mais reculait devant le doigt. L'auteur prescrivit deux doses d'une demi-drachme de seigle ergoté, qui accrut peu les douleurs, et qui fut en partie rejeté par les vomissements ; ceux-ci s'étaient déjà produits plusieurs fois durant le jour. La malade commença à se plaindre vivement d'une douleur dans le ventre, ayant plus particulièrement son siége vers la fosse iliaque droite. A dix heures du soir, ne voyant pas de changement, on tenta d'appliquer le forceps ; mais on ne put saisir convenablement la tête, qui fuyait devant l'instrument et qui s'échappa au moment des tractions. Les mouvements imprimés à la tête causaient de grandes douleurs ressemblant à des crampes. On répéta l'administration du seigle ergoté, mais sans effet, et 20 gouttes de laudanum furent prescrites pour le reste de la nuit.

Le lendemain, à huit heures du matin, M. Paterson trouva la malade dans le même état, sauf qu'elle paraissait plus souffrante et plus pâle. Une petite quantité de sang, 2 ou 3 onces environ, s'était écoulé par les parties après l'application du forceps. Assisté d'un confrère, il fit usage du chloroforme, et amena par la version, non sans quelques difficultés, un bel enfant à terme, mais mort. Ayant réintroduit la main, il trouva le placenta détaché, un autre enfant, et une grande anse d'intestin dans la matrice flasque. Il fit l'extraction de ce second enfant par la version, et il sentit, à l'aide de la main appliquée sur l'abdomen, la tête passer par la fente dans la matrice. Après l'extraction du second enfant, l'examen intérieur fit découvrir deux larges déchirures s'étendant obliquement sur la paroi antérieure de l'utérus, de l'orifice au côté droit, séparées par du tissu musculaire. Le pouls était resté passablement plein et au-dessous de 100 ; mais il ne tarda pas à devenir faible ; la patiente commença à se refroidir et à s'affaiblir ; l'écoulement sanguin par les parties était modéré. Le ventre fut bandé avec beaucoup de soin, et 1 drachme de laudanum fut administré. Le soir, les extrémités étaient chaudes, le pouls à 130, l'utérus bien contracté, et la vessie se vidait spontanément ; pas de douleurs ; continuation des opiacés.

Pendant les quatre jours suivants, l'état de la patiente resta assez alarmant : météorisme considérable, sensibilité de l'abdomen limitée toutefois au côté droit; toux pénible, hoquets, pouls de 130 à 120, peau chaude, moite, langue humide, blanche, lochies naturelles, peu de sommeil, intelligence nette. Un purgatif et les opiacés furent les principaux moyens employés.

Dès le 16 septembre, la malade était sensiblement mieux, et put prendre un peu de bouillon et de vin, restant toutefois très faible, fatiguée par une toux pénible et de la diarrhée. Le 5 octobre, on aperçut du côté droit, au-dessous des fausses côtes, une large tumeur sensible à la pression, avec fluctuation profonde ; l'alimentation est augmentée, cataplasmes sur la tumeur. Le 9, nouvelle tumeur très grosse dans l'espace compris entre l'ombilic et le pubis, qui s'ouvrit ce jour même et laissa s'échapper une grande quantité de pus. Le 13 on ouvrit l'abcès situé au-dessous des fausses côtes, et une grande quantité de pus fétide s'en échappa avec violence ; à dater de ce moment, la toux et les autres symptômes furent bientôt apaisés, et le rétablissement ne tarda pas à être complet.

Il y a quelques semaines, la même femme a été délivrée, avec quelques difficultés, à l'aide de version, par M. Paterson, d'un bel enfant dont la tête, retenue dans le bassin, exigea l'emploi du forceps. La patiente s'est bien rétablie, mais elle a encore eu un large abcès dans le voisinage de l'ombilic. (*Associat. Med. Journ.*, 8 déc. 1854.)

Anatomie morbide et signes physiques de l'emphysème pulmonaire, par le docteur HERBERT DAVIES.

L'étude que nous reproduisons ici est empruntée à la seconde édition d'un ouvrage intitulé : *Leçons sur le diagnostic physique des maladies du poumon et du cœur*, publié pour la première fois en 1851. L'auteur, auquel les travaux et l'esprit de l'école de Vienne sont également familiers, s'attache surtout à rapprocher les signes physiques des maladies, des lésions anatomiques qui appartiennent à ces dernières. Nous reproduisons, dans la citation suivante, la forme qu'il a adoptée. Quant à ce genre d'exposition, nous n'avons aucune objection à y faire, pourvu qu'il ne porte aucun détriment aux points de vue d'un ordre tout différent et plus élevé que réclame l'étude de la pathologie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Élargissement des cellules pulmonaires; *atrophie* et disparition graduelle de leurs cloisons ; *réunion* de leurs cavités en dilatations dont le diamètre varie de celui d'un grain de millet ou de chènevis à celui d'une pomme ou d'une noix ; *oblitération* des capillaires, et, par suite, *sécheresse* et *anémie* des tissus emphysémateux.

La *dilatation* des cellules peut être générale ou partielle ; les deux poumons sont simultanément affectés.

Le *siége* le plus ordinaire en est aux lobes supérieurs, à la face antérieure et aux bords tranchants des poumons.

Dans l'*emphysème général*, les poumons, au lieu de s'affaisser à l'ouverture du thorax, font au contraire saillie au dehors, comme s'ils étaient comprimés dans ce sens.

L'*élasticité* du tissu pulmonaire est sensiblement diminuée.

La *sensation* qu'il donne au toucher est douce et laineuse, comme celle d'un édredon ; la texture en est aride et anémique.

La *crépitation* est faible ou absente.

La *pesanteur spécifique* est considérablement amoindrie, et les poumons flottent sur l'eau comme des vessies à moitié pleines d'air.

Le *volume* des poumons est considérablement augmenté ; de sorte que le diaphragme est déprimé, le lobe droit du foie est abaissé au-dessous du rebord des côtes, le cœur est quelquefois déplacé, et souvent, en même temps qu'il est abaissé vers l'épigastre, recouvert dans sa partie antérieure, et ainsi isolé du reste du thorax.

SIGNES PHYSIQUES.

Inspection. La forme de la poitrine est arrondie d'une manière insolite, surtout dans les régions sous-claviculaires, mammaires et sternale. L'omoplate et la clavicule sont élevés, tandis que les régions sus-claviculaires et sus-scapulaires sont déprimées et enfoncées.

Le sternum fait une saillie antérieure, en conséquence de l'élargissement du diamètre antéro-postérieur ; l'appendice xiphoïde paraît souvent recourbé en haut ; les espaces intercostaux sont élargis d'une manière extraordinaire et non effacés (excepté dans le cas d'emphysème sénile).

La mobilité de la poitrine est fort diminuée, et offre un contraste remarquable avec les efforts d'inspiration auxquels se livre le malade.

Palpation. Le frémissement vocal est normal. La pointe du cœur se sent souvent plus bas qu'à l'ordinaire, et quelquefois à l'épigastre.

Mensuration. Accroissement marqué du diamètre antéro-postérieur et généralement de toutes les dimensions de la poitrine.

Percussion. La résonnance du thorax est anormalement claire, presque tympanique, non modifiée par l'acte de la respiration; elle s'étend jusqu'aux parties les plus basses de la poitrine, et même au delà de ses limites normales. Les parois thoraciques paraissent plus élastiques à la percussion qu'il n'est ordinaire.

Auscultation. Le murmure inspiratoire est plus court, plus faible, et quelquefois imperceptible, souvent masqué par des râles bronchiques.

Un craquement sec et superficiel, le *râle sec à grosses bulles* de Laënnec paraît caractéristique du développement soudain de cellules sèches et dilatées.

Il peut arriver que le murmure expiratoire ne s'entende pas, ou qu'il soit masqué par des râles sibilants ou sonores ; toujours, lorsqu'il existe, il est remarquable par sa durée, ce qui est dû à la faible élasticité du parenchyme distendu et à l'obstruction fréquente des canaux bronchiques correspondants.

L'emphysème du côté gauche, en recouvrant le cœur, rend les bruits de cet organe indistincts. (*Medical Times*, 9 déc. 1854.)

Sécrétion laiteuse chez une jeune pouliche naissante, par M. DAYOT, médecin vétérinaire à Paimpol (Côtes-du-Nord).

OBS. — Averti par la rumeur publique de l'apparition d'un objet phénoménal dans la commune de Plourivo, canton de Paimpol, M. Dayot

voulut voir de ses yeux cet objet, qui depuis une semaine alimentait les causeries des bonnes gens d'alentour. Il trouva, chez un cultivateur do l'endroit, uno pouliche, petite mais bien conformée, dans un état d'embonpoint satisfaisant, née depuis onze jours, qu'on lui dit avoir du lait *comme une petite vache*. Il chercha les mamelles, qu'il ne trouva pas volumineuses, mais néanmoins un peu plus développées qu'elles ne le sont habituellement à cet âge, et il put effectivement en extraire du lait, sans peine, en opérant les manipulations exercées par les personnes employées à traire les vaches. La femme du cultivateur, qui l'avait accompagné à l'écurie, remarquant sa surprise, se hâta de dire : « Oh ! monsieur, ce n'est rien ; il faudrait la voir pendant qu'elle tette sa mère ; c'est alors que le lait sort de son pis ! Il coule presque aussi vite qu'elle avale. » Malheureusement, la mère était absente pour plusieurs heures. Huit jours plus tard, il trouva la mère avec la pouliche. C'était une jument de dix-huit à vingt ans, qui avait eu plusieurs poulains, maigre, usée, dans un état de pauvreté qui contrastait avec la fraîcheur et l'embonpoint de la pouliche. On fit lever cette dernière, qui aussitôt s'approcha de sa mère et se mit à teter, et il vit alors de ses propres yeux, de manière à n'en pouvoir douter, le lait couler goutte à goutte des deux mamelons de la pouliche. Il la fit éloigner de sa mère pendant une demi-heure, puis ramener auprès d'elle, et le même phénomène se reproduisit de nouveau. Pendant qu'elle tetait, le lait sortait de ses mamelles goutte à goutte, quelquefois avec une telle promptitude qu'une goutte en attendait à peine une autre, et, chose remarquable, cette vitesse dans l'écoulement du lait de ses mamelles était toujours en raison directe de l'énergie avec laquelle elle tetait sa mère. Ce fait lui paraissant, au point de vue de la physiologie, fort curieux et intéressant, il se proposait de revenir prochainement pour tenter l'acquisition de la pouliche et de sa mère, lorsque quelques jours après on vint le chercher précipitamment. Il trouva sa petite bête en proie à une attaque de vertige essentiel. Elle mourut le lendemain, et il ne put, à son grand regret, en faire l'autopsie.

« Je ne sais, ajoute M. Dayot, si pareille observation a déjà été faite en médecine vétérinaire ; mais ce qui est certain, c'est que, pour ma part, je n'en ai eu aucune connaissance. Les traités de physiologie humaine mentionnent-ils même quelques faits analogues? J'en doute. » Comme M. Dayot, nous ignorons si ce phénomène a été signalé par les médecins vétérinaires ou par les personnes sous les yeux desquelles passent un grand nombre d'animaux domestiques nouveau-nés; mais nous pouvons assurer qu'il est connu en médecine humaine, et même qu'il n'est pas bien rare. Il n'est pas nécessaire de fréquenter longtemps la *Maison d'accouchement* ou l'*hospice des Enfants trouvés* de Paris pour en rencontrer plusieurs exemples, comme en fait foi le passage suivant de l'ouvrage de Billard, où l'auteur parle évidemment d'après des faits observés par lui-même : « Les mamelles des enfants naissants sont assez souvent le siége d'une tuméfaction causée par une accumulation de fluide lactescent, dont l'abondance est telle qu'on peut le faire jaillir par la pression. Cette turgescence, dont il est difficile d'expliquer la cause, donne même lieu, dans certains cas, à l'inflammation, et, par suite, à l'abcès des mamelles. Ce fluide est réellement sécrété par la glande mammaire, qui, chez les enfants naissants, est souvent plus développée que les glandes salivaires ; mais ce développement, ou plutôt cette turgescence, n'est que passagère. » Chose remarquable, la fluxion laiteuse des mamelles qu'on observe chez les nouveau-nés, garçons ou filles, sans doute moins rare par cela même chez ces dernières, révèle déjà, à cet âge, une certaine relation sympathique entre les organes génitaux et le sein, puisque cette fluxion se manifeste d'une manière évidente dans les cas d'hémorrhagie par la vulve, comme l'attestent les faits observés par Camerer, Olivier d'Angers et Barrier. (*Recueil de médecine vétérinaire*, n° 11, nov. 1854.)

Sondes coniques et douches d'air dans le traitement des maladies du sac lacrymal.

Dans les cas d'étroitesse et de mauvaise direction des points lacrymaux, leur dilatation peut quelquefois favoriser beaucoup l'absorption des larmes. Au lieu des sondes d'Anel ordinaires, de Graefe se sert d'aiguilles coniques à pointe mousse et qui se renflent brusquement dans les quatre lignes inférieures de leur longueur ; il les introduit, en suivant la direction du canal lacrymal, jusqu'au voisinage du sac lacrymal, et le malade les maintient dans cette position pendant cinq à dix minutes. Ces sondes se recommandent surtout dans les cas où le sac lacrymal est perméable, non enflammé, et où l'œil est cependant baigné de liquide de temps en temps.

Elles ne sont pas moins utiles pour préparer la voie aux injections et pour s'assurer si les voies lacrymales sont libres. Lorsqu'en faisant une injection dans le point lacrymal inférieur, on la voit revenir par le supérieur, on n'est pas autorisé pour cela à admettre une oblitération, attendu qu'un gonflement même léger de la muqueuse peut déjà produire cet effet. Pour procéder avec certitude, de Graefe bouche le point lacrymal supérieur au moyen d'une sonde, et fait dans le canal inférieur une injection avec la seringue d'Anel, dont la canule conique dilate le point lacrymal à la manière de la sonde. Il pousse alors le piston avec la prudence convenable ; s'il existe une oblitération, ou bien le liquide ne sortira point, ou bien il forcera les obstacles légers qui s'opposent à son passage. Dans ce dernier cas, n'ayant plus la crainte de voir arriver l'injection dans le cul-de-sac conjonctival, on pourra employer des liquides beaucoup plus actifs, dilater notablement le canal lacrymal et modifier toute la surface de la muqueuse. De Graefe a employé aussi de cette manière des injections d'air atmosphérique, qui franchissent les obstacles plus facilement que les liquides et qui sont peu irritantes. Des injections d'acide carbonique ne lui ont donné aucun avantage notable. (*Arch. d'ophth.— Allg. med. Zeit.*, 1854, n° 93.)

Rapport statistique sur les amputations pratiquées à l'hôpital de Pensylvanie (du 1er janvier 1840 au 1er janvier 1850), par le docteur G.-W. Norris, chirurgien de cet hôpital.

Le nombre total des amputations pratiquées pendant cette période de dix ans a été de 120, qui se répartissent de la manière suivante : 16 amputations de la cuisse ; 45 de la jambe ; 1 du genou; 6 du pied ; 4 de l'épaule ; 20 du bras ; 24 de l'avant-bras ; 4 de la main.

Sur ce nombre il y a 80 amputations immédiates, pratiquées aussitôt ou moins de vingt-quatre heures après l'accident qui les a rendues nécessaires, et dont 63 ont été suivies de guérison et 17 ont entraîné la mort ; 21 amputations secondaires, ou pratiquées plus de vingt-quatre heures après l'accident, sur lesquelles il y a eu 42 guérisons et 9 morts ; 19 amputations nécessitées par suite de maladies chroniques : 18 ont guéri, 1 seule a été mortelle.

Le chiffre total 120 comprend : 14 désarticulations, dont 13 ont été suivies de succès et 1 a entraîné la mort ; 52 amputations faites sur les membres supérieurs : 49 guérisons et 3 morts ; 68 amputations pratiquées sur les membres inférieurs : 42 guérisons et 23 morts.

Si l'on ajoute ces résultats à ceux qui ont été obtenus dans le même hôpital *pendant la période de* 1830 *à* 1840, on arrive à la somme totale de 200 amputations pratiquées sur 196 patients, dont 148 ont guéri et 48 sont morts. Ce chiffre comprend 115 amputations immédiates, sur lesquelles il y a 27 morts ; 41 amputations secondaires, dont 16 suivies de mort ; et 44 amputations pour des maladies chroniques, qui ont donné lieu à 5 morts.

De ces 200 amputations, 84 ont porté sur les membres supérieurs, 8 morts ; 112 sur les membres inférieurs, 39 morts. Parmi elles il y a eu 21 désarticulations, 4 morts.

Relativement à l'âge des malades : 49 avaient vingt ans ou moins, 45 guéris, 4 morts ; 16 avaient de vingt à trente ans, 45 guéris, 11 morts; 47 avaient de trente à quarante ans, 29 guéris, 18 morts ; 37 avaient de quarante à cinquante ans, 24 guéris, 13 morts ; et 5 avaient plus de cinquante ans, 4 guéris, 1 mort. Il y avait en outre 2 adultes dont l'âge n'a pas été noté.

Toutes ces opérations ont été pratiquées sans le secours du chloroforme. (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, 1854, juill.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement, traité pratique, par le docteur A. Foucart.

La suette n'a encore été l'objet que d'articles spéciaux dans les dictionnaires ou les traités de pathologie, ou bien de mémoires relatifs aux épidémies particulières dont les observateurs n'ont guère manqué de transmettre l'historique et les principaux caractères. L'ouvrage que vient de publier M. Foucart est donc, si nous en croyons la bibliographie en apparence très complète qui s'y trouve jointe, à peu près le seul *traité* que nous possédions sur cette intéressante maladie.

Le traité pratique de M. Foucart comprend un exposé des épidémies les plus importantes et les mieux décrites qui ont successivement régné, en France surtout, et une description méthodique et très complète des différents caractères de la maladie, de ses symptômes, de son diagnostic, des lésions anatomiques qu'elle laisse après elle. Nous nous arrêterons ici surtout aux deux chapitres capitaux du livre, les plus neufs en même temps, ceux concernant sa nature et son traitement.

Considérée anatomiquement, la suette n'offre point de lésions d'organes déterminées. Ce que l'on a quelquefois décrit sous le nom de gastrite ou de gastro-entérite, ce ne sont que des traces de congestions passives ou cadavériques dans l'appareil digestif, comme on trouve dans les poumons, des engorgements hypostatiques. Mais le sang est noir, le caillot sans consistance, diffluent, sans trace de couenne; c'est le sang des affections septiques, du typhus, des fièvres éruptives; c'est la dissolution du sang. En outre, les cadavres se putréfient avec une remarquable rapidité.

On trouve donc là tous les caractères d'une maladie générale, septique ou toxémique, absence de lésions d'organes primitives, et signes d'une altération du sang. L'auteur pense qu'il en est de même de toutes les maladies que développent ces causes épidémiques qui tiennent sans doute à une modification particulière de l'atmosphère, et qui agissent nécessairement sur l'ensemble de l'organisme.

A côté des phénomènes de septicité marchent des phénomènes gastriques que M. Foucart considère non comme une complication, mais comme un élément, un élément constitutif de la maladie, car ils se montrent constamment, et dès le début dans l'immense majorité des cas. On voyait là, il y a trente ans, des symptômes de gastrite; il ne s'agit plus aujourd'hui que d'embarras gastrique.

Enfin des phénomènes nerveux, tels que constriction épigastrique, barre trachéo-bronchique, suffocation ou strangulation, délire, viennent compléter la physionomie de la suette, physionomie que M. Foucart résume par ces trois mots: septicité, gastricité, névrosité.

Le chapitre du traitement est d'un grand intérêt, et pour les résultats qu'il fait connaître, et pour la forme que l'auteur a su lui donner. On ne saurait sans doute affirmer d'une manière absolue que toutes les épidémies futures se prêteront avec un égal succès à une thérapeutique identique; cependant il y a, dans la médication employée par M. Foucart, quelque chose de si rationnel et de si concordant avec l'analyse pathogénique de la maladie, que l'on ne peut y méconnaître des indications précises et durables, c'est-à-dire indépendantes de tel ou tel génie épidémique.

Le traitement préconisé par M. Foucart est facile à formuler. Il faut d'abord aérer largement la chambre du malade, le couvrir légèrement et lui donner des boissons froides, en un mot, sinon chercher à supprimer brusquement la sueur dont le malade est couvert, du moins écarter de lui tout ce qui peut tendre à la favoriser; on renoncera complétement aux saignées. Il est impossible de lire avec quelque attention les pages pleines d'intérêt que M. Foucart consacre à ce sujet, sans être pénétré des inconvénients sérieux, sinon des dangers des saignées, dans la suette. Le fait est que l'indication de la saignée elle-même, bien que très généralement pratiquée, serait assez difficile à préciser. Mais un remède héroïque dans la suette, d'après M. Foucart, le spécifique de la suette, suivant M. Jules Guérin, c'est l'ipécacuanha. Indiqué d'abord par l'embarras gastrique, ce médicament, dans les cas en apparence les plus graves, agit sur tous les symptômes de la suette, gastriques ou nerveux, avec une grande rapidité. Aussi est-ce en réalité, avec les purgatifs salins dont l'utilité paraît également très grande, le seul médicament conseillé par M. Foucart. Notre honorable confrère n'a jamais, quelque prononcés que fussent les symptômes nerveux, tiré le moindre avantage des antispasmodiques. Les sinapismes lui ont suffi, avec le vomitif et les purgatifs, pour remédier à tout.

Le point important est de savoir si le traitement indiqué par M. Foucart trouvera son application dans les épidémies futures de suette. On sait que les maladies épidémiques présentent ceci de particulier, qu'indépendamment de leur nature et de leurs caractères propres, elles empruntent à l'époque à laquelle elles surviennent, c'est-à-dire à des conditions régnantes indéfinissables, la propriété d'être particulièrement influencées par tel ou tel mode thérapeutique. C'est ce qu'on a appelé génie épidémique. Nous croyons bien qu'on a exagéré la part d'influence du génie épidémique sur le traitement de ces maladies; cependant si l'on croit à l'action des constitutions régnantes sur le traitement des maladies sporadiques, il n'y a aucune raison de ne pas admettre l'existence d'influences analogues sur le traitement des maladies épidémiques. M. Foucart ne pouvait pas naturellement engager l'avenir, mais il a suivi le procédé le plus propre à généraliser l'application de sa méthode thérapeutique. Il a cherché à prouver que les épidémies de suette antérieures avaient revêtu les mêmes caractères que celle à laquelle il avait assisté, que la médication qu'il proscrit (moyens sudorifiques et émissions sanguines) n'avait jamais fourni que des résultats déplorables, que tout ce qui se rapprochait de la thérapeutique qu'il a adoptée avait beaucoup mieux réussi, bien que l'inattention des observateurs, et surtout des idées théoriques erronées, eussent empêché de dégager jusque-là la vraie thérapeutique de la suette des errements funestes où l'on se traînait. M. Foucart soutient cette thèse avec beaucoup de conviction, de talent et de vraisemblance.

En résumé, nous avons rarement rencontré de livres où une question de thérapeutique fût traitée d'une manière aussi satisfaisante et aussi séduisante que dans l'ouvrage de M. Foucart; or, cette question de thérapeutique se trouvant l'objet déterminé de tout cet intéressant travail, nous croyons pouvoir louer justement l'œuvre de notre honorable confrère en disant que c'est un livre bien réussi.

Durand-Fardel.

VIII.

VARIÉTÉS.

— La Société de médecine de Lyon a tenu, le 3 février, sa séance publique annuelle. On y a entendu un discours de M. Bonnet, sur le caractère des travaux de la Société; un compte rendu des travaux pendant les deux années qui viennent de s'écouler, par M. Diday, secrétaire général; l'éloge de Prunelle, par M. Potton; un rapport de M. Roy, au nom de la Commission permanente de vaccine.

— Le tribunal civil de la Seine vient de rendre le jugement suivant, qui régularise la position du médecin dans une circonstance difficile, qui devenait souvent pour lui un sujet de poursuites judiciaires.

« Le tribunal, ouï en ses conclusions et plaidoirie Gressier, avocat, assisté de Estienne, avoué de Chailly, ensemble en ses conclusions M. Moignon, substitut du procureur impérial, après en avoir délibéré conformément à la loi, jugeant en premier ressort, donne défaut contre le maire du deuxième arrondissement de Paris, non comparant, et pour le profit;

» Attendu que la présentation de l'enfant par le médecin est régulière, que le refus du maire du deuxième arrondissement n'est fondé sur aucun motif légal;

» Ordonne qu'il sera tenu de recevoir et inscrire sur le registre des actes de naissance de la mairie, dans les vingt-quatre heures de la signi-

fication du présent jugement, la déclaration, qui lui sera réitérée par le demandeur en présence de deux témoins, de la présentation d'une enfant du sexe féminin, née le 31 octobre dernier dans la circonscription du deuxième arrondissement, de père et mère inconnus, à laquelle il entend donner le nom de Louise-Gabrielle de Sainte-Perrine, sinon et faute par le maire de ce faire dans ledit délai et icelui passé, dit qu'il sera fait droit. »

— Le professeur Sachero, président de l'Académie royale de médecine de Turin, est mort le 22 janvier d'une pleuro-pneumonie. M. Sachero occupait une très haute position dans la science et dans la pratique de son pays.

— La science vient de perdre également le docteur R. L. Howard, professeur de chirurgie et rédacteur en chef de *The Ohio Medical and Surgical Journal*. Il est remplacé dans ces dernières fonctions par le docteur John Dawson.

— M. le docteur Mayor vient de mourir à Genève à l'âge de soixante-seize ans. M. Mayor, ancien conseiller d'État, vice-président du Conseil de santé, président de la section des sciences naturelles de l'Institut genevois, a publié de nombreux travaux sur la chirurgie et des mémoires importants sur l'histoire naturelle. Il laisse un fils, ancien interne des hôpitaux de Paris, qui continue dignement la réputation acquise par son père.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Revue médicale française et étrangère. — 15 janvier 1855. Apoplexie sous-cutanée avec hémorrhagie des muqueuses dans une fièvre dite typhoïde, par *Tillard*. — Rapports intimes du choléra et de la suette, par *Houlès de Sorrèze*. — 31 janvier 1855. Sur l'école de Paris à propos du discours de M. Bouillaud, par *Sales-Girons*.

Répertoire de Pharmacie. — N° 7.

Gazette médicale de Liége. — Janvier 1855. Sur le traitement de la fièvre intermittente, par *Lombard*. — N° 2. Grippe et fièvre typhoïde. — Sur le traitement de la fièvre typhoïde, par *Boëns*.

Presse médicale belge. — N° 3. Du procédé Blancard pour la conservation de l'iodure ferreux, par *Seutin*. — N° 5. Des lois du mouvement organique (*anonyme*).

Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie. — T. II, 4e cah. Études cliniques sur les difformités du crâne, par le doct. *Stahl*. — Sur le délire aigu, par le doct. *Jensen*. — Mort par pyémie, par *le même*.

Deutsche Klinik. — 1855. Nos 1. Nouveau procédé de chéiloplastie, par *Langenbeck*. — Du vitiligo et de l'albinisme partiel, par *de Bärensprung*. — 2. Du vitiligo et de l'albinisme partiel, par *le même*. — Sur les amputations du pied, par le doct. *Weber*. — 3. Cas d'hallucinations de la vue et de l'ouïe à marche aiguë.

Deutsche Zeitschrift für die Staatsarzneikunde von Sigmund und Schneider. — IVe vol., 2e cah. Sur le régime des prisonniers, par le doct. *Diez*. — Des points de contact entre la médecine mentale et la médecine légale, par le doct. *Holler*. — Du compte que le médecin et le juge doivent tenir de l'épilepsie en matière civile et en matière criminelle, par le doct. *Krügelstein*. — Contribution à l'étude de la pyromanie, par le doct. *Stochr*.

Journal f. Kinderkrankheiten. — Novembre et déc. 1854, janv. et févr. 1855. — Qu'a fait notre époque sur la question du lait de la mère et de la nourrice comme nourriture de l'enfant sain ou malade? par le doct. *Ploss*. — Quelques remarques sur la rougeole, par le doct. *Paasch*.

Medicinische Zeitung von Vereine in Preussen. — 1855. Nos 1. Diabète chez un enfant. — 2. Efficacité de la créosote contre cette maladie. — Destruction d'un polype du rectum par l'usage de la liqueur de chlorure de fer. — 3. Deux cas d'aliénation mentale guéris par l'opium à haute dose. — 4. Dégénérescence de l'œsophage, par *Ehrhardt*. — Stérilité par une cause spéciale, guérison, par le doct. *Vogler*. — Leucorrhée par une cause extraordinaire, par le *même*.

Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten v. Busch. — Janv. 1855. Accouchement prématuré artificiel au moyen d'injections dans la cavité de l'utérus, par le doct. *Riedel*. — Deux cas d'accouchement prématuré artificiel au moyen d'injections dans la cavité de l'utérus, par le doct. *Cohen*. — Considérations sur la méthode de Cohen pour l'accouchement prématuré artificiel, par le doct. *Keller*.

Wiener medicin. Wochenschrift. — 1854. Nos 51 — 52. — 1855. Nos 1. Ulcère perforant de l'estomac, par le doct. *Drasche*. — Passage de particules solides du canal intestinal dans la lymphe et le sang, par *Marfels* et *Moleschott*. — Hermaphrodite de la classe des androgynes, par le doct. *Oswald*. — Cas d'atrophie aiguë du foie, par *Pleischl*. — Contribution à la géographie médicale, par *Tschudi*. — 2. Du traitement du chancre au point de vue de l'individu et de la société, par le doct. *Sigmund*. — Atrophie aiguë du foie, par le doct. *Pleischl*. — 3 — 4. Résultat de quelques recherches sur la sensibilité électrique et la contractilité électro-musculaire chez les cholériques.

Zeitschrift der K. K. Gesellschaft der Aerzte v. Hebra. — Décembre 1854. Sur l'herpès tonsurant, par Hébra. — Contribution à la pathologie des nerfs accessoires de l'œil humain, par le doct. *de Carion*.

Zeitschrift f. die Staatsarzneikunde v. Behrend. — 1855, 1er trimestre. Examen de divers cas douteux d'état mental. — Sur les phénomènes et les maladies de l'acclimatation.

Association medical Journal. — Nos 106. Origine et traitem. des maladies chroniq. de la peau, par *T. Hunt*. — Traitem. de la manie, par *Walsh*. — 107. Effets de la scarlatine sur l'oreille, par *G. Pilcher*. — Sur les cas les plus remédiables de surdité, par *Holthouse*. — Traitement des maladies chroniques de la peau, par *T. Hunt*. — Luxation du tibia en arrière, par *O. Ward*. — 108. Propriétés de quelques composés de méthyle, éthyle et amyle, par *J. Turnbull*. — Cas curables de surdité, par *Holthouse*. — Maladies des dents, par *Clendon*. — 109. Cas les plus curables de surdité, par *Holthouse*. — Origine et traitement des maladies chroniques de la peau, par *T. Hunt*. — Plaie pénétrante du genou, guérison, par *S. Drew*.

Dublin medical Press. — Nos 836. Comptes rendus de sociétés (fièvre scarlatine, nouveau litholome, fractures, pessaires, etc.). — 33e volume. 837. Comptes rendus de sociétés.

Medical Times and Gazette. — Nos 237. Choléra de la flotte de la mer Noire, par *W. Burnett*. — Emploi du charbon en chirurgie, par *Ormerod*. — Rare maladie de la peau, par *Shearman*. — 238. Choléra de la flotte de la mer Noire, par *W. Burnett*. — Sur quelques maladies des femmes, par *B. Brown*. — Dissection des artères, par *Deville*. — Traitement du bronchocèle, par *Turner*. — 239. Choléra, etc., par *Burnett*. — Empoisonnement par la liqueur d'opium, par *Cleveland*. Constriction syphilitique du rectum et du vagin, par *H. Coote*. — Traitement de la sciatique, par *P. Blakiston*. — 240. Choléra sur la flotte de la Baltique, par *W. Burnett*. — Structure de la membrane muqueuse du canal alimentaire, par *E. Wilson*. — Cas de gangrène traumatique et idiopathique, par *Chodwick*.

The Lancet. — 1855. Vol 1er. Nos 2. Sur le diabète sucré, par *Nelson*. — Convulsions des enfants, par *R. Molloy*. — Ablation d'une tumeur fibreuse du cou, par *L.-G. Crooke*. — Cliniques (nerfs de l'utérus, tumeurs de la mâchoire, acides fluorique et oxalique dans la phthisie, hydropisie de l'ovaire, emploi des saignées, empoisonnement par l'huile d'amandes amères, etc.) — 4. Huile de foie de morue dans les maladies des os, par *Miller*. — Convulsions des enfants, par *Molloy*. — Empoisonnement par l'alcool, par *Hawkes*. — Convulsions puerpérales, par *Caled Radfort*. — 5. Nerfs de l'utérus, par *Lee*. — Cas d'empoisonnement par la belladone, par *S. Solly*. — Cas d'atelectasis, par *H.-H. Vernon*.

Gazzetta dell' associazione medica degli Stati Sardi. — Nos 2—3—4. Mélanges de clinique médicale, par *Timermans*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nos 51. Extirpation d'une tumeur sous-pubienne adhérente à l'urètre chez une femme, par *G. Melchiori*. — 52. Sur le choléra, par *A. Bertani*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 2. Trois cas d'herniotomie, par *G. Rossi*. — Observations de lésions traumatiques et de corps étrangers, etc. (suite), par *Borelli*. — 3. *Idem*, par *le même*. — Choléra de Vallesesia, par *G. Rotta*. — 4. Des lésions traumatiques et des corps étrangers de l'appareil oculo-palpebral, par *Albertetti*. — Emploi interne et externe du chloroforme, par *Berruti*. — 5. Fièvre typhoïde à Menton, par *Bottini*.

Livres nouveaux.

Des injections faites par les veines dans le traitement du choléra épidémique, par le doct. *Duchaussoy*. In-8 avec planche. Paris, Hamel. 3 fr. 50

Die Noth im Spessart (*La famine dans la forêt du Spessart*). Eine medicinisch-geographisch-historische Skizze, von *Rud. Virchow*. In-8, 56 pages, 1852.

Stöchiometrische Schemata zur Anleitung zur qualitativen chemischen Analyse, (*Formules d'analyse qualitative*), von Dr R. Fresenius, zusammengestellt von *Friedrich Alwens*. In-8 de 20 pages. Würzburg, 1854, Stahel.

Diseases and Injuries of Seamen, with Remarks on their Enlistment, naval Hygiene and the Duties of medical Officers (*Maladies des marins*). In-12. Philadelphia.

Eutherapeia; or an Examination of the Principles of Medical Science; with Researches into the Nervous System (*Principes de la science médicale et recherches sur le système nerveux*), par *R. Garner*, in-8. Londres, chez Churchill. 14 fr.

Illustrations of Medical Anatomy, par *F. Sibson*, fasc. 1, in-fol. Londres, chez Churchill. 7 fr.

Lateral Curvature of the Spine, its Pathology and Treatment (*De l'incurvation latérale de l'épine, sa pathologie et son traitement*), par *B.-E. Brodhurst*, in-12. Londres, chez Churchill. 4 fr. 25.

Lithotomy Simplified, or a new Method of Operating for Stone in the Bladder, to which is appended an interesting and unique Case of Cæsarean Section; by doctor *George Allarton*. In-8, de 80 pages, cartonné, avec 7 figures.

Outlines of Lectures of the neurological System of Anthropology, as Discovered, Demonstrated and Taught in 1841 and 1842 (*Résumé de leçons d'anthropologie*). In-16. Cincinnati.

Positive medical Agents, being a Treatise on the New Alkaloid, Resinoid and Concentrated Preparatives of Indigenous and Foreign medical Plants. By Authority of the chemical Institute. In-8. New-York.

Surgical Anatomy (*Anatomie chirurgicale*), par *J. Maclise*, fasc. 7, in-fol. Londres, chez Churchill. 7 fr.

The Diagnosis of Surgical Cancer (the Liston Prize Essai for 1854), par *F.-H. Lawrence*. In-8. Londres, chez Churchill. 6 fr. 50

The Pathology of Drunkenness, a view of the Operation of Ardent Drinks in the Production of Disease, founded on Original Observation and Research (*Pathologie de l'ivrognerie*), par *Ch. Wilson*. Edinburgh, chez Longman. 4 fr. 25.

Unsoundness of Mind in relation to criminal acts (*Aliénation dans ses rapports avec les actes criminels*). An Essay to which the Sugden Prize was Awarded, by *J.-C. Bucknill*. In-8. Londres, chez Highley. 6 fr. 50.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS | A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 2 MARS 1855. N° 9.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique, en date du 22 février, un laboratoire de perfectionnement et de recherches pour les études chimiques est institué près la Faculté des sciences de Paris. Le service en demeurera distinct du service des cours, et le prix des instruments et appareils, ainsi que les frais annuels nécessaires pour les expériences, seront prélevés sur le budget spécial de l'enseignement supérieur.

Un second arrêté, en date du même jour, nomme M. DUMAS directeur de ce laboratoire, qui sera installé provisoirement à l'École normale.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 26 février 1855, M. TOUGRAS est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Marseille.

M. MONNERET, officier de santé, est nommé préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Lille.

— Par arrêté en date du 27 février 1855, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a renouvelé la délégation triennale de M. le docteur MILLET, en qualité de professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie, de Tours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 22 au 28 février 1855.

55. DECOURSSIÈRE, Jean-Emile, né le 2 juin 1830 à Dôle (Jura). [*Quelques considérations cliniques sur l'entéro-mésentérite (fièvre typhoïde).*]

56. DE ROMMILLY, Eugène-Basile, né le 12 juin 1824 à Hamelin (Manche). [*De l'eczéma.*]

57. BOUTET, Antoine-Jean, né le 9 avril 1826 à Couture d'Argenton (Deux-Sèvres). [*Du pronostic de la variole.*]

58. GUÉRAUD, Désiré-Siméon, né le 14 août 1826 au Pin (Isère). [*Du sous-acétate de plomb en injections intestinales dans la diarrhée et la dysentérie.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Les tables *tournent* encore et les esprits *frappent* toujours. — Réflexions sur la crédulité. — Les temps anciens et les temps modernes. — Le remède de Neufchâtel. — Un serpent précieux. — Remède contre la fluxion de poitrine. — Commerce de cadavres; une tragédienne et M. Clias. — Les orphelins du choléra.

CHER CONFRÈRE,

Vulgus vult decipi; ergo decipiatur! Cet aphorisme, qui n'est pas d'Hippocrate et qui peut néanmoins rendre quelques petits services au médecin, est le plus poli des aphorismes. *Vulgus*, c'est-à-dire la foule, la tourbe, la plèbe, la populace, le carrefour, la barrière, le bouge, rien de précis ni de défini, mais ce qui rampe et grouille dans les bas-fonds, ce qui emplit l'air de mille croassements, ce qui exhale une odeur aigre, ni vous ni moi, un ramassis, un monceau, un tas! Qui consent à être de ce tas-là? Personne, et c'est pourquoi chacun répète : *Vulgus vult decipi!* Eh bien, en bon français, *vulgus* c'est tout le monde : c'est le haut et le bas de la société; ce qu'il y a de plus simple, de plus inculte, et ce qu'il y a de plus raffiné. L'une des semaines dernières, nous avions l'honneur de parler *tables tournantes* et *esprits frappeurs* avec deux hommes d'une grande notoriété et d'une distinction au moins égale à leur réputation : l'un, auteur d'un ouvrage très répandu sur le christianisme; l'autre, missionnaire célèbre, qui a dormi sous des cieux lointains et imprimé les pas de son chameau sur les sables de la Tartarie. Nous agitions encore, il y a peu de jours, les mêmes questions avec des savants d'un tout autre caractère, disciples de Bacon et fanatiques de la méthode expérimentale. O cher confrère, que l'erreur a de portes pour pénétrer dans l'esprit humain! Elle entre souvent par où il semble qu'elle devrait sortir. Vrai feu grégeois, elle s'alimente de ce qui paraîtrait devoir l'éteindre. Science religieuse et science profane ont assiégé avec la même ardeur notre incrédulité radicale à l'égard de toutes ces merveilles qui ont ému le monde dans ces derniers temps, et que nous croyions bien tombées. L'un a eu commerce pendant des mois entiers avec un esprit qui répondait à un nom convenu et seulement à celui-là. On appelait l'esprit, et il venait; on le renvoyait, et il se hâtait de partir; sur un ordre, il changeait de place, une fois, deux fois, vingt fois, annonçant toujours sa présence par un bruit de frappement. Il lui prenait parfois des velléités de révolte ou des mouvements d'orgueil blessé, et il manifestait son mécontentement en faisant craquer un meuble, en soulevant une

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 1er mars 1855.

DANGERS DE LA SAIGNÉE DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE. — APPAREILS EN STUC. — ANNEAUX CONTRE LA SPERMATORRHÉE. — OZONE ET CHOLÉRA. — ORGANOPATHIE ET VITALISME. — AGITATION DANS LE DOMAINE DE LA PHYSIOLOGIE.

— La saignée peut-elle être nuisible dans l'hémorrhagie cérébrale? Cette question vient d'être portée devant l'Académie de médecine de Belgique (séance du 27 janvier 1855) par un rapport de M. le docteur Craninx sur un mémoire de M. Putégnat (de Lunéville). Il y aurait lieu d'aller plus loin encore, et de demander si la saignée ne peut pas être une *cause déterminante* d'hémorrhagie cérébrale; car les deux questions sont proposables, et elles sont connexes.

Nous n'avons pas sous les yeux le travail original de M. Putégnat; il ne nous siérait pas, conséquemment, de porter sur ce travail un jugement précis et arrêté; le rapporteur ne le trouve concluant ni au point de vue théorique, ni au point de vue des faits. Mais nous séparons la question de la manière dont on s'y est pris pour la démontrer, et nous ne craignons pas de dire qu'elle doit être résolue par l'affirmative.

Consultons premièrement l'observation; la théorie, en cette circonstance, peut être reléguée au second plan.

Et d'abord, une remarque, que nous prenons la liberté de soumettre à M. Craninx. La précision du diagnostic n'a peut-être pas ici toute l'importance qu'il paraît lui attribuer. Le problème, dans son vrai sens scientifique, ne concerne pas proprement le fait matériel de la formation d'un caillot au sein du parenchyme encéphalique, mais bien plutôt le trouble circulatoire dont l'épanchement est la conséquence. Qu'est-ce, étiologiquement, que l'hémorrhagie cérébrale? C'est le résultat d'un défaut d'équilibre entre la pression du sang dans les vaisseaux et la résistance du tissu adjacent et des parois vasculaires elles mêmes. Cette condition pourra se réaliser de diverses manières. Il ne faudra qu'une pression normale pour amener l'hémorrhagie, si la résistance est diminuée par une altération du tissu; si, au contraire, le tissu est sain et ferme, un excès de pression sera nécessaire. Et cet excès de pression ne se produira pas toujours par le même procédé; il pourra résulter d'une trop grande force de propulsion de la colonne sanguine, ou d'un obstacle à la circulation dans les sinus, ou d'une congestion dans les petits vaisseaux, etc. Ce qu'il importe de rechercher, c'est si la saignée peut amener, dans des circonstances spéciales, un trouble circulatoire quelconque dont l'effet soit d'augmenter la pression du sang dans les radicules veineuses du cerveau. Que cet excédant de pression se traduise par une congestion simple, ou par une infiltration et un ramollissement, ou par une hémorrhagie formelle, il importe peu. Qu'il soit prouvé seulement que la saignée peut causer une congestion cérébrale, et il sera permis d'affirmer qu'elle peut causer l'hémorrhagie. On n'aura plus qu'à rechercher les faits.

Mais les faits ne manquent pas. Depuis que M. Cruveilhier (et il y a de cela plus de vingt ans) a rapporté une observation remarquable dans laquelle plusieurs saignées ont successivement aggravé une hémiplégie dont l'origine hémorrhagique ne pouvait être mise en doute (*Dictionn.* en 15 vol., article APOPLEXIE), plusieurs auteurs ont rencontré et publié des cas analogues. Mais, pour parler avec plus de connaissance de cause, nous nous bornerons à rappeler ici que nous possédons plusieurs observations détaillées d'*hémorrhagies cérébrales* survenues *pendant ou immédiatement après* une saignée pratiquée pour des affections d'une autre nature, et de *ramollissements* dont les premiers symptômes (signes de congestion cérébrale) se sont montrés dans les mêmes circonstances. Dans un cas, nous avons eu le triste avantage de prévoir l'événement. Il s'agit d'un malade de province venu à Paris pour consulter au sujet d'une hypertrophie du cœur. On l'avait saigné à outrance; il était anhélant, pâle, bouffi, avec l'œil d'un chlorotique. Parmi les craintes de diverses sortes que nous inspirait une nouvelle évacuation sanguine, nous exprimâmes celle d'un grave désordre de la circulation du côté de l'encéphale. On voulut saigner; le malade se trouva mal; ses membres droits s'engourdirent, et *à partir de ce moment* se développèrent les symptômes les plus irrécusables d'un ramollissement cérébral, avec contracture d'abord, puis paralysie graduelle et complète du côté droit; la mort arriva en quelques jours.

Voilà pour la question de fait. Quant à l'explication, on comprend qu'il n'est pas aussi facile de la mettre en évidence. Celle de M. Aussagnel, qui suppose que la soustraction du sang, en faisant cesser l'*oppressio virium* propre à l'apo-

---

chaise ou une table, comme fait un mari en colère. Voilà ce que vous attestera un homme de l'esprit le mieux doué et du cœur le plus droit. Un autre s'est donné la comédie, non pas seulement dans un fauteuil, mais en prenant pour interlocuteur un tabouret. Ce tabouret exprimait, par des gestes à lui, les sentiments les plus divers, la joie, la colère, la honte, avec une vivacité de mimique à troubler Deburean lui-même dans son linceul. Nombre d'honnêtes gens, qui ont peine à croire au cheval savant ou à la *Djali* de la Esmeralda, ont vu et entendu des tables compter l'heure avec le pied ou marquer le nom des personnes trépassées qu'on leur indiquait. C'est le plus gros de ce qu'on nous a raconté; le reste n'est que fretin.

Cette crédulité égale chez des hommes de culture intellectuelle si différente nous inspirait une réflexion, très cher confrère. La crédulité, en effet, peut avoir deux sources distinctes et, pour ainsi dire, opposées: elle peut procéder d'une foi aveugle à l'expérience aussi bien que du mysticisme. Le mystique pour qui tout, dans le monde matériel comme dans le monde moral, n'est que l'amusement sublime d'une puissance surnaturelle toujours présente sous l'apparence des choses, toujours active dans leurs changements; le chrétien, surtout, que la foi révélée met en garde contre l'immuabilité de l'ordre physique, est tout préparé pour les sciences occultes. Un esprit de plus dans son ciel déjà peuplé d'anges et de démons n'a rien pour lui d'extraordinaire, et il ne lui répugne nullement de croire que le Tout-Puissant emprunte de temps à autre une voix nouvelle pour communiquer avec sa créature. Le savant, qui ne connaît, qui ne veut connaître que l'expérience, procède à la vérification d'un acte extraordinaire, contraire à l'ordre de la nature, comme à l'étude du plus simple phénomène de physique ou de chimie; et dès qu'il a le témoignage de ses sens, dès qu'il se juge à l'abri d'une mystification, il croit. Il croit à l'esprit frappeur, parce qu'il entend frapper; il croit à une force occulte animant une table, parce qu'il voit la table remuer; à une force intelligente, parce que la table se soulève un nombre de fois désigné par les assistants. Le premier atteste le fait, au mépris de la science humaine; le second l'admet, tout au contraire, au nom de la science expérimentale. Mais la source de l'erreur est la même pour le disciple du Christ et pour le fils de Voltaire; elle est dans une égale abdication de la raison.

Ne nous étonnons pas de ces misères. Il y a bientôt deux mille ans qu'un Grec d'humeur libre, sceptique, railleur, un peu cynique, d'un grand bon sens, d'un esprit fécond, mélange de qualités et de défauts, qu'on embrasserait sur une joue et qu'on souffletterait sur l'autre, — le Voltaire

plexie, détermine un *raptus* violent vers le cerveau, nous paraît, comme à M. Craninx, beaucoup trop vague. Le rapporteur en propose une autre, déclarant n'y attacher que la valeur d'une hypothèse. « N'est-il pas possible, dit-il, que pendant qu'une partie du sang s'écoule par la veine, dans le cas de pléthore ou de trop-plein, le jeu du cœur ou ses contractions deviennent plus libres, et que le sang alors soit porté avec plus de force vers le cerveau; d'où nouvelle dilacération ou extension de celle qui existe; d'où nouvel épanchement sanguin? » Ce qui nous fait croire que cette théorie n'est pas d'une application générale, c'est que, dans les cas observés par nous, les accidents cérébraux se sont montrés subitement pendant que le pouls s'affaiblissait, et qu'une syncope semblait se préparer. Nous sommes, pour notre part, disposé à placer la cause des désordres dans la formation trop brusque d'un vide relatif au sein des vaisseaux encéphaliques. L'indépressibilité des parois du crâne est une condition spéciale à la cavité crânienne et qui entraîne des effets spéciaux aussi. Dès que la force de pression de la colonne sanguine commence à tomber, sous l'influence d'une saignée, au-dessous du degré normal, si l'on n'arrête pas l'écoulement, il doit y avoir, au sein des vaisseaux, appel du sang pour remplacer celui qui fait défaut; ou, pour parler plus exactement, le sang artériel n'arrivant plus en suffisante quantité, le sang veineux devient plus ou moins stagnant pour rétablir la balance, les veinules se dilatent, se distendent et peuvent se rompre. C'est de cette manière aussi que nous nous représentons le mécanisme des paralysies qui succèdent parfois à la ligature de la carotide primitive; et au lieu d'admettre avec M. Chevers (*Gaz. hebd.*, t. I, p. 1064) qu'il y a alors excès de pression du sang sur les parois *artérielles*, par suite de la circulation supplémentaire, nous penchons à croire que la pression est au contraire insuffisante dans les artères, et qu'elle est exagérée dans les radicules veineuses. Il est entendu, d'ailleurs, qu'aucune de ces théories ne vaut que ce que vaut une hypothèse.

Faut-il pour cela rejeter les évacuations sanguines du traitement de l'hémorrhagie cérébrale? Non assurément; pas plus qu'il ne faut renoncer à l'opium dans les cas de névralgie, parce qu'il empoisonne à forte dose, ou qu'il est antipathique à certaines idiosyncrasies. La production d'un épanchement dans le cerveau sous l'influence de la saignée est un fait rare, et qui exige sans doute des conditions organiques particulières. Mais il suffit pour légitimer un précepte que nous donnons formellement aux praticiens, et qui est de ne pas pratiquer des saignées trop abondantes et à jet trop large, sauf à les répéter plus souvent. Ce précepte est surtout applicable aux cas où l'on a lieu de craindre que la circulation cérébrale ne jouisse pas de toute sa liberté, comme chez les vieillards et chez les anciens apoplectiques.

—Nous avions les appareils amidonnés, dextrinés, plâtrés, à la colle, à la mie de pain, au blanc d'œuf, etc. Voici maintenant des appareils en *stuc* (*Union médicale*, 27 février). Hâtons-nous de dire que ce nouveau moyen de déligation, qui a pour inventeur un chirurgien distingué des hôpitaux, l'honorable M. Richet, n'a pas pour but de réaliser un embellissement artistique, mais uniquement de satisfaire mieux que les autres bandages inamovibles à des indications chirurgicales d'une grande importance. M. Richet a cherché une substance qui pût se solidifier avec rapidité, et pour ainsi dire instantanément, afin de saisir le membre dans la position jugée la plus favorable; — qui pût néanmoins être retardée *à volonté* dans sa solidification, et permettre ainsi de procéder avec toute la lenteur désirable à l'application du bandage; — qui fût enfin très répandue, d'une préparation facile et d'un prix peu élevé.

Cette substance est le *stuc*, ou plutôt une espèce de stuc; car celui des arts est fait avec le *marbre blanc* pulvérisé et la gélatine délayés dans l'eau, tandis que celui de M. Richet a pour base le plâtre.

En attendant que nous revenions sur cette acquisition nouvelle de la chirurgie, donnons quelques indications relatives à la préparation et au mode d'emploi de la pâte :

« Avec une solution contenant *un gramme* de gélatine pour *mille grammes* d'eau, dit M. Richet, la solidification du plâtre se fait presque aussi vite que lorsqu'on le gâche avec de l'eau; mais en doublant la proportion de gélatine, le retard devient tout à coup très sensible et va jusqu'à vingt ou vingt-cinq minutes, temps suffisant et au delà pour qu'on puisse appliquer sans se presser son appareil. Aussi est-ce cette dernière dose, c'est-à-dire 2 grammes de gélatine pour 1,000 grammes d'eau ordinaire, que je mets habituellement en usage; si l'on veut obtenir un plus long retard, on augmente la dose; avec 5 grammes, le bandage met de trois à cinq heures à durcir, et dix à douze heures avec 10 grammes.

» Voici comment je procède à la préparation du bandage. Ma solution gélatineuse étant maintenue à une douce température de 20 à 25 degrés centigrades environ, je la mélange par égale quantité avec du plâtre fin à mouler, préalablement

de ce temps-là, — se moquait, dans un spirituel dialogue, de l'apparition des esprits, des talismans, des revenants, des statues qui marchent et qui parlent (il avait oublié les tables); et tel fut le succès de cet homme raisonnable, que, peu de temps après, Apulée ne put épouser une belle veuve sans être accusé d'avoir usé de magie pour s'en faire aimer, et que, deux ou trois siècles plus tard, Julius Obsequens relevait gravement tous les prodiges observés dans Rome pendant une longue suite d'années. Alors comme aujourd'hui ce n'était pas la populace seulement qui aimait le merveilleux; Lucien a soin de le dire dans ce dialogue fameux; c'étaient de très savantes gens, et de très honnêtes. Est-ce un sot, ce *chef de secte*, ce Cléodème, qui propose à un pauvre goutteux de lever de la main gauche la dent d'une belette, puis de la lier dans une peau de lion nouvellement écorché dont on enveloppera la jambe malade? Et cet autre, qui a vu guérir la morsure d'une vipère en suspendant au pied mordu une pierre tirée du sépulcre d'une vierge? Et ce médecin qui parle ainsi : « J'ai chez moi une petite statue d'Hippocrate en airain, haute d'environ une coudée, qui court toute la nuit, depuis le moment où l'on éteint la lampe, et renverse toutes mes boîtes, brouille toutes mes drogues et ouvre les portes avec fracas, surtout lorsqu'on a manqué de lui sacrifier. » Et Lucien répond : « Quoi! Hippocrate veut maintenant qu'on lui sacrifie : il n'était pas si glorieux de son vivant! » Charmante réflexion, et qui pourrait encore aujourd'hui servir, non plus contre Hippocrate, qui reste fort tranquille la nuit comme le jour et ne renverse même pas l'écritoire des anatomo-pathologistes, mais contre quelques-uns de ses effrénés sectateurs. Il faut bien se mettre ceci dans l'esprit : De par l'observation et l'expérience, les anciens avaient d'aussi bonnes raisons de croire aux statues somnambules, aux pluies de sang, à l'apparition de Proserpine parmi les vivants, aux descentes de la lune, aux résurrections, aux voix mystérieuses dans le silence des forêts,

Vox quoque per lucos vulgo exaudita silentes,

que nous en avons de croire aux tables animées et aux génies de fraîche date dont on voudrait peupler l'atmosphère du XIX^e siècle. Au moyen âge, on se moquait de l'antiquité; nous nous moquons du moyen âge; on se moquera de nous bientôt; on s'en moque déjà. L'humanité est comme l'Amour, d'une enfance éternelle; mais c'est un enfant à qui il ferait bon mettre un bourrelet.

— Et tenez, cher confrère, vous allez voir si nous tentons des rapprochements impossibles. Nous recevons de Genève un prospectus détaillé, relatif au *remède de Neufchâtel* contre l'épilepsie. Ce remède est fort

tamisé, c'est-à-dire que je mets une cuillerée de plâtre pour une cuillerée de solution. On obtient ainsi une bouillie de consistance assez épaisse qu'on rend parfaitement homogène en la pétrissant pendant une minute au plus avec les mains, ou plus simplement en la remuant avec la cuiller : la pâte de stuc est alors suffisamment préparée pour être employée. »

Comme la bouillie est toujours un peu dense, on l'étend moins aisément sur du linge à mailles serrées que sur la gaze, la mousseline, le linge dit à cataplasmes ou *tarlatane*. C'est de cette dernière étoffe que se sert de préférence M. Richet.

— Peu de personnes connaissent en France l'anneau contre la spermatorrhée (*spermatorrhœa ring*). Cette invention vient de Boston, où elle jouit d'un certain crédit. Nous n'en avions pas jusqu'ici entretenu nos lecteurs, parce que nous n'avions pas à notre disposition le dessin ou une bonne description de l'instrument, et un peu aussi parce que nous n'avions qu'une foi médiocre dans le moyen thérapeutique. Mais un cas de guérison rapporté par M. J.-A. Mayes dans le dernier numéro qui nous est parvenu de *Charleston Medical Journal* (mai 1854), nous a engagé à nous procurer un dessin que nous reproduisons ci-contre.

L'instrument se compose d'un anneau plat, de cuivre étamé, qui, coupé sur un point de sa circonférence, peut être, au moyen d'un système d'agrafes, agrandi ou rétréci de manière que son diamètre reste un peu supérieur à celui du pénis, auquel il doit être appliqué. L'un des bords est relevé à angle droit, et découpé en scie. De la face interne de l'anneau partent deux petits ressorts demi-circulaires qui embrassent directement le membre. Quand l'érection arrive, les petits ressorts s'écartent; la verge, gonflée, vient au contact des dents de scie, et la douleur éveille le sujet avant l'émission du sperme.

Disons d'abord que l'affection à laquelle l'appareil est applicable n'est pas très bien appelée *spermatorrhée ;* car il ne s'agit pas de pertes séminales, comme nous l'entendons ici, se produisant sous l'influence de la moindre émotion ou des efforts de défécation, mais bien des *pollutions nocturnes*. L'anneau s'applique la nuit. Le sujet dont M. Mayes raconte l'histoire avait des pertes toutes les nuits depuis plus d'un an. Tous les cordiaux, et notamment celui de Morse (*Morse's invigorating cordial*), célèbre dans ces contrées, avaient échoué complétement. Au bout d'une semaine d'emploi de l'anneau, les pertes étaient arrêtées, et elles n'avaient pas reparu. Le sujet continuait à porter l'instrument.

Inutile de faire remarquer qu'un semblable moyen ne s'adresse pas à la cause de la maladie ; cependant, comme elle est de celles qui s'entretiennent d'elles-mêmes, l'énervation qui résulte de pollutions répétées étant de nature à les rendre encore plus faciles, nous croyons qu'il n'est pas sans avantage de commencer par empêcher l'effet du mal; rien ne s'oppose d'ailleurs à ce qu'on s'attaque ensuite au mal lui-même.

— Notre ami et collaborateur, M. le docteur L. Figuier, a expliqué il y a peu de temps au lecteur (*Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 902) ce que c'est que l'*ozone*, comment on peut en constater la présence dans l'air et en apprécier la quantité. Nous rappelons que l'ozone n'est autre chose que de l'oxygène électrisé, qu'il bleuit un papier imprégné d'amidon et d'iodure de potassium, et que ce sont les différences d'intensité de la coloration en bleu, corrélatives aux quantités différentes d'ozone répandues dans l'atmosphère, qui constituent l'échelle *ozonométrique* ou *ozonoscopique* de M. Schönbein. On a vu aussi que plusieurs observateurs ont attribué à la quantité relative de l'ozone atmosphérique une influence sur le développement et la marche de certaines épidémies ou certaines constitutions médicales.

De nouvelles observations sur ce sujet viennent d'être communiquées à l'Institut (séance du 19 février), par M. Wolf, directeur de l'observatoire de Berne. Pour nous en tenir à ce qui intéresse directement la pathologie, disons que M. Wolf a observé à Berne un affaiblissement notable dans les réactions de l'ozone vers le milieu de septembre, époque où le choléra faisait irruption dans plusieurs contrées de la Suisse. De plus, une diminution rapide de la coloration bleue du papier a été, en général, suivie d'une augmentation considérable de mortalité. Ces faits méritent d'être relevés, en ce qu'ils concordent parfaitement avec ceux qu'ont déjà signalés M. Schönbein, M. Bœckel (de Strasbourg), et quelques observateurs anglais.

— Le duel académique qui s'était engagé entre M. Piorry et M. Bousquet a recommencé dans la dernière séance, avec une vivacité que ne faisait pas présager la fameuse poignée

vanté ; des familles honorables, distinguées, n'ayant d'autre mobile que celui d'une charité active, nous en ont raconté des merveilles ; un médecin affirme l'avoir employé nombre de fois avec succès. Informations prises et grâce à une indiscrétion, nous savons maintenant de quoi se compose ce souverain remède. Il se compose d'une *taupe* macérée dans du vinaigre, desséchée et pulvérisée, qu'on avale gentiment d'un coup. Buffon parle quelque part de cette aimable recette. Or, franchement, n'est-elle pas de la même famille que celle de Dinomaque contre la goutte, à savoir, de la graisse de lion manipulée nous ne savons de quelle manière avec le pied droit et les poils du menton du même animal?

Autre exemple : Le *Correspondant de Hambourg* annonce, d'après une lettre de Mexico, qu'un médecin *âgé de trente-six ans*, a découvert un serpent dont le venin inoculé préserve de la fièvre jaune et du *vomito negro*. Certes, la chose n'est pas impossible; mais quand on songe combien de fois et de combien de manières le serpent a été associé à la destinée de l'homme dans l'antiquité, et quelles vertus ont été et sont encore attribuées par les modernes à la vipère, témoin la thériaque, on est autorisé à ne voir dans l'annonce du journal de Hambourg qu'une réminiscence historique et une lointaine imitation.

— Nous préférons, pour l'imprévu, l'idée de ce palefrenier dont ont parlé récemment quelques feuilles publiques. On présente à un pharmacien une ordonnance prescrivant une tisane de racine d'angélique. Il fouille dans ses tiroirs, dans ses sacs, monte au grenier, descend à la cave, tourne et retourne tout dans la maison : pas plus d'angélique que d'huile de fagot au premier avril. Le palefrenier, l'oreille basse, vient et dit que c'est le cheval qui a tout mangé. Peste ! en voilà un qui se nourrit bien ! Le cheval de Caligula mangeait du foin doré, mais c'était du foin. Attendez; la pauvre bête du pharmacien avait une fluxion de poitrine, et c'est une inspiration du ciel qui a porté son garde-malade à la traiter par l'angélique. Après une ou deux bottes de cette plante, la convalescence était décidée. C'est pourquoi lesdits journaux conseillent aux animaux de l'espèce humaine qui ont de la toux et des crachats rouillés d'essayer de ce remède de cheval. Ce que c'est que de nous !

— Vous n'êtes pas, cher confrère, sans avoir eu vent d'un bruit absurde qui a couru sur le compte d'une célèbre tragédienne. Elle n'avait pas vendu à un entrepreneur américain son talent seulement, son intelligence, son âme, sa voix qui épouvante, sa noble pose et son geste souverain. Moyennant une forte somme, elle avait vendu son corps, vendu en toute propriété, fonds et superficie, aujourd'hui et à toujours. Vivante, elle jouerait la tragédie ; morte, on l'embaumerait et on la promènerait de

de mains. Mais comme il menace de dégénérer en bataille générale, et que M. Bouillaud, notamment, a demandé la parole pour la prochaine séance, nous nous contenterons, pour le moment, de prendre place à l'amphithéâtre.

— Nous ne jugeons pas à propos, non plus, de nous mêler activement aux questions qui s'agitent en ce moment dans le domaine de la physiologie, et où les travaux de M. Cl. Bernard se trouvent particulièrement mêlés. Ces questions sont trop neuves, trop difficiles, pour qu'il soit sage de prendre brusquement un parti quand soi-même on n'a pas à invoquer d'expérience personnelle. Nous avons inséré les mémoires de M. Figuier et de M. Longet; nous analysons aujourd'hui la thèse pour le doctorat ès sciences que M. Blondlot a soutenue samedi dernier à la Sorbonne, au milieu d'un grand concours d'auditeurs; et pour ne rien retrancher de ce qui peut contribuer à former l'opinion du lecteur, nous résumerons à la suite de cette analyse les objections dont la thèse a été l'objet de la part des juges, et les réponses du candidat.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR LA THÉORIE DE MM. ANDRAL ET GAIRDNER, CONCERNANT LA FORMATION DE L'EMPHYSÈME VÉSICULAIRE DANS LES POUMONS TUBERCULEUX, par le docteur A. DECHAMBRE.

Le titre spécieux de cette note indique assez dans quelles limites j'entends la circonscrire. Je n'entreprends pas une dissertation sur l'emphysème pulmonaire, sur son siége, sur ses variétés, ni même sur toutes les circonstances de son mécanisme de production. J'accepte comme démontrée l'existence habituelle, chez les phthisiques, d'une dilatation de l'extrémité terminale des bronches ; et toute réserve faite sur la dénomination d'*emphysème* appliquée à cette lésion, je recherche si une théorie, imaginée par un des plus éminents professeurs de la Faculté de Paris, reproduite et développée en Angleterre, adoptée en partie, dans un mémoire récent, par un interne distingué des hôpitaux de Paris (M. Gallard), si cette théorie est compatible avec l'état de nos connaissances en physique et en physiologie.

La théorie proposée par M. Andral ressort du passage suivant de sa *Clinique médicale :*

« La dilatation des vésicules dans la tuberculisation pulmonaire leur permet de recevoir dans un temps donné une plus grande quantité d'air que dans l'état normal. De là résulte l'établissement d'une sorte de respiration supplémentaire, qui peut faire comprendre comment, chez beaucoup de phthisiques, dont un grand nombre de vésicules sont refoulées, comprimées, oblitérées, envahies par les tubercules, la dyspnée est cependant peu considérable ; merveilleuse compensation dont l'économie, soit en santé, soit en maladie, nous offre d'autres exemples. Ainsi s'agrandissent et se dilatent les artérioles d'un membre, lorsque l'artère principale ne peut plus être traversée par le sang. Ainsi, lorsque, atrophié et désorganisé, l'un des reins devient inhabile à sécréter l'urine, on voit souvent son congénère acquérir un volume insolite. » (*Clinique médicale*, 2e édition, t. II, p. 63)

Voici maintenant la théorie de M. Gairdner résumée par M. Gallard dans son travail (*Archives générales de médecine*, août 1854), et que M. Andral a revendiquée comme sienne (*ibid.*, septembre) :

« Supposons, dit M. Gairdner, que la quantité d'air *qui doit nécessairement traverser le poumon, dans un temps donné, pour suffire aux besoins de l'hématose*, soit représenté par un nombre, 36, par exemple ; alors chaque tiers du poumon, chaque lobe (s'il s'agit du poumon droit, et si l'on veut pour un instant supposer les lobes égaux entre eux), devra, dans le temps indiqué, être mis en contact avec une quantité d'air représentée par le tiers de 36, ou 12. Mais s'il arrive qu'une portion d'un lobe ne soit plus perméable à l'air, la quantité de ce fluide qui était destinée au lobe entier devra forcément circuler dans la portion de ce lobe restée saine ; elle tendra donc à dilater cette portion qui reçoit maintenant à elle seule une quantité d'air représentée par 12, tandis qu'elle était destinée à en laisser passer seulement une quantité représentée par 10 ou 8, ou un nombre plus faible. Si la portion de poumon rendue imperméable est peu considérable par rapport à celle restée saine, cette dernière pourra, en vertu de son élasticité, suffire à elle seule au passage de l'air ; mais si le contraire a lieu, une trop grande quantité d'air devra circuler dans le tissu perméable ; alors les vésicules se distendront outre mesure et finiront par se rompre. »

Si l'on y regarde de près, on s'aperçoit que ces deux exposés, avec ou sans intention, diffèrent très sensiblement. Tous deux établissent l'existence d'une respiration supplémentaire chez les phthisiques, tous deux la font dépendre de l'oblitération d'un certain nombre de cellules par la matière tuberculeuse ; mais comment le fonctionnement supplémentaire du poumon peut conduire à la dilatation des cellules qu'il met en jeu, c'est ce que les deux auteurs n'expliquent pas dans des termes identiques et de même signification.

On doit entendre par *respiration supplémentaire* l'appel, dans une portion des voies respiratoires, d'une quantité d'air supérieure à la quantité habituelle, pour *suppléer* ce qui en manque dans une autre portion. Quand on affirme que, dans la tuberculisation, les parties saines du poumon reçoivent à titre additionnel une quantité d'air équivalente à celle que ne peuvent admettre les parties malades, on a nécessairement en vue l'un des deux mécanismes sui-

ville en ville, où chacun pourrait la voir pour son argent, comme un requin empaillé, après toutefois que la parade serait terminée et que le Jocrisse de la troupe aurait reçu sa ration accoutumée de coups de pied. Cela vous semblait d'un mauvais goût suffisant, ce cadavre rendu bouffi par l'injection et coloré de carmin, allant témoigner de ville en ville d'une cupidité féroce, les doigts crispés sur une poignée de dollars qu'ils ne sentent pas, la bouche ouverte à des sensualités qui ne viendront plus : quelque chose de monstrueux, enfin, le vice attaché à un corps mort — un cadavre avare ! Pas n'est besoin de vous dire que c'était une bourde. S'il n'en est pas de même de ce qui suit et si le journal a dit vrai, vous allez bondir perpendiculairement d'admiration. M. Clias, gymnaste bien connu, mais qui ne serait pas fâché de l'être plus encore, lègue une somme considérable (notez ce point) à la ville de Berne, à la condition que son squelette sera exposé dans le musée de cette ville, comme exemple (on réclame ici toute votre attention), comme exemple des heureux effets de la gymnastique sur le corps humain. A la bonne heure, voilà une façon délicate de faire les choses. On aurait pu, ce semble, tirer parti d'un squelette reconnu digne de servir de modèle, et M. Guy, de la rue de l'École-de-Médecine, n'y eût pas manqué. On voit quelquefois à l'hôpital de pauvres diables escompter leur cadavre, et ne livrer, pour le prix, qu'une colonne torse ou des tibias rachitiques. La ville de Berne aura ce qu'il y a de mieux et touchera de l'argent.

Nous n'avons jamais aimé ce mot d'un illustre Romain : « Ingrate patrie, tu n'auras pas mes os ! » M. Clias est loin, comme on voit, d'une pareille dureté. Il prie, au contraire, sa patrie de vouloir bien se charger de ses os, offrant de payer l'embarras.

Pourvu que cette perfection de formes n'ait pas de funestes conséquences ! Il en a cuit à Narcisse de se contempler avec amour. M. Clias fera bien d'éviter les claires fontaines, et ce qui pourrait lui arriver de mieux serait de devenir hydrophobe.

— Terminons par la mention d'un arrangement d'un tout autre caractère et d'une utilité plus immédiate. D'après une disposition du mandement de Mgr l'archevêque de Paris pour 1855, la moitié des aumônes versées pour l'obtention des dispenses sera affectée à l'œuvre des orphelins du choléra. Il y a eu là des squelettes qui n'avaient le moyen d'acheter une place ni dans un musée ni dans un cimetière.

A. DECHAMBRE.

vants : ou bien l'*inspiration ayant lieu avec son amplitude normale*, il entre dans le poumon autant de gaz que s'il ne renfermait pas de tubercules, et ce gaz, obligé de se loger quelque part, s'accumule dans les cellules libres ; ou bien le déploiement anormal de ces cellules provient de ce que des inspirations profondes y attirent l'air avec une force inaccoutumée.

Ce tour de phrase de M. Andral, « une *sorte* de respiration supplémentaire, » tour de phrase auquel il revient à la page 229, semblerait convenir surtout à la première interprétation. Si la quantité d'air reçue par le poumon dans une inspiration d'une amplitude donnée reste la même avant et après la tuberculisation, et se distribue seulement d'une manière différente, c'est en effet un mode particulier, une *sorte* de respiration ou plutôt de circulation aérienne supplémentaire. Et les rapprochements explicatifs cités tout à l'heure autorisent encore plus ce commentaire du texte ; car, dans les exemples de l'oblitération d'une artère principale et de l'atrophie d'un rein, le contenu demeure invariable, bien que le contenant ait diminué, et c'est pour cela qu'il se crée des voies collatérales. Si c'est ainsi que l'entend l'honorable professeur, je suis obligé de faire remarquer que le jeu supplémentaire d'un certain nombre de vésicules, sans une augmentation de l'amplitude du mouvement inspiratoire, ne saurait être admis au nom de la physique. La quantité d'air qui s'introduit dans une inspiration donnée est rigoureusement déterminée par le rapport géométrique qui existe entre le tuyau d'appel et la capacité pulmonaire. La capacité étant diminuée par le dépôt tuberculeux, la masse d'air inspiré diminue proportionnellement, et dès lors les vésicules libres n'ont rien à emprunter aux vésicules oblitérées, pour les suppléer dans leurs fonctions. La théorie n'est proposable que si les phthisiques respirent péniblement avant la formation de l'emphysème et cessent d'étouffer après.

La nécessité habituelle d'inspirations profondes doit donc être une condition présupposée dans la théorie de la respiration supplémentaire. Cette condition, M. Gairdner l'admet, sinon formellement, au moins d'une manière implicite, puisqu'il prend pour mesure de la quantité d'air qui doit traverser le poumon, soit avant, soit après la tuberculisation, ce qui est exigé par les *besoins de l'hématose*. Et je me hâte d'ajouter que la revendication de M. Andral à l'égard du médecin anglais autorise à penser que, en dépit de la signification naturelle des exemples allégués, il pose le problème dans les mêmes termes que lui.

Ainsi commentée, la théorie en devient-elle plus acceptable ? Je ne le pense pas ; et c'est là-dessus, messieurs, que je désire appeler spécialement votre attention.

Deux questions sont comprises dans la théorie. Premièrement, les efforts inaccoutumés de respiration chez les phthisiques peuvent-ils donner lieu à la dilatation des vésicules pulmonaires. Cette dilatation, quelle qu'en soit la cause, peut-elle avoir pour conséquence une diminution de la dyspnée ?

1° Une première réflexion se présente. Si j'ai prêté à la théorie le seul sens dans lequel elle soit à l'abri d'une hérésie de physique, si elle ne suppose pas que la réduction de la capacité pulmonaire par l'infarctus tuberculeux n'influe en rien sur la masse d'air qu'y appelle une inspiration déterminée, et que cette masse, toujours la même, se réfugie où elle peut, le calcul de M. Gairdner ne se comprend pas. Le poumon, dit-il, doit recevoir, dans un temps donné, une quantité d'air égale à 36. Si donc une portion de cet organe n'est plus perméable, l'autre partie est *forcée* de recevoir tout le fluide qui était destiné à la première. Mais cela suppose ce qui est en question, à savoir, que le phthisique fera entrer dans les voies aérifères précisément la même quantité d'air qu'avant la tuberculisation. Notez qu'il ne s'agit pas ici d'une action supplémentaire qui s'exercerait par la fréquence augmentée des inspirations ; la fréquence est hors de cause, du moment que la théorie a besoin non d'un renouvellement plus ou moins rapide de l'air, mais de son *accumulation* dans les cellules et de la distension de leurs parois. Il ne peut être question, encore un coup, que d'inspirations plus profondes, plus amples, ou, comme on le dit encore, plus hautes. Eh bien ! il entrera dans le poumon non pas 36 tout juste, ni toute cette quantité prédéterminée, il entrera ce que pourra recevoir, sous la pression atmosphérique du lieu et du moment, selon la force de l'inspiration, la portion restée libre de la capacité pulmonaire ; et cette portion ne sera pas plus chargée d'air, celui-ci n'y sera pas dans une plus forte tension, les vésicules n'en seront pas plus distendues que dans un poumon *entièrement sain* qui aurait été rempli à l'aide d'une inspiration d'égale amplitude. Un poumon sain recevant 36 d'air dans une inspiration ordinaire, et 40 dans une inspiration plus forte, si vous supposez la capacité réduite d'un quart par des tubercules ou par toute autre lésion, il n'en recevra que 27 dans la première inspiration et 30 dans la seconde, et ainsi de suite, de mois en mois, à mesure qu'un plus grand nombre de vésicules s'oblitéreront Il y a donc une erreur fondamentale à avancer, comme le fait M. Gairdner, qu'une certaine portion d'air *devra forcément circuler* dans des cellules auxquelles elle n'était pas destinée. Il n'y circulera que ce qu'y attirera directement l'ampliation du thorax.

Mais les inspirations exagérées que nécessitent les besoins de l'hématose peuvent-elles, dans les cavités que nous venons d'indiquer, amener la dilatation des vésicules pulmonaires ?

Rien de plus douteux, pour ne pas dire de plus inexact.

On oublie trop en ceci un fait que l'expérience la plus simple peut mettre en évidence : c'est que, dans une inspiration muqueuse, il ne pénètre dans la capacité pulmonaire qu'une quantité de fluide très inférieure à celle qu'elle peut contenir ; à supposer que l'étendue du mouvement inspiratoire fût doublée, les vésicules ne seraient vraisemblablement pas soumises à une distension réelle ; et l'on peut même affirmer sans aucun risque, d'une manière plus générale, que l'ampliation physiologique du thorax ne peut jamais aller jusqu'à nécessiter un déploiement excessif des vésicules et amener finalement l'agrandissement de leur cavité. Pour qu'un tel résultat pût se produire, il faudrait, de la part de la colonne atmosphérique, une force de pression que ne peut jamais amener l'expansion naturelle des poches aériennes.

Une objection grave contre l'opinion opposée peut être d'ailleurs tirée des faits mêmes sur lesquels cette opinion s'appuie. Tout le monde sait que la respiration s'exécute principalement par les côtés supérieurs ; cela est certain au moins en ce qui touche la femme ; et les recherches, qui me sont communes avec le regrettable Hourmann, aussi bien que celles de MM. Beau et Maissiat, viendraient au besoin lever les derniers doutes. Quand les tubercules se développent, comme ils occupent d'abord le sommet des poumons, les malades sont condamnés à *changer le mode de respiration*. Ce mode, qui était auparavant *costo-supérieur* devient *costo-inférieur*. C'est donc la partie inférieure des poumons qui est alors soumise à une expansion insolite, et c'est dans cette partie que devrait se rencontrer principalement la dilatation vésiculaire. Or, toutes les observations sont d'accord pour la placer, au contraire, au sommet des poumons, dans les environs des tubercules.

2° Je n'ai qu'une remarque à présenter touchant le rôle de l'agrandissement des vésicules dans la respiration supplémentaire et l'influence favorable qu'on lui attribue à l'égard de la dyspnée.

Représentez-vous de petites ampoules élastiques sur lesquelles serpenteraient des tubes flexibles, d'une excessive ténuité. On insuffle ces ampoules, on les emplit d'air, on les dilate outre mesure. Que deviennent les tubes adjacents ? S'agrandissent-ils, eux aussi ? Leur diamètre s'élargit-il de manière à pouvoir admettre une plus grande quantité d'un liquide qu'on y injecterait ? Nullement. S'il est permis d'en juger par analogie, on doit plutôt supposer que la dilatation croissante des ampoules a pour résultat, comme, par exemple, les kystes multiples du rein, de refouler, d'atrophier les parties intermédiaires, de comprimer les petits vaisseaux, de les rendre imperméables, et, à la longue, d'en oblitérer beaucoup. L'arrangement des vésicules est on ne peut plus favorable à un effet de ce genre. Quand elles sont distendues par groupes, comme c'est le cas habituel, chacune exerçant sur ses voisines et en recevant une pression, il ne se peut pas que les tissus à travers lesquels cette pression a lieu, vaisseaux et tissus cellulaires, ne soient pas tassés et aplatis. Les parois vésiculaires elles-mêmes doivent devenir plus denses (je ne dis pas plus épaisses), moins souples et

moins perméables. Tout cela, à vrai dire, n'est déjà plus une pure supposition. Les recherches de Sœmmering et de Reissesser ont démontré que la circulation capillaire du poumon tend à s'appauvrir avec l'âge, et, tout en réservant la part de l'atrophie sénile dans ces changements, il ne paraît pas douteux qu'il ne faille en faire une aussi à la dilatation des vésicules qui est, on peut dire, constante chez les vieillards.

Or, si la surface *vasculaire*, par laquelle l'air atmosphérique entre en communication avec le sang, n'est pas augmentée, qu'importe que la surface *vésiculaire* le soit? L'hématose en sera-t-elle plus facile ou plus riche? Et si l'oxygénation du sang n'est pas plus abondante, comment donc la dyspnée diminuerait-elle? En réalité, l'observation clinique n'apprend rien de semblable. Outre que l'induction qu'on tire de la théorie, à savoir, le retour d'une certaine liberté dans la respiration des phthisiques à mesure que leurs poumons deviennent emphysémateux, n'a pas été directement confirmée, il est avéré, ce me semble, que l'emphysème, même celui qu'on appelle vésiculaire, en le supposant exempt de toute complication, coïncide généralement avec une gêne plus ou moins prononcée des fonctions respiratoires. Et si une telle lésion, chez un phthisique, diminue la dyspnée, pourquoi en ferait-elle naître chez un individu bien portant d'ailleurs. Ce serait le contraire qui devrait arriver, et l'on aurait ainsi la respiration d'autant plus pleine et plus libre qu'on serait *favorisé* d'un plus grand nombre de vésicules dilatées.

En résumant ce qui précède, on voit que les plus grandes inspirations ne sauraient amener la dilatation auriculaire et permanente des vésicules pulmonaires; que la quantité d'air attirée dans les poumons par une inspiration moyenne peut suffire, dans une certaine mesure, même à des besoins exceptionnels de l'hématose; enfin que la dilatation des vésicules, fréquemment observée chez les phthisiques, ne contribue pas à rendre la respiration moins gênée. J'ajoute qu'il y a des raisons physiologiques de penser que, hors les cas où un obstacle mécanique, un gaz délétère ou impropre à la respiration (acide carbonique, azote, etc.), empêchent le libre contact ou la libre réaction chimique de l'air et du sang, une inspiration capable d'emplir très modérément les vésicules dans la généralité de l'arbre circulatoire, permet l'accomplissement parfait de l'hématose partout où ne s'y oppose pas une lésion organique ou dynamique du tissu pulmonaire. Lavoisier a démontré que des animaux plongés dans l'oxygène pur n'en consomment pas plus que lorsqu'ils respirent l'air atmosphérique. D'après Magnus, 1000 volumes de liquide sanguin dissolvent de 110 à 130 volumes d'oxygène (1). On peut juger par là de ce qui reste d'air non utilisé dans une poitrine alimentée seulement par les inspirations ordinaires. Chez les phthisiques, il est vrai, le sang peut et doit contenir plus de matière combustible qu'à l'état de santé, et, comme la qualité d'oxygène qui entre dans le courant veineux est, toutes choses égales, en rapport direct avec la quantité de matière combustible que renferme le fluide sanguin, elle doit dépasser dans ce cas le chiffre commun; mais la différence ne saurait être assez grande pour réduire beaucoup la quantité d'air restée sans emploi. Il suit de là que le plus grand besoin d'un phthisique doit être, non d'appeler une grande masse d'air à la fois dans les poumons, mais de renouveler souvent le contact de l'air avec le sang, afin d'accélérer l'échange et de chasser fréquemment l'acide carbonique exhalé. Or, ce résultat s'obtient par des inspirations précipitées plutôt que profondes, et tel est précisément, si l'on n'y prend garde, le caractère de la respiration des phthisiques.

On pourrait même tirer de là certaines déductions pratiques concernant le rapport du mode de respiration avec la cause de la dyspnée; mais c'est un point de vue spécial qui n'entre pas dans le cadre de la présente note.

(1) Cette expérience, pour le dire en passant, prouve que le phénomène de l'absorption de l'oxygène dans les poumons est surtout chimique et non physique. 1000 volumes d'eau en contact avec l'atmosphère ne lui enlèvent que de 9 à 10 volumes d'oxygène (Gay-Lussac); si le sang, qui est composé d'eau et de principes non susceptibles de s'approprier l'oxygène avec dissolution, en enlève néanmoins beaucoup plus, il faut bien que les forces chimiques jouent le principal rôle dans le phénomène.

La société s'en est aperçue aisément; je ne signale aucun fait nouveau, je ne propose pas de théorie, je ne formule même pas une opinion personnelle sur le mécanisme de la dilatation vésiculaire chez les phthisiques, bien qu'il apparaisse assez, par ce qui précède, que je suis disposé à la chercher avec M. le professeur Gavarret (thèse inaugurale, 1843), et avec plusieurs membres de cette réunion dans les embarras de l'*expiration*. Mon seul but a été de mettre en relief les difficultés d'une question intéressante et de rappeler les éléments qui peuvent servir à la résoudre.

EXPOSÉ SUCCINCT DES MALADIES OCULAIRES QUI RÈGNENT A CONSTANTINOPLE, par le baron C. DE HÜBSCH, médecin de l'hôpital impérial de Gulhanè.

Les affections oculaires, toutes proportions gardées, sont plus rares à Constantinople que partout ailleurs. Je ne suis pas le premier ni le seul à faire cette remarque, que je trouve déjà consignée dans plus d'un ouvrage d'ophthalmologie; mais livré, depuis sept ans, presque exclusivement à cette branche de l'art de guérir, je ne puis que confirmer l'assertion de mes devanciers.

La position topographique de Constantinople, tout exceptionnelle et unique dans le monde entier, sa douce température, la limpidité des eaux qui baignent ses rives; son aération continuelle, l'abri que lui donnent les délicieuses collines qui l'entourent, le parfum de ses beaux jardins, son soleil radieux, tout en un mot concourt à rendre son séjour agréable et salubre. La nature n'a rien négligé; elle a semé à larges flots les trésors de sa grâce et de ses charmes; elle a fait de ce coin de terre le jardin de l'Europe; qu'il me soit donc permis de donner une esquisse rapide des caractères les plus saillants de la ville et de ses habitants, pour initier le lecteur au travail que je lui présente.

La ville de Constantinople, proprement dite, est située sur une presqu'île composée de plusieurs collines séparées par de petits vallons. Vue dans son ensemble, elle ressemble à un cône renversé, à large base, dont le sommet formerait la pointe du sérail, et la base serait l'espace compris entre *Eyup* et les *Sept-Tours*. Une épaisse muraille crénelée entoure les trois faces de la ville, vestiges de la puissance des empereurs grecs. La mer lave les deux rives: la septentrionale et la méridionale; les courants rapides emportent toutes les immondices et conservent à la mer toute sa limpidité. Une des faces de la ville regarde la mer de Marmara; L'autre, septentrionale, regarde les faubourgs de Hassim-Pacha, Galata, Pera et tout le Bosphore. La mer sépare Constantinople des faubourgs et se prolonge profondément jusqu'au delà d'Eyup, où les eaux se mêlent à celles de la rivière dite des *Eaux-douces*, qui descend des derniers chaînons des Balkans. L'espace compris entre la ville et les faubourgs forme le plus beau port du monde. La ville et ses faubourgs sont bâtis sur des collines, circonstance très favorable pour l'aération, mais qui rend les courses très pénibles et fatigantes, à cause des continuelles montées et descentes qui existent. Le vent du nord règne durant tout l'été, depuis le mois de mai jusqu'au mois de septembre; il commence à souffler de huit à neuf heures du matin jusqu'au coucher du soleil. C'est une brise fraîche qui tempère les ardeurs de la saison. Vers midi, il souffle avec assez de force jusque vers deux heures; le soir, il fait calme, et une abondante rosée rafraîchit l'air. La température moyenne de l'été est de 19 à 20 degrés Réaumur. Il pleut très rarement à partir du mois de mai jusqu'au mois d'octobre; souvent même le beau temps se prolonge jusqu'à la mi-décembre. Cette longue sécheresse fait tarir les puits et les sources; l'eau manque quelquefois, et constitue une vraie calamité publique. Les orages sont très rares: en 1854, nous en avons eu au mois de janvier durant une semaine; la foudre est même tombée sur la ville et a causé beaucoup de dégâts. Au mois de septembre, le vent du sud a commencé à souffler: les Turcs l'appellent *Deli Nodos* (le sud fou), car c'est un vent impétueux qui finit presque toujours par amener la pluie et quelquefois des orages. Le vent du sud règne irrégulièrement de septembre à janvier; de janvier à mars règnent les vents

d'est et de nord-est, qui amènent le froid et la neige. L'hiver commence très tard : c'est d'ordinaire de février à la fin de mars qu'il sévit. C'est à cette époque que nous voyons les plus fortes neiges et que nous éprouvons le froid le plus vif. Le mois de mars est inconstant ; c'est le beau temps qui lutte avec le mauvais. Cette lutte dure environ quarante jours, dès la fin de février, et produit une série de maladies graves. La mortalité est très considérable à cette époque, surtout parmi les vieillards, les faibles et les enfants. Les deux époques les plus meurtrières sont les mois de mars et d'août ; de mars à fin mai c'est une époque de transition qui n'a aucun caractère bien tranché. On ne saurait pas bien préciser quel vent domine. Les brouillards les plus épais descendent de la mer Noire et couvrent la ville ; ils nuisent à la santé et à la végétation. La température moyenne d'octobre à décembre est de 8 à 9 degrés Réaumur ; de janvier à avril, de 5 à 6 degrés Réaumur au-dessous de zéro ; le thermomètre descend rarement au-dessous de zéro : cela arrive une vingtaine de fois pendant tout l'hiver, et encore durant la nuit. Je parle en général, car à toute règle il y a des exceptions : en 1849, le thermomètre a baissé jusqu'à 14 degrés au-dessous de zéro. Le froid fut vif et long : la plupart des arbres périrent.

La ville est alimentée par des sources qui aboutissent dans des réservoirs communs appelés *Bendt*. Ces réservoirs sont formés par un immense vallon fermé à une de ses extrémités par une forte digue de marbre ou de pierre qui s'élève à la hauteur des collines. L'eau est portée par des conduits dans la ville. Ces réservoirs sont situés à deux heures de distance de Constantinople. Les conduits doivent souvent traverser des vallées : des aqueducs magnifiques maintiennent toujours l'égalité du niveau. Ce mécanisme d'irrigation est excessivement ingénieux ; la première idée date du règne de l'empereur Justinien, dont les travaux existent encore pour perpétuer sa mémoire.

Nous avons dit que Constantinople est vis-à-vis de ses faubourgs ; ceux-ci s'étendent le long du Bosphore, jusqu'à l'embouchure de la mer Noire, en formant une chaîne rarement interrompue de charmants villages, de gros bourgs et de délicieuses campagnes. Vis-à-vis de la pointe du sérail, c'est-à-dire vis-à-vis du sommet du cône, s'étend, sur une vaste surface, la belle ville de Scutari, sur la côte asiatique. Cette terre d'Asie, quoique à deux milles à peine de l'Europe, offre un aspect bien différent. La végétation est puissante, les collines sont couvertes de belles forêts, tandis que la côte d'Europe, formée d'un terrain qui renferme beaucoup de silice, est aride et sèche. La main de l'homme a imité par ci par là ce que la nature fait spontanément sur la rive opposée. De beaux villages, des villas splendides couvrent la côte asiatique de Scutari à Beïcos ; ses collines la mettent à l'abri des vents du nord, et contribuent à rendre sa température plus douce en hiver, mais très chaude en été.

Constantinople est, en général, mal bâtie ; ses rues sont tortueuses, étroites et mal pavées ; elle serait très sale, si les vents et les pluies et sa position déclive ne favorisaient son nettoyage. Les chiens, très nombreux dans les rues, détruisent les immondices que l'on y jette de chaque maison. La nuit, les rues sont obscures ; au coucher du soleil, tous les magasins se ferment, et chacun regagne son logis ; les portes de la ville sont fermées tous les soirs. Les faubourgs habités par les Francs et les chrétiens ne sont guère plus propres ; ils sont plus encombrés, et les maisons sont entassées les unes sur les autres ; les pluies, les vents et les chiens sont aussi chargés du nettoyage des rues. Les quartiers bas sont fétides, sans être pourtant malsains. Le port est toujours encombré de milliers de bâtiments de toutes les nations.

La masse de la population se divise en cinq races distinctes : le Turc, l'Arménien, le Grec, le Franc et le Juif ; l'élément turc domine, l'arménien le suit de près, le grec vient ensuite.

Le Turc mène une vie sobre, en général ; il est bien vêtu et travaille peu ; il est doué d'un caractère très doux, et porté naturellement à la bienveillance ; son intelligence est très vive, toutes ses facultés sont très développées ; et pour peu qu'il veuille s'appliquer sérieusement à une étude quelconque, il surpasse aisément l'Européen ; mais la vie molle et paresseuse à laquelle il s'adonne dès son bas âge énerve ses forces, paralyse tout mouvement de l'esprit, et s'oppose à tout progrès. Le Turc aime la vie contemplative et oisive ; assis sur son divan, les jambes croisées sous lui, il passe volontiers toute sa journée à aspirer la fumée de sa pipe, à boire du café, à raconter les faits dont il a été témoin, ou bien il a l'air de méditer profondément. Il affectionne le *kief* autant que le Napolitain son *dolce far niente* ; il se contente de peu, mais lorsque ce peu lui manque, il sort de sa léthargie et se livre aux travaux les plus durs et les plus pénibles, tels que la coupe des bois, l'exercice de la rame, l'art du tourneur, etc. Le Turc, en un mot, possède toutes les qualités requises pour exceller dans les occupations de corps et d'esprit qui rendent l'homme supérieur ; mais la paresse l'énerve et le tue.

L'Arménien approche du Turc pour ce qui regarde le caractère ; mais, soumis depuis tant de siècles à un joug étranger, il a contracté des habitudes viles et a appris à dissimuler. L'Arménien possède beaucoup de qualités intellectuelles ; il y a de l'étoffe chez lui ; malheureusement il est timide, vil, rampant, et l'or est son idole.

Le Grec est doué d'une activité fiévreuse ; il est fin, perspicace, pénétrant, mais depuis six cents ans il intrigue toujours et craint d'agir face à face avec ses semblables.

Le caractère du Juif ne s'est pas amélioré dans ces pays où il a été longtemps persécuté ; il est vil, rampant, faux, cherche toujours à tromper, et se sauve des mauvais traitements par des bons mots ou par des pleurs.

Le genre de vie des Arméniens diffère un peu de celui des Turcs ; ils mangent beaucoup, boivent beaucoup d'eau-de-vie ; ils font, de même que les Turcs, un grand abus de graisse dans leurs mets ; ils sont généralement très gras et corpulents, et peuvent être rangés dans la famille des pachidermes. Le Grec, avec ses longs jeûnes et ses carêmes sans fin, se nourrit principalement de poissons salés, de kaviar, de fromage ; il mange de la viande dégraissée, comme nous ; il fait usage de laitage, etc.

Le Franc forme une colonie à part, composée des Européens de toutes les nations ; chaque famille conserve les us et coutumes de son pays, mais, par un séjour longtemps prolongé dans cette ville hospitalière, elle contracte quelques-unes des habitudes des gens du pays. Plusieurs familles européennes sont établies à Constantinople depuis près de deux siècles ; mes aïeux, par exemple, sont venus de Dresde à Constantinople vers 1720.

Ces différentes races vivaient jadis dans un parfait isolement, et ne formaient jamais d'alliances entre elles. Sa fusion avait commencé à s'opérer vers la fin du règne de Mahomet II ; sous le règne du sultan actuel, elle tend à devenir complète. Les vieilles haines de religion commençaient à disparaître, lorsqu'un vent venu du Nord a soufflé sur des cendres encore chaudes, et a tout récemment rallumé les tisons de la discorde. Nous aimons à espérer que la voix de la sagesse se fera bientôt entendre, que les conseils prévaudront, et que nous ne tarderons guère à rentrer dans la voie du progrès, d'où l'on nous a un instant égaré.

Ces considérations m'ont éloigné de ma thèse. J'aurai bientôt occasion de revenir sur des sujets à peine ébauchés jusqu'ici. Constantinople, sous le point de vue médical, est une terre encore vierge, et promet une vaste récolte à la moisson. Je prends aujourd'hui l'initiative dans l'espoir d'attirer dans l'arène des travailleurs intrépides, et alors, tous réunis, nous tâcherons de relever un peu cette pauvre médecine de l'état abject dans lequel elle rampe aujourd'hui dans notre beau pays.

J'ai dit en commençant que les maladies oculaires sont, à Constantinople, toutes proportions gardées, moins fréquentes que partout ailleurs. A quoi cela tient-il ? Encore une fois je l'ignore. C'est un fait que je constate, et voilà tout. Je vais passer en revue les affections les plus communément observées, celles que j'ai le plus souvent rencontrées dans une pratique de sept ans, toujours prêt à rectifier plus tard les erreurs que je pourrais commettre dans cette rapide esquisse.

Les ophthalmies sont excessivement rares dans l'armée ; ainsi, par exemple, sur un effectif d'environ vingt mille soldats malades que j'ai soignés à l'hôpital de Gulhané, exclusivement destiné aux corps de la garde impériale, j'ai rencontré, dans l'espace de

six ans, six ophthalmies blennorrhagiques, cent quatre-vingts conjonctivites catarrhales, quinze iritis syphilitiques, dix ophthalmies traumatiques, huit cataractes, cinq pannus, et un nombre très restreint d'affections des paupières, telles qu'ectropion, entropion, trichiasis, tumeurs, etc. Une fois, j'ai vu le cancer de l'œil, et ce cas m'a semblé offrir assez de particularités intéressantes pour que j'en rapporte l'observation tout entière; les granulations palpébrales sont aussi très rares, et d'ordinaire elles apparaissent à la suite de conjonctivites négligées.

J'ajouterai que l'armée est composée de soldats venus de toutes les parties de l'empire. L'état de guerre actuel a fait affluer à Constantinople une masse de soldats composée des races les plus opposées, et offrant les types les plus variés. C'est à Constantinople, et surtout dans l'époque actuelle, que M. Serres pourrait se livrer à ses études favorites; mais, je doute qu'en fouillant les cimetières il puisse arriver à un résultat quelconque, vu la variété des races qui ont occupé et occupent encore simultanément le sol de ces contrées. Malgré cette affluence si considérable de peuples venus de points si divers, les maladies oculaires sont rares, et chose remarquable, ceux qui apportent de pareilles affections de leur pays, voient leur état s'améliorer, et souvent leur mal cesser tout à fait après un court séjour à Constantinople.

(La suite au prochain numéro.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION DE L'HUÎTRE. — M. *Lacaze-Duthiers* présente à l'Académie un mémoire sur l'anatomie et la physiologie des organes de la génération de l'huître. De ses recherches anatomiques et de ses observations comparatives, l'auteur a déduit différentes propositions qui peuvent se résumer ainsi: L'huître est hermaphrodite; mais, ainsi qu'on le constate d'ailleurs dans d'autres espèces hermaphrodites, la proportion relative des glandes est tellement variable, que la séparation des sexes peut en être la conséquence. Telle huître est plus mâle que femelle, telle autre plus femelle que mâle; enfin, dans quelques cas rares, il y a égalité des deux éléments. L'huître est un acéphale appartenant à la division des acéphales lamellibranches monoïques à glandes confondues. La disposition générale des conduits excréteurs de ses glandes génitales est semblable à celle des autres mollusques acéphales; la structure se rapproche aussi des autres animaux de la division, et les proportions variables de l'une des glandes sexuelles expliquent pourquoi des apparences diverses ont conduit les auteurs à des opinions opposées qui, vraies pour des individus séparés, ne l'étaient plus quand elles étaient généralisées. Pour expliquer ces diverses apparences, il n'est pas besoin de faire intervenir, ainsi que l'a fait M. Davaine, une succession dans la sécrétion, succession que rien ne prouve et que les faits viennent contredire. (*Commission nommée.*)

RUPTURE SPONTANÉE D'UNE PIERRE DANS LA VESSIE. — M. *Leroy d'Étiolles* adresse à l'Académie un nouvel exemple de rupture spontanée d'une pierre dans la vessie. Ce cas offre ceci de remarquable, qu'on peut observer le phénomène à deux états différents. La vessie renfermait primitivement deux pierres; elles avaient acquis le volume d'une grosse noix, lorsque l'une d'elles se rompit en quatre quartiers presque égaux. La seconde était entière, lorsque M. Leroy d'Étiolles pratiqua, il y a deux mois, la taille hypogastrique sur la personne qui portait ces concrétions. La pierre entière, dont la dureté était fort grande, a été sciée par la moitié, et l'on a pu voir quatre fissures qui, en s'agrandissant, sous l'influence d'une cause que nous ignorons, en auraient plus tard amené la rupture. C'est le troisième cas de fragmentation spontanée de calculs urinaires que M. Leroy d'Étiolles présente à l'Académie; il reconnaît, d'ailleurs, que M. Cloquet avait appelé avant lui l'attention sur ce curieux phénomène. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

DES VARIATIONS DE L'OZONE CONSIDÉRÉES EN ELLES-MÊMES ET RELATIVEMENT AUX VARIATIONS DANS L'ÉTAT HYGIÉNIQUE DU LIEU D'OBSERVATION. — M. *Wolf*, directeur de l'observatoire de Berne, en comparant ses observations ozonométriques des dernières années, a trouvé que la marche annuelle des réactions de l'ozone est représentée par une courbe dont la plus grande ordonnée appartient au mois de février, la plus petite au mois d'août ou au mois de septembre. Relativement aux anomalies qui sont assez fréquentes, la comparaison des diverses colonnes des tableaux météorologiques fait tout d'abord reconnaître que l'humidité de l'air, que la pluie, la neige, le vent du sud, augmentent les réactions; un air sec, le vent du nord les diminuent au contraire. Mais ces anomalies paraissent surtout à M. Wolf avoir une conséquence importante au point de vue hygiénique. M. le docteur Boëkel, à Strasbourg, a déjà observé que les réactions de l'ozone diminuaient extrêmement avec l'apparition du choléra à Strasbourg, et qu'elles augmentaient graduellement quand le choléra commençait à disparaître. M. Wolf a comparé les observations de Strasbourg avec celles de Berne, et il a trouvé, d'une part, que la diminution des réactions observée par M. Boëkel, depuis le 17 juillet jusqu'au 4 septembre, surpassait tout ce que les observations simultanées de Berne auraient pu faire présumer, et, d'autre part, qu'une diminution analogue a été constatée à Berne vers le milieu du mois de septembre, époque où le choléra faisait irruption dans plusieurs contrées de la Suisse. En poussant plus loin ses recherches sur la portée de ces anomalies, M. Wolf est arrivé à ce résultat important, que (dans le plus grand nombre des cas au moins) *une inflexion rapide de la courbe de l'ozone est suivie d'une augmentation considérable de la mortalité.* (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission du legs Bréant.*)

CHOLÉRA. — *Legs Bréant.* — L'Académie renvoie à l'examen de la même commission deux mémoires, l'un écrit en anglais et adressé par M. Henri Maughan, de Gardiner, État du Maine (États-Unis); l'autre, écrit en italien, et adressé d'Alexandrie (Piémont), par M. Antonio Giordano, pharmacien militaire.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'instruction publique adresse à l'Académie un échantillon d'écorce de frêne d'Haïti, accompagné d'une note de M. *E. Seguy Villevaleix* sur les propriétés curatives de cette substance dans le traitement de la dysentérie. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics adresse les trois pièces suivantes: *a.* Rapport de M. le docteur *Barret*, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Carpentras, sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cet arrondissement en 1854. (*Commission du choléra de* 1854.) — *b.* Série de rapports sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans le département de la Haute-Saône. (*Commission du choléra de* 1854.) — *c.* Formule d'un élixir anticholérique, par M. *Leroy.* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3. Tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans l'arrondissement de Sainte-Menehould, par M. le docteur *Montfeuillard.* (*Commission de vaccine.*)

4. M. *Ferdinand Gorlier*, pharmacien, adresse, pour prendre date, un flacon contenant une substance qu'il considère comme un succédané du sulfate de quinine.

5. Tableau récapitulatif de la mortalité par le choléra, à Palerme, en 1854, adressé par la direction générale de statistique en Sicile. (*Commission du choléra de* 1854.)

6. M. le docteur *E. Monteils*, de Florac, adresse une note sur les épidémies qui se sont déclarées en 1854 dans son arrondissement. (*Commission des épidémies.*)

7. M. *Kuhn*, membre correspondant de l'Académie, envoie une note sur les caractères du tissu cancéreux. (*Comm.*: MM. J. Cloquet et Barth.)

8. M^{me} *J. Pau*, sage-femme, soumet à l'examen de l'Académie un modèle de bassin injecteur, destiné à l'usage des dames soit assises, soit couchées dans leur lit. (*Comm.*: M. Depaul.)

9. Histoire médicale topographique des épidémies de choléra qui ont régné en 1832, 1849 et 1854 dans la ville de Tours et le département d'Indre-et-Loire, par M. le docteur *Charcellay*, professeur à l'école secondaire de médecine et de pharmacie de Tours. (*Commission du choléra de* 1854.)

10. M. le docteur *Raphaël Castorani* soumet à l'examen de l'Académie un nouvel instrument construit par M. Mathieu, et destiné à écarter les paupières et à fixer le globe de l'œil sans le secours d'un aide, dans les opérations qui se pratiquent sur l'œil, et en particulier dans la cataracte. (*Comm.*: M. Velpeau.)

11. M. *Galante* présente un appareil qui a pour but de déterminer avec exactitude la capacité des cellules pulmonaires. (*Comm.*: MM. Poiseuille et Grisolle.)

CULTURE DU PAVOT ET RÉCOLTE DE L'OPIUM. — M. *Aubergier* communique à l'Académie le résultat des efforts qu'il a faits pendant les deux années qui viennent de s'écouler, pour faire passer dans la pratique agricole les résultats des recherches sanctionnées par l'approbation de cette compagnie savante. M. Aubergier a décidé à grand'peine, et à force de

sacrifices, quelques agriculteurs à cultiver le pavot à ses risques et périls, à la condition de lui livrer leurs champs au moment opportun pour la récolte de l'opium et de la graine, moyennant une redevance convenue. Nous ne pouvons exposer ici les difficultés sans nombre qu'a présentées à l'auteur l'établissement de sa nouvelle industrie. Sous le rapport du prix de revient, le résultat des deux campagnes de 1853 et de 1854 laisse beaucoup à désirer ; mais, sous le rapport de la constance dans l'uniformité de composition de l'opium, les résultats obtenus continuent à confirmer les espérances qu'avaient fait naître les premiers travaux de M. Aubergier. Quatre-vingt-dix kilogrammes d'opium ont été recueillis dans la campagne de 1853 et celle de 1854, dans quinze localités différentes. Un échantillon de l'opium de chaque localité a été analysé séparément par le procédé Guilliermond. La morphine s'est trouvée exister dans des proportions renfermées entre 10 et 11 pour 100 pour onze échantillons. Dans deux échantillons, la proportion était inférieure à 10 pour 100. Dans deux autres échantillons, elle était supérieure, et s'élevait à un peu plus de 12 pour 100. Les deux premiers avaient été récoltés trop tard, les deux autres l'avaient été trop tôt. Lorsque la récolte a lieu trop tard, non-seulement la richesse en morphine de l'opium est moindre, mais encore le rendement de l'opium est beaucoup plus faible ; lorsque la récolte a lieu trop tôt, la richesse en morphine est plus grande, mais alors les capsules n'ont pas acquis assez de développement pour supporter les incisions sans que la graine puisse en souffrir. Une autre cause peut élever le titre de l'opium en morphine. Il est toujours plus riche lorsqu'il provient de semis faits avant l'hiver que lorsqu'il provient de semis de pavots de printemps. Quoi qu'il en soit, la moyenne de la richesse des quinze échantillons des quatre-vingt-dix kilogrammes d'opium recueillis en 1853 et 1854 est de 10,248. On voit qu'il est facile de réaliser en grand la production d'un opium présentant le titre que l'Académie a adopté.

M. *le président* annonce qu'il va être procédé à un scrutin pour l'élection d'un membre de la commission des épidémies en remplacement de M. *Requin*.

Eaux minérales artificielles. — *Rapport, au nom de la commission des eaux minérales, sur diverses demandes d'autorisation relatives à la fabrication des eaux minérales artificielles.* (M. *Boullay*, rapporteur.) — Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a transmis à l'Académie plusieurs demandes d'autorisation relatives à la fabrication des eaux minérales artificielles dans la ville de Lyon. La commission des eaux minérales est d'avis : 1° Que les autorisations demandées par MM. *Thouy*, *Piou*, *Ricaux* et *Binet*, *Chabrand* et *Pic*, et par M. *Tartas*, ayant pour objet la fabrication des eaux gazeuses artificielles, leur soient accordées ; 2° que ces fabricants soient soumis à l'inspection, ainsi que le veut l'ordonnance du 18 juin 1823, conformément à l'article 31 de la loi du 11 avril 1803 (22 germinal an XI), c'est-à-dire par l'institution qui dorénavant représentera les jurys médicaux ; 3° que les établissements en question ne puissent employer, pour les vaisseaux destinés à l'incorporation du gaz, le cuivre ou le plomb, à moins que leur surface intérieure ne soit revêtue d'une feuille d'étain de 2 à 3 millimètres d'épaisseur. — Ces conclusions sont adoptées.

Discussion.

M. *Bousquet*. M. Piorry se justifie d'être matérialiste en pathologie ; il affirme cependant que le médecin n'a d'action que sur l'organisation ; j'ajouterai : sur l'organisation sensible et vivante. C'est, en tant que sensibles et vivants, que les organes s'altèrent et se réparent, en tant que vivants qu'ils sont accessibles aux causes des maladies et aux agents de la thérapeutique. La maladie, dites-vous, est une lésion de l'organisation. Soit, mais il y a des lésions de plusieurs sortes : une fracture, une luxation, une hernie, sont aussi des altérations de l'organisation ; peut-on comparer à ces lésions la fièvre, l'inflammation, la goutte, l'épilepsie, la folie et ses diverses formes ? Il y a donc en elles quelque chose qui les distingue, et qui leur a mérité une place dans les nosologies comme elles l'ont dans la nature. En quoi consiste cette différence, et d'où vient-elle ? S'il n'y a que des organes dans le corps, elle est nécessairement dans les organes. Mais c'est affirmer contre le témoignage des sens ce qui est du témoignage des sens, car c'est affirmer une chose que l'on ne voit pas. Et pour sauver l'inconséquence, pour mettre d'accord les sens avec l'esprit, on suppose que les maladies, de même que les grandes fonctions de l'économie, se passent hors de la portée de notre faible vue, dans ces replis impénétrables de l'organisation d'où s'exhale la flamme de la vie. Ainsi, même en ce sens, on peut dire que les maladies ont leurs racines dans la cause de la vie, et qu'elles commencent par être des atteintes cachées de la vie avant d'être des lésions apparentes de l'organisme. Et cependant encore il est difficile de voir une lésion matérielle dans la folie, qu'on guérit quelquefois d'un mot, d'un souffle.

Quand je considère l'obscurité qui couvre les maladies à leur point de départ, je suis moins étonné si les médecins en détournaient la vue. Elles leur étaient révélées par les symptômes, et cela leur suffisait ; ils savaient qu'il y a d'étroits rapports, des rapports de causalité entre les symptômes et les lésions organiques, et ils opéraient sur les symptômes presque avec la même sûreté que sur ces lésions elles-mêmes. Ils imitaient en cela la psychologie qui, pour connaître les facultés de l'entendement, ne s'informe même pas des parties qui en secondent l'exercice. Mais vos maîtres et les miens savaient presque aussi bien que vous que les maladies intéressent l'organisation, et je ne puis pas comprendre où vous avez pris qu'ils les mettaient en dehors même des organes, eux qui les croyaient répandues dans tout le corps. Quelle meilleure preuve en donner que les éternelles querelles des humoristes et des solidistes ?

Il n'est pas exact de dire, avec M. Piorry, qu'avant lui les maladies étaient regardées comme des *êtres*. Parce que, en en parlant, on personnifie les maladies, on ne leur accorde pas pour cela une existence indépendante des organes qu'elles affectent. Sauvages est peut-être le seul médecin qui ait comparé les maladies à des êtres, encore l'a-t-il fait avec une certaine réticence. M. Bousquet va plus loin, il n'hésite pas à déclarer qu'il y a des maladies qui sont des êtres. Je prends mon exemple, dit-il, dans la petite vérole elle-même, qui, de même que la plante, naît de semence, couve au sein de l'organisation comme la plante dans la terre, et lève à son heure. Elle a ses périodes, ses âges successifs et distincts comme la plante, et, comme la plante, elle reproduit, avant de s'éteindre, un germe fécond semblable à celui d'où elle sort, de manière à assurer la perpétuité de sa race, j'ai presque dit sa postérité. Cela est vrai de toutes les contagions qui naissent de germe ; on peut le dire, quoique bien moins rigoureusement, des maladies vénériennes, et même des empoisonnements.

Si Bichat a pu dire, dans un moment d'erreur : Qu'est l'observation, si l'on ignore le siége du mal ; il est permis de lui répondre que l'observation est encore beaucoup alors même que l'on ignore le siége du mal. Torti guérissait-il moins bien la fièvre intermittente pour n'avoir pas connu l'influence de la rate ? Ce n'est pas à dire que je ne mette aucun prix à savoir quelles sont les parties malades ; mais, pour moi, ce n'est là qu'un côté de leur histoire, plus intéressante pour le pronostic que pour le traitement.

L'organisation est essentiellement active ; il y a en son sein une force, une activité qu'elle tourne quelquefois contre elle-même. La nature fait en partie les maladies, et la nature les guérit, soit seule, soit aidée du secours de l'art.

Après avoir accusé ses prédécesseurs de faire des êtres des maladies, M. Piorry se tourne contre ses contemporains et accuse les nosologistes d'accumuler, de grouper les symptômes au hasard, sans souci de leur origine ni de leur signification. M. Piorry fait trop d'honneur à leur imagination : ils n'inventent pas les symptômes dont ils composent leurs tableaux, ils les prennent servilement dans la nature à mesure qu'ils se produisent.

Si une maladie est composée, je conviens avec M. Piorry qu'il faut l'attaquer rationnellement, chercher à démêler les éléments qu'elle contient. Cette analyse est si naturelle, que je suis persuadé que les bons praticiens de tous les temps en ont usé. Barthez a vu avec génie ce qu'ils ont fait, et il leur a dérobé la méthode qu'ils suivaient, peut-être à leur insu. Mais il y a une hiérarchie dans les éléments des maladies ; ils ne naissent pas tous à la fois, ils n'ont pas tous la même importance. Il y en a presque toujours un qui domine tous les autres et qui fait le caractère et comme le fond de la maladie à laquelle il impose son nom. C'est lui qui la fait ce qu'elle est. Dans la fièvre typhoïde, ce sera, je suppose, l'altération de l'intestin ; dans l'apoplexie, c'est l'hémorrhagie cérébrale, etc.

Autour de celui-là, d'autres viennent se grouper ; mais ils ne sont pas nécessaires ; ils peuvent manquer, la maladie restant la même. Je n'entre pas plus avant dans l'examen de cette méthode, dont vous avez pris la première idée à l'école de Montpellier. Vous parlez de Bordeu, mais Bordeu n'a rien à faire ici. La méthode que vous y cherchez appartient à Barthez ; il l'a développée pour la première fois dans un cours de médecine pratique qu'il fit à la faculté de Montpellier vers 1770, et il en a fait l'application aux maladies goutteuses. C'est donc à Barthez et à ses disciples que vous l'avez prise. Je conviens d'ailleurs que vous avez fait tout ce qui dépendait de vous pour la rendre méconnaissable. Vous divisez et sous-divisez sans fin les maladies, si bien que, sans vous en apercevoir, vous finissez par tomber dans la médecine du symptôme la plus superficielle, la plus commune, la plus insignifiante de toutes, et la moins digne d'un esprit réfléchi.

Et quand vous avez fait subir aux maladies cette mutilation, il ne vous vient pas à l'esprit de rassembler tous ces lambeaux épars pour les reconstituer et les présenter telles qu'elles vous apparaissent. Plus il y a eu de finesse dans l'analyse, plus la synthèse est nécessaire. Des maladies telles qu'elles sont, vous n'en parlez pas, vous croyez avoir tout fait quand vous avez compté vos états organopathiques. Si vous aviez compris que la petite vérole est presque tout entière dans le virus qui la produit et dans l'infection qui la suit, peut-être auriez-vous un peu plus de méfiance de l'art et de vous-même. Croyez-vous avoir beaucoup fait pour le salut de vos malades quand vous avez détourné quelques pustules de la face au

moyen d'emplâtres ou d'onctions, éteint quelques pustules du pharynx avec le caustique? Votre audace s'augmente avec le péril. Contre les pustules du larynx et de la trachée, vous proposez quoi? la trachéotomie. Voudriez-vous accoutumer la petite vérole à la trachéotomie comme Sylva la voulait habituer à la saignée. Restent vos onctions, vos boissons tempérantes, vos jus d'herbes, vos bains, faibles moyens contre une maladie aussi redoutable.

M. *Bousquet*, revenant à la nomenclature de M. Piorry, dit qu'il s'étonne de ne la rencontrer nulle part. D'où vient donc, si elle est dans les vœux de MM. Chomel, Andral, Bouillaud, etc., ainsi que l'assure M. Piorry, que ceux-ci s'en servent si peu? Est-il bien nécessaire de changer un mot qui est d'usage pour faire place à un autre qui doit dire la même chose? Il n'y a que les nouvelles découvertes qui exigent nécessairement de nouveaux mots qui les rappellent et les consacrent.

M. *Piorry* répondra dans la prochaine séance. Il fait observer seulement que le discours de M. Bousquet, commencé d'une manière bienveillante à son égard, se termine avec amertume. Je ne comprends pas, dit M. Piorry, qu'on puisse chercher, par des insinuations, à faire rire aux dépens d'un collègue, aux dépens de la science. Quant à moi, je répondrai à M. Bosquet, non par des épigrammes, mais par des faits et des raisonnements de l'ordre scientifique.

M. *Bouillaud* demande à être inscrit pour la discussion.

Empoisonnement par les narcotiques. — M. *H. Costa de Serdà* fils donne lecture de deux observations d'empoisonnement, le premier par le laudanum à haute dose (60 grammes), le second par un mélange d'extrait de belladone, de datura stramonium et de chlorhydrate de morphine incorporés à de l'axonge. Dans les conclusions de son mémoire, l'auteur développe les conséquences théoriques et pratiques qui résultent de ses observations. D'après lui, l'intoxication par le laudanum a moins de gravité lorsque cet agent toxique a été ingéré à une dose considérable, que lorsqu'il a été pris à dose suffisante seulement pour déterminer l'empoisonnement. Cela tiendrait à ce qu'une paralysie presque immédiate de l'estomac empêcherait alors l'absorption, de sorte que la plus grande partie du poison pourrait impunément séjourner dans l'estomac comme dans un vase inerte. Un fait aussi singulier semblerait conduire à cette conséquence paradoxale : que la première indication à remplir dans les cas d'intoxication narcotique serait d'administrer au malade une nouvelle et forte dose du poison qu'il a déjà ingéré. M. Costa de Serdà ne va pas cependant jusqu'à proposer un pareil traitement. Il est nécessaire d'agir avec promptitude, d'évacuer l'estomac, puis l'intestin, et de réveiller en même temps le système nerveux frappé d'inertie. Mais le plus souvent le trismus empêche de rien faire parvenir dans l'estomac, et, si l'on a recours à la sonde œsophagienne pour y injecter du café, de l'émétique, etc., c'est en vain qu'on attend un résultat; l'organe, complétement inerte, ne répond pas à toutes ces sollicitations. La même chose arrive si l'on introduit des purgatifs dans l'intestin. Les faits démontrent, dit M. Costa de Serdà, que l'ammoniaque, administrée à la dose de quelques gouttes dans un verre d'eau, à diverses reprises, agit tout à la fois comme émétique, comme purgatif et comme excitant du système nerveux, et il faut, en conséquence, la regarder comme l'antidote des poisons narcotiques, du moins comme le premier qu'on doive employer dans ce genre d'intoxication. Le tartre stibié, le sulfate de cuivre, les purgatifs, le café, le thé, la saignée, etc., administrés en temps opportun, achèveront ce qui a été commencé par l'alcali. La saignée, surtout, sera fort utile, soit pour combattre les congestions et les inflammations qui accompagnent l'empoisonnement ou lui succèdent, soit comme moyen d'élimination. Les deux malades qui ont fait le sujet des observations de M. Costa de Serdà ont toutes deux guéri. (*Comm.* : MM. Caventou, Chevallier, Bouchardat, *rapporteur*.)

Calorimètre médical. — M. *Albin-Gras*, professeur de pathologie interne à Grenoble, présente à l'Académie un nouveau calorimètre médical, et communique quelques observations qu'il a faites avec cet instrument.

Élection. — M. *le président* annonce à l'Académie que M. *Poiseuille* a réuni la majorité des suffrages, et qu'il est appelé, en conséquence, à remplacer M. *Requin* dans la commission des épidémies.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'épilepsie laryngée par la trachéotomie, par M. Marshall Hall.

On sait par suite de quelles idées M. Marshall Hall fut conduit à opposer l'ouverture de la trachée-artère à l'épilepsie. Selon lui, la violence des attaques dépendrait de l'occlusion glottique, et la trachéotomie, en favorisant, d'une part, l'entrée de l'air dans les poumons, et, de l'autre, l'affaissement local des muscles tétanisés, aurait pour résultat de conjurer ou de modifier avantageusement les mouvements convulsifs.

Cette opération aurait quelquefois réussi, notamment chez un jeune homme soumis à des attaques quotidiennes accompagnées d'engourdissement. Il est vrai que, chez ce malade, l'amélioration, datant de deux mois à peine, pouvait être due autant à l'émotion causée par l'opération même, qu'à l'établissement de la fistule aérienne. On a cité, d'ailleurs, le cas d'un nommé François Metz, qui, dans un moment de désespoir, s'étant coupé la verge et les testicules, s'ouvrit en même temps la trachée, sans éprouver aucune diminution dans l'intensité de ses crises.

Depuis ces premières publications, M. Marshall Hall a poursuivi ses recherches et essayé de préciser les indications de sa méthode. La trachéotomie agirait surtout moins contre le mal caduc lui-même que contre ce qu'il appelle le *laryngismus*, c'est-à-dire contre le spasme, qui produirait l'oblitération plus ou moins momentanée de la glotte ou du conduit aérien. Par conséquent, pour qu'elle soit applicable, il faut que les principaux symptômes du mal se caractérisent par des phénomènes de strangulation ; qu'il y ait, en un mot, *angine laryngée*.

Alors, ou l'affection cesse, ou elle se limite aux premiers accidents, déterminés par la compression des veines superficielles, et donnant lieu, tout au plus, à de légers vertiges ou demi-accès.

La trachéotomie remplirait en outre une indication non moins importante, quoique secondaire. Si, dans la circonstance que nous venons de mentionner, son influence s'exerce sur l'évolution morbide, elle peut directement obvier aux périls imminents, conséquences de paroxysmes très intenses ou très multipliés. On verrait presque immédiatement après l'ouverture trachéale, dans ces situations critiques que l'auteur rapporte, on ne sait pourquoi, à la paralysie, cesser le coma, la dyspnée, la tuméfaction et la lividité faciale.

Diverses conditions seraient nécessaires au succès. L'épilepsie, dit M. Marshall Hall, doit être exempte de lésions organiques peu invétérées, de celles enfin qui, bien que graves, offrent encore des chances de guérison. Il faut aussi, lorsque le danger presse, se hâter d'agir, tout retard exposant à une asphyxie mortelle.

Telles sont et la doctrine et la pratique du physiologiste anglais. Il ne se contente pas, du reste, de les soutenir par des considérations plus ou moins spécieuses : il invoque à l'appui le témoignage des faits. (*The Lancet*, 14 octobre 1854.)

Tout cela, malheureusement, paraît bien aventureux. On ne comprend pas d'abord ce qui autorise M. Marshall Hall à créer de toutes pièces une épilepsie laryngienne ou trachéale. La véritable espèce méritant ce nom a son point de départ dans l'appareil vocal, et elle est rare. Si, pour déterminer le genre auquel appartiennent les convulsions, il suffisait de considérer les organes qui en sont le siége, l'exception ne porterait en réalité que sur les cas légers. Ce serait un bouleversement complet de la nomenclature, et la trachéotomie n'aurait elle-même pour limite de son emploi que le degré variable de curabilité ou d'incurabilité.

D'un autre côté, le spasme ayant nécessairement son principe dans le foyer nerveux, comment supposer que l'ouverture pratiquée aux voies respiratoires puisse en suspendre les manifestations? Tout au plus, en raison de l'introduction plus facile de l'air, s'ensuivrait-il moins de gêne dans la fonction pulmonaire.

Il n'est d'ailleurs aucun des faits produits par M. Marshall Hall qui ait une portée suffisante et n'atteste aucune illusion. Les plus favorables se réduisent à des suspensions momentanées ; d'autres auraient revêtu une forme plus bénigne ; mais ces exemples ne reposent que sur de vagues assertions. L'origine des crises, leur succession normale, leur intensité réelle, rien de tout cela n'est spécifié dans les observations. Or, on sait combien, sous ces différents rapports, les fluctuations sont nombreuses, et combien aussi le contrôle en est difficile!

Quant à la violente perturbation cérébro-pulmonaire occasionnée

par des attaques intenses ou répétées, M. Marshall Hall emprunte à divers auteurs des cas où les symptômes auraient été conjurés, et s'écrie avec joie : « La vie a été sauve ! » Par malheur, la médaille a eu son revers, la plupart des malades ayant succombé à de promptes rechutes, par suite, de l'aveu de l'auteur, soit d'un affaissement du conduit trachéal, soit de son obstruction par des mucosités. Ajoutons que notre confrère s'exagère la gravité de cette complication. Le résultat, sans doute, en est fréquemment funeste, principalement quand elle se reproduit. Beaucoup plus souvent, néanmoins, les symptômes en apparence les plus formidables cèdent en quelques jours spontanément ou à des médications appropriées : émissions sanguines, révulsifs, réfrigérants, sédatifs, etc. Il est certain qu'intervenant en telle occurrence, la trachéotomie arriverait aisément à un chiffre respectable de cures miraculeuses.

Pour nous, le moindre inconvénient de cette méthode est son inutilité. A moins de maintenir l'ouverture béante au moyen d'une large canule, remède pire que le mal, évidemment on ne saurait se flatter d'une solution définitive. Les accès eussent-ils disparu, ce qui n'est pas vraisemblable, reviendraient infailliblement après la fermeture de la plaie. Comme nous venons de le dire, enfin, le bénéfice palliatif obtenu dans les fortes séries d'accès est à peu près illusoire.

A ce propos, signalons une fâcheuse tendance. Il est curieux d'observer comment certaines idées fantastiques, germant dans des imaginations actives, vont se développant, et aboutissent à des applications que la publicité féconde et vulgarise. Que de fausses données, d'aperçus hasardeux ont ainsi usurpé à toutes les époques les avenues de la science au détriment du progrès réel et des vérités positives ! Inévitables misères de la vie sociale, dira-t-on. Soit. Pourtant il nous semble que ce danger serait fort atténué, si, des groupes épars de la famille médicale, on était parvenu à créer une alliance scientifique qui, sitôt une opinion jetée en avant, une découverte annoncée, appelât forcément sur elles, dans toutes les circonscriptions du territoire, le jugement sévère et immédiat des hommes compétents. Ainsi apparaîtrait promptement la lumière. L'idée juste trouverait un appui efficace, l'erreur ne saurait prendre racine, ou, du moins, il ne resterait à l'étude que des questions dignes d'une controverse utile et d'investigations ultérieures. (*The Lancet*, 14 oct. 1854.)

Cas de mort par absorption d'eau de soude (bicarbonate de soude), par HENRI HANCOX, docteur en médecine.

L'auteur rapporte qu'il a été appelé auprès d'une blanchisseuse âgée de quarante-huit ans, de constitution grêle, qui, après s'être très légèrement coupé le petit doigt de la main droite, à sa partie externe, avec un canif, se mit à laver du linge dans de l'eau contenant de l'eau de soude (*washing soda*, bicarbonate de soude). Le lendemain, elle éprouva une vive douleur au point coupé par le canif, bientôt suivie de gonflement. Elle y appliqua un cataplasme de mie de pain. M. Hancox la vit alors. La main, l'avant-bras, le bras étaient très enflés, durs, chauds, d'un rouge écarlate, les ganglions de l'aisselle engorgés, une céphalalgie violente, un appareil fébrile considérable (saignée, calomel, sulfate de magnésie, séné). Il parut d'abord y avoir quelque amélioration. Des applications froides sur le membre malade la soulageaient beaucoup plus que les cataplasmes. Mais le cinquième jour (après la blessure), le membre était toujours aussi dur, beaucoup plus volumineux, sans traces de fluctuation ; la langue était sèche, la soif extrême, le pouls fréquent et petit ; la malade était plongée dans une prostration profonde qui augmenta peu à peu, et elle succomba ainsi le lendemain. (Il n'est point parlé d'autopsie.)

Ce cas est intéressant, ajoute l'auteur, en ce qu'il nous montre l'action pernicieuse et fatale que l'eau de soude (bicarbonate de soude) exerce sur l'organisme, lorsqu'elle se trouve appliquée d'une manière continue sur une surface récemment coupée. De quelle manière se produit cette action toxique sur le sang ? Je l'ignore. J'ai vu un cas où l'amputation du doigt s'est trouvée nécessitée par une maladie de l'articulation, survenue pour avoir lavé du linge dans de l'eau contenant cette substance, et je ne mets pas en doute que mes confrères n'aient rencontré de semblables cas.

A ne prendre que le titre de l'observation du docteur Hancox et les courtes réflexions dont il l'accompagne, on serait tenté d'y voir effectivement un exemple d'action toxique exercée par la solution sodique, ce qui pourrait sembler fort extraordinaire. On sait que le bicarbonate de soude peut être pris, et pendant longtemps, à des doses élevées, sans déterminer aucun phénomène toxique ; tout au plus la continuité exagérée de son action finirait-elle par amener ces phénomènes que l'on a attribués à la dissolution du sang. Nous avons vu très souvent des plaies, anciennes ou récentes, quotidiennement immergées dans des bains d'eau de Vichy ou de solution simple de bicarbonate de soude, devenir plus vives, rouges, cuisantes, mais sans autre chose que des phénomènes purement locaux et toujours modérés.

La malade du docteur Hancox nous paraît avoir eu un de ces érysipèles phlegmoneux graves, dont le développement et l'issue funeste semblent plus ordinairement dus aux conditions de l'organisme atteint qu'à la nature des causes qui ont agi sur lui ; et dans ce cas en particulier, qui sait si les linges sales que cette femme tenait entre ses mains n'ont pas agi d'une manière plus nuisible sur la petite plaie de la main que le bicarbonate lui-même ?

Il nous a semblé bon de réduire ce fait à sa juste valeur, afin que, sur sa première apparence, on ne fût pas tenté de créer inutilement une forme nouvelle d'empoisonnement par absorption cutanée du bicarbonate de soude. (*The Lancet*, 25 nov. 1854.)

Rupture de l'utérus ; gastrotomie suivie de succès sur une femme qui avait subi antérieurement l'opération césarienne, par le docteur WINCKEL.

Le 5 octobre 1852, dit l'auteur, je pratiquai l'opération césarienne sur Augustine Lieper, à Ohl. L'enfant qui vint au monde à la suite de cette opération vit encore ; il est du sexe masculin. Mon concours fut de nouveau nécessaire le 25 août dernier.

A mon arrivée, vers une heure de l'après midi, je trouvai la patiente atteinte de fortes douleurs. Au toucher, je ne pus nullement atteindre le col, le rétrécissement du bassin étant tel, que deux doigts à peine pouvaient être introduits. La femme étant à terme, j'eus de nouveau recours à mes confrères Wiefel et Dissmann, le premier m'ayant déjà assisté.

Jusqu'à trois heures, les douleurs présentèrent assez d'intensité ; mais, à partir de cette époque, elles cessèrent subitement, pour faire place à une douleur continue dans tout l'abdomen. Les mouvements du fœtus ne furent plus perçus. L'opération fut remise au lendemain matin, pour cause de mauvaise disposition de la localité, quoique dès lors je fusse convaincu que vers trois heures une rupture de l'utérus s'était produite.

Ce qui paraissait me confirmer dans mon diagnostic, c'est qu'à travers la paroi d'une hernie abdominale qui s'était produite après la première opération, on sentait très distinctement des parties fœtales.

Malgré cet état, aucun des symptômes alarmants qui suivent ordinairement une pareille rupture ne s'était produit, la malade se trouvant dans un état assez satisfaisant.

Le 26 au matin, à 6 heures, même état. Douleurs continues dans l'abdomen, pas de contractions ; sommeil calme, mais interrompu ; selles et émission de l'urine involontaires ; pouls, 100 ; état des forces satisfaisant ; peau moite ; pas de vomissements ni de tendance aux syncopes ; douleurs abdominales très vives au toucher. Après avoir convenablement disposé la malade et l'avoir chloroformisée, je pratiquai une incision entre l'ombilic et la hernie abdominale. Il s'écoula beaucoup de sang. Je dilatai l'incision en introduisant le doigt ; alors je pus reconnaître facilement le fœtus encore enveloppé de toutes ses membranes non rompues, ainsi que le placenta, le tout se trouvant dans la cavité abdominale.

Après avoir enlevé tous les caillots de sang, nous aperçûmes l'utérus revenu sur lui-même et ayant la grosseur d'un œuf de poule. La rupture avait eu lieu dans le trajet de l'ancienne cica-

trice, et ses bords étaient fortement revenus sur eux-mêmes. Le reste de l'opération *secundum artem*.

Examen du fœtus. — Les membranes étaient très résistantes, et il a fallu employer un certain degré de force pour les déchirer. Elles contenaient au moins un litre et demi d'eau. L'enfant, du sexe féminin, était bien constitué. Il était mort, l'opération ayant été pratiquée trop tard. Trois jours après, la malade fut prise de légères coliques, qui cédèrent à une légère dose d'huile de ricin. Au 31 août toutes les ligatures furent enlevées; la plaie s'était cicatrisée par première intention dans toute sa partie supérieure; 1 centimètre environ à la partie inférieure n'était pas encore cicatrisé. Les lochies s'établirent normalement, la peau resta moite, la fièvre peu forte, et l'état des forces très satisfaisant.

Le 7 septembre, toute la plaie était cicatrisée, et la femme avait repris ses occupations journalières. (*Medicinische Zeitung*, 1854.)

Électricité employée comme moyen diagnostique et thérapeutique, par M. MORITZ MEYER.

H..., maître fourreur, âgé de trente-cinq ans, habituellement bien portant, éprouvait, depuis environ cinq mois, une faiblesse croissante dans les deux mains; les mouvements d'extension étaient devenus de plus en plus difficiles, et enfin impossibles. Lorsqu'il cherchait à coudre, ou à saisir un objet, ou à tendre la main à quelqu'un, les trois doigts du milieu se rétractaient vers la paume de la main, les deux autres restant étendus. Sauf quelques légères douleurs dans les épaules, le malade n'avait éprouvé, avant le développement de son affection, rien qui pût être considéré comme ayant donné naissance à cette dernière.

En cherchant à faire contracter les muscles au moyen de l'électricité, il se trouva que celle-ci était sans action sur l'extenseur commun des doigts et sur les interosseux externes : c'est à peine si le malade avait conscience du courant électrique, même très fort. Les muscles extenseurs du petit doigt, long extenseur du pouce, abducteur, adducteur et opposant du pouce, les deux radiaux se comportaient normalement sous le rapport de la contractilité et de la sensibilité. Lorsqu'on dirigeait un courant très intense sur le muscle extenseur commun des doigts, il s'ensuivait une flexion de la main et des doigts : le courant, impuissant à faire contracter les extenseurs, était donc assez énergique pour agir, à travers les extenseurs et les os de l'avant-bras, sur les fléchisseurs.

Comme l'intoxication saturnine produit seule des paralysies de ce genre, on chercha, mais en vain, dans les habitudes du malade une circonstance qui pût mettre sur la voie du diagnostic.

L'électrisation fut continuée pendant plusieurs semaines, sans aucun résultat avantageux. C'est alors que l'auteur se rappela l'histoire d'un malade du docteur Wolf, lequel avait éprouvé plusieurs fois des accidents saturnins pour s'être servi habituellement d'un cachet à manche de plomb. Le docteur Ascherson lui communiqua un autre cas d'intoxication saturnine à la suite de l'usage d'un tabac à priser mêlé de plomb. Comme H... était un fort priseur, il était important d'examiner le tabac dont il se servait. On trouva, en effet, que ce tabac contenait une quantité considérable de plomb.

La cause du mal étant ainsi connue, le malade fut soumis, pendant quatre semaines, à l'usage des bains sulfureux et des purgatifs salins. Au bout de ce temps, la contractilité et la sensibilité des muscles paralysés étaient déjà revenues en partie, et l'amélioration continua à faire des progrès jusqu'au retour complet des fonctions des muscles. Ces derniers, cependant, étaient un peu moins sensibles à l'irritation électrique, comme cela se voit souvent après les affections saturnines, même lorsque la contractilité volontaire est revenue depuis fort longtemps. (*Allgem. medic. Centr. Zeitung*, 1854, p. 93.)

Mort par le chloroforme, par M. HUFF et M. BIRKETT.

Les annales de la science ont souvent enregistré (et il semble même qu'ils s'y multiplient avec une sorte de complaisance) des cas où le chloroforme a produit la mort sans qu'aucune circonstance antérieure ou concomitante puisse rendre compte de l'accident, et par conséquent faire espérer, pour l'avenir, avec plus de précautions, une issue différente. Ici, au contraire, nous nous trouvons en présence d'observations où la cause de la terminaison ressort claire et manifeste d'une dose excessive de l'agent ou de la détérioration antécédente de la santé du sujet.

Ier FAIT, DE M. HUFF. — Une dame de trente-trois ans, de tempérament nerveux, douée d'une forte intelligence qu'elle avait largement exercée, souffrait de douleurs névralgiques dans la région lombaire. Elle demanda à être chloroformisée; mais M. Huff, en considération de la faiblesse de son système nerveux, le lui refusa positivement, ne dissimulant point le danger que de pareilles tentatives pourraient avoir. Néanmoins, le lendemain, les douleurs ayant augmenté, ses amis lui firent respirer du chloroforme.

Lorsque M. Huff la vit, le jour suivant, il la trouva dans le même état qu'au réveil de l'assoupissement chloroformique. Le pouls était faible, à peine perceptible. Et cependant, malgré la gravité de cet état, elle réclamait la continuation de l'agent qui en était cause. Je n'ai jamais vu, dit l'auteur, de bacchante plus avide de sa coupe que cette malheureuse l'était du chloroforme. Le galvanisme rendit un peu d'énergie à la circulation; mais, après un sommeil d'une heure, elle tomba dans le coma et s'éteignit peu à peu, vingt-quatre heures après le moment de l'inhalation chloroformique.

L'auteur est persuadé qu'en persévérant plus longtemps dans l'emploi de l'électricité, on aurait empêché la mort. (*New-York Medical Times*, octobre 1854, p. 12.)

IIe FAIT, DE M. BIRKETT. — Un homme, âgé de cinquante-six ans, fut admis à l'hôpital de Guy le 15 novembre 1854, porteur d'un ulcère cancéreux à la jambe gauche. Affaibli, d'apparence cachectique, édenté, il paraissait dix ans de plus que son âge; conditions faciles à expliquer par une alimentation défectueuse. M. Birkett voulant l'amputer, approcha du visage un linge imbibé de chloroforme, mais sans lui faire toucher les narines ni la bouche. 8 grammes de chloroforme avaient ainsi été employés pendant cinq minutes, et une agitation considérable avait fait place au repos, lorsqu'un assistant avertit que les battements du cœur venaient de cesser. Immédiatement on exécuta la respiration artificielle, alternée avec des pressions méthodiques sur les côtes et l'épigastre, en tenant la langue tirée au dehors; mais on ne réussit pas, par ce moyen, à obtenir plus de trois inspirations. Les aspersions froides, le galvanisme n'eurent pas plus de succès.

L'autopsie fit reconnaître, dans le tissu du cœur, quelques lignes en zigzag, indiquant la dégénération graisseuse. Le microscope démontra que ses fibres étaient granuleuses, avec un léger dépôt de graisse.

M. Birkett pense que l'affection cancéreuse qui avait envahi les organes à un si haut degré, s'associe, en général, avec la conversion graisseuse des fibres du cœur, d'où résulte une moindre résistance des parois de celui-ci au choc que la frayeur ou toute autre cause excite la colonne sanguine à leur faire subir. (*Association Medical Journal*, 15 décembre 1854, p. 1120.)

Anesthésie locale par réfrigération, par M. BELLINGHAM et M. HARGRAVE.

En regard, et comme contre-partie des observations précédentes, il semble équitable de donner place aux preuves qui établissent l'efficacité d'un agent dépourvu de tout danger; nous parlons de la réfrigération, qui, depuis les recherches de M. Arnott, préoccupe les cliniciens de la Grande-Bretagne et reçoit journellement entre leurs mains des applications variées.

Le compte rendu de la société chirurgicale d'Irlande nous apporte la relation de deux succès de ce genre. Dans un premier cas, M. Bellingham, après quatre minutes et demie d'application d'un mélange fait avec le sel et la glace à parties égales, put diviser en quatre lambeaux les téguments couvrant une exostose du crâne et enlever celle-ci à l'aide de la gouge et du maillet. La patiente (jeune fille de dix-sept ans) déclara n'avoir pas eu conscience des incisions cutanées, lesquelles ne laissèrent échapper que quelques gouttes de sang. Les suites de l'opération furent naturelles, ne se compliquèrent d'aucune inflammation érysipélateuse.

Sur une jeune fille aussi, M. Hargrave pratiqua de la même manière l'extraction d'une aiguille engagée dans la plante du pied. Après que le mélange eut été tenu en place durant cinq minutes, on put faire une incision profonde comprenant même l'aponévrose

plantaire sans que l'opérée ressentît de souffrance. L'anesthésie ne fut, dans ce cas, que l'un des bienfaits dus à la méthode réfrigérante ; car l'obstacle qu'elle oppose à l'hémorrhagie dut singulièrement faciliter la recherche et la préhension d'un corps aussi ténu, et que le sang aurait si bien pu masquer. (*Dublin Medical Press*, 20 déc. 1854, p. 385.)

— Quelque confiants que nous soyons dans les avantages et surtout dans l'innocuité de ce moyen si simple, il est un de ses inconvénients que l'expérience nous a révélé, et que nous voulons signaler aux chirurgiens. Le cas où l'on a le plus souvent, sans contredit, l'occasion de l'appliquer, est celui d'un abcès superficiel, et c'est là aussi qu'on est le plus en droit d'en espérer un succès complet sous le rapport de l'annihilation de toute douleur. Mais la glace, en épaississant les tissus, peut-être en condensant une partie des liquides, rend la sensation de fluctuation beaucoup moins perceptible ; et d'ailleurs, la rougeur qui indique à l'opérateur le point où les téguments sont le plus amincis, disparaissant sous la teinte uniforme que donne l'action du froid, on serait fort embarrassé pour reconnaître alors le lieu où il faut inciser, si l'on n'avait pris la précaution de le marquer à l'avance d'une manière indélébile.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la digestion des matières grasses, suivies de considérations sur la nature et les agents du travail digestif (*Thèse de zoologie pour le doctorat ès sciences naturelles*), par M. Blondlot. Paris, 1855. Victor Masson, éditeur. In-8, 42 pp.

M. Blondlot s'est proposé, dans ce travail, de réhabiliter l'ancien système de la *trituration*, en lui donnant, dit-il, une acception large et philosophique.

Première partie. — L'auteur entreprend de prouver que *la digestion des corps gras ne s'effectue pas dans l'intestin par l'intermédiaire de la bile ou du suc pancréatique.* L'inutilité de la bile dans la digestion lui paraît tranchée par une expérience. M. Blondlot est parvenu à établir sur des chiens des fistules biliaires, et, bien que la totalité de la bile se perdît par cette voie anormale, l'analyse chimique lui a prouvé que, chez ces animaux, les matières grasses contenues dans les aliments disparaissaient, comme d'habitude, pendant leur passage à travers le tube digestif.

M. Blondlot pense que c'est retomber dans une autre erreur que d'admettre que le suc pancréatique a pour fonction spéciale de digérer les graisses. L'espèce de parenté organique qui existe entre le foie et le pancréas est loin de légitimer une telle substitution. Si la bile ne joue aucun rôle actif dans la digestion des graisses, il doit en être de même du suc pancréatique.

D'autre part, la nature a toujours mis le développement des organes en rapport avec l'importance des fonctions. Si donc le suc pancréatique était réellement destiné à agir sur les matières grasses, pareille disproportion devrait se manifester dans son organe sécréteur, selon que l'animal est voué à un régime dans lequel abondent les substances adipeuses, ou que, au contraire, les aliments dont il fait usage ne renferment que peu ou point de graisse. Le pancréas des carnassiers, comparé à celui des herbivores, est loin de justifier une pareille proposition. Bien plus, chez les granivores la glande pancréatique est relativement plus développée que chez les oiseaux de proie. Enfin, chez les poissons, le pancréas manque généralement à de rares exceptions près. Or, s'il est de règle, en anatomie comparée, d'apprécier l'importance d'un organe d'après sa constance dans la série zoologique, on doit en conclure que le pancréas est une glande d'un ordre très secondaire, et que, par conséquent, à son produit ne saurait être confiée la haute fonction de digérer les corps gras, qui, chez un grand nombre d'espèces, constituent une partie notable de l'alimentation. M. Blondlot conteste un caractère suffisant de netteté et de précision aux expériences plus ou moins directes qu'on a invoquées contre ces arguments divers.

M. Blondlot examine successivement les faits sur lesquels M. le professeur Bernard a appuyé sa proposition sur le rôle spécial du fluide pancréatique dans la digestion. Il trouve complétement arbitraire la distinction du suc pancréatique en *normal* et *anormal* faite par ce savant physiologiste, et invoque, à l'appui de sa manière de voir, les expériences de M. Colin sur la sécrétion pancréatique dans un grand nombre d'espèces zoologiques. Selon le professeur d'Alfort, le pancréas est une glande dont l'action se trouble et se suspend sous l'influence de l'irritation la plus légère. C'est peut-être, dit-il, la glande la plus sensible de l'économie. M. Bernard reconnaît que le suc pancréatique, qu'il considère comme normal, doit en grande partie sa viscosité, et, par suite, sa propriété émulsive, à une proportion plus ou moins grande de matière particulière, qui ne paraît être que de l'albumine plus ou moins modifiée. Mais ne pourrait-on pas attribuer la présence de ce principe à une cause morbide analogue à celles qui l'introduisent parfois dans la salive et jusque dans l'urine ?

Ou bien on considère exclusivement comme normal le fluide visqueux, et alors il est évident qu'il se produit sous cet état en proportion trop faible pour émulsionner la totalité des corps gras qui se trouvent communément dans les matières alimentaires ; ou bien, on admet comme normal le fluide plus ou moins dépourvu d'albumine qui se produit la plupart du temps; mais, dans ce cas, sa propriété émulsive est tellement faible, qu'il n'agit pas sur les graisses autrement que les autres fluides, plus ou moins muqueux, qui se déversent aussi dans le tube intestinal.

Quant à la décomposition chimique des matières adipeuses que le suc pancréatique déterminerait, après un certain temps de contact avec elles, M. Blondlot est d'avis, qu'ici, ce fluide n'intervient que par l'extrême facilité avec laquelle il se décompose lui-même ; de sorte qu'on pourrait comparer le dédoublement du corps gras au dédoublement du sucre dans la fermentation alcoolique. Mais il n'en saurait être ainsi au milieu de la pâte chymeuse imprégnée de suc gastrique qui, tant par son caractère acide que par la vertu spécifique dont il est doué, mettrait inévitablement obstacle à l'altération spontanée du fluide pancréatique. De plus dans l'expérience de M. Bernard, il ne faut pas moins de six heures pour que le dédoublement du principe alcalin commence à se manifester. Or, chez le lapin nourri de matières grasses, les vaisseaux chylifères ne contiennent jamais de graisse dans la portion d'intestin comprise entre l'estomac et le pancréas, tandis qu'au niveau de cette glande, ils se remplissent d'un chyle évidemment adipeux, ce qui supposerait que l'action transformatrice attribuée au suc en question s'exercerait, pour ainsi dire, instantanément.

M. Blondlot passe maintenant à l'examen des faits qui ont conduit à penser que, en l'absence du suc pancréatique, les matières grasses cessent d'être digérées et, conséquemment, absorbées dans le tube intestinal.

M. Bernard, utilisant la particularité que présente le canal du pancréas chez le lapin, de ne s'ouvrir qu'à une assez grande distance de l'estomac, a institué l'expérience suivante : Après avoir fait jeûner un lapin pendant vingt-quatre ou trente-six heures, on ingère dans son estomac, à l'aide d'une sonde, 15 à 20 grammes de saindoux liquéfié ; puis on donne à l'animal de l'herbe ou des carottes, pour aider à faire descendre la graisse dans l'intestin. Le lapin étant tué, au bout de trois ou quatre heures on constate, à l'ouverture du ventre, que la graisse n'est émulsionnée qu'à 35 centimètres après l'ouverture du canal cholédoque. Cette expérience ne semble pas plus concluante à M. Blondlot : d'abord, même après un jeûne de plusieurs jours, l'estomac d'un lapin ne se désemplit jamais complétement; de plus, l'ordre de sortie des aliments n'est pas toujours conforme à celui de leur entrée. Il en résulte que ni l'estomac, ni aucune partie du tube digestif ne se trouvant en état de vacuité au début de l'expérience, les résultats de celle-ci ne sauraient plus offrir rien d'exact ni de précis.

M. Bernard nie que les corps gras soient digérés après la ligature des canaux pancréatiques; mais il ne cite à l'appui de cette opinion aucun fait particulier. D'après M. Blondlot, l'expérience

directe démontre la proposition contraire ; il suffisait, pour s'en assurer, de déchirer la glande pancréatique, et d'y passer des sétons multiples. On cherche en vain dans les excréments de l'animal la présence de matière adipeuse en quantité notable, et, si l'on assomme l'animal après un repas copieux de matière grasse, on trouve les chylifères remplis d'un chyle blanc et opaque, offrant, en un mot, tous les caractères d'un chyle graisseux.

Seconde partie. — M. Blondlot cherche à établir *que les corps gras se digèrent dans l'estomac comme les autres aliments, et par leur intermédiaire.* Dans le travail digestif, les matières grasses ne font que s'émulsionner, c'est-à-dire se diviser mécaniquement en molécules assez ténues pour être absorbées par les orifices des vaisseaux chylifères. Il ne reste donc plus qu'à déterminer dans quelle partie du tube digestif et par quels moyens s'opère la division dont il s'agit.

L'auteur fait remarquer que, de toutes les parties du tube digestif, l'estomac est, sans contredit, celle où une action de ce genre se produit de la manière la plus évidente et la plus énergique. Le pylore, en raison de sa puissance musculaire, est principalement chargé d'effectuer cette dernière et essentielle phase de la digestion. La cellule albumineuse qui emprisonne les particules adipeuses est attaquée par le suc gastrique et les débris de l'enveloppe favorisent l'émulsionnement de la graisse qui s'y trouve contenue. De tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal, le mucus est le seul qui puisse opérer un émulsionnement complet et durable.

Les expériences dans lesquelles les animaux sont nourris exclusivement de matières grasses, comme celles de MM. Magendie, Tiedemann et Gmelin, Leuret, Lassaigne, etc., et de M. Blondlot lui-même, démontrent que si, dans ces cas exceptionnels, la matière muqueuse remplit, jusqu'à un certain point, le rôle départi à l'agent intermédiaire, elle ne le remplit que très imparfaitement. La plus grande partie de la matière adipeuse sort inaltérée par les selles, en provoquant presque toujours un flux muqueux plus ou moins abondant. Souvent la matière adipeuse est expulsée par le vomissement, et si l'on sacrifie les animaux, on en retrouve en différentes parties de l'intestin, dans un imparfait état d'émulsion, avec des proportions variables de mucus et de bile.

Pour M. Blondlot, le principe étranger nécessaire à l'émulsionnement des corps gras n'est point fourni, dans l'état normal, par l'organisme lui-même ; autrement son intervention devrait être plus efficace en l'absence d'éléments étrangers, puisqu'il pourrait agir plus directement. On voit néanmoins qu'il est loin d'en être ainsi. Par exemple : 100 grammes d'huile d'olive ou d'amandes douces, pris à jeun, agissent comme laxatif, et passent inaltérés ; la digestion s'en effectue sans la moindre difficulté si on les prend dans une salade.

Le principe intermédiaire, la matière émulsive n'est autre chose que la pâte chymeuse même, en laquelle se résolvent les aliments étrangers qui accompagnent toujours les substances adipeuses, qu'elles soient d'origine végétale ou d'origine animale.

L'expérience directe a démontré à M. Blondlot que les huiles, les corps gras liquéfiés et les térébenthines formaient une émulsion stable lorsqu'on les maintenait en digestion à une température de 35 à 40° avec du tissu cellulaire, du tissu musculaire ou de l'albumine coagulée par la chaleur, additionnés d'une certaine quantité de suc gastrique. Ici, l'émulsion n'est cependant pas aussi parfaite qu'on pourrait le croire à première vue. La raison en est, sans aucun doute, au défaut de cette trituration, de cette porphyrisation soutenue, minutieuse, dont le pylore est chargé. Quant au suc gastrique, il n'intervient que par la petite quantité de principe muqueux dont il est toujours accompagné, et qui contribue à fournir aux globules de graisse la pellicule isolatrice nécessaire à l'émulsionnement.

En résumé, la même opération mécanique qui réduit à l'état de molécules les matières protéiques et amylacées, préalablement ramollies par le suc gastrique, opère aussi simultanément, et par l'intermédiaire de celles-ci, la division des principes adipeux.

Troisième partie. Cette partie est relative à *la nature et aux agents du travail digestif ;* elle forme le résumé des recherches qui précèdent, et du mémoire que l'auteur a récemment publié sur la digestion des matières amylacées. Nous l'exposerons avec concision.

Le pancréas ne remplit aucune fonction essentielle dans la digestion. L'estomac, par sa puissance dynamique et de trituration, est l'agent spécial de la digestion de toutes les matières alimentaires indistinctement, alors qu'elles ont été ramollies par l'action du suc gastrique. M. Blondlot est convaincu qu'il faut revenir à ce système de la trituration que Boerhaave définissait par ces quelques mots : *liquor diluens, vis conterens, vas coercens.*

Liquor diluens. — De tous les fluides qui se déversent dans le tube gastro-intestinal, un seul, le suc gastrique, mérite, en effet, la dénomination de *fluide digestif* proprement dit ; lui seul, réellement, exerce une action véritablement chimique sur les aliments. Tous les autres fluides ne sont que des produits excrémentitiels qui ne concourent à la digestion que d'une manière exclusivement mécanique et très secondaire. Quant à l'action du suc gastrique en elle-même, M. Blondlot la considère comme une action *sui generis*, en vertu de laquelle certaines substances, tout en conservant intégralement leur composition chimique, perdent une partie de leur cohésion, de manière à pouvoir se réduire en molécules plus ou moins ténues sous l'influence des agents mécaniques les moins énergiques.

Vis conterens. — Le suc gastrique n'est, à bien prendre, que la cause prédisposante de la chymification ; l'intervention d'une force triturante est également nécessaire pour les trois classes d'aliments : matières protéiques ou albuminoïdes, matières amylacées, matières grasses ; car sans l'action dynamique, les matières protéiques et amylacées resteraient sans se désagréger, et de même aussi, les matières grasses manqueraient de l'agent actif sans lequel elles ne peuvent s'émulsionner. Le pylore est une sorte de gésier rudimentaire, plus spécialement chargé d'opérer la trituration des aliments, et de les convertir, par petites fractions, en cette espèce de pâte molle, mais hétérogène, qui est le but ultime de la digestion.

Vas coercens. — L'estomac offre aux aliments une capacité plus ou moins spacieuse dans laquelle ils se logent, soit pendant la chymification, ce qui a lieu chez la généralité des animaux, soit avant qu'ils soient soumis au travail digestif proprement dit, dans quelques espèces particulières.

Au prochain numéro le résumé de l'argumentation.

Loiseau.

VI.

VARIÉTÉS.

Société de médecine de Paris. — Ordre du jour de la séance du 2 mars.

1. *Communication sur le suicide chez les enfants*, par M. Brierre de Boismont.
2. *Observation d'hémichorée de nature syphilitique*, par M. Costilhes.
3. *De l'influence du système cellulaire sur la santé des prisonniers*, par M. de Pietra Santa.
4. *De la goutte sous le rapport de la pathogénie, et de son traitement par les eaux de Vichy*, par M. Durand-Fardel.

— Joseph Hume, qui vient de mourir en Angleterre, et qui comptait parmi les grandes notabilités, appartenait au corps médical.

— Le docteur W. Henry Cane est mort récemment à Uxbridge. Il est le premier, dit *The Lancet*, qui ait mis en pratique le conseil donné par M. Marshall Hall, d'ouvrir la trachée dans l'épilepsie. Le malade a guéri.

— Dans une circulaire aux directeurs des principaux hôpitaux et dispensaires de Londres, lord Panmure, le nouveau ministre de la guerre d'Angleterre, fait appel, pour les besoins de la guerre, aux services des jeunes chirurgiens dont la capacité et l'expérience auront été dûment constatées.

— La mort vient d'enlever un médecin très distingué de Rouen, M. le docteur Pillore, professeur à l'École préparatoire de cette ville.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 février. Traitement des morsures de vipères, par H. *Chatin*. — Tumeur adénoïde dégénérée dans le sein droit, par *Filhos*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 février. Emploi du cristal minéral dans la polydipsie, par *Debout*. — Cas de division de la trachée-artère en travers, par *Richet*. — Chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite mercurielle, par *Blache*. — Clinique.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 15 février. Le microscope et le cancer devant l'Académie de médecine, par *Rollet*. — Exemples de paralysie de la troisième paire encéphalique, par *Ghavanne*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — 15 février. Clinique chirurgicale. — Maladies des habitants de Saint-Pierre et Miquelon, par *J. Fleury*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Janvier 1855. Corps étranger dans l'articulation du genou; extraction, guérison, par *Dieulafoy*. — De l'accouchement prématuré artificiel, par *Augé*. — Applications électro-médicales, par *Guitard*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 février. Réponse aux objections contre la contagiosité du choléra, par *Barthès*. — Variété de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, par *L. Saurel*. — Oblitération complète du vagin, suite de couches, par *Thomas*. — Ponction de la hernie étranglée comme moyen de réduction, par *Blanc*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 3. Maladies cancéreuses, degré d'utilité de la chirurgie dans leur traitement, par *Leroy* (d'Etiolles).

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 110. Tétanos dix jours après l'accouchement, par *Woodhouse*. — Cause de la vacuité des artères après la mort, par *Thudichum*. — Effets du plongement sous-marin, par *T. Littleton*. — 111. Influence de certains agents morbides sur la coagulation du sang sur le vivant, par *H. Lee*. — Météorologie de 1854, par *Lingeston*. — Cas curables de surdité, par *Holthouse*. — Traitement des maladies de la peau, par *T. Hunt*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N° 840. Comptes rendus de sociétés (ulcérations intestinales, plaie de l'abdomen par arme à feu).

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 241. Le choléra sur la flotte de la Baltique, par *Burnett*. — Structure de la membrane muqueuse du canal alimentaire, par *E. Wilson*. — Empoisonnement par la poudre de Dower, par *J. Leigh*. — Fausse membrane du vagin, par *G.-A.-Blake*. — 242. Tumeur fibreuse, par *Ed. Righby*. Dissection des artères, par *Deville*. — Ablation d'un polype volumineux de l'utérus, par *G. Ganney*.

THE LANCET. — N°ˢ 0. Plaie de l'avant-bras par arme à feu, contracture de la main, guérison, par *S. Solly*.—Huile de foie de morue dans la phthisie, par *H. Greenhow*. — Sur l'hydrophobie, par *Netten Radcliffe*. — 7. Cas d'ophthalmie purulente, considérations thérapeutiques, par *J.-F.-France*. — Huile de foie de morue dans la phthisie, par *Headlam Greenhow*. — Rapport sur la météorologie, par *D. Thomson*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — 1854. Mai. Inflammation et ulcération du col de l'utérus, par *J.-M. Green*. — Sutures crâniennes, leur vraie signification physiologique, par *M. Millan*. — Opération pour la cure de l'anus artificiel, par *T.-T. Robertson*. — Rapport sur les quarantaines dans le port de Charlestan, par *T.-Y. Simons*. — Traitement de la spermatorrhée, par *A. Mayes*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — Janvier 1855. Hernie fémorale étranglée contenant un ovaire et la trompe de Fallope, par *W. Parker*. — Rupture spontanée de la vessie, opération, guérison, par *Williams*. — Cas de carcinome de la vessie, par *K. Brown*. — Cas de pemphigus chronique, par *J.-G. Halsey*. — Déformation et déplacement des organes, par *S. Hood*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N°ˢ 5. Examen des œuvres de Riberi, par *Pacchiotti*. — 0. *Idem*. — Sur les dissertations médico-chirurgicales de 1854, par *Gatti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°ˢ 6. Sur la fièvre typhoïde de Mentone, par *Bottini*. — 7. Deux cas de prurit dans la vulve, par *G.-B. Balbo*. — Usage interne et externe de l'éther et du chloroforme, par *Berruti*. — Empoisonnement par les amandes amères, par *Uberti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — 1855. N°ˢ 1. Leçons cliniques sur le cancer, par *Ranzi*. — Des fièvres à processus dissolutif, par *Bellini*. — 2. Mêmes travaux. — 3. Leçons cliniques sur le cancer, par *Ranzi*. — Constitution épidémique de *Pomarance*, par *de Briganti*. — 4. Leçons sur le cancer, par *Ranzi*. — Constitutions épidémiques, par *Scopetani*. — 5. Tétanos causé par les vers, par *G. Peyrani*. — Ligature de l'artère poplitée pour une lésion de l'artère tibiale postérieure, par *R. Geville*. — 6. Sur les larves de la miliaire, par *L. Fallani*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — N°ˢ 24. Du choléra à l'hôpital de Cuttolengo, par *Peyrani* et *Perrone*. Du choléra de Chivasso, par *Marchandi*. — 1855. 1. *Idem*, par *le même*. — Rapport sur le mémoire du professeur Angelo Bo, relatif aux quarantaines et au choléra, par *Berruti*.

IL FILIATRE SEDEZIO. — Janvier 1855. Sur la chlorose, par *Piccirilli*. — Miasmes palustres du Pontecorvo, par *Posta*.

IL PROGRESSO. — 12ᵉ fascicule. Le choléra dans le port de Gênes en 1855, par *Massone*.—Sur le croup, par *A. Pasquali*.—Sur le choléra, ses causes, sa nature, etc. (suite et fin), par *Luppi*. — Janvier. Choléra-morbus de Gênes, par *Massone*. — Traitement des maladies cancéreuses (traitement de Landolfi), par *Brunn*. — Doutes sur la contagiosité du choléra, par *G. Rosso*.

EL HERALDO MEDICO. — N°ˢ 159. Sur le choléra, par *Ramon M. Almoyna*. — 160. *Idem*. par *Espuig*. — 4ᵉ année. 161—162—163—164—165—166—167. Observation du brûlure profonde et étendue, par *J. Ferrandis*.—168. Fièvres rémittentes bilieuses de la ville de *Poboleda*.

EL IRIS DE LA MEDICINA. — 1855. N°ˢ 1—2—4—5.

EL PORVENIR MEDICO. — N°ˢ 127. Brûlure étendue du troisième degré chez un enfant de quatre ans, guérison en trente-quatre jours, par *V. Moreno y Lopez*. — 3ᵉ année. 128. Brûlure de l'avant-bras droit, etc. (suite), par *V. Moreno y Lopez*. — 129. Examen critique de l'homœopathie, par *Garofalo*. — 130. Eclampsie pendant l'accouchement, extraction du fœtus, continuation des accès, mort, par *Palomino y Cortès*. — 131—132. Diathèse scrofuleuse avec ulcères, par *Panzano*. — 133. Diathèse scrofuleuse, ulcère de la région parotidienne, abcès sur le côté du cou, par *G. Panzano*. — 134. Traitement préservatif et curatif du choléra, par *J.-Jorge de la Peña*.

EL SIGLO MEDICO. — N°ˢ 50. Liberté morale au point de vue médico-légal, par *Nieto*. — Procidence de l'utérus, hémorrhagies abondantes, guérison par le pessaire du docteur *Romero y Linares*. — Remarques sur le traitement du choléra, par *B. Fernandez y Domingo*. — Analyse du guano, par *J. Gasana*. — 51. Le choléra est-il une affection générale ou une affection locale? par *Nieto*. — Remarques sur les eaux minérales, par *F. Sastre y Dominguez*. — 52. Le choléra est-il une maladie générale ou une affection locale? par *Nieto*. — Choléra de Mahon, par *A. Hernandez*.—53. Etudes cliniques, par *J. Gonzales Olivares*. — 2ᵉ année. 54. Etudes sur le cancer, par *J. Gonzales Olivares*. — 55. Difficultés du diagnostic (*anonyme*).—Fièvres typhoïdes observées à l'Hôpital-Général de Madrid, par *Escolar*.— Sur le choléra, par *M.-B. Ballesteros*. — 56. Etudes sur le cancer, par *J. G. Olivarez*. — Difficultés du diagnostic, par *F.-G. Gaballero*. — Plaie causée par la foudre, par *J.-F. Lopez*. — 57. De la loi des contraires en thérapeutique, par *Nieto*. — Études sur le cancer, par *J. Gonzales Olivares*. — Traitement du choléra, par *J. Gevera*. — 58. Tendances de la médecine contemporaine. — Clinique médicale par *Santero*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 24. Rapport des médecins de l'Hôpital général de Madrid sur le choléra. — 1855. 1. Clinique médicale (quelques cas de choléra guéris), par *R.-F. Gapdevila*. — Fracture compliquée de l'épaule, guérison, par *J.-B. Rodriguez y Benavides*. — Clinique médico-chirurgicale (choléra, revue opératoire 1853). — 24. Clinica médico-chirurgicale de l'Hôpital général de Madrid, par *Ortega*. — Observation de pneumonie, guérison, par *J. G. Balaero*.— Traitement des tumeurs stéatomateuses par les résolutifs, les maturatifs, les caustiques, le sélon, la ligature et l'opération. — Des inhumations précipitées, par *D.-M. Pinon y Tolosa*. — Liberté morale dans ses rapports avec les délits, par *F.-G. Gaballero*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — Sur les quarantaines et les cordons sanitaires, par *Alvarenga*. — Sur l'approvisionnement d'eau à Lisbonne, par *Gomes*. — Traitement de l'insuffisance des valvules aortiques, par *Alvarenga*. — Clinique. — 47. Des quarantaines à Lisbonne, par *J. Pereira Mendes*. — Cas de morve aiguë. — Eclampsie chez une femme enceinte, par *Simas*. — Sur la maladie de Bright dans ses rapports avec diverses fièvres et le choléra, par *Gomes*. — Traitement de l'insuffisance des valvules aortiques, par *Alvarenga*. — T. II. 48. Sur la maladie de Bright, par *Gomez*. — Traitement de l'insuffisance des valvules aortiques, par *Alvarenga*. — Eclampsie puerpérale, avortement provoqué, guérison, par *Simas*. — Guérison d'un tétanos traumatique, par *J.-G. Fereira*.

Livres nouveaux.

ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE. De l'emploi du chloroforme dans l'accouchement naturel simple, par le docteur *P.-C.-X. Houzelot* (de Meaux). In-8 de 92 pages. Paris, J.-B. Baillière. 1 fr. 25

DE L'HYDROCOTYLE ASIATICA (Linné), par M. *J. Lépine*. Suivi des rapports des docteurs *Poupeau* et *Houbert*, et du *Medical Board* (de Madras), publié avec l'approbation du gouverneur. In-8 de 80 pages. Pondichéry, 1854.

ETUDE DE L'ACTION DE LA FLANELLE EN CONTACT DIRECT AVEC LA PEAU, et de son influence physiologique, pathologique et thérapeutique, par le doct. *Fiévée de Jenmont*. In-8 de 50 pages. Bruxelles et Paris, chez Hamel. 1 fr.

INFLUENCE DE LA VACCINE SUR LA POPULATION, ou de la gastro-entérite varioleuse avant et depuis la vaccine, par le doct. *A. Bayard*. In-8 de 104 pages. Paris, Victor Masson. 2 fr.

MERVEILLES ÉVANGÉLIQUES ÉCLAIRÉES PAR LES SCIENCES MÉDICALES; par *M.-G. Marmisse*. 1 volume grand in-18 de 338 pages. Paris, chez l'auteur, rue Saint-Jacques, 108. 4 fr.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES sur les moyens à employer contre les accidents déterminés par les inhalations de chloroforme, rapport à la société médicale d'émulation de Paris, par le docteur *Ludger Lallemand*. In-8, de 76 pages. Paris.

RECHERCHES SUR LA DIGESTION DES MATIÈRES GRASSES, suivies de considérations générales sur la nature et les agents du travail digestif. Thèse de zoologie, soutenue devant la faculté des sciences de Paris pour le grade de docteur ès sciences naturelles, par M. *Blondlot*. In-4° de 42 pages. Paris, Victor Masson.

DIE BRECHUNGSINDICES DER DURCHSICHTIGEN MEDIEN DES MENSCHLICHEN AUGES, par *W. Krause*. In-8, Hanovre, chez Hahn. 1 fr.

LEHRBUCH DER PRAKTISCHEN MEDICINISCHEN CHEMIE für praktische Aerzte und Studirende der Medicin (*Chimie médicale pratique*), par *F.-W. Boecker*. In-12, Weimar, Landes-Industrie-Comptoir. 5 fr.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME II. — PARIS, 9 MARS 1855. — N° 10.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Du 3 au 7 mars 1855.

59. CHOTARD, Joseph, né le 22 janvier 1825 au Mans (Sarthe). [*Des accidents de congélation.*]

60. MAGNAN, Jean-Pierre-Fortuné, né le 11 mai 1821 à Saillans (Drôme). [*De l'acné varioliforme.*]

61. ALLAMARGOT, Louis, né le 5 août 1829 à Limoges (Haute-Vienne). [*De la bronchite capillaire suffocante.*]

62. DEVAY, Joannès, né le 18 octobre 1827 à Brignais (Rhône). [*Considérations sur l'étiologie de l'œdème des poumons.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

I.

Paris, ce 8 mars 1855.

ORGANOPATHIE ET VITALISME. — TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE. — POST-SCRIPTUM DE M. VELPEAU SUR LA QUESTION DU CANCER. — REMARQUES SUR LE MOUVEMENT DES POPULATIONS DANS LES GRANDES VILLES. — CONTAGIOSITÉ DU CHOLÉRA. — INOCULATION PRÉVENTIVE DES BÊTES BOVINES.— CURE RADICALE DES HERNIES PAR L'INJECTION IODÉE.

La dernière séance de l'Académie de médecine a été absorbée presque entièrement par la réplique de M. Piorry à M. Bousquet. Cette réplique n'est qu'un commentaire de la première réponse, comme le second discours de M. Bousquet avait été le commentaire et le développement du premier. Rien donc de réellement nouveau. M. Bouillaud prendra la parole au commencement de la séance prochaine; nous entre-

FEUILLETON.

Hygiène du corps et de l'âme, par le docteur Max SIMON. — **De l'ivrognerie et de ses effets désastreux sur l'homme**, par le docteur Édouard BORDEL. — **De la santé des petits enfants**; — **Les préceptes du mariage**, par le docteur Louis SERAINE.

L'art d'être heureux est un secret dont beaucoup d'esprits ont essayé de pénétrer les obscurités et le mystère. Chacun aspire au bonheur, et les routes qui y conduisent restant inaccessibles à la généralité des mortels, on conçoit que, tant par charité que par égoïsme, on se soit efforcé d'en instituer le code et d'en fixer les conditions.

Toutefois, les théories ont dû se ressentir nécessairement de la diversité des perspectives. Les uns, dans la vie, n'ont vu qu'une étape vers la terre promise; ils ont placé la félicité, non dans la jouissance éphémère des biens d'ici-bas, mais dans l'éternelle possession des voluptés célestes. Mille fanatismes ont germé dans le vague de cette croyance.

Moins ennemis de notre infime enveloppe, d'autres, sans dédaigner les promesses d'outre-tombe, ont pensé qu'il valait mieux tenir qu'attendre, jouir qu'espérer, et que si les hommes ne sont, en réalité, au dire de Montaigne, que de fragiles et calamiteuses créatures, ils n'en doivent pas moins s'évertuer à adoucir les aspérités du passage, par tous les moyens légitimes que suggèrent l'instinct, la prévoyance et la raison.

Sans prétendre décider de la valeur des systèmes, nous devons humblement reconnaître la faiblesse qui nous porte à faire bonne mine au plaisir et à éloigner de nous les privations et la douleur. Aussi, par habitude de tempérament, si ce n'est par réflexion, sommes-nous moins sympathiques aux doctrines qui prêchent les détachements terrestres qu'à celles qui enseignent, avec des succès divers, comment on peut se procurer une vie facile et douce sur la planète que nous habitons.

Nous avons là, sous les yeux, quatre petits livres qui n'ont pas, grâce à Dieu, d'autre ambition. Montrer que la vraie jouissance réside, non dans l'intempérance des plaisirs et la fougue de la pensée, mais dans la modération des appétits et un usage sage et réglé des facultés, voilà leur but. Tel est aussi le motif qui nous conduit à les rapprocher dans une appréciation commune.

On voit à leur titre que chacun embrasse une face spéciale de l'hygiène. Les notions qu'ils renferment s'adressent, en outre, de préférence aux classes laborieuses, si longtemps vouées, sous ce rapport, à la plus fatale

rons alors dans l'examen approfondi des hautes questions qui occupent si vivement l'Académie.

Nous aurons aussi occasion de revenir sur l'intéressante communication de M. Gosselin relative au traitement de l'anus contre nature.

— M. Velpeau, qui ne se contente pas de ses triomphes académiques — preuve d'une humeur exigeante — a ajouté un *post-scriptum* au tirage à part de ses discours. Ce supplément met la GAZETTE HEBDOMADAIRE en cause dans plusieurs endroits, mais plus particulièrement dans le suivant :

Un nouveau fait vient de se produire. Si les micrographes l'acceptent, la paix sera facile à conclure, et nous nous remettrons tous à l'œuvre de concert. M. Virchow dit, entre autres choses (*Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 125) :

Les tumeurs cancroïdes sont malignes comme les cancéreuses.... Comme ces dernières, elles peuvent récidiver, se généraliser, en un mot infecter les tissus voisins et l'économie tout entière. Pour les tumeurs fibro-plastiques, cette opinion est acceptée en France.... Je rejette hautement la doctrine de la spécificité de la cellule pathologique.... On peut donc comprendre toute cette classe de tumeurs sous une dénomination commune, sous celle de cancer.

M. Dechambre, qui défend les micrographes de Paris, est satisfait de cette énonciation. De mon côté, je n'ai jamais dit autre chose, et je n'en demande pas davantage.

Est-ce entendu ?

Voici ce qui est entendu. M. Velpeau est entièrement de l'avis de M. Virchow. M. Virchow conclut comme *les micrographes de Paris* quant à la possibilité de distinguer histologiquement les trois espèces de tumeurs et quant à leurs différents degrés de récidivité, ne se séparant d'eux que sur les questions théoriques. Et comme il est d'axiome que deux choses égales à une troisième sont égales entre elles, M. Velpeau est *cliniquement* de l'avis des micrographes de Paris.

Il suit de là que la récente discussion de l'Académie de médecine n'a été qu'un tournois de discours ; ce dont nous sommes loin de nous plaindre, ayant eu l'heur d'entendre ceux de M. Velpeau.

Toutefois, pour comprendre cet accord unanime, il est bon de se rappeler : 1° que M. le professeur Virchow, après avoir dit que les tumeurs cancroïdes et fibro-plastiques peuvent récidiver et se généraliser comme les cancéreuses, ajoute immédiatement que les trois espèces de tumeurs *présentent au clinicien différents degrés de malignité et forment une série descendante* qui vient se continuer avec les tumeurs gélatineuses et cartilagineuses ; 2° que cet éminent histologue, tout en contestant la spécificité absolue de la cellule cancéreuse, maintient que les trois tissus se distinguent par des *différences tranchées de structure et de fonction ;* 3° enfin, que la phrase dont M. Velpeau cite le commencement : « On peut comprendre toute cette classe sous une dénomination commune, sous celle de cancer, » se continue comme il suit : « *si les cliniciens tiennent à la conserver. Le nom est peu important. Je tiendrais néanmoins à un nom spécial pour chaque membre de cette classe.* »

Moyennant ces légères additions, nous répondrons à M. Velpeau : Oui, c'est entendu. M. Virchow résout la question pratique exactement comme l'avait résolue quelques jours auparavant la GAZETTE HEBDOMADAIRE ; résolvez-la comme lui, sans restriction aucune, et nous serons honorés de marcher à côté de vous.

— Un mémoire présenté à l'Académie des sciences, dans la séance du 26 février, signale à l'attention des savants un fait assez singulier, qui aurait presque la constance d'une loi : c'est que, dans les grandes cités, la classe aisée a une tendance à se porter principalement vers l'ouest, abandonnant aux diverses industries le côté opposé. Il en est ainsi à Paris, à Vienne, à Berlin, à Saint-Pétersbourg, à Londres, et dans presque toutes les villes un peu considérables de l'Angleterre. M. Élie de Beaumont a fait la même remarque pour la plupart des grands centres de population qu'il a visités, et M. Moquin-Tandon pour quelques localités méridionales. Il y a, sans doute, des exceptions à cette règle, et M. Junod en signale lui-même dans le développement d'Édimbourg, de Rome, de Neufchâtel et d'autres villes de la Suisse ; mais alors, presque toujours, on peut constater que le mouvement vers l'ouest a été contrarié par des obstacles locaux, tels que l'escarpement du terrain, la présence d'ouvrages stratégiques, ou les incursions répétées d'un ennemi voisin.

M. Junod va même jusqu'à penser que cette habitude si générale des populations date d'une époque fort reculée ; et le principal témoignage qu'il en donne est que, dans les ruines des villes antiques, les grands cimetières se trouvent relégués à l'est. A cet égard, il faut se souvenir que les anciens plaçaient d'ordinaire les mausolées des grandes familles à l'entrée des cités, près des portes les plus fréquentées et souvent des quartiers les plus riches, afin d'exciter par un grand spectacle l'émulation des générations futures. Polybe est très pré-

ignorance. Imitant en cela des exemples récents et assez nombreux, nos confrères n'ont pas cru déroger en consacrant leur plume à une tâche si philanthropique.

Ce n'est pas, toutefois, que ces traités d'hygiène populaire aient l'assentiment universel. Quelques esprits frondeurs, mêlant l'ironie à l'éloge, doutent de leur influence, et considèrent les préceptes qu'ils répandent comme une semence tombée sur une terre stérile, laissant le monde aller comme il va, sans détruire un abus, un préjugé, une habitude. « Pauvres rêveurs, » semblent-ils dire, « pourquoi ce duel avec le vide ? Usez mieux de vos loisirs ; dormez, thésaurisez, et laissez le soin des réformes aux seuls ouvriers capables : le temps et l'État. »

Nous ne partageons point, tant s'en faut, ce décourageant septicisme. Un pareil langage n'est pas seulement un triste sarcasme, c'est une erreur. Ceux qui le tiennent montrent combien peu ils ont réfléchi à la manière dont s'effectuent les transformations morales, dont s'accomplissent les progrès sociaux. Les gouvernements, sans contredit, peuvent beaucoup par leur initiative. Mais l'expérience prouve que le plus souvent ils suivent plutôt les choses qu'ils ne les devancent. Pour devenir loi ou coutume, il faut, en général, qu'une idée germe quelque part, gagne petit à petit du terrain, et s'impose à l'opinion. Quelquefois même, honnie, inconnue, longtemps en butte à la conspiration du silence, elle n'obtient enfin son baptême et son succès que lorsque des chercheurs bien posés la rencontrent, l'épousent, la fécondent, et amènent à leur insu ceux mêmes qui l'avaient décriée au début à la prôner sous son incarnation nouvelle.

Loin donc d'accueillir avec un dédain inintelligent les productions des écrivains qui travaillent courageusement à l'amélioration de leurs semblables, on ne saurait, à notre avis, seconder avec trop d'empressement leurs tendances désintéressées. Leur nombre, qui s'accroît chaque jour, est d'ailleurs un argument significatif. N'atteste-t-il pas, en effet, la puissance d'un prosélytisme dont on pourrait déjà, nous en sommes convaincu, constater en plus d'un lieu des résultats utiles?

Pour qui, en particulier, aura médité l'*Hygiène du corps et de l'âme* de M. Max Simon, ces remarques ne paraîtront point déplacées. Le savant auteur de la *Déontologie médicale* n'a point oublié ses vieilles traditions. On retrouve dans son nouvel opuscule la passion pour le bien qui lui inspira cette première production, où les devoirs du médecin sont tracés d'une main si ferme. Élever, d'une part, la mission médicale à la hauteur d'un sacerdoce, afin d'en féconder l'essor au profit de la souffrance ; d'autre part, s'efforcer, en rendant l'homme plus sagace et plus

cis sur ce point. Les mausolées se multipliaient; des tombes plus humbles se groupaient à l'entour, et c'est ainsi que se formait un cimetière. Par conséquent, la position des cimetières était déterminée par des circonstances qui diffèrent totalement et sont même le contraire de celles que l'on consulte aujourd'hui. On en faisait comme de solennelles avenues des grandes cités, au lieu de les confiner à l'écart; et si réellement c'est à l'est qu'on les plaçait d'ordinaire, c'est apparemment que, dans les villes de ce temps-là, les classes aisées tendaient à se porter du même côté, et non à l'ouest comme aujourd'hui. L'exemple de Pompéi, cité par M. Junod, est même favorable à cette dernière supposition. La *voie des tombeaux*, située effectivement à l'est, et à côté de laquelle se voit le cimetière proprement dit, s'ouvre immédiatement à la sortie de la ville par la porte d'Herculanum, et l'on y arrive par un très beau quartier; on peut dire que les mausolées dont elle est bordée et les habitations voisines de la porte se touchent; elle-même était autrefois un très large faubourg, garni de trottoirs, très populeux, et dont l'importance peut encore s'apprécier par la grandeur de l'habitation d'Arius Diomèdes, *maître du faubourg*, et par la richesse de son tombeau, situé tout auprès.

Mais, toute réserve faite en ce qui concerne l'antiquité, la particularité relevée par M. Junod mérite de fixer l'attention. Selon lui, elle résulte de l'application empirique d'une certaine règle d'hygiène. Quand le vent souffle de l'ouest, comme il est en général violent et qu'il coïncide d'ailleurs ordinairement avec une certaine diminution de la densité de l'air, la fumée et les émanations propres aux grandes villes ne peuvent se dissiper aisément dans l'atmosphère, et sont chassées sur les habitations situées à l'est. Quand c'est au contraire le vent d'est qui règne, la densité augmentée de l'atmosphère permet aux émanations de s'élever et de se dissiper rapidement, et les habitations de l'ouest n'en reçoivent qu'une très faible partie. Il y a donc avantage à habiter la partie ouest des villes. Pour donner à cette vue théorique plus de consistance, il faudrait rechercher la fréquence relative du vent d'est et du vent d'ouest dans les diverses localités où s'observent les courants de population indiqués par l'auteur, et, de plus, voir si réellement les conditions de salubrité y sont moindres dans la partie est que dans la partie ouest.

— L'universalité des témoignages en ce qui concerne les faits probables ou possibles n'est pas plus à dédaigner en médecine qu'en philosophie. Sous ce rapport, il n'est pas d'opinion qui se recommande mieux que celle de la contagiosité du choléra, contre laquelle des confrères d'un grand mérite s'efforcent encore de lutter. En rapportant nous-même quelques exemples avérés de contagion (GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. II, p. 30), nous avons dit qu'on en rencontrait partout, dès qu'on voulait bien y regarder sans prévention. Eh bien! un journal de médecine indien, THE INDIAN ANNALS OF MEDICAL SCIENCE, nous donne occasion de consigner cette remarque que dans tous les pays, sous toutes les latitudes, l'opinion contagionniste a fait depuis quelques années des progrès considérables. Les journaux d'Italie, d'Espagne, d'Angleterre, des États-Unis ont prêté souvent à cette opinion l'appui d'observations, qui pourraient n'avoir pas toutes une égale valeur, mais dont le faisceau ne saurait être rompu par des interprétations hasardées ou d'obstinées dénégations. Dans le numéro d'octobre 1854 des *Annales indiennes*, qui nous est parvenu ces jours-ci, le docteur Edmund Walter Eyre, après la relation de quelques cas de transmission, s'exprime ainsi : « Il n'est pas une maladie réputée contagieuse sur laquelle la transmission d'individu à individu soit mieux prouvée que pour le choléra; et bien qu'il soit à désirer qu'on ne trouble pas la confiance du public dans la non-contagiosité du choléra, le médecin peut, sans faire naître d'alarmes, agir avec prudence conformément à la conviction opposée. »

Voilà donc ce qu'a enseigné une observation désintéressée à toutes les extrémités du monde savant.

— L'inoculation préventive du pus fourni par les bêtes bovines atteintes de péripneumonie contagieuse se poursuit en Italie avec une constance particulière, qui est, du reste, en rapport avec les résultats annoncés. Nous avons sous les yeux le résumé des expériences entreprises dans la province de Brescia pour les années 1853 et 1854. Ce résumé est l'œuvre du docteur Ludovico Balardini, qui déjà avait rendu compte des premières expériences auxquelles avait donné lieu, dans la même province, l'annonce de la découverte de M. Willems. Nous y voyons que, sur 1063 bêtes bovines soumises à l'inoculation, 1034 furent entièrement préservées, bien que la majeure partie des inoculées eussent déjà séjourné dans des écuries infectées et respiré un air chargé de miasmes. Chez 23, qui toutes se trouvaient dans les conditions que nous venons de dire, la pneumonie se développa malgré l'inoculation; mais elle fut bénigne et se termina par la guérison; 6 moururent des suites mêmes de l'inoculation, la gangrène s'étant emparée de la queue.

---

moral, de conjurer ses infirmités et d'embellir son existence, c'est doublement concourir à la même fin : une œuvre complète l'autre.

M. Max Simon est éminemment artiste, c'est-à-dire observateur et peintre. Cette qualité, dont ses précédents écrits portent une si vive empreinte, ne se reflète pas à un moindre degré dans le travail actuel. C'est, en même temps qu'un brillant exposé hygiénique, une profonde étude sociale. On voit à la fidélité de ses tableaux que M. Max Simon ne s'est point borné à la méditation superficielle du cabinet; qu'il a pénétré dans l'atelier et la mansarde, qu'il en a sondé les misères, les plaies, les dangers; qu'il y a puisé ses émotions si pittoresquement traduites dans un style plein de verve et approprié, sans bassesse, aux plus infimes intelligences.

Selon M. Max Simon, les maux qui affligent notre espèce dérivent, pour une forte part, des infractions aux lois de l'hygiène. Observer celles-ci est le moyen d'éviter les autres. Aussi notre auteur, dans le code qu'il trace, s'est-il efforcé de projeter la lumière sur cette double voie du port et de l'abîme, en apprenant au peuple à répartir, économiser, accroître ses forces, en l'amenant à reconnaître que la propreté, le soin de soi-même, la rigidité des habitudes, sont presque aussi nécessaires qu'un air pur à l'entretien régulier de la vie, en lui signalant l'écueil et le crime de l'intempérance, en lui faisant comprendre, enfin, « qu'il en coûte plus cher, suivant le mot expressif de Franklin, pour nourrir un vice que pour élever deux enfants. »

Entre autres points envisagés avec détail, les considérations relatives aux professions insalubres et à l'ivrognerie méritent une attention particulière. La plume incisive de M. Max Simon a surtout flétri avec une rare énergie le funeste égarement des passions voluptueuses. Le libertin est mis par lui en face de sa honte. En vain essaierait-il de la dissimuler, soit aux autres, soit à lui-même; son œil éteint, son regard oblique, ses traits plombés, ses mouvements incertains, trahissent sa turpitude. Le malheureux perd insensiblement les facultés caractéristiques de l'homme. Quand le mariage vient à lui, il le trouve presque toujours l'âme dégradée, le corps malade. Ayant escompté prématurément ses forces, le libertin est devenu insolvable, et d'autres trop souvent acquittent sa dette; aussi les malheurs succèdent aux malheurs, et la vie n'est plus qu'un long désespoir.

Les traités sur l'art de conserver la santé proclament tous les salutaires effets d'une juste pondération des sentiments. Mais peu ont développé suffisamment un point, réservé jusqu'ici par l'usage au domaine philosophique et religieux. Avec raison, M. Max Simon en a fait, sous le nom d'*hygiène morale*, une partie, et peut-être la plus importante, de son livre.

Le procédé employé n'a pas été le même pour tous les animaux. Chez les uns, on avait traversé l'*extrémité de la queue* avec un séton imprégné de pus ; chez d'autres, on avait pratiqué deux ou trois saignées avec la lancette ordinaire, et l'on n'a pas remarqué que les effets, dans ce cas, fussent différents de ceux qu'on obtient par l'emploi de la lancette cannelée. Toujours on a vu se développer, vers le huitième jour, la série de phénomènes locaux et généraux que M. Henri Bouley a si bien exposée dans ce journal (*Gaz. hebd.*, t. I, p. 543).

On regrette dans le résumé italien une absence de renseignements suffisants sur la proportion des animaux qui avaient séjourné dans des lieux contaminés avant de subir l'inoculation, et de ceux qui n'avaient pas encore eu de communications suspectes, ainsi que l'indication des résultats comparatifs de l'opération chez les uns et chez les autres.

Néanmoins nous voyons que c'est la *majeure partie* des animaux inoculés qui séjournait auparavant dans un foyer d'infection. Admettons le chiffre de 600. Sur ce nombre, 23 seulement, c'est-à-dire *un vingt-sixième*, n'ont pas échappé à la contagion. Or, dans les expériences instituées par la commission de Paris (*Gaz. hebd.*, t. I^er^, p. 524), dans le but de déterminer le degré de transmissibilité de la maladie, *près de la moitié* des animaux sains mis en contact avec des animaux péripneumoniques (21 sur 46) ont été atteints de la maladie. Le résultat obtenu par les médecins lombards est donc très remarquable.

— Nous avons, à plusieurs reprises, fait nos réserves relativement à la cure radicale de la hernie inguinale par l'injection de teinture d'iode dans le sac (*Gaz. hebd.*, t. I^er^, p. 750 et 773). Nous nous sommes appuyé principalement sur cette considération que l'oblitération du sac, fût-elle entière, ne donne toujours lieu qu'à la formation d'une sorte de tampon, qui peut descendre si le repli du péritoine engagé dans le canal est poussé au dehors, et que dès lors la véritable indication de la cure radicale consiste à oblitérer, non le sac, mais le canal lui-même. Le bruit des opérations pratiquées par M. Jobert est parvenu à l'étranger, et voici que de deux côtés à la fois, en Amérique et en Italie, elles sont l'objet de commentaires dans la presse médicale. Le docteur Luigi Liniselli (*Gazzetta medica Italiana, Lombardia*, 8 janvier 1855) et M. Kinloch, qui envoie aux États-Unis de piquantes lettres sur la médecine et la chirurgie parisiennes (*Charleston Medical Journal*, novembre 1854), discutent les chances de l'opération, tant sous le rapport du succès immédiat que sous celui du résultat définitif; nous sommes heureux de constater que leur appréciation est entièrement d'accord avec la nôtre.

Donc l'injection iodée dans le sac n'offre réellement de sécurité que si, par la propagation de la phlegmasie qu'elle fait naître, elle provoque, d'une part, l'adhésion mutuelle des parois du sac péritonéal, et, d'autre part, l'adhésion de ces mêmes parois à celles du canal, de manière que, tout à la fois, le sac disparaisse et le pli péritonéal ne puisse plus descendre. Cet effet peut-il avoir lieu? M. Jobert possède, dit-on, des cas de guérison datant de dix-huit mois, et dans lesquels l'examen de la partie ne laisse pas de doute sur la solidité et la fixité de l'obstacle. S'il en est ainsi, il importera de rechercher si en effet, comme nous le pensons, le canal lui-même a été oblitéré. Quelque disposé que nous soyons à accepter toujours provisoirement les faits de guérison, encore nous paraît-il important de savoir par quel mécanisme ils ont pu être réalisés, parce qu'il en peut sortir une lumière pour le mode opératoire à suivre dans l'injection, ou quelque nouvelle indication de thérapeutique chirurgicale. Nous espérons être bientôt en mesure d'offrir au lecteur quelque document clinique sur la question.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

EXPOSÉ SUCCINCT DES MALADIES OCULAIRES QUI RÈGNENT A CONSTANTINOPLE, par le baron C. DE HÜBSCH, médecin de l'hôpital impérial de Gulhané.

(Suite et fin. — Voir le numéro 9, tome II.)

On rencontre fort peu de cataractes. Le professeur Rigler, qui exerce depuis plus longtemps que moi, et la plupart des auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'Orient, ont constaté ce fait ; mais si l'on consulte les misérables empiriques qui affluent dans le pays, ils assurent que la cataracte est fréquente ; car sous ce nom ils confondent les exsudations de l'iris qui obstruent la pupille, les taches de la cornée, voire les staphylômes. C'est absolument comme l'hépatite, qu'un médecin, fort en renom et très vieux, observe chez presque tous ses malades : il confond sous ce nom la pneumonie et la plus grande partie des affections du thorax et du bas-ventre, et admet aussi une hépatite occulte que lui seul découvre. Pas n'est besoin de dire que ce sont des aberrations de

---

Ce thème est vaste et beau. Toutefois, il est à regretter que l'auteur en ait restreint les perspectives par suite de préventions fâcheuses et en s'abandonnant contre les mœurs et les fauteurs du siècle à des vitupérations sans opportunité comme sans justice, qu'on s'étonne de rencontrer chez un écrivain d'un talent si élevé et de tendances si libérales. Il faut que certaines atmosphères exercent une attraction bien puissante pour opprimer ainsi les meilleures natures. Dans les aspirations les plus légitimes, les plus saintes, M. Max Simon ne constate que des signes d'impiété et de décadence; il ne voit à opposer au flot montant de l'erreur et du désordre que le dogme de l'enseignement religieux, que le frein des pratiques dévotes.

On ne saurait contester sans doute à l'influence de l'Église sa part civilisatrice, utilitaire et sociale : mais qu'est la religion sans la lumière? N'était-il pas aussi une place à faire à l'évolution intellectuelle, à la culture méthodique des dispositions sentimentales, et près de cette religion qui guide ne convient-il pas de ranger l'instruction primaire qui éclaire, le phare en vue du pilote? M. Max Simon, dans une édition prochaine, comblera, nous l'espérons, cette grave lacune, en effaçant, par la même occasion, les taches qui déparent quelques-unes de ses pages éloquentes.

M. Burdel a comme ajouté un chapitre au petit livre de M. Max Simon, en le traitant en hygiéniste médical, et sous une forme, pour ainsi dire, plus classique.

Peu de vices sont plus que l'ivrognerie féconds en suites déplorables. Une statistique de M. Everest, ancien ambassadeur des États-Unis près la cour d'Angleterre, a établi que de 1840 à 1850, l'usage des liqueurs spiritueuses a imposé à la nation une dépense de 2 à 3 milliards, envoyé 100,000 enfants aux maisons des pauvres, jeté 150,000 personnes aux pénitenciers, poussé à la perpétration de 1.500 assassinats, engendré 1,000 cas d'aliénation mentale et autant de suicides, fait 200,000 veuves et 160,000 orphelins.

D'après les calculs dressés par le gouvernement anglais en 1845, l'ivrognerie emporte chaque année 50,000 habitants ; la moitié des insensés, les deux tiers des indigents et les trois quarts des criminels se rencontrent parmi les individus adonnés à cette funeste passion.

Pour être moins commune en France, l'habitude ébrieuse est restée pourtant l'une des plus grandes plaies de notre population ouvrière, et l'on peut dire avec Brillat-Savarin, que l'esprit de vin est, aujourd'hui encore, celui de tous qui tue le plus de monde.

Dès longtemps, du reste, on s'est préoccupé de trouver, sinon un remède, au moins des atténuations à cette dégradation de l'espèce. Dracon

son esprit; car l'hépatite est aussi une maladie assez rare dans le pays. La cataracte simple, franche, sans complications, est peu commune. J'ai vu un certain nombre de cataractes compliquées d'amaurose, d'adhérences avec l'iris, de descemétite ancienne; mais l'association la plus fréquente est celle de la cataracte avec amblyopie congestive et torpide. On en rencontre aussi beaucoup déterminées par des causes traumatiques. Pour donner un spécimen de la rareté de la cataracte simple opérable, je rapporterai que, dans l'espace de sept ans, je n'ai pu opérer en tout que dix individus; le docteur Rigler a opéré un seul cataracté. D'autres médecins, italiens, grecs et turcs, ont pratiqué plus souvent cette opération; mais les résultats qu'ils ont obtenus sont loin d'être satisfaisants.

En 1849, je vis, pour la première fois, Marionca D..., belle jeune fille de quatorze ans, atteinte aux deux yeux de cataracte congénitale. Les yeux sont petits, ronds, et roulent en tous sens dans leurs orbites; le nystagmus est très prononcé; les pupilles se dilatent bien; la cataracte est molle, déhiscente, ou plutôt arborescente; la cornée est peu développée; elle offre une surface externe polie, une surface interne rugueuse, recouverte d'un pointillé blanc qui s'étend comme une strie dans le diamètre horizontal; la chambre antérieure, ainsi que la postérieure, sont bien conservées; l'humeur aqueuse les remplit. Malgré toutes ces lésions, la malade peut encore distinguer, à travers les déhiscences, la forme des gros objets, le jour de la nuit, et parvient à compter le nombre des objets qu'on lui montre. Les traitements les plus variés avaient été tour à tour employés sans succès. J'engageai les parents de la jeune Marionca à la soumettre à un traitement antiscrofuleux, pour améliorer l'état général de sa constitution, et à patienter encore quelques années avant de la soumettre à une opération qui pût lui rendre assez de vue pour pouvoir au moins se conduire seule. Je me proposais d'opérer par extraction, et de faire en même temps une pupille artificielle vers la partie demeurée saine de la cornée. Mes conseils ne furent point écoutés: ils furent pris pour de la timidité. Un charlatan turc opéra l'abaissement à l'un des yeux, et, par des manœuvres maladroites et un traitement consécutif peu rationnel, fit perdre à tout jamais à cet œil la faculté de voir. Un médecin italien, fort en renom, acheva bientôt après l'autre œil, et la pauvre fille est réduite désormais à languir dans l'obscurité.

On rencontre à Constantinople beaucoup d'aveugles de toutes les nations. Les Turcs sont en majorité. Les pauvres mendient leur pain dans les rues; car il n'existe aucun asile pour ces malheureux.

Les Turcs deviennent aveugles ordinairement à la suite de leur pèlerinage à la Mecque; le sable fin soulevé par le *simoun* (vent des déserts); l'ardeur du soleil, à laquelle ils sont exposés durant un si long trajet; la fraîcheur des nuits après des journées brûlantes, les privations de tout genre, la réverbération continuelle des rayons solaires, le manque d'eau, sont autant de causes déterminantes soit de la perte complète des yeux, soit de la simple perte de la vue. Quelquefois il se déclare une violente ophthalmite qui détruit rapidement l'un ou les deux yeux; d'autres fois il se forme une congestion interne qui amène l'amaurose et des désordres profonds. On rencontre une masse effrayante de borgnes, surtout parmi les Arabes, et beaucoup de granulés. Les aveugles des autres religions attribuent leur infirmité tantôt à une cause, tantôt à l'autre; leur nombre est plus restreint.

L'ophthalmie égyptienne purulente est inconnue dans nos contrées. On observe quelquefois des ophthalmies blennorrhagiques, déterminées par le contact immédiat du pus de la chaudepisse; l'ophthalmie purulente des nouveau-nés se montre quelquefois: ses causes sont les mêmes qu'en Europe.

Les granulations qui se forment dans le pays sont dues à des conjonctivites négligées; l'incurie des malades est si grande, qu'ils ne s'adressent aux hommes de l'art que lorsque la maladie a fait des ravages étendus et menace sérieusement la vision.

L'ophthalmie la plus commune parmi les enfants et les jeunes femmes, c'est l'ophthalmie pustuleuse, lymphatique ou scrofuleuse des auteurs. C'est l'ophthalmie la plus rebelle, la plus longue à guérir, celle qui amène des ulcérations cornéennes, superficielles ou profondes, qui font notre désespoir.

L'ophthalmie pustuleuse aiguë suit une marche ascendante rapide, et il en résulte soit un épanchement plastique interlamellaire, soit un ulcère rongeant de la cornée, des staphylômes, etc.

Cette ophthalmie requiert un traitement très énergique, prompt et actif; il ne faut tenir compte ni du tempérament, ni des contre-indications: il faut, avant tout, sauver l'œil. Les émissions sanguines souvent répétées, les purgatifs, la diète, constituent la base du traitement. Un moyen qui nous a souvent rendu des services signalés, soit pour combattre la photophobie, soit pour amender les symptômes phlogistiques, consiste dans l'application non interrompue de cataplasmes composés de mie de pain, de mauves, lait et safran; ils doivent être souvent renouvelés, et continués jusqu'à la cessation complète de la douleur et de la photophobie. Je considère les cataplasmes sur l'œil comme un remède héroïque; mais leur emploi intempestif, leur abus dans des cas d'ophthalmie simple ou dans d'autres maladies oculaires, peut donner des résultats fâcheux. Il est donc prudent de bien préciser les indications et de ne point agir comme un officier de santé établi depuis longues années à Constantinople, qui applique sur les yeux de ses malades une espèce de gelée de riz, très aimée des enfants, généralement connue sous le nom de *muhalebi*.

Les gens du pays emploient, contre la photophobie des enfants scrofuleux, des linges trempés dans du blanc d'œuf, du lait de femme fraîchement tiré, des cataplasmes de vers de terre, etc.; ils frictionnent le pourtour de l'orbite avec de la thériaque. Toutes ces pratiques sont plus nuisibles qu'utiles; car, dans des affections de ce genre, c'est à un traitement rationnel qu'il faut demander des succès, et non à tel ou tel remède employé isolément.

Si l'ophthalmie pustuleuse est chronique, je fais usage de cata-

---

et Solon punissaient l'ivresse de mort. Chez les Grecs, les hommes ne pouvaient boire de vin avant leur mariage, et il était absolument interdit aux femmes. Les rois de France, entre autres lois de rigueur, avaient édicté, contre les buveurs, l'élévation des impôts. Dans notre siècle même, certaines contrées européennes sont demeurées héritières de ces traditions répressives. Le Code militaire de Wurtenberg distingue entre l'accidentalité et la récidive habituelle de l'ivresse, l'une passible de la prison, l'autre de la réclusion. En Suède, l'amende, la perte du droit électoral, l'admonestation publique, et la réclusion constituent un système gradué que, pour dégoûter l'ivrogne des liqueurs enivrantes, on complète en saturant d'eau-de-vie tous ses aliments.

Cette diversité afflictive s'explique par l'avancement comparatif des sociétés. Alors qu'aux époques plus ou moins voisines de la barbarie, les peuples n'étaient protégés ni par leurs institutions ni par leurs mœurs, il fallait sévir efficacement contre un abus qui surexcitait dangereusement les natures grossières et sauvages; mais, à mesure que la civilisation fit des progrès, la répression, changeant de caractère, dut s'affaiblir, et presque partout maintenant l'ivresse, au lieu d'aggraver judiciairement le crime, en devient une excuse légale.

M. Burdel, tout en applaudissant à ces changements, voudrait pourtant que notre législation ne fût pas entièrement désarmée, et notamment qu'on pût fermer tout cabaret où seraient reçus les ivrognes et décréter contre eux la privation des droits civils.

Le mieux, selon nous, est de s'en remettre, à cet égard, à la moralisation des masses, au développement de l'éducation publique, et par suite, de la raison populaire. Quel bien n'ont pas déjà opéré les sociétés de tempérance qui, nées en Amérique, au souffle de ces heureuses conditions, se propagent avec une si merveilleuse rapidité en Angleterre, en Écosse, en Irlande, en Suède et en d'autres parties de l'Europe? Le zèle d'un homme a suffi pour favoriser ce mouvement régénérateur. Tout le monde connaît les succès du fameux père Matthew, surnommé l'apôtre de la *tempérance*. C'est d'ordinaire, en plein champ ou sur la pente d'une colline, que le célèbre promoteur assemble les populations et déroule éloquemment à leurs yeux le tableau effrayant des maux occasionnés par l'ivrognerie. C'est là que chaque néophyte vient prêter solennellement, entre ses mains, le serment de s'abstenir, avec l'assistance divine, de toute liqueur enivrante, et que son nom est inscrit sur le registre de réception, témoignage des immenses et cosmopolites conquêtes de la doctrine.

Sans atteindre cette rigidité, le livre de M. Burdel est lui-même un

plasmes mercuriels sur les yeux. On étend sur une mousseline une couche d'onguent napolitain, et on l'applique sur les paupières préalablement fixées à l'aide de bandelettes agglutinatives. La simple occlusion des paupières d'après la méthode de M. Hairion nous a aussi donné des succès ; nous nous réservons de publier plus tard les résultats de cette méthode.

L'emploi des cataplasmes mercuriels n'est pas limité, dans notre pratique, aux cas d'ophthalmie pustuleuse chronique : nous en avons obtenu des avantages marqués contre l'iritis rhumatismale et syphilitique et contre certaines kératites rebelles à tous les traitements.

La maladie vénérienne est de date récente à Constantinople : elle compte à peine vingt ans d'existence ; d'ailleurs elle présente un caractère très benin, et ne prend pas ces aspects hideux qu'on lui voit assumer dans les pays chauds surtout. Cette sorte d'immunité qu'ont les gens du pays à contracter ce virus tient à leur grande propreté ; ainsi, la loi religieuse du Turc l'oblige à aller se purifier au bain après chaque coït ; la femme, de son côté, est soumise à la même loi. Les bains sont si nombreux, et le prix en est si modique, que le peuple les fréquente continuellement ; aussi la maladie vénérienne se déclare plus aisément chez les Francs, qui sont loin d'être aussi propres que les Turcs, les Arméniens et les Grecs. Les soldats, qui viennent tous des provinces, sont, dans la très grande majorité, exempts de cette affection : on ne la rencontre que parmi les soldats volontaires de Constantinople. Depuis une dizaine d'années, les établissements de filles se sont accrus d'une manière prodigieuse ; triste effet de la civilisation ! effet premier et inévitable ! Malheureusement, le nombre des étrangers augmente de jour en jour. L'affluence causée par l'arrivée des troupes alliées et des voyageurs de tout genre, la licence effrénée des femmes de mauvaise vie, le manque complet de précautions sanitaires, ont donné une vaste extension à la syphilis. Nous aimons à espérer que le gouvernement, rentré dans le calme, prendra des mesures capables d'arrêter la marche envahissante de ce fléau. La blennorrhagie est très commune ; mais l'ophthalmie blennorrhagique est rare : j'en ai observé une dizaine de cas en tout. J'ai rencontré un nombre très restreint d'iritis syphilitiques, qui ne m'ont offert aucune particularité digne d'être mentionnée.

Un genre d'ophthalmie tout particulier, et que j'ai eu occasion de voir plusieurs fois, c'est l'ophthalmie liée à une discrasie telle que la goutte, l'herpès, ou bien déterminée par la suppression d'un flux habituel, par la disparition subite d'un prurigo ou de toute autre maladie cutanée. Cette ophthalmie, la plus rebelle de toutes, a toujours fait mon désespoir, et les pauvres malheureux qui en sont atteints tombent dans le marasme, et finissent par succomber, après avoir longtemps et beaucoup souffert.

J'ai soigné, l'année dernière, à Scutari, un Arménien, âgé de quarante-cinq ans, qui, depuis deux ans déjà, avait épuisé toutes les ressources de l'art. Les docteurs Rigler, Caratheodory et Cypriani avaient tour à tour tenté tous les moyens connus ; le mal empirant, en dépit des efforts de ces hommes distingués, je fus appelé le dernier, et voici, en peu de mots, l'historique de la maladie.

Gaspard A... était atteint, depuis son jeune âge, d'un prurigo qui parfois devenait très incommode ; le froid exaspérait le mal. Il essaya de plusieurs traitements, dont le résultat final fut la répercussion du prurigo. Il se croyait guéri, lorsque, il y a deux ans, il commença à souffrir des yeux. D'abord une légère conjonctivite se manifesta : elle céda rapidement à l'action de quelques simples ; mais au bout de quelques jours elle reparut, céda de nouveau, et ainsi de suite, durant plusieurs mois. Cette conjonctivite avait cela de particulier, qu'elle était accompagnée de douleurs très vives qui semblaient partir du fond de l'orbite et s'irradiaient sur le front et les tempes ; la rougeur disparaissait, mais les douleurs et une photophobie légère persistaient toujours. Au bout de six mois il se déclare une inflammation intense avec ulcération des cornées, photophobie insupportable, et douleurs atroces, continues d'abord, puis venant par accès. Le malade redoutait tellement ces accès, qu'il vivait dans une continuelle perplexité ; le sommeil avait fui sa paupière ; l'appétit était nul ; aucune fonction ne se faisait régulièrement ; Gaspard maigrissait à vue d'œil. Tout échoua contre cette terrible affection, ou plutôt elle suivit sa marche ascendante sans recevoir aucun amendement des moyens qu'on lui opposait.

Lorsque je vis Gaspard pour la première fois, je lui trouvai les yeux bandés avec une triple compresse noire, et, en proie à des douleurs violentes, il redoutait l'examen que j'allais faire de ses yeux ; car le moindre rayon de lumière exaspérait pour au moins vingt-quatre heures ses horribles souffrances. J'examinai les yeux : des ulcérations sous forme de facettes couvraient la cornée ; l'iris était contracté ; la conjonctive était injectée, mais par plaques ; çà et là on voyait quelques parties saines de la sclérotique ; quelques vaisseaux flexueux et variqueux traversaient la cornée ; les paupières étaient spasmodiquement contractées ; la conjonctive palpébrale était injectée, mais n'offrait pas la moindre trace de granulations. Je prescrivis des frictions irritantes sur les parties qui étaient le siége du prurigo ; j'administrai à l'intérieur les alcalins, les préparations de soufre, les tisanes dépuratives, les martiaux à haute dose (2 drachmes de sous-carbonate de fer par jour), le sulfate de quinine, l'huile de foie de morue, etc., sans obtenir d'autre résultat qu'une plus longue rémission des accès ; les bains tièdes simples et aromatiques, les sétons et les vésicatoires ne produisirent qu'une minime amélioration. J'étais à bout de ressources. Cinq mois de traitement demeurant sans effet, je conseillai au malade le changement d'air. Il alla passer l'hiver en Arménie, dans une petite ville près de Kars. Ce changement semble avoir produit son effet ; car Gaspard peut maintenant écrire à ses amis. Il m'a donné tout récemment de ses nouvelles ; il est en voie de guérison.

Un cas à peu près pareil s'est présenté ces jours derniers à mon observation. Il s'agit d'un Turc très riche, qui est atteint de la même maladie, mais à un degré d'intensité moindre. Ici l'ophthalmie est

---

excellent contre-poison. La lecture de ce code lamentable où figure le bilan des plus tristes infirmités est bien propre, en effet, à détourner d'un penchant qui, suivant une remarque déjà faite par Daniel Stern, vicie l'humanité jusque dans sa source génératíve, résultat démontré par les tables mortuaires de Londres, où l'on voit que la moitié des enfants de cette vaste capitale succombe avant l'âge de trois ans, tandis que ce même nombre n'est révolu qu'à quarante-sept années dans la secte tempérante des quakers.

Le besoin d'une règle morale, dont témoignent les publications de MM. Max Simon et Burdel, revêt, dans les deux opuscules qu'il nous reste à examiner, une expression particulièrement attendrissante. M. Seraine a eu en vue, dans ces écrits, d'assurer et de féconder les jouissances si consolantes et si pures du foyer domestique. L'un, s'appuyant sur Plutarque, dont les maximes relatives au mariage lui forment une introduction naturelle, trace aux époux un idéal de perfectionnement qu'ils doivent s'efforcer d'imiter ; l'autre s'occupe du salut des petits enfants qui sont le lien le plus puissant et comme le trait d'union de la dualité conjugale.

Ce dernier tire son principal intérêt de sa destination. C'est une instruction intelligente et concise à l'usage des mères concernant les précautions à prendre soit pour prévenir, soit pour enrayer au début les accidents morbides qui menacent l'âge tendre et débile.

Sous son modeste format, l'essai sur l'idéal de l'amour, du mariage et de la famille, présente au contraire une vraie valeur psychologique et littéraire. Il est des nuances délicates révélées au seul sens intime et qu'une âme froide et indifférente ne devine pas. M. Seraine possède évidemment, s'il ne les regrette, le secret et le bonheur des voluptés qu'il décrit avec tant d'onction et d'éloquence.

Quel encadrement ! l'amour ! Combien de voix ont proclamé, chanté, soupiré ce souverain du monde en qui toute vie se résume, que la brise souffle, que l'écho redit, que la forêt bourdonne, que le ruisseau murmure, tour à tour auteur de joies ineffables et de cruels tourments, de prodiges sans nombre et d'épouvantables désastres ! Ce magnétique agent affecte des types infinis. Auquel s'arrête M. Seraine ? Incline-t-il pour les Laïs et les Aspasies ? Reconnaît-il cette ardeur qui suscita les embrasements de Phèdre, les fureurs d'Oreste et le désespoir d'Antiochus ? Ou bien réserve-t-il son admiration et ses sympathies pour ce culte mélancolique des grandes âmes auquel ont été voués Socrate, Platon, Héloïse, Dante, Pétrarque ?

Le modèle de M. Seraine est le bon génie du mariage et de la famille,

liée à une dyscrasie goutteuse très manifeste ; et, si j'en juge par les résultats négatifs de mon traitement jusqu'à ce jour (quinzième de traitement), je suis en droit de pronostiquer soit une très longue durée, soit même l'incurabilité de cette ophthalmie. Cet homme vient de Koniah pour chercher la guérison à Constantinople ; il est malade depuis déjà deux ans.

Quoique l'ophthalmie granuleuse, telle qu'on la voit dans les Flandres, soit inconnue à Constantinople, le nombre des granulés que l'on rencontre est très considérable : les uns ont contracté la maladie en Égypte, les autres l'ont vue paraître à la suite des conjonctivites négligées ou mal soignées. Les moyens que nous employons avec le plus de succès sont les scarifications, les cautérisations avec le sulfate de cuivre, et les frictions avec la feuille de pariétaire. Ce dernier moyen est populaire, et employé par les empiriques du pays. J'ai été frappé de la manière uniforme dont la scarification s'opère par une feuille si tendre ; le saignement est très abondant, et le malade éprouve moins de douleurs et plus de soulagement que par les caustiques, etc. J'ai banni de mon arsenal pharmaceutique la pierre infernale et l'acétate de plomb par la méthode de Buys, moyens plus nuisibles qu'utiles.

J'ai cité, en parlant des maladies observées sur des militaires, un cas de cancer de l'œil ; j'en rapporte ici l'observation telle que je l'ai recueillie au lit du malade.

Mustapha-Effendy, imam d'un régiment de la garde, âgé de soixante ans, d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin bilieux, jouissait d'une florissante santé jusque vers la fin de 1852. Depuis cette époque, il venait me consulter fréquemment à l'hôpital. Tantôt il accusait des douleurs violentes dans les reins, tantôt des coliques, tantôt une rétention d'urine, de la constipation ou de la diarrhée, des douleurs dans le thorax, dans les membres ; enfin, il commença à se plaindre de maux de tête. Je ne pouvais pas croire à une simulation, car il n'avait aucun motif de simuler ; mais je ne pouvais jamais me rendre un compte exact de son état. Était-ce la syphilis ? Le malade m'assurait n'avoir jamais eu de chancres, jamais rien qui pût me mettre sur la voie. Était-ce la goutte ? J'étais assez porté à le croire ; et pourtant la marche de la maladie, sa forme, me faisaient douter. Était-ce une de ces formes névralgiques sans siége bien précis, une de ces névroses protéiformes auxquelles on a donné le nom d'*hypochondrie* ? J'avoue que je n'en savais rien, et que je tâtonnai dans l'obscurité. Enfin, au mois de septembre 1853, alors que tout le mal s'était fixé à la tête, le malade vint un jour me montrer une tumeur du volume d'une noisette, qui s'était développée sur le milieu du pariétal gauche, et accompagnée d'élancements et douleurs profondes ; en même temps l'œil droit était proéminent et douloureux : il faisait une saillie d'environ 4 lignes hors de l'orbite, ses mouvements étaient gênés ; la conjonctive était injectée ; il y avait aussi un chémosis œdémateux ; l'œil était dur, la pupille mobile, la vision intacte. Je fis coucher Mustapha-Effendy dans la salle n° 7 de l'hôpital de Gulhané, et je le soumis à un traitement antiphlogistique énergique d'abord, puis aux préparations iodées et mercurielles ; j'employai la ciguë et tous les remèdes connus sous le nom vulgaire de *fondants* : rien n'y fit ; bien plus, la tumeur fixée sur le pariétal atteignit bientôt le volume d'un œuf de poule. L'œil était sans cesse chassé de son orbite ; les paupières ne pouvaient plus, malgré leur énorme distension, le recouvrir : il s'ulcéra. L'ulcère avait l'aspect blafard ; un pus sanieux s'en écoulait sans cesse. Soumis au microscope Nachet, nous découvrîmes la cellule cancéreuse bien caractéristique. Le cancer se présentait sous la forme encéphaloïde. Bientôt des tumeurs cancéreuses multiples apparurent sur tout le corps dans l'ordre suivant : Deux tumeurs du volume du poing, à l'insertion brachiale du deltoïde, une de chaque côté ; une tumeur du volume d'une tête de fœtus, dans le bas-ventre, à la fosse iliaque droite ; une tumeur à la région du foie, du volume du poing ; une tumeur au périnée ; une sur chaque jambe. Ces différentes tumeurs troublaient naturellement toutes les fonctions des divers organes à proximité desquels elles avaient leur siége. Enfin, après quatre mois de souffrances atroces, Mustapha-Effendy rendit le dernier soupir.

J'ai relaté un cas de cancer de l'œil observé sur une femme turque, dans les *Annales d'oculistique de Belgique* (février 1854). J'ai vu encore deux cas de cancer de l'œil, arrivé à la dernière période, chez une femme et un homme turcs. Les détails me manquent, et je ne saurais en donner l'historique.

NOTE SUR LES PILULES D'IODURE DE FER, lue à la Société de médecine de Bordeaux, par M. PERRENS, pharmacien.

La note suivante pourra être utile aux praticiens qui n'ont pas sous la main les préparations d'iodure ferreux mises en dépôt par les spécialistes. A. D.

Ce serait peut-être rendre service à tout le monde que de faire connaître un moyen sûr et expéditif, que j'ai adopté, pour suppléer à l'insuffisance du Codex et des formulaires sur ce qui concerne les préparations de fer. Sa valeur pourra être jugée par l'échantillon que je joins à cette note.

Pr. Iode	1 gramme.
Fer en poudre non oxydé. .	1
Miel blanc	1
Poudre de réglisse.	2

Broyez rapidement dans un mortier de fer l'iode et la limaille, de façon à opérer un mélange exact ; ajoutez le miel ; broyez vivement ; et quand la masse, de brune qu'elle était, sera devenue noire et n'exhalera plus odeur d'iode, incorporez-y de vive force la poudre de réglisse, et divisez rapidement en 25 pilules. Argentez.

La formule ci-dessus fournit les pilules dont la Société tient l'échantillon ; elles se préparent en moins de dix minutes, et se

---

qui n'admettent ni les enivrements impurs du lupanar, ni les emportements tragiques, ni les tensions maladives. Il a pour attributs la modération et la douceur, pour escorte l'abnégation et la pratique de toutes les vertus, pour aliment sa participation dévouée à une tâche sainte et sublime, pour prix, enfin, outre les ravissements du cercle qui l'entoure, la sérénité de la conscience satisfaite du devoir rempli.

Pour M. Seraine, confondus en une merveilleuse unité, amour, mariage et famille, constituent autant de termes dont sa thèse fait jaillir les rapports. Plus l'accord est précieux, plus on doit craindre d'en troubler l'équilibre, d'en altérer la pureté. L'harmonie des caractères est surtout nécessaire à l'alliance matrimoniale, qui, si manque cette condition heureuse, n'est plus, sans parfum, sans poésie, qu'amertume et tristesse. Aussi M. Seraine condamne-t-il l'indissolubilité qui rive à une chaîne de tortures sans fin tant d'époux mal assortis.

M. Seraine, blâmant également la précipitation avec laquelle les mariages sont accomplis, regrette vivement, à ce sujet, l'abandon d'une coutume que l'on retrouve au berceau de l'humanité, et qui, adoptée chez les Romains et les Grecs, subsiste encore à l'état d'institution dans quelques pays slaves, en Russie, en Allemagne, en Suède, en Danemarck. Je veux parler des fiançailles, épreuve si favorable à la révélation de l'amour chaste, si propre à sauvegarder, à l'époque orageuse de la jeunesse, la virginité physique et morale, à fortifier l'énergie, à développer le talent, et qui, demeurant gravée dans la mémoire des époux, leur rappelle sans cesse les plus douces heures de la vie, et répand jusque sur leur couchant les teintes d'une chaude lumière.

A la vérité, nos mœurs affairées s'opposeraient à la résurrection de cet usage ; mais, en compensation, n'est-il pas du moins d'autres garanties ? La principale et la plus sûre consisterait, suivant M. Seraine, dans le perfectionnement et la propagation de l'éducation générale, dont les vices ou l'absence lui semblent, en livrant l'esprit aux suggestions imprévoyantes de l'instinct, avoir été jusqu'ici l'une des causes les plus actives des mauvaises unions. Du reste, supérieur en ce point à M. Max Simon, loin de restreindre comme lui l'éducation à une face circonscrite, à un unique sentiment, il agrandit son domaine et en pose aussi largement que possible les assises intellectuelles et morales.

Nous nous arrêtons, et bien à regret ; car si notre cadre eût été moins rigoureux, nous eussions voulu justifier par des citations l'analyse et l'appréciation rapide de publications qui renferment moins de pages que d'enseignements. L'ouvrage de M. Seraine appelait, en particulier, un mode de critérium qui eût permis de juger, dans la propre forme de l'auteur, de

conservent indéfiniment dans la poudre de lycopode. Elles contiennent chacune 0,05 de proto-iodure de fer ; elles sont légèrement déliquescentes, et doivent être gardées dans un flacon bouché.

Il me semble que, grâce à cette formule bien simple, l'iodure de fer pourrait reprendre un emploi plus fréquent en médecine. Les pilules ainsi préparées, donnant, sous une forme qui ne répugne pas au goût, un sel d'une solubilité extrême, présentant les doubles vertus de l'iode et du fer, entretenues par le miel dans un état de mollesse essentiellement propre à la division dans l'estomac, me paraissent bien supérieures au sirop de Dupasquier, dont la saveur atramentaire et la facile décomposition sont bien connues.

La formule une fois généralisée, le médecin n'a plus à s'occuper des doses ; il se contentera de mettre, par exemple :

Pr. Pilules d'iodure de fer de 0,05... Nombre : 50.

Le pharmacien fera son calcul ; sachant qu'un poids quelconque d'iodure supposé sec renferme les 4/5 d'iode, il n'aura qu'à prendre les 4/5 de 2 gr.,50, dose d'iodure ordonnée par le médecin, et à établir sa formule ainsi :

Pr. Iode	2 grammes.
Fer, un excès	2
Miel	2
Poudre de réglisse	4

Ainsi faites, ces pilules sont nécessairement de bonne conservation. L'iodure formé se trouve en présence d'un excès de fer divisé et du miel, dont l'action simultanée le préserve indéfiniment de l'action oxydante de l'air. J'en ai conservé pendant plusieurs mois sans que la couche d'argent qui les recouvre ait subi la moindre altération, indice certain de la parfaite combinaison de l'iode et du fer. (*Journal de médecine de Bordeaux*, février 1855.)

VERMIFUGE TRÈS EFFICACE, DIT DES DEMOISELLES GARBILLON.

Semen-contra en poudre	125 grammes.
Aloès en poudre	15
Pignon d'Inde en poudre	8

Mêlez exactement. Dose de 1 à 4 grammes, le soir et le matin, immédiatement avant la soupe, en bol ou délayée dans un peu d'eau. Cette formule est tous les jours ordonnée par M. le docteur Borson, médecin à l'Hôtel-Dieu de Chambéry.

Une longue expérience a appris à cet honorable praticien que la plupart des malades, au moment de leur admission dans cet hôpital, présentent comme complication l'existence de vers lombrics, qui sont constamment expulsés par ce vermifuge employé avec la méthode qu'il a bien voulu tout récemment me faire connaître (M. Caffe), et que je viens de reproduire. (*Journ. des Conn. méd. prat.*).

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

MÉDECINE LÉGALE.

Propagation de la syphilis par la vaccination.

1° EXPOSÉ DES FAITS.— Le 16 juin 1852, le docteur Hübener, médecin sanitaire de Hollfeld (Bavière), vaccina huit enfants de la commune de Freienfels, tous bien portants jusque-là, ainsi que leurs mères et leurs proches. Il se servit, à cet effet, du vaccin pris sur l'enfant de Marguerite Keller, célibataire, âgée de vingt-neuf ans. Au dire des parents des vaccinés, les résultats de cette inoculation n'auraient pas été ceux d'une vaccination ordinaire : chez la plupart des enfants, les premiers effets ne se seraient manifestés qu'au bout de quinze jours ou plus ; à la place où avaient été faites les piqûres, se seraient produites de petites vésicules qui n'auraient point tardé à se rompre, laissant à leur place de petites ulcérations suppuratives. Celles-ci se seraient étendues peu à peu, les unes en superficie, les autres en profondeur. Quelques enfants, néanmoins, auraient eu, huit jours après la vaccination, des boutons analogues à ceux de la vaccine ; mais ces boutons, au lieu de suivre leur marche habituelle, se seraient transformés plus tard en petits ulcères qui auraient fini par devenir confluents, et dont la guérison n'aurait eu lieu qu'au bout de plusieurs semaines ou même de plusieurs mois.

Au mois de septembre suivant, trois mois par conséquent après la vaccination, la plupart des enfants vaccinés se présentèrent, dit-on, dans l'état suivant : Les ulcères dont nous venons de parler ont disparu ; mais des élevures aplaties ou verruqueuses existent aux parties génitales, principalement aux commissures des grandes et des petites lèvres chez les filles, au scrotum et aux plis des cuisses chez les garçons. On prétend même que, chez quelques enfants, les premières ulcérations, cicatrisées depuis l'apparition des élevures des organes génitaux, se seraient reproduites dès que ces dernières se furent flétries pour disparaître. Plus tard, des manifestations semblables se montrèrent au pourtour de l'anus, dans le pli interfessier, à la partie postérieure des cuisses, au bas-ventre.

A la même époque, des éruptions suspectes apparurent chez les mères et chez les bonnes des enfants vaccinés : c'étaient des rhagades, des condylomes à l'anus et aux parties génitales.

Jusqu'au 10 février 1853, tous ces malades ne reçurent la visite d'aucun médecin. Les premières ordonnances (suivant les principes homœopathiques) furent faites par le docteur Hübener, le 10, le 13 et le 17 février 1853.

Le 18 février, douze des malades (enfants et adultes), et, quelques jours plus tard, quatre autres, furent examinés par un autre médecin (docteur W.), qui, dans son rapport, daté du 21 février 1853, exprime la conviction que tous ces malades sont affectés de syphilis, manifestée par des angines, des ulcères, des chancres pha-

l'attrait avec lequel il a non-seulement reflété les belles théories de Plutarque sur le mariage, mais montré comment on doit en comprendre l'essence, par quelle série d'égards, de soins, de solidarité, on peut le transformer en vérité possible, enfin quelles félicités ineffables il est susceptible de procurer.

Bien venus sont d'ailleurs ces travaux attachants pour l'éclat et l'honneur de la profession médicale ; ils en relèvent l'autorité, et, par une dispersion légitime, en étendent les horizons. Les phénomènes matériels, la maladie, la médication, tel est le cercle antimétaphysique où l'on a prétendu confiner la science, sa mission, son but. Injuste et arbitraire délimitation ! S'il préside aux cures morbides, le médecin ne doit-il pas en même temps se proposer pour idéal d'arriver, par toutes les voies accessibles, au minimum des maladies ? Presque aucun sujet n'est étranger à ses méditations, et, toutes les fois qu'il a abordé quelque grand problème civilisateur, il l'a toujours fait avec succès et profit. Ainsi de M. Munaret dans son *Médecin des villes et des campagnes*, de notre ami très regretté le docteur Foucault dans divers opuscules d'hygiène sociale, de M. Ferrus dans son beau livre sur l'emprisonnement, de Lallemand dans son admirable traité de l'éducation publique, de MM. Vingtrinier, Boileau de Castelnau, et d'une foule d'autres non moins méritants, non moins heureux. Améliorer le criminel et perfectionner la répression, propager l'instruction et à son aide la moralité, restaurer la vie de famille, en dévoiler les devoirs et les avantages, c'est, en empêchant les orages, les tribulations, les conflits et les douleurs de naître, faire de la pathologie préventive, prévenir, en un mot, pour n'avoir pas à réprimer !

DELASIAUVE.

Le célèbre physiologiste M. Bischoff, si connu par ses travaux d'embryologie, vient d'être appelé de l'université de Giessen à celle de Munich. Cette dernière école aura successivement ravi à celle de Giessen ses deux plus grandes célébrités, le baron Liebig et M. Bischoff. Nous apprenons également la nomination de M. Lange (d'Heidelberg) à la chaire d'accouchements de la Faculté de médecine de Prague.

gédéniques, des rhagades au cou, aux bras, au voile du palais, aux commissures de la bouche, à la langue, aux parties génitales, à l'anus; par des condylomes à l'anus et des formations pustuleuses variant depuis des papules très petites jusqu'à des tubercules; par des ophthalmies et des ozènes. Il ajoute que deux parentes adultes desdits enfants ont eu des ulcères chancreux sur l'avant-bras gauche, aux points habituellement en contact immédiat avec le siége de l'enfant qu'elles avaient la coutume de porter sur les bras; il parle aussi de boutons sur les seins des nourrices, de boutons et d'ulcères sur la moitié inférieure de la face d'une vieille domestique, et d'un commencement d'affection locale à la bouche et à la langue d'une femme enceinte de plusieurs mois et dont les parties génitales n'offraient rien de suspect.

Un deuxième médecin, délégué par la justice d'Oberfranken, confirma ces faits dans son rapport du 7 mars; il mentionna en outre des syphilides muqueuses chez plusieurs enfants, des condylomes à l'anus et aux parties génitales chez la fille J..., des condylomes, une angine et une ophthalmie chez la femme H...

Ajoutons que trois autres enfants de la même localité et deux d'une commune voisine furent inoculés avec le même vaccin que les huit dont nous venons de parler, et qu'ils eurent des pustules vaccinales très normales, sans aucun accident pouvant faire soupçonner la syphilis.

Voici maintenant ce que nous savons de l'enfant de Marguerite Keller: Il était né le 4 mars 1852, et avait donc trois mois le jour de la vaccination. Le docteur H... assure qu'il l'a examiné avec soin ce jour-là, et qu'il l'a trouvé bien portant; mais il est contredit par la mère, qui soutient qu'à cette époque déjà son enfant portait aux jambes trois ou quatre pustules, bien que jouissant en apparence d'une santé parfaite. Cette éruption pustuleuse se serait étendue plus tard aux pieds et au fondement; le reste du corps, spécialement la partie antérieure, serait demeuré intact. Huit jours avant la mort, l'enfant aurait été pris d'ophthalmie et de suppuration de l'ombilic; les pustules des extrémités inférieures et du fondement étaient alors guéries. Il couchait habituellement dans le même lit que la mère et un autre enfant, auxquels il n'a point communiqué de maladie. Enfin, il mourut le 6 août 1852, dans un état d'émaciation extrême, bien qu'il eût conservé un appétit vorace. L'autopsie n'a pas été faite.

Le jour de la vaccination, l'enfant était frais et dispos, entouré de ses langes, et n'avait de découvert que les bras et les épaules.

Quant à la mère, le témoignage de la sage-femme qui l'a assistée, établit qu'elle était bien portante (ainsi que l'enfant) *au moment de l'accouchement et pendant les dix jours qui l'ont suivi.* Mais elle reconnaît, d'accord avec un médecin qui l'a soignée il y a deux ans, avoir eu à cette époque des ulcérations déclarées *suspectes* et siégeant dans la bouche et aux parties génitales, ulcérations qui se cicatrisèrent sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. A la même époque, cinq personnes de la famille qui l'employait comme domestique présentaient des ulcérations semblables. Un examen pratiqué le 10 et le 14 mars 1853 ne fit découvrir aucune trace de syphilis sur Marguerite Keller.

Sur la plainte des parents des malades, une instruction fut commencée contre le docteur H..., accusé d'avoir porté, par imprudence, un dommage grave à la santé d'un grand nombre de personnes. Un premier jugement intervint, qui condamnait l'accusé à un emprisonnement de longue durée; mais il fut cassé par la cour suprême, qui renvoya l'affaire devant une cour d'appel. A la requête du défenseur, le docteur Heyfelder fut appelé devant le tribunal pour donner son appréciation écrite des diverses circonstances du procès, et pour répondre spécialement sur les deux questions suivantes:

1° Est-il certain ou probable que l'enfant de Marguerite Keller, qui a servi à vacciner plusieurs enfants, fût affecté de syphilis le 16 juin 1852 (jour de la vaccination)?

2° Est-il certain ou probable que la maladie syphilitique des huit enfants de Freienfels fût déterminée par le transport de la matière syphilitique dans l'inoculation du 16 juin 1852?

A ces deux questions, le professeur Heyfelder répondit négativement; mais un autre expert, appelé à la requête du ministère public, fut d'un avis complétement opposé. Le tribunal prononça une condamnation à six semaines de prison.

2° Appréciation. — Il y a, dans le fait complexe que nous venons d'analyser, trois parties bien distinctes, qu'il importe d'examiner attentivement: l'infection de l'enfant Keller, celle des huit enfants vaccinés, et celle des personnes qui allaitaient ou soignaient ces derniers.

I. Dans quel état se trouvait l'enfant Keller au moment où la vaccination a été faite? Était-il syphilitique? Et, si la réponse est affirmative, portait-il de véritables chancres primitifs, ou n'offrait-il que des symptômes secondaires ou tertiaires de la syphilis?

Pour décider ces questions d'une manière qui rendît toute contradiction impossible, il aurait fallu que cet enfant fût examiné avec attention par un médecin compétent et désintéressé dans la question, le jour de la vaccination et pendant le temps compris entre ce jour et celui de la mort de l'enfant; il aurait fallu, de plus, que l'autopsie fût faite avec beaucoup de soin. Or, rien de tout cela n'a eu lieu. La présomption d'une maladie syphilitique repose: — *a*. Sur l'affirmation de la mère, qui déclare que le 16 juin son enfant portait trois ou quatre pustules à la face interne des cuisses, et que des pustules analogues auraient envahi ensuite quelques autres régions du corps très limitées. Pendant ce temps, celles de la cuisse auraient disparu, et l'enfant aurait maigri de plus en plus, pour mourir enfin dans le marasme, après avoir présenté des signes d'ophthalmie et une suppuration de l'ombilic. Or, ces affirmations, faites par une personne complétement étrangère à l'art de guérir, sont évidemment tout à fait insuffisantes pour établir qu'il s'agissait véritablement d'une syphilis, puisque plusieurs maladies de l'enfance peuvent donner lieu à des accidents en tout semblables à ceux qui auraient existé, et que, d'ailleurs, ces derniers ne s'accordent pas complétement avec la marche normale de la vérole. — *b*. Sur le témoignage des mères des enfants vaccinés qui ont assisté à l'opération. Mais ce témoignage, porté par des personnes très intéressées dans la question, devient fort suspect en présence de l'affirmation du docteur H... et de celle de la femme Keller, qui déclare que, le 16 juin, son enfant avait toutes les apparences d'une santé parfaite, et que, pendant l'opération, l'enfant était enveloppé de ses langes, ne présentant à découvert que les membres supérieurs; les pustules qui auraient existé aux extrémités inférieures étaient donc complétement dérobées à la vue des assistants. — *c*. Sur l'existence antérieure de la syphilis chez la mère. Mais nous ferons remarquer que le médecin qui a donné des soins à la femme Keller ne prononce pas le mot de *syphilis;* il parle seulement d'ulcérations suspectes, sans spécifier qu'il s'agit véritablement de vérole. L'efficacité d'un traitement antisyphilitique contre ces ulcérations n'est pas un argument de grande valeur; car on sait qu'une foule de médicaments, le mercure en particulier, sont utiles dans des affections très différentes. D'ailleurs, la déposition de la sage-femme établit qu'au moment de l'accouchement il n'existait aucun symptôme de maladie, ni chez la mère, ni chez l'enfant. On pourrait tout au plus admettre, sans qu'une preuve péremptoire du fait fût possible, que l'enfant était syphilitique par hérédité, et que les symptômes de sa maladie ne se sont développés que trois mois environ après l'accouchement; ou bien qu'il est devenu syphilitique après sa naissance, par suite de circonstances que nous ignorons, peut-être par la vaccination même. Or, dans ce cas, il a dû présenter soit des accidents primitifs, soit des accidents secondaires.

Or, quel était l'état des pustules d'où le vaccin a été retiré? Étaient-ce de véritables pustules de vaccin, ou étaient-ce des pustules qui précèdent le chancre? Cette dernière supposition paraîtra déjà très peu probable, si l'on considère que le docteur H... avait vacciné lui-même l'enfant Keller, et qu'il a dû être à même de distinguer entre elles ces deux espèces de pustules. Mais elle tombe complétement devant le fait de cinq inoculations qui ont été suivies de boutons vaccinaux très normaux. Il est donc démontré que, le 16 juin, l'enfant Keller portait de véritables pustules de vaccine.

Supposé qu'il fût syphilitique par voie d'hérédité, ces pustules

ne devaient offrir rien de particulier qui pût les faire distinguer des boutons vaccinaux développés sur un enfant sain. C'est là un point sur lequel des faits nombreux ont depuis longtemps fixé la science. Prétendra-t-on que ces pustules, quoique de bonne apparence, pouvaient contenir cependant un pus de mauvaise nature? Non, car, comme le dit le professeur Anglada (*Traité de la contagion*, t. I, p. 314) : « On peut affirmer aujourd'hui qu'une » observation soutenue a établi la constante uniformité du vaccin » et fait justice des craintes qui avaient prescrit de le prendre sur » des individus d'une constitution saine, incapables de le modifier » vicieusement. »

Ainsi, quel que fût l'état de santé de l'enfant de la femme Keller, il est démontré qu'il n'a pu fournir que du vaccin de bonne nature. La science ne possède pas un seul fait irréprochable qui démontre que du vaccin retiré d'une pustule vaccinale d'un individu syphilitique puisse transmettre la syphilis. Une observation de cette nature a été publiée par le docteur Em. Potton; mais M. Delasiauve a fait observer avec raison qu'elle ne démontre rien moins que ce que l'auteur s'est cru en droit d'en déduire (*Revue médic.*, 1844, t. III, p. 231).

II. Il est certain que les huit enfants qui ont été vaccinés par le docteur Hübener le 16 juin 1852 ont présenté plus tard des symptômes qu'il est impossible de ne pas rapporter à la syphilis; mais un examen scientifique de leur état n'a été fait que sept mois après la vaccination. Que s'est-il passé dans cet intervalle? Si le nombre considérable des malades autorise, en quelque sorte, à admettre qu'une cause commune a dû présider au développement de leur maladie, il n'est pas certain, cependant, que cette cause soit réellement le fait de la vaccination. L'argument *post hoc*, *ergo propter hoc*, serait ici d'une application fort contestable. De quelle manière ces accidents se sont-ils développés? Quels ont été les premiers symptômes? Ici encore, nous n'avons pour toute réponse que des allégations de personnes incompétentes. On dit que, chez la plupart des malades, les vésicules qui ont succédé aux piqûres ne se sont montrées que le quinzième jour après l'inoculation; mais ce n'est pas ainsi que se conduit le pus chancreux porté sous l'épiderme : on sait que, dans ce cas, le développement de la vésicule à laquelle succède le chancre a lieu beaucoup plus tôt. Faudrait-il voir dans ce fait quelque analogie avec ceux qu'a publiés le docteur Waller (de Prague), pour prouver la transmissibilité des accidents secondaires par l'intermédiaire du sang? Il resterait toujours à se demander pourquoi le résultat n'a pas été le même pour les cinq enfants restés indemnes.

Quant à expliquer comment les huit enfants ont été infectés de syphilis, personne ne prétendra que l'accusé fût tenu d'indiquer par quel mécanisme cette infection a pu avoir lieu. Pour nous, considérant que c'est le même pus qui a servi à faire les treize inoculations, dont huit ont produit des accidents syphilitiques, et cinq des pustules vaccinales très normales, nous ne pouvons nous empêcher d'admettre qu'il a dû se passer quelque chose de différent dans les premières vaccinations et dans les secondes. Mais, avant tout, il nous faudrait savoir si toutes ces inoculations ont été faites le même jour, *avec la même lancette*, quel est le pansement qui a succédé aux piqûres, etc., circonstances dont il a dû certainement être question dans les débats du procès, et sur lesquelles M. le professeur Heyfelder voudra bien nous renseigner.

Des expériences faites par le docteur Sigmund ont prouvé que l'inoculation d'un vaccin mélangé avec du pus de chancre donne lieu au développement d'un chancre et non d'une pustule de vaccin. Ne pouvons-nous pas renverser la proposition, et dire : « Dans les cas où l'inoculation d'un liquide vaccinal est suivie du développement d'un chancre à l'endroit de la piqûre, il est certain que du pus de chancre avait été mêlé au vaccin? Il est bien entendu que nous ne voulons parler que des cas où l'on aura pris les précautions nécessaires pour empêcher toute espèce d'infection consécutive à l'inoculation.

III. Nous arrivons enfin à la troisième partie de ce fait intéressant, celle qui se rapporte à la contagion des accidents secondaires, question qui a été diversement résolue en France, à laquelle la plupart des auteurs allemands, M. Heyfelder en particulier, n'hésitent pas à répondre affirmativement, et que le fait actuel n'est pas susceptible d'éclaircir notablement, en l'absence de détails précis.

M. Sée.

— En présence des lacunes nombreuses et essentielles qu'offre l'exposé des faits, une explication ne peut prétendre à s'imposer. Deux versions me semblent à peu près également probables; mais je reconnais que chacune ne rend compte que d'une partie des circonstances.

Ou l'enfant Keller était infecté héréditairement, cas où les symptômes, quelle que soit leur apparence, peuvent se transmettre, et produire chez l'infecté d'autres symptômes également transmissibles. Ainsi se comprendraient les lésions spécifiques éclatant chez les adultes en relations habituelles avec les nourrissons vaccinés;

Ou l'enfant Keller avait, dans *quelques-uns* de ses boutons prétendus vaccinaux, de véritables chancres primitifs (1) à l'état initial de pustules. Cette version prend une grande force, si l'on remarque d'abord que, chez les huit enfants infectés, le premier symptôme en date a eu tous les caractères du chancre primitif, puisque trois mois s'écoulèrent ensuite avant l'apparition des accidents secondaires (tubercules muqueux à la région ano-génitale). N'est-ce pas là la physionomie et l'évolution rigoureuse des phases de la vérole, telle qu'elle s'observe succédant à l'inoculation d'un chancre primitif?

P. Diday.

(1) Voir un cas de ce genre, *Gazette hebdomadaire*, t. I, p. 1105.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Mémoire sur l'origine de l'hématocèle rétro-utérine. — M. *Laugier* s'est proposé, dans ce mémoire, de compléter l'histoire de l'hématocèle rétro-utérine, et particulièrement d'en indiquer l'origine et le siége précis. L'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes : 1° La ponte spontanée est bien, comme on l'a avancé, la cause occasionnelle de l'hématocèle rétro-utérine. 2° La congestion physiologique de l'ovaire pendant la ponte spontanée avec persistance de l'ouverture de la vésicule de Graaf ne donne pas lieu à l'hématocèle. 3° Il faut, pour que celle-ci soit produite, une congestion exagérée amenée quelquefois par des causes accidentelles, dont l'action s'exerce soit pendant, soit peu de jours après les règles. Les avortements ne sont pas des causes immédiates de l'hématocèle, ainsi qu'on l'a pensé à tort. 4° Ce sont surtout les retours de la ponte spontanée qui augmentent graduellement le volume de l'hématocèle. 5° Les vésicules ovariques successives s'ouvrent dans le kyste hématique et y restent béantes, de sorte que l'ovaire est détruit par un petit nombre de pontes spontanées opérées dans les conditions que présente cet organe après le début de l'hématocèle. 6° La rupture d'une vésicule de Graaf étant la voie ouverte au sang qui s'échappe de l'ovaire, le kyste de l'hématocèle sera le plus souvent intrapéritonéal. 7° La ponte spontanée et l'hématocèle ont pour caractère commun une douleur abdominale unilatérale dont le siége est l'ovaire où se passe l'évolution vésiculaire. 8° Le rut peut causer chez les animaux une congestion ovarienne suivie de la rupture de cet organe, c'est-à-dire des accidents semblables à l'hématocèle rétro-utérine. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Sur la résection de la tête de l'humérus d'après un nouveau mode opératoire, par M. *Baudens*. — De toutes les parties du squelette, dit M. Baudens, aucune ne se prête mieux à la résection que la tête de l'humérus, et aucune ne donne de plus beaux résultats. Sur 14 résections, il y a eu 13 guérisons et 1 seul décès; aussi M. Baudens, renversant les termes d'une proposition reçue, admet-il la résection comme règle et l'amputation comme exception, quand une balle a brisé la tête de l'humérus. Quand la résection a pu être limitée à la tête de l'humérus, on obtient le rétablissement des mouvements du bras; seulement la nouvelle articulation représente un ginglyme d'autant plus puissant que le muscle

deltoïde, que les muscles grand pectoral, grand dorsal et grand rond ont conservé une intégrité plus grande. La résection immédiate doit être préférée à la résection consécutive. Pour obtenir une résection nouvelle, il faut : 1° maintenir l'humérus au contact immédiat de la cavité glénoïde de l'omoplate ; 2° ménager le plus possible les fibres musculaires et les nerfs. Aussi M. Baudens rejette-t-il les procédés opératoires basés sur la formation d'un lambeau pour adopter la simple incision, mais non telle que la faisaient White, à la partie externe, ou Percy et Larrey, à la partie moyenne. Il préfère la pratiquer au côté interne pour trois raisons : 1° La tête de l'humérus est là plus superficiellement placée que partout ailleurs ; 2° on peut découvrir celle-ci dans toute sa hauteur en prolongeant la simple incision dans l'espace compris entre l'acromion et l'apophyse coracoïde ; 3° les quatre muscles insérés aux tubérosités ne sont facilement attaqués que par l'incision interne qui permet de tomber d'emblée dans la coulisse bicipitale. Le procédé de M. Baudens se résume en cinq temps :

Premier temps. Le bras étant légèrement tourné en dehors et en arrière, plonger la pointe d'un petit couteau à amputation en dehors de l'apophyse coracoïde directement sur le sommet de la tête de l'humérus ; abaisser le poignet et descendre en droite ligne à 10 ou 12 centimètres plus bas, en appliquant toujours la pointe de l'instrument sur l'humérus qui lui sert de guide.

Deuxième temps. Si les lèvres de l'incision empêchent par leur contraction de découvrir la tête de l'humérus, couper en travers et dans l'angle supérieur un trousseau musculaire sans inciser la peau qui ne nuit en rien ; s'abstenir dans le cas contraire. Au fond de l'incision se voit la coulisse bicipitale dont la gaîne a été ouverte. Dans cette coulisse est une puissance, la longue portion du muscle biceps ; il faut la couper sans désemparer.

Troisième temps. Ramener au centre de l'incision, par des mouvements légers de rotation du bras en dedans, puis en dehors, la grosse, puis la petite tubérosité, afin de diviser les quatre muscles qui s'insèrent à leur sommet.

Quatrième temps. Par le fait de la section de ces quatre muscles, la capsule se trouvant largement ouverte, porter le coude en arrière et en haut, afin de faire sortir en la luxant la tête de l'humérus ; détacher doucement le périoste, et faire glisser sous le col de cet os la scie articulée, pour faire, autant que possible, une extirpation *sous-périostée*.

Cinquième temps. Lier les vaisseaux, recouvrir avec le périoste conservé, comme d'un petit capuchon, le bout supérieur de l'humérus, et le maintenir au contact de la cavité glénoïde de l'omoplate. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Mémoire sur une méthode particulière d'appliquer la cautérisation a la réunion de certaines divisions anormales, et spécialement a celles du voile du palais, par M. *J. Cloquet*. — L'énergie avec laquelle s'exerce, à la suite des brûlures, la rétraction du tissu cicatriciel, a suggéré à M. J. Cloquet l'idée de l'utiliser dans les cas où il y a des ouvertures à fermer, des divisions à réunir, surtout lorsque des obstacles considérables s'opposent à la guérison. Dans le présent mémoire, l'auteur s'occupe spécialement des divisions du voile du palais. La méthode que propose M. Cloquet consiste à porter le cautère uniquement à l'angle de la division dans une étendue restreinte, à laisser la rétraction du tissu cicatriciel s'opérer, puis à pratiquer une nouvelle opération semblable et à attendre encore pour recommencer ensuite, de manière à ramener peu à peu les parties divisées les unes vers les autres, et à les réunir par une suite de cicatrisations qu'on peut considérer comme autant de *points de suture successifs*. On a ainsi le double avantage de pouvoir surveiller incessamment les résultats du traitement, et d'obtenir les réunions les plus difficiles par une opération simple, à peine douloureuse et exempte de toute espèce de dangers. Appliquée quatre fois par M. Cloquet pour obtenir la réunion de divisions du voile du palais, la cautérisation méthodique a donné chaque fois d'heureux résultats. L'opération est simple, peu douloureuse, n'exige aucun changement dans le régime et dans les habitudes, et peut être pratiquée par tout chirurgien, sans l'assistance d'un aide exercé. Le cautère actuel doit être préféré aux caustiques, dont l'action est plus douloureuse, moins profonde, et qui déterminent la formation d'une cicatrice moins résistante et moins rapidement organisée. Chez les malades pusillanimes, on peut avoir recours à un fil de platine introduit dans la bouche avant que le circuit soit fermé, et porté ensuite au rouge blanc par le courant électrique.

La cautérisation ne s'applique pas seulement aux divisions du voile du palais ; elle a été encore employée pour guérir des perforations de cet organe d'origines diverses. Un reproche à faire à cette méthode, est la longueur du traitement ; mais c'est à la lenteur de son action qu'elle doit son innocuité, et cet inconvénient est bien faible, puisque le sujet n'éprouve aucune altération dans sa santé, aucun changement dans ses habitudes.

M. J. Cloquet se propose de traiter dans un prochain mémoire de la cautérisation appliquée méthodiquement à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale et de quelques espèces de fistules. (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Considérations sur la salubrité relative des différents quartiers dans les villes, par M. *Junod*. — L'auteur de ce mémoire a observé la tendance que la classe aisée a à se porter principalement vers l'ouest, abandonnant le côté opposé aux diverses industries. Il fait remarquer qu'il en est ainsi à Londres, à Vienne, à Berlin, à Saint-Pétersbourg, à Paris, etc., et qu'on peut constater le même fait en visitant les viaducs de Pompéi et d'autres villes anciennes. La raison d'un fait aussi général est toute physique, d'après M. Junod, et se rattache à la pression atmosphérique. Lorsque la colonne barométrique s'élève, la fumée et les émanations nuisibles s'évanouissent rapidement dans l'espace. Dans le cas contraire, nous voyons la fumée et les vapeurs nuisibles séjourner dans les appartements, à la surface du sol. Or, tout le monde sait que de tous les vents, celui qui fait monter le plus la colonne barométrique, est le vent d'est, et que celui qui l'abaisse le plus est le vent d'ouest. Lorsque celui-ci souffle, il a l'inconvénient d'entraîner avec lui, sur les quartiers situés à l'est des villes, tous les gaz délétères qu'il a rencontrés dans son parcours sur les quartiers situés à l'ouest. Il résulte de là que les habitants de la partie orientale d'une ville ont, non-seulement leur propre fumée et leurs miasmes, mais encore ceux de la partie occidentale que leur amènent les vents d'ouest. Lorsque, au contraire, le vent d'est souffle, il purifie l'air en faisant remonter les émanations nuisibles qu'il ne peut rejeter sur l'ouest de la ville. (*Com.:* MM. Pelouze, Pouillet et Boussingault.)

— Après cette communication, M. *Elie de Beaumont* signale quelques faits qui lui paraissent tendre à prouver la constance et la généralité de la loi signalée par M. Junod.

Nouvel appareil destiné a opérer une révulsion sur un point déterminé de la périphérie du corps, par M. *Dreyfuss*. — L'instrument soumis par M. Dreyfuss à l'appréciation de l'Académie est destiné à opérer une révulsion énergique exempte des inconvénients inhérents à la plupart des agents révulsifs en usage. Cet appareil, qu'il désigne sous le nom de *révulseur*, se compose :

a. D'une douille de 6 à 7 centimètres de hauteur sur 3 de diamètre, et ouverte à son extrémité inférieure.

b. D'un double ressort à boudin terminé par un disque de 2 centimètres de diamètre, et sur lequel sont implantées vingt à trente aiguilles ou pointes longues de 2 centimètres.

c. D'une capsule qui garnit l'extrémité inférieure de la douille, et qui est destinée à graduer la sortie des aiguilles.

d. De deux boutons engagés dans deux rainures opposées sur le corps de l'instrument, et qui servent à l'armer.

e. D'un ressort à bascule qui, par la pression, lance les aiguilles dans les tissus avec lesquels on les met en contact.

Le double ressort renfermé dans la douille fait sortir et rentrer les aiguilles instantanément, ce qui permet aux tissus divisés de revenir immédiatement sur eux-mêmes et d'empêcher le sang de s'en échapper.

Si nous prenons pour type les plus puissants révulsifs jusqu'ici usités, le moxa, le caustique de Vienne, le fer rouge, et que nous cherchions à établir un parallèle entre leurs effets et ceux du révulseur, nous voyons que : 1° le révulseur agit à une profondeur que l'on peut graduer à volonté ; 2° qu'il ne détruit pas les tissus et ne les altère pas même, tout en y déterminant une pénétration considérable des fluides et par conséquent un mouvement fluxionnaire étendu ; 3° que son application est peu douloureuse et peut être renouvelée à intervalles rapprochés ; 4° que son étendue en surface et sa pénétration en profondeur peuvent être graduées ; 5° que son peu de volume le rend très portatif, et qu'il peut enfin être appliqué instantanément. (*Comm.:* MM. Andral, Velpeau, Cl. Bernard.)

Virus syphilitique. — M. *Castano*, médecin-major à l'armée d'Orient, présente un mémoire sur la nature du virus syphilitique, les lois qui régissent son action dans l'organisme, et les conséquences pratiques qui en découlent pour le traitement des maladies vénériennes. Pour lui, la syphilis est le résultat de l'introduction dans l'économie d'un *végétal fungiforme parasite*, qui germe et se développe dans les tissus où il pullule. La guérison de la maladie vénérienne consiste dans la destruction de ce corps nouveau et dans l'élimination des spores et sporules qui tendent à se reproduire. Les caustiques et les antisyphilitiques spéciaux métalliques agissent en détruisant le végétal parasite et en rendant les spores impropres à la germination Les moyens hygiéniques, les bains et les lotions abondantes peuvent quelquefois, mais bien rarement, suffire à l'élimination des germes de la maladie, en éliminant les matériaux organiques qui en sont les sources. (*Comm.:* MM. Magendie, Andral, Velpeau.)

Recherches pratiques sur quelques cas de variole confluente avec complication ataxo-adynamique, par M. le docteur *Semanas* (de Lyon).

— Les résultats de mes observations, dit M. Semanas dans son mémoire, deviennent incidemment, en supposant que l'observation ultérieure permette de les généraliser, la réfutation la plus formelle du prétendu antagonisme entre la variole et les fièvres continues graves, en tant que celles-ci tendraient de plus en plus à se substituer comme espèce pathologique à celle-là ; car, loin de se substituer, elles s'associent au contraire, et l'issue du cette association est d'autant plus redoutable que la variole est plus confluente, ou, si l'on peut s'exprimer ainsi, que le sujet est moins vacciné. (*Comm.:* MM. Serres, Andral, Rayer.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les trois pièces suivantes : *a*. Rapport de M. le docteur *Noirot* sur l'épidémie de choléra à Dijon en 1854. (*Commission du choléra de 1854.*) *b*. Envoi d'une nouvelle série d'observations relatives à un fébrifuge indigène, composé sous forme de pilules par le sieur *Bouloumié.* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) c. Échantillon et note descriptive d'un busc de l'invention de Mmes *Brasseur-Cordelais* et *Becquet.* (*Même commission.*)

2. M. *Brun*, curé de Badaroux, adresse l'indication de deux remèdes contre l'hydrophobie qu'il considère comme infaillibles. Les œufs, l'huile d'olive et l'écaille d'huître calcinée forment la base de ces deux formules. (*Même commission.*)

3. Coup d'œil sur la pathologie hippocratique comparée à la pathologie grecque contemporaine (*premier mémoire*), par M. *Guillaume Delenda.* (*Comm.:* MM. Bousquet et Gibert.)

4. Mémoire sur le traitement abortif et curatif de la fièvre typhoïde par la pommade épidermo-stibiée ou stibio-iatraleptique, par M. le docteur *Victor Poulet* (de Plancher-les-Mines). (*Comm.:* MM. Louis, Roche.)

5. M. *Dreyfuss* soumet à l'Académie un appareil *révulseur.* (*Comm.:* M. Malgaigne.)

6. L'Académie reçoit encore cinq mémoires pour les prix de l'Académie, six mémoires pour le prix Civrieux, trois mémoires pour le prix Portal, huit mémoires pour le prix Itard, quatre mémoires pour le prix Capuron (*accouchements*), et trois pour le prix Capuron (*eaux minérales*).

Lectures et Mémoires.

Rapport de la commission des onze. — M. *Bérard* donne lecture du rapport de la commission de onze membres chargée d'examiner dans quelles sections doivent être déclarées les vacances qui existent en ce moment dans le sein de l'Académie. Il conclut, au nom de cette commission, qu'il y a lieu de déclarer ces vacances dans les sections d'hygiène et de médecine légale, de médecine vétérinaire, d'anatomie pathologique.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Discussion sur la variole.

M. *Piorry* lit un discours en réponse à la précédente argumentation de M. Bousquet. (*Renvoyé au prochain numéro.*)

Anus contre nature ; nouveau procédé opératoire. — M. le docteur *Gosselin* lit un travail sur l'anus contre nature compliqué de renversement irréductible. Il commence par rappeler les changements importants que la chirurgie française a introduits dans la thérapeutique des anus contre nature depuis le commencement de notre siècle. Il signale le premier et immense progrès dû au génie de Dupuytren et marqué par la création de l'entérotome, puis les autres progrès plus récents dus à l'application des procédés autoplastiques, à l'occlusion des anormaux dont l'éperon a été divisé par l'entérotome, et qui néanmoins continuent à laisser passer les matières fécales. Il mentionne, en dernier lieu, les perfectionnements tout modernes de l'opération occlusive créés par M. Malgaigne, exécutés par MM. Nélaton et Denonvilliers, et qui consistent à faire deux sutures, l'une profonde sur l'intestin lui-même, l'autre superficielle sur la paroi abdominale.

Mais tous ces procédés opératoires sont difficiles à exécuter avec succès lorsque l'on a affaire à des anus contre nature compliqués de renversement de toute la paroi intestinale, et lorsque ce renversement est irréductible et forme une tumeur grosse comme une noix et plus. Dans un cas de ce genre qui s'est présenté dernièrement à l'hôpital Cochin, M. Gosselin a commencé par détruire l'éperon avec l'entérotome de Dupuytren, et à rétablir ainsi la continuité entre les bouts supérieur et inférieur; puis, l'ouverture ne s'étant pas fermée et les matières continuant à s'échapper au dehors, il a fait une opération occlusive combinée de telle sorte que l'intestin renversé pût, après avoir été dépouillé de sa muqueuse, servir à la cicatrice. L'opération s'est composée de trois temps : le premier pour enlever avec le bistouri toute la muqueuse sur la portion renversée, en respectant la couche musculaire et le péritoine ; le second pour aviver la paroi abdominale par l'ablation de la peau tout autour de l'ouverture anormale ; le troisième pour infléchir l'une vers l'autre les surfaces avivées de la paroi abdominale, suivant le procédé nommé par M. Jobert (de Lamballe) autoplastie par inflexion, et les maintenir en contact par cinq points de suture enchevillée. Les fils ont traversé la paroi abdominale seulement; mais, en les serrant, ils ont amené de toute nécessité la partie profonde de la plaie abdominale au contact de l'intestin avivé par l'ablation de sa muqueuse. Le quatrième temps pour relâcher les téguments au moyen de deux incisions circonvoisines.

L'opération, exécutée le 28 décembre, a eu un résultat très heureux. Le malade est depuis plusieurs semaines entièrement guéri, et M. Gosselin exprime le vœu que cette dissection de la muqueuse soit ajoutée aux autres temps des opérations occlusives, dans les cas de renversement irréductible ou peu considérable.

Présentation. — M. *Jobert* présente une jeune fille qu'il a opérée avec succès d'une fistule vésico-vaginale, consécutive à la taille hypogastrique pratiquée pour extraire un corps étranger introduit dans la vessie, dans une chute violente sur le périnée, et qui s'était recouvert d'incrustations dures et épaisses. Nous reviendrons sur cette observation.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine de Paris.

SÉANCE DU 2 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — M. *Durand-Fardel* fait hommage la Société d'une brochure ayant pour titre : *De la dyspepsie considérée au point de vue des indications thérapeutiques.*

M. *Legras* fait un rapport au nom de la commission chargée de l'examen des comptes du trésorier. Il conclut en proposant de lui voter des remercîments.

Le vote a lieu.

Rapport. — M. *Bourguignon* lit un rapport sur le travail envoyé dans la dernière séance par M. *Chausit*, à l'appui de sa candidature comme membre titulaire.

M. Chausit, dit le rapporteur, a communiqué à la Société un court mémoire sur l'*acne molluscum.*

Il dit dans ce travail qu'un certain nombre de faits lui permettent de préciser plus nettement les caractères de la maladie.

Le *molluscum* forme une variété très importante et toute particulière de l'*acne sebacea*. Il est constitué par une lésion de sécrétion de la glande sébacée elle-même ; mais la matière hypersécrétée reste enfermée dans le follicule, qu'elle distend de manière à former des tumeurs d'un volume variable. Au début, cette affection consiste dans de petits points saillants, de même couleur que la peau, pouvant acquérir un volume variable, et qui tout d'abord présentent à leur sommet un point central qui correspond à l'orifice dilaté du follicule. C'est là un caractère important, un signe pathognomonique. Quand la maladie est parvenue à un état assez avancé, si l'on presse les petites tumeurs, on en fait sortir soit un appendice vermiforme constitué par de la matière à demi concrétée, soit un liquide laiteux, blanchâtre et gras.

L'auteur cite deux observations qui lui ont paru de nature à éclairer l'histoire pratique de cette curieuse maladie, en établissant qu'elle a pour siége anatomo-pathologique le follicule sébacé, et une identité irrécusable avec l'affection décrite par Bateman sous le nom de *molluscum contagiosum.*

Enfin M. Chausit déduit des considérations sommaires qu'il a exposées les propositions suivantes :

1° Il existe indubitablement des affections folliculaires de la peau, qui sont constituées, non plus seulement par l'élément inflammatoire, mais par une lésion de sécrétion de la glande sébacée.

2° Parmi ces affections, l'*acne sebacea* joue un rôle très important.

3° Cette acné est constituée, en général, par une hypersécrétion de la matière sébacée. Quand celle-ci est retenue dans le follicule, elle donne lieu à la formation de tumeurs de volume variable, de caractères particuliers, qui constituent l'*acne molluscum.*

4° Cette maladie n'est pas nouvelle, comme on l'a prétendu ; on en trouve des descriptions exactes dans différents auteurs.

5° Dans les faits relatés ci-dessus, aucune circonstance n'a pu faire croire à l'existence de la propriété contagieuse attribuée à cette forme de l'acné, et qui a pu déjà être révoquée en doute.

6° Cette affection, que l'on avait observée surtout chez les enfants, se montre aussi dans l'âge adulte.

7° Le traitement consiste surtout dans l'emploi des préparations alcalines et ammoniacales, et exceptionnellement dans l'incision et la cautérisation des tumeurs folliculeuses avec le nitrate d'argent.

En terminant cet exposé du travail de M. le docteur Chausit, M. le rapporteur propose : 1° D'adresser des remercîments à l'auteur ; 2° de lui accorder le titre de membre titulaire qu'il sollicite.

Discussion. — M. *Cazeaux* a remarqué dans le rapport qui vient d'être lu un passage ayant trait à la syphilis des nouveau-nés ; il regrette que M. le rapporteur n'ait pas cru devoir donner plus de développement à l'étude de ce point délicat de pathologie, et plus spécialement à la question thérapeutique. Récemment, dit M. Cazeaux, je me suis trouvé en présence d'une difficulté pratique que je crois utile de soumettre à l'attention de la Société, et au sujet de laquelle je désire la consulter. Voici le fait : Un enfant naît de parents actuellement atteints de syphilis ; le père et la mère sont l'un et l'autre en traitement ; la mère y fut soumise pendant les quatre derniers mois de la gestation, et elle accoucha deux mois avant terme.

Au moment de la naissance, l'enfant, comme cela s'observe généralement, ne présentait aucun symptôme de syphilis constitutionnelle. Il y a aujourd'hui quinze jours qu'il est né ; aucune manifestation syphilitique ne s'est encore produite. En présence de l'infection vénérienne dont sont entachés les parents de cet enfant, et en prévision d'une maladie transmise par voie d'hérédité pouvant se révéler par des caractères évidents, chez ce même enfant, notre confrère s'est demandé s'il y aurait utilité à le soumettre à un traitement préventif ; celui-ci serait-il utile, efficace, ou pourrait-il être nuisible ?

Pour résoudre ce problème, M. Cazeaux convoqua en consultation trois confrères connus par leurs études syphiliographiques, MM. Cullerier, Clerc et Danyau. Les trois consultants furent d'avis qu'il n'y avait pas opportunité à faire un traitement antisyphilitique, car en l'instituant il n'était pas démontré qu'il fût apte à prévenir le développement de la syphilis en germe chez cet enfant. D'autre part, ce traitement pouvait ne pas être inoffensif, et pouvait fort bien porter atteinte à la santé du nouveau-né.

Devant l'unanimité des consultants, M. Cazeaux dut faire taire ses doutes qui ne lui permettaient pas de partager complétement cette manière de voir. Il eût volontiers opté pour un traitement à faire, et à cet égard il désirerait s'éclairer de l'avis de la Société.

M. *Briquet*, pour répondre à l'invitation faite par M. Cazeaux, dit qu'il ne saurait mieux faire que de rapporter le fait suivant, qui offre beaucoup d'analogie avec celui cité par M. Cazeaux.

Un de ses clients contracte deux blennorrhagies successives, offrant l'une et l'autre tous les caractères de la plus grande simplicité. La dernière est guérie depuis deux ans.

Il se manifeste alors au devant du tibia de la jambe droite une petite tumeur indolente, d'un rouge peu foncé, à marche lente, et ayant l'apparence d'un furoncle. Une petite incision est pratiquée à la peau ; il s'écoule une petite quantité de pus. Il s'agissait d'une sorte d'abcès froid, très circonscrit. On fait un pansement simple ; pendant quelques jours on le continue, mais au lieu de se cicatriser la plaie devient grisâtre, la peau acquiert une teinte violacée, ses bords se décollent, et elle offre bientôt l'aspect de ces ulcérations qui succèdent à l'inoculation par la lancette du pus d'un chancre.

Le malade est soumis à un traitement antisyphilitique ; la plaie est cautérisée à plusieurs reprises avec le nitrate acide de mercure. La guérison s'effectue.

La femme de cet individu, enceinte pendant que tout cela se passe, ne présente aucune trace de syphilis ; elle accouche d'un enfant bien portant et à terme.

Pendant les premières semaines qui suivirent l'accouchement, comme je m'attendais, dit M. Briquet, à voir se manifester des accidents syphilitiques, je surveillai attentivement cet enfant, qui n'en a présenté aucun. Aujourd'hui il est âgé de onze mois, et il demeure indemne de tout vestige de la maladie dont son père a été atteint. Ce dernier, aujourd'hui encore, présente constamment des lésions du tégument externe, de forme et de nature douteuses, pour lesquelles il est toujours nécessaire de continuer le traitement.

M. Briquet pense qu'il faut, en pareil cas, agir comme il l'a fait : se tenir prêt à combattre la syphilis si elle se manifeste, et ne pas chercher à prévenir un mal qui peut fort bien ne pas se révéler, ainsi que cela s'est vu pour l'enfant dont il vient d'être fait mention.

M. *Fauconneau*, à l'appui de la candidature de M. *Rigaudin* comme membre correspondant, fait un rapport moral dont les conclusions sont entièrement favorables au candidat.

Candidature. — M. le docteur *Adolphe Richard* se porte candidat à une place de membre titulaire, et lit un mémoire ayant pour objet : De la valeur séméiotique de l'écoulement de sang et de lait par le mamelon dans les tumeurs mammaires.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de M. *Robert*, *Camus* et *Cazeaux*.

M. *Dechambre* donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur la théorie de MM. Andral et Gairdner concernant la formation de l'emphysème vésiculaire dans les poumons tuberculeux* (1).

La conclusion générale de ce travail est que l'oblitération d'une partie des voies respiratoires chez les phthisiques n'oblige pas les parties restées libres à recevoir plus d'air que de coutume, et que dès lors ce n'est pas par ce mécanisme, comme l'affirment MM. Andral et Gairdner, qu'un certain nombre de vésicules se dilate.

La discussion de ce travail est renvoyée à une autre séance.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

Séance du 26 janvier 1855. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance comprend :

Des lettres de M. le docteur *Moutard-Martin*, médecin des hôpitaux, et de M. le docteur *Saurel*, avec demande du titre de membre titulaire ;

Et des lettres de remercîments de M. *O. Henri* fils, nommé membre titulaire, et de MM. *Richond des Brus* (de Néris) et *Drouhet* (de Blaye), nommés membres correspondants.

Ouvrages offerts à la Société :

Notice sur l'établissement des bains d'Ussat, 1848, par M. le docteur Dieulafoy.

Notice sur les eaux d'Ussat, par M. le docteur Vergès.

Notice sur les eaux de Soultzbach (Haut-Rhin), par M. le docteur Robert.

Analyse des eaux acidules, alcalines et ferrugineuses de Rennes (Aude), 1853, par M. le docteur Cazaintre.

Analyse des eaux naturelles ferrugineuses de Forges (Seine-Inférieure), 1845, par M. O. Henri.

M. *le président* annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur *Viguerie* (de Toulouse), l'un de ses membres correspondants.

M. *Paul Blondeau*, pharmacien à Paris, est élu membre titulaire.

MM. les docteurs *Pénissat*, médecin-inspecteur des eaux de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), à Clermont-Ferrand, *Bertin*, médecin-inspecteur des eaux de Foncaude (Hérault) à Montpellier, et M. *Bonjean*, pharmacien à Chambéry, sont nommés membres correspondants.

Avaient été nommés, dans la séance du 5 janvier :

Membre titulaire, M. *Ossian Henry* fils ;

Membres correspondants, MM. les docteurs *Alliès*, médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville, et *Richond des Brus*, médecin-inspecteur des eaux de Néris.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies de l'utérus.*

M. *Gaudet* : Les bains de mer fournissent au traitement des maladies de l'utérus une médication à laquelle on doit accorder un caractère spécial.

On prendra déjà une idée des effets des bains de mer dans les maladies du système utéro-vaginal, si l'on se rappelle que, dans le cours d'une saison de bains de mer, les femmes qui ont cessé d'être réglées voient reparaître le sang de leurs règles, que celles qui sont éloignées de leur période voient celle-ci devancer l'époque naturelle, et que quelques-unes, enfin, ressentent seulement les phénomènes du *molimen menstruel*.

Les bains de mer sont très efficaces dans la dysménorrhée des jeunes filles chloro-anémiques, mais à un degré moindre chez celles qui, plus âgées, présentent l'une des formes de l'hystérie, et dans l'aménorrhée simple, où ils suffisent à ramener les règles dès le premier jour quelquefois.

Dans l'aménorrhée symptomatique, les effets des bains de mer n'atteignent leur complément qu'après avoir amélioré toutes les fonctions de l'économie.

Les bains de mer favorisent la puberté en modifiant aussi la constitution générale.

(1) C'est le travail que nous avons publié dans le dernier numéro, page 157.

Chez les jeunes filles affectées de règles excessives, les résultats des bains de mer ne se font pas attendre. Chez les femmes affectées de métrorrhagie, ils se montrent aussi très utiles, pourvu que les accidents ne soient pas liés à une maladie organique de l'utérus.

Les leucorrhées catarrhales de l'utérus et du vagin doivent éprouver quelques effets irritatifs, sous l'influence des bains de mer, avant de s'améliorer.

Les engorgements simples et récents du col utérin trouvent un bon moyen de résolution dans l'action des bains de mer. Les engorgements anciens et plus considérables en sont plus rarement modifiés. Les engorgements très volumineux du corps utérin ont toujours paru inattaquables par eux.

Les phlogoses particulières dont les lèvres et le pourtour de l'orifice utérin sont si souvent le siége sont communément guéries par les bains de mer quand elles ne sont qu'*épithéliales*.

Quant aux états locaux de même nature qui ont intéressé plus profondément le tissu des parties, les bains de mer se montrent propres à les améliorer, et à favoriser leur guérison s'ils sont combinés avec des cautérisations suffisantes.

On constate chaque jour le degré d'utilité des bains de mer dans les relâchements et les abaissements légers de l'utérus. Nous ne parlons pas du *prolapsus* complet, où les effets des bains de mer sont nuls.

Par le fait des traitements locaux et généraux qui ont été appliqués aux maladies utérines et par le fait même de leur existence et de leur durée, les femmes sont souvent amenées à un état d'altération profonde dans leur *habitus* extérieur et dans l'exercice fonctionnel de leurs organes. L'action des bains se montre prédominante dans la restauration de ces organismes altérés.

Le traitement des maladies utérines exige des bains mer courts, car ce sont les seuls qui soient suivis d'une bonne réaction de la peau, et la réaction est la pierre de touche du succès.

L'usage des douches d'eau de mer à toutes les températures doit être circonscrit à un petit nombre de maladies utérines. Elles sont un auxiliaire avantageux des bains de mer, quand on les emploie sur les extrémités inférieures dans l'aménorrhée et la dysménorrhée. Elles sont dangereuses dans toutes les lésions de la position ou de la structure de l'utérus. Quant à celles que l'on propose de diriger sur la colonne lombaire et derrière le bassin, dans le but de combattre les douleurs symptomatiques des maladies de l'utérus, il faut les rejetter dans la majorité des cas.

Les injections vaginales, souvent conseillées, ne tardent pas à exercer une action hyperstimulante sur les organes malades. Pourtant, on emploie sans crainte ces injections dans la leucorrhée *atonique*.

Malgré la difficulté qui s'attache à l'étude du mode d'action d'un moyen tel que les bains de mer, on peut admettre avec quelque vraisemblance qu'il consiste dans une excitation particulière des éléments nerveux et sanguins de l'utérus et de ses annexes, d'où résulte le réveil ou la mise en jeu plus facile et plus rapide de leurs actes fonctionnels, tels que la faculté de se contracter et celle de se vasculariser dans un mode normal.

Ce *modus agendi* constitue la plupart des effets thérapeutiques qu'on obtient de l'usage des bains de mer dans le traitement des maladies de l'utérus. La stimulation locale qu'il entraîne après lui peut même acquérir des proportions nuisibles qu'il est nécessaire de combattre. On atteint presque toujours ce but par la suspension des bains de mer et par des bains de son ou d'amidon de courte durée, à la température de 20 à 25 degrés Réaumur.

Les effets primitifs des bains de mer offrent des exemples de leurs avantages et de leurs succès dans l'aménorrhée, la ménorrhagie, les lésions superficielles du col utérin, les relâchements des ligaments utérins, etc.

Les maladies de l'utérus, qui se montrent le plus avantageusement modifiées après la période des effets secondaires sont : les abaissements de l'utérus, les engorgements du col de cet organe, la phlogose des lèvres, la métrorrhagie, l'aménorrhée et la dysménorrhée symptomatiques de la chlorose.

M. *Ch. Petit* : Je ne comptais pas demander la parole dans cette discussion ; je pensais que pour prendre le temps que la Société consacre à ses séances, il fallait avoir des considérations nouvelles ou des faits importants à lui soumettre. Mais après avoir entendu ce qui a été dit dans la dernière séance, il m'a semblé qu'il avait dû rester dans vos esprits une grande incertitude sur les conditions dans lesquelles les eaux de Vichy sont applicables au traitement des affections utérines, et sur la meilleure manière d'en faire usage dans ce cas. C'est pourquoi j'ai cru devoir vous apporter aussi, sur ces deux points de la question, le résultat de mon expérience.

L'efficacité des eaux de Vichy contre les affections qui font l'objet de la discussion est pour moi depuis longtemps un fait hors de doute ; elle n'a d'ailleurs été contestée par personne. Aussi je n'ai pas à m'en occuper ici.

Je ne m'occuperai pas non plus de comparer leur efficacité avec celle d'autres eaux minérales ; car, pour faire une semblable comparaison, il faudrait avoir pratiqué, et pratiqué longtemps, à divers établissements thermaux, et je n'ai d'autre expérience, en fait d'application d'eaux minérales, que celle que j'ai acquise à Vichy.

Je me bornerai donc, pour économiser le temps de la Société, à indiquer ici en quelques mots les conditions dans lesquelles, suivant moi, les eaux de Vichy peuvent être appliquées avec succès au traitement de certaines maladies utérines, et en même temps ce que l'expérience m'a appris sur leur meilleur mode d'emploi dans ce cas.

Je ne sais si, comme vous l'a dit M. Durand-Fardel, les eaux de Vichy réussissent mieux contre ces affections lorsque les malades ont fait préalablement un traitement général que lorsqu'elles n'en ont pas fait encore. Pour apprécier cette opinion, il faudrait avoir pu comparer un assez grand nombre de faits observés dans ces deux conditions différentes ; or, je crois que les occasions de faire de semblables comparaisons doivent être bien rares, car, bien que j'aie vu un assez grand nombre d'affections de cette nature à Vichy, j'ai rencontré bien peu de malades, si mes souvenirs sont exacts, venant essayer l'action des eaux sans avoir fait auparavant, en même temps qu'un traitement local, un traitement plus ou moins général.

Pour moi, les eaux de Vichy sont parfaitement indiquées dans les affections qui nous occupent, surtout lorsqu'elles ont amené une tuméfaction plus ou moins considérable du corps ou du col de la matrice. Elles conviennent aussi parfaitement dans les engorgements que l'on rencontre si fréquemment dans les annexes de cet organe. Enfin, elles peuvent être employées avec avantage dans les catarrhes utérin et vaginal. Mais ce qu'il y a de plus important à bien constater, suivant moi, dans tous ces cas, lorsqu'il s'agit de décider la question de l'opportunité de l'emploi des eaux, c'est si ces diverses affections n'ont plus rien d'aigu, si elles sont bien arrivées à l'état chronique, si même, lorsqu'il n'y a plus d'inflammation aiguë, l'organe ne conserve pas encore une trop grande irritabilité ; il est surtout nécessaire de bien s'assurer qu'il n'y a pas d'ulcérations, et surtout d'ulcérations de nature cancéreuse, ni aucune autre altération organique grave, car alors les eaux, suivant la nature et la gravité de l'altération, ou n'amèneraient aucune amélioration, ce qui serait le plus heureux, ou bien accéléreraient certainement les progrès du mal. Les érosions superficielles, dont s'accompagnent si souvent les catarrhes utérin et vaginal, ne m'ont cependant pas paru devoir contre-indiquer l'usage des eaux, et, bien qu'au début du traitement leur emploi augmente quelquefois la sécrétion de la muqueuse, on peut cependant dans ces cas même, en les employant avec ménagement, en espérer de bons résultats.

Telles sont les considérations qui m'ont toujours paru le meilleur guide à suivre dans la question d'emploi des eaux de Vichy contre ces affections.

Quant au mode d'application dont on obtient les meilleurs résultats, voici ce que l'expérience m'a appris :

Dans le début de ma pratique à Vichy, lorsque surtout je constatais, soit à la matrice, soit dans ses annexes, une tuméfaction un peu considérable, j'étais assez porté à donner une certaine activité au traitement, pensant obtenir ainsi plus promptement et plus sûrement la résolution de l'engorgement. Indépendamment de l'eau minérale en boisson, dont la quantité était pourtant toujours subordonnée à la tolérance de l'estomac, je donnais des bains dans la composition desquels il entrait d'abord la moitié, au bout de très peu de jours les deux tiers d'eau minérale, et quelquefois même j'ai donné des bains d'eau minérale pure. Je faisais souvent prolonger ces bains au delà d'une heure, qui est le terme ordinaire, et je joignais à cela des douches vaginales, et quelquefois même des douches à percussion sur toute la peau, comme moyen dérivatif. Je ne tardai pas à m'apercevoir que cette médication était trop active, qu'elle provoquait trop d'excitation, et avait rarement de bons résultats. Enfin, après beaucoup de tâtonnements, je suis arrivé à reconnaître qu'on n'obtenait réellement de bons résultats qu'à la condition de produire le moins possible d'excitation.

Comme M. Gerdy, à Uriage, j'ai été surtout promptement obligé de renoncer aux douches vaginales, même faites au moyen d'une canule percée en arrosoir. Je conseille maintenant tout au plus quelques irrigations faites très doucement, pendant la durée du bain, et avec l'eau même du bain, ordinairement très mitigée ; mais je joins souvent, et avec avantage, au traitement par les eaux de Vichy, des irrigations faites avec de l'eau douce froide, et répétées plusieurs fois par jour.

Je ne fais presque jamais entrer plus de la moitié d'eau minérale dans la composition des bains ; je les donne toujours à une bonne température, c'est-à-dire de 30 à 33 degrés centigrades, et même quelquefois à une température plus basse, suivant l'impression qu'en éprouvent les malades, impression qui, comme on sait, varie à l'infini. Quant à la durée du bain, elle ne dépasse jamais une heure.

Je donne rarement des douches à percussion, surtout chez les malades facilement excitables, et je recommande toujours de les diriger sur les parties éloignées du bassin.

Tel est le mode de traitement dont j'ai obtenu les meilleurs résultats à Vichy, dans les affections qui nous occupent. Il est rare, sans doute, que l'on obtienne promptement ainsi des résultats complétement satisfaisants. Il est ordinairement nécessaire de recourir plusieurs années de suite aux eaux pour amener la résolution de certains engorgements de la matrice, et encore est-il très utile que les malades continuent chez elles, dans l'intervalle des saisons, une certaine médication ; qu'elles fassent, par exemple, un usage fréquent des bains alcalins, en même temps que d'eau minérale naturelle en boisson.

Ce ne sont pas là, comme on voit, des guérisons rapides, de ces guérisons qui font sensation ; mais, pour se produire lentement, elles n'en sont, je crois, que plus assurées, et au moins ne sont-elles troublées par aucun accident, par aucune exaspération du mal. D'ailleurs, j'ai vu assez d'affections de même nature soumises à d'autres médications, pour être certain que l'on obtient rarement par d'autres moyens des résultats plus heureux et plus prompts.

En résumé, je suis arrivé à cette conviction, qu'il n'est pas nécessaire de faire une médication active, à Vichy, pour guérir les affections chroniques, même lorsqu'elles sont accompagnées d'une tuméfaction plus ou moins considérable de l'organe malade ; et cette observation ne s'applique pas seulement au traitement des maladies utérines, mais également au traitement de toute autre affection.

Les malades qui obtiennent les meilleurs résultats sont, en général, ceux qui en font un usage modéré, chez lesquels elles ne fatiguent pas l'estomac et ne causent pas d'excitation locale ou générale, chez lesquels, enfin, elles semblent agir comme moyen sédatif, à la manière des contro-stimulants.

Sans doute il est difficile, surtout chez quelques malades irritables ou très sensibles à leur action, de ne pas produire quelquefois une certaine excitation ; mais ma crainte ne va pas jusqu'à la redouter, lorsqu'elle est modérée. Je crois même que, dans certains cas, il peut être utile d'en provoquer un peu. Je pense seulement qu'elle doit être surveillée avec le plus grand soin, qu'elle ne doit jamais exister qu'à un faible degré, et que ce qui doit le plus appeler l'attention du médecin, dans l'application de ces eaux, c'est la *tolérance des organes.*

Enfin, je crois que les eaux de Vichy, et je suis porté à croire qu'il en est de même, pour la plupart des autres eaux minérales, ne guérissent pas en produisant des troubles, des perturbations dans les fonctions, mais bien par une action lente, intime, moléculaire, et qui doit avoir pour but de modifier la vitalité et, par suite, les sécrétions des organes malades, de faciliter la nutrition, d'agir graduellement sur certains éléments du sang accumulés et retenus dans les tissus engorgés, de rendre à ces éléments leur liquidité, et de leur permettre ainsi de pouvoir rentrer dans la circulation.

M. *Bouland* appelle de nouveau l'attention de la Société sur le traitement des maladies de l'utérus, tel qu'on le pratique à Enghien. Il s'attache principalement à démontrer le rôle de la médication locale dans les affections du col, et il donne quelques détails sur le perfectionnement possible des appareils mis en usage dans l'emploi de la douche vaginale. Ses conclusions tendent à établir : 1° que dans les maladies de l'utérus les eaux d'Enghien combattent avec succès les névropathies générales, concomitantes ou consécutives ; 2° qu'appliquées sur le col malade, elles ont une action salutaire qui peut s'étendre à l'utérus entier ; 3° que les indications auxquelles ces eaux paraissent répondre plus particulièrement sont les leucorrhées chroniques, les engorgements du col et les congestions chroniques de l'utérus résultant d'une insuffisance des menstrues, et enfin les ulcères simples du col, qu'elles réussissent à cicatriser.

M. *Otterbourg* pense qu'une des considérations dont il y a le plus à tenir compte dans le choix et la direction d'une médication thermale, se rapporte à l'âge des malades que l'on envoie aux eaux, et nulle part, selon lui, cette appréciation n'acquiert plus d'importance que dans le traitement des affections utérines par les eaux minérales. Les deux limites de la vie fonctionnelle de l'utérus, la puberté et l'âge climatérique, deviennent deux indications des plus significatives en pareille question. L'expérience personnelle de M. Otterbourg lui a fait connaître l'influence funeste des eaux ferrugineuses conseillées à des femmes à l'époque de la ménopause, et le danger d'un traitement trop excitant par des sources thermales stimulantes, chez des jeunes filles entrant à peine dans la première phase du développement sexuel ; et ces résultats l'ont conduit à restreindre l'usage trop généralisé des douches intravaginales et utérines. M. Otterbourg insiste sur la circonspection qu'on doit apporter à propos d'un semblable moyen, dans les cas exceptionnels où il trouve son application. Il signale les abus existant dans beaucoup d'établissements thermaux où la vogue appelle chaque année bon nombre de jeunes femmes qui demandent à la source, c'est-à-dire presque exclusivement aux douches, une fécondité tardive. La surexcitation consécutive à cette pratique amène des accidents fâcheux, et les cures favorables, quand elles ont lieu, doivent être attribuées à l'effet général produit simultanément par les eaux, la distraction, le changement de séjour habituel, l'air pur, etc.; autant de causes capables de rendre aux organes et aux fonctions l'équilibre si nécessaire pour le jeu de la reproduction. C'est ainsi que les choses se passent aux eaux d'Ems, trop préconisées pour leurs vertus fécondantes. Bien loin d'en attribuer le mérite aux douches ascendantes, les praticiens expérimentés de cette localité en rapportent le bénéfice à la propriété calmante et tonique à la fois de cette source. Ces eaux, ajoute M. Otterbourg, règlent notablement les fonctions menstruelles de la femme, ont une action certaine sur l'appareil des membranes muqueuses, et c'est à cela seulement qu'il faudrait rattacher leur efficacité.

M. *James* exprime la crainte que l'opinion de M. Otterbourg ne soit prise dans un sens trop absolu ; il peut y avoir abus à Ems dans certains cas ; mais, chez les personnes qui manquent d'une sensibilité organique convenable, douées d'une vitalité languissante, la source fécondante est utile. On trouve des propriétés analogues ailleurs, soit à la source *Cythara* d'Ischia, soit aux eaux ferrugineuses de Spa ; et quand il s'agit de stimuler, on ne saurait rejeter tout à fait un mode énergique d'action.

M. *le Secrétaire général* rappelle que le bureau doit présenter un résumé des diverses opinions émises sur la question qui vient d'être discutée.

M. *le Président* prononce la clôture de la discussion.

M. Lefort donne lecture d'un travail intitulé : *Études physiques et chimiques sur les eaux thermales et minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme).*

Les eaux minérales et thermales dont j'entreprends de faire connaître les propriétés physiques et la composition chimique sont situées à Châteauneuf, petite commune de 935 habitants, du département du Puy-de-Dôme et de l'arrondissement de Riom. Elles sont à la distance de 2 myriamètres de Clermont-Ferrand et de 24 kilomètres de Riom.

Toutes les sources dont il est question ici sourdent au pied ou sur le versant des rochers qui forment à droite et à gauche les rives de la Sioule. Elles sont disséminées dans les hameaux *du Coin des Mérilis, de la Chaux, des Bordats* et *du Chambon*, qui occupent ensemble un espace de 3 kilomètres environ.

Le sol sur lequel sont placés ces hameaux est excessivement remarquable par l'aridité de ses montagnes, l'aspect imposant de ses sites et la fertilité de ses prairies. Il est formé de roche porphyrique et de roche granitique ; la première se trouve surtout sur la rive droite, et la seconde sur la rive gauche de la rivière de la Sioule. C'est précisément au point de contact de ces deux roches que jaillissent les sources, plus ou moins alignées le long de la rivière, qui, dans une partie de son cours, partage ainsi le granit du porphyre.

Il existe actuellement quatorze sources captées, qui par leurs propriétés rendent de grands services à la thérapeutique; mais leur nombre est encore plus considérable, car de toutes parts, et jusque dans le lit même de la rivière, l'eau minéralisée accuse sa présence par des dégagements gazeux qui se font jour à travers les fissures des rochers.

Plusieurs sont renfermées dans un périmètre si restreint, que l'on ne peut s'empêcher d'admettre qu'elles proviennent d'une même origine, et cependant leurs propriétés physiques et chimiques sont assez différentes. Se chargent-elles ou se dépouillent-elles, en arrivant sur le sol, de quelques-uns de leurs principes minéralisateurs ? C'est là une question de géologie encore trop peu résolue pour que nous puissions la traiter ici d'une manière convenable.

Les sources minérales de Châteauneuf produisent de l'eau minérale froide et l'eau thermale. Elles ont été, de la part de MM. Bertrand père, Vallet, Trahan, Salneuve, Lecoq et Nivet, l'objet de travaux importants.

Lorsqu'on compare entre eux les résultats obtenus par nos devanciers, on est surpris de trouver des discordances quelquefois

assez grandes. Ces différences proviennent évidemment de deux causes, la première de méthodes analytiques employées alors, la seconde de modifications que les eaux minéralisées subissent par suite du temps. En général, l'eau ne change pas de nature; mais la somme de ses principes minéralisateurs est sujette à varier, soit sous l'influence des révolutions terrestres, soit par suite de son mélange avec d'autres sources avoisinantes et souterraines.

Toutes ces raisons nous ont donc fait penser qu'il serait intéressant de recommencer l'analyse de ces eaux, et de faire connaître la composition chimique des sources qui n'ont été l'objet d'aucun examen. Un séjour de deux semaines à cet établissement nous a permis de faire aux sources mêmes tous les travaux nécessaires dans ce genre d'étude.

Je n'entrerai pas dans tous les détails des procédés que nous avons mis en usage; nous nous contenterons de dire que nous avons suivi la marche indiquée dans nos principaux traités d'analyse chimique.

Après une exposition aussi succincte que possible de l'analyse qualitative, nous ferons connaître dans deux tableaux les résultats de l'analyse quantitative.

Dans le premier de ces tableaux, nous signalerons la somme, pour un litre d'eau, des corps simples, des oxydes et des acides; dans le second, la composition hypothétique des combinaisons salines, en suivant la loi des affinités chimiques telle que l'état actuel de la science le comporte. Ce système, déjà adopté par plusieurs chimistes, vient d'être mis en pratique par M. Bouquet dans son beau travail sur les eaux de Vichy. C'est bien là évidemment l'exposition la plus simple et qui se rapproche le plus des données de la science. Ce mode présente sur tous les autres l'avantage immense de permettre le contrôle, à peu près impossible lorsqu'on se contente de signaler la nature et le poids des combinaisons que l'on *suppose* exister dans les eaux minérales.

Nous avons pris aussi le soin de déterminer avec la plus grande exactitude la densité de l'eau de toutes les sources. Ce détail d'analyse, que nous croyons trop souvent négligé par les chimistes, fournit des indications précieuses lorsqu'il s'agit de comparer le poids des principes fixes que contiennent les eaux d'une même localité : tout le monde sait, en effet, qu'une eau est d'autant plus dense qu'elle possède une plus grande quantité de substances salines.

Le poids du résidu salin a été pris en faisant évaporer 500 grammes d'eau dans une capsule de platine, et chauffer à une température modérée, au bain de sable, jusqu'à ce que la balance n'accusât plus de perte. De cette manière, tous les bicarbonates ont été convertis en carbonates neutres, et tous les sels déshydratés.

Toutes les sources de Châteauneuf produisent des eaux qui appartiennent à la classe des eaux ferro-carbonatées acidules.

Examinées qualitativement, elles se conduisent de la manière suivante avec les réactifs.

Par l'*ébullition*, on obtient un abondant dégagement d'acide carbonique et une petite quantité d'oxygène et d'azote; il se précipite en même temps des *carbonates de chaux* et *de magnésie* et du *sulfate de chaux*.

Le *papier bleu de tournesol* y vire au rouge d'une manière plus ou moins sensible.

Le *papier imprégné d'acétate de plomb* produit dans l'eau de quelques sources seulement une coloration brune.

L'*infusion récente de noix de galle* et le *cyanure rouge de potassium et de fer* communiquent à l'eau une coloration lie de vin et une coloration bleuâtre.

Le *chlorure de baryum* produit dans l'eau acidulée par l'acide nitrique un précipité blanc de sulfate de baryte.

Le *nitrate d'argent*, dans l'eau également acidulée, décèle par un abondant précipité blanc la présence du chlore.

L'*oxalate d'ammoniaque* précipite en blanc de l'oxalate de chaux, et dans la liqueur filtrée le phosphate d'ammoniaque fournit, après quelques instants de repos, du phosphate double d'ammoniaque et de magnésie.

Le *chlorure de palladium*, l'*amidon* et l'*acide nitrique*, n'indiquent en aucune manière la présence de l'iode et du brome.

Le produit de l'évaporation d'un litre d'eau est insuffisant pour reconnaître la présence de l'arsenic; mais en agissant sur le dépôt ocracé laissé sur le sol, on décèle sans peine la présence de ce métal.

L'*acide sulfhydrique*, que l'on trouve dans quelques-unes, n'est jamais en quantité assez considérable pour précipiter la solution chlorhydrique d'acide arsénieux.

Tous les résidus des eaux de Châteauneuf, chauffés au bain de sable, ont fourni des traces bien évidentes de matière organique.

Enfin, au moyen des réactifs conseillés dans tous nos ouvrages classiques et dont la description serait inutile ici, j'ai obtenu la certitude que ces eaux contenaient en outre de la *potasse*, de la *soude*, de la *lithine*, de l'*alumine*, de l'*acide silicique* et de l'*acide crénique*.

Eaux minérales froides. — Les eaux froides de Châteauneuf et celles qui, à une température plus élevée, sont néanmoins prises en boisson, possèdent les caractères généraux suivants :

Elles sont limpides, incolores et inodores; leur saveur est acidule et ferrugineuse. Leur température varie depuis 12 jusqu'à 35 degrés centigrades. Toutes ont une action assez prononcée sur le papier de tournesol, qu'elles rougissent. L'azote, l'oxygène, l'acide carbonique, et plus rarement l'acide sulfhydrique, sont les gaz qu'on y rencontre à l'état de liberté. Dans toutes la somme de l'azote est en quantité plus que nécessaire pour former, avec l'oxygène, de l'air proprement dit; le gaz acide carbonique libre y varie depuis un demi jusqu'à un litre pour un litre d'eau; le fer s'y trouve en quantité variable, mais toujours assez considérable pour leur communiquer, comme nous l'avons déjà dit, la saveur dite ferrugineuse. J'ai fait un grand nombre d'expériences dans le but de découvrir la présence de l'iode et du brome : tous mes résultats ont été négatifs. J'ai été d'autant plus surpris de cela, que l'iode surtout a été trouvé, dans ces derniers temps, à peu près dans toutes les eaux minérales où on l'a recherché.

Elles contiennent de l'arsenic en quantité infinitésimale. Ainsi le résidu d'un litre d'eau traité par l'appareil de Marsh ne nous a pas fourni de taches arsenicales. Pour reconnaître la présence de ce métal, nous avons été obligé d'opérer avec le dépôt ocracé que l'eau abandonne sur le sol; nous avons alors obtenu des indices certains de la présence de l'arsenic.

Toutes renferment en dissolution une matière organique.

Les eaux minérales froides se conservent assez longtemps lorsqu'on les met dans des bouteilles bouchées; elles supportent bien le transport, mais elles abandonnent, comme toutes celles qui contiennent du fer à l'état de bicarbonate de protoxyde, quelques flocons rougeâtres d'hydrate ou même de carbonate de sesquioxyde de fer.

Il nous a été donné de voir que le liége était en partie la cause de cette légère décomposition, car la même eau, placée depuis plusieurs mois dans un flacon bouché à l'émeri, a à peine déposé de l'oxyde de fer. Quelques-unes d'entre elles, mises en bouteilles depuis quelque temps, répandent une odeur désagréable d'hydrogène sulfuré. Ce résultat paraît se lier à leur température : ainsi les sources de *Chevarier* et de la *Pyramide*, qui sont les plus chaudes, présentent ce caractère à un haut degré. On se demande tout naturellement si cette odeur sulfurée provient de l'acide sulfhydrique ou bien d'un sulfure alcalin. Si l'on réfléchit que les eaux qui nous occupent contiennent une assez grande proportion d'acide carbonique libre, on est porté à supposer que c'est plutôt à la présence de l'hydrogène sulfuré qu'à celle d'un sulfure quelconque qu'il faut attribuer leur odeur désagréable.

Maintenant ce gaz sulfhydrique est-il une partie constituante de l'eau minérale elle-même, ou bien résulte-t il de la décomposition partielle de l'acide sulfurique par la matière organique? La quantité de gaz est en trop minime proportion pour qu'une pareille question puisse être résolue d'une manière satisfaisante. D'une autre part, nous n'avons pas trouvé, par nos analyses, que l'acide sulfurique, dans les eaux de cette catégorie, ait diminué d'une ma-

nière sensible, comparativement aux autres sources. La question est, comme on voit, d'une extrême délicatesse. Cependant nous avons lieu de croire que c'est bien à la conversion du sulfate alcalin en sulfure par la matière organique, puis en acide sulfhydrique par l'excès d'acide carbonique, qu'il faut attribuer la présence de ce gaz nauséabond dans certaines sources de Châteauneuf.

A part la source de Chambon-la-Croix, elles sourdent toutes en bouillonnant sur la rive gauche de la Sioule, c'est-à-dire des rochers granitiques.

Elles sont réparties dans les hameaux de la manière suivante :

Hameau du Coin : *Source Desaix.*

Hameau des Méritis : *Sources de la Pyramide* et *buvette du Grand bain chaud.*

Hameau de la Chaux : *Sources du Petit-Moulin* et *du Pavillon* ou *du Champfleuret.*

Hameau des Bordats : *Sources du Petit-Rocher* et *de Chevarier.*

Hameau du Chambon : *Source de Chambon-la-Croix.*

Nous présentons sous forme de tableau les résultats analytiques que nous avons obtenus avec l'eau de ces huit sources froides.

TABLEAU SYNOPTIQUE *de la densité, de la température et des substances contenues dans un litre d'eau des différentes sources minérales et thermales de Châteauneuf.*

	FONTAINE DESAIX.	FONTAINE DE LA PYRAMIDE.	BUVETTE DU GRAND BAIN CHAUD.	GRAND BAIN CHAUD.	BAIN AUGUSTE.	BAIN JULIE.	BAIN TEMPÉRÉ.	FONTAINE DU PETIT-MOULIN.	FONTAINE DU PAVILLON OU DE CHAMPLEURET.	BAIN DU PETIT-ROCHER.	FONTAINE DU PETIT-ROCHER.	FONTAINE CHEVARIER.	BAIN DE LA ROTONDE.	FONTAINE DE CHAMBON-LA-CROIX.
Densité	1,0017	1,0029	1,0018	1,0018	1,0027	1,0027	1,0020	1,0016	1,0035	1,0016	1,0016	1,0014	1,0016	1,0015
Température	16°,5	25° c.	33°,5	37° c.	32° c.	32° c.	35° c.	15°,75	16° c.	25° c.	21°,5	30° c.	29° c.	19°,5
Azote	5 cc.,3	7 cc.	6 cc.	5 cc.,8	4 cc.,2	4 cc.,1	2 cc.,9	3 cc.,5	2 cc.,3	3 cc.,5	4 cc.,1	4 cc.,9	4 cc.,3	9 cc.,4
Oxygène	1 cc.	0 cc.,3	1 cc.	1 cc.,3	1 cc.,1	0 cc.,7	0 cc.,6	0 cc.,5	0 cc.,5	0 cc.,2	0 cc.,8	0 cc.,4	1 cc.,2	2 cc.,7
Chlore	0,244	0,274	0,221	0,223	0,265	0,241	0,267	0,180	0,223	0,205	0,154	0,101	0,222	0,103
Acide carbonique	3,509	3,189	2,198	2,666	2,549	3,574	2,746	2,794	4,327	2,350	3,030	2,399	3,033	3,097
— sulfurique	0,141	0,272	0,275	0,267	0,241	0,249	0,265	0,132	0,220	0,170	0,153	0,105	0,167	0,071
— sulfhydrique	»	indices.	indices.	»	»	»	»	»	»	indices.	»	indices.	»	»
— crénique	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.
Potasse	0,268	0,377	0,321	0,279	0,259	0,299	0,285	0,271	0,461	0,222	0,296	0,220	0,343	0,196
Soude	0,879	1,021	0,892	0,900	0,071	0,920	0,922	0,633	0,995	0,704	0,465	0,471	0,782	0,566
Chaux	0,200	0,249	0,148	0,122	0,174	0,152	0,156	0,184	0,292	0,158	0,212	0,088	0,101	0,274
Magnésie	0,038	0,075	0,068	0,065	0,066	0,061	0,067	0,079	0,139	0,055	0,040	0,032	0,046	0,113
Alumine	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.
Silice	0,103	0,100	0,115	0,101	0,122	0,126	0,121	0,085	0,092	0,095	0,100	0,045	0,095	0,010
Lithine	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.
Protoxyde de fer	0,008	0,019	0,010	0,027	0,014	0,016	0,012	0,027	0,072	0,010	0,018	0,078	0,012	0,022
Arsenic	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.
Matière organique	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.
Totaux	5,390	5,588	4,248	4,660	4,661	5,638	4,841	4,385	6,821	3,974	4,468	3,539	4,801	4,452

TABLEAU SYNOPTIQUE *des diverses combinaisons salines anhydres, attribuées hypothétiquement à un litre de chacune des eaux minérales et thermales de Châteauneuf.*

	FONTAINE DESAIX.	FONTAINE DE LA PYRAMIDE.	BUVETTE DU GRAND BAIN CHAUD.	GRAND BAIN CHAUD.	BAIN AUGUSTE.	BAIN JULIE.	BAIN TEMPÉRÉ.	FONTAINE DU PETIT-MOULIN.	FONTAINE DU PAVILLON OU DE CHAMPFLEURET.	BAIN DU PETIT-ROCHER.	FONTAINE DU PETIT-ROCHER.	FONTAINE DE CHEVARIER.	BAIN DE LA ROTONDE.	FONTAINE DE CHAMBON-LA-CROIX.
Acide carbonique libre	gr. 1,835	1,321	0,752	1,195	1,010	1,457	1,318	1,467	1,986	1,155	2,024	1,512	1,730	1,881
Acide sulfhydrique libre	»	traces.	traces.	»	»	»	»	»	»	traces.	»	traces.	»	»
Bicarbonate de soude	1,612	1,580	1,279	1,296	1,454	1,352	1,288	0,984	1,620	0,915	0,528	0,772	1,209	0,757
— de potasse	0,519	0,730	0,621	0,540	0,498	0,575	0,551	0,525	1,089	0,430	0,539	0,426	0,664	0,379
— de chaux	0,514	0,662	0,380	0.314	0,448	0,391	0,401	0,475	0,750	0,408	0,545	0,228	0,257	0,706
— de magnésie	0,121	0,237	0,213	0,204	0,209	0,101	0,212	0,248	0,435	0,175	0,126	0,101	0,145	0,356
— de protoxyde de fer	0,018	0,042	0,022	0,034	0,032	0,036	0,027	0,062	0,010	0,022	0,042	0,010	0,028	0,050
Sulfate de soude	0,250	0,485	0,483	0,470	0,428	0,442	0,470	0,234	0,391	0,428	0,271	0,186	0,296	0,126
Chlorure de sodium	0,413	0,433	0,374	0,395	0,449	0,411	0,451	0,304	0,377	0,340	0,283	0,173	0,375	0,175
Arséniate de soude	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.
Crénate de fer	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.
Silice	0.103	0,100	0,115	0,101	0,122	0,126	0,121	0,085	0,092	0,095	0,100	0,078	0.095	0,010
Alumine	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces	traces.	traces.
Lithine	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.	traces.
Matière organique	indices.	indices.	indices.	indices.	indices,	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.	indices.
Poids des combinaisons salines anhydres. Les sels étant à l'état de bicarbonate.	5,387	5,579	4,230	4,549	4,659	4,981	4,839	4,384	6,750	3,968	4,458	3,487	4,799	4,440
Poids des combinaisons salines anhydres trouvé par l'expérience. Les sels étant à l'état de carbonates neutres.	2,848	3,216	3,071	3,082	3,154	2,096	3,080	2,288	3,480	2,364	2,340	1,580	2,300	2,008

EAUX THERMALES. — Les eaux thermales de Châteauneuf sont réparties de la manière suivante dans deux hameaux assez éloignés l'un de l'autre :

Hameau des Méritis : *Sources du Grand bain chaud, du Bain Auguste, du Bain Julie et du Bain tempéré.*

Hameau des Bordats : *Sources du bain du Petit-Rocher et du bain de la Rotonde.*

Les différentes sources qui alimentent les piscines de Châteauneuf possèdent la plupart des propriétés chimiques des sources minérales froides. Elles appartiennent à la même classe, et leur action sur le papier de tournesol est la même. Elles dégagent incessamment, par suite de leur température et de la forte compression qu'elles subissent dans le sein de la terre, une grande quantité d'acide carbonique mêlé d'azote et d'oxygène. Ces eaux déposent sur les parois des piscines et sur le sol où elles coulent une matière rouge ocracée, formée en partie d'oxyde de fer et de sulfate de chaux. La proportion de fer qu'elles contiennent en dissolution est assez grande pour leur communiquer la saveur dite ferrugineuse, et pour teindre en jaune, après quelque temps, les peignoirs des baigneurs. On a remarqué, à cet effet, que le tissu de coton s'imprégnait plus rapidement d'oxyde de fer que celui de fil. Leur température varie depuis 25 jusqu'à 37°,5 centigrades.

Toutes contiennent de l'arsenic en proportion excessivement minime.

Les réactifs ne nous ont pas permis d'y découvrir la présence de l'iode et du brome.

A leur point d'émergence, les eaux thermales qui nous occupent sont parfaitement claires ; mais, après quelques instants de séjour dans les piscines, elles louchissent sensiblement. Dans toutes, on rencontre une matière organique qui paraît être la cause principale de leur décomposition, lorsqu'elles sont conservées dans des bouteilles bouchées ; elles ne tardent pas alors à répandre une odeur désagréable d'hydrogène sulfuré.

Le produit des sources est assez abondant pour alimenter plusieurs piscines et pour permettre d'une manière incessante le renouvellement de l'eau. Celle-ci sourd des fissures des rochers qui forment le sol même des piscines. Il en résulte l'avantage que les baigneurs jouissent de toute la chaleur native de la source, et que l'eau n'ayant pas de conduits à traverser, ainsi que cela se voit dans certains de nos établissements thermaux, n'abandonne pas une partie de sa vapeur, dont l'efficacité n'est mise en doute par aucun médecin.

Les cabinets où se donnent les douches, toutes descendantes, sont situés dans les salles des piscines. Cette disposition permet aux malades de passer de la douche au bain, et *vice versa*, sans aucun inconvénient.

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

Académie impériale Leopoldino-Carolina des naturalistes (1).

EXTRAIT DES PROCÈS-VERBAUX DE LA 31e RÉUNION DES NATURALISTES ET DES MÉDECINS ALLEMANDS, RÉUNIS A GŒTTINGUE AU MOIS DE SEPTEMBRE 1854.

Section des accouchements. — Secrétaire, M. le docteur SPIEGELBERG, *de Gœttingue.*

1re SÉANCE, 18 septembre 1854. — *Présidence de M.* SIEBOLD, *de Gœttingue.* — M. *Siebold* présente à l'Académie une pièce de *lithopedion* (fœtus passé à l'état calcaire) recueilli sur une femme veuve âgée de soixante-seize ans. Cette pièce lui avait été remise par M. le docteur Harnier, de Cassel.

Cette femme était affectée depuis quarante ans d'une tumeur de l'abdomen qui ne l'avait jamais incommodée ; elle se rappelait vaguement avoir été traitée pour une affection du bas-ventre, et qu'à la suite de cette maladie elle avait perçu pendant quelque temps des battements dans l'abdomen ; mais cette sensation ayant diminué peu à peu, elle n'avait dès lors plus rien éprouvé. Elle mourut de marasme sénile.

Autopsie. La tête du lithopedion était enclavée dans le petit bassin, entre l'utérus et le rectum, entourée d'un tissu cellulaire lâche et mou, et unie étroitement à l'ovaire droit et aux ligaments par des veines. L'enveloppe fœtale se présentait sous une masse calcaire. Le fœtus paraissait âgé de sept mois. Toutes les parties sont facilement reconnaissables ; les extrémités, fortement pressées contre le tronc, sont aussi dures et de la même composition que l'enveloppe fœtale.

M. *Siebold* ouvre la discussion sur ce fait, à savoir, que dans ce cas la gastrotomie avait dû être pratiquée, le diagnostic établissant parfaitement un cas de grossesse extra-utérine.

M. *Schœmann*, de Hanovre, se prononce pour l'opération dans le cas seul où l'enfant est en vie, appuyant son opinion sur le mémoire de Duparc et sur le cas décrit par Zwanck.

M. *Kaufmann*, de Hanovre, émet la même opinion avec quelques restrictions, qui portent principalement sur ce qu'on ne doit pratiquer la gastrotomie que dans le cas où l'enfant vit et où la grossesse est abdominale.

M. *Zwanck*, de Hambourg, rapporte encore le cas qu'il a déjà publié en 1854. Il dit que dans ce cas le diagnostic avait pu être sûrement établi, tant par rapport à l'espèce de grossesse utérine qu'à la vie de l'enfant. Mais ce qui surtout avait fait réussir l'opération, c'était le siége du placenta. Ce dernier se trouvait placé à la paroi abdominale antérieure ; il s'était détaché spontanément, et était sorti de la même façon dès que l'incision avait été pratiquée. Dans tous les cas où, par un moyen quelconque, on est assuré de cette position du placenta, et de sa sortie spontanée, dans tous les cas, mais dans ceux-là seulement, l'opération doit être pratiquée.

M. *Siebold* croit aussi que le point le plus important pour le pronostic est la position du placenta. Si elle est défavorable, il y a peu de chances dans l'opération pour la vie de la mère. Il cite un cas dans lequel le placenta avait été trouvé adhérent aux gros vaisseaux de l'abdomen ; on ne put le détacher, et la femme mourut rapidement.

M. *Stoltz*, de Strasbourg, cite quatre cas de grossesses extra-utérines de sa pratique, tous mortels pour la mère. Dans trois cas on laissa opérer la nature ; dans le quatrième, on fit l'opération. Dans ce dernier, l'enfant était vivant et à terme ; il y avait de véritables douleurs, et pourtant la sonde avait constaté la vacuité de l'utérus. Malgré cet état l'enfant arriva mort, et la femme succomba elle-même dix jours après. A l'autopsie, on rencontra un placenta tellement développé, qu'il eût été impossible de le détacher ; il s'était, pour ainsi dire, greffé sur l'utérus, la vessie et les replis de Douglas.

Lui aussi est de l'avis de M. Siebold, que la position indiquée plus haut du placenta est la cause commune du terme fatal de semblables opérations. Quant aux indications de la gastrotomie, M. Stoltz donne les règles suivantes :

Dans les cas où le fœtus meurt dans les premiers mois de la grossesse, on doit confier les suites à la nature.

Si l'enfant est vivant et à terme, il faut opérer.

S'il est mort, l'abandonner aux forces de la nature.

Quoique de tels fœtus se changent facilement en lithopedion, ils sont éliminés quelquefois par macération ou par des abcès.

M. *Schœmann* cite un cas de rupture de l'utérus qui est survenue à l'une de ses clientes, il y a deux ans et demi. L'enfant se trouve dans la cavité abdominale. La femme, quoique souffrant beaucoup, vit encore à l'heure qu'il est ; elle a demandé plusieurs fois à être opérée, et toujours il a cru devoir lui refuser l'opération.

M. *Stoltz* pense que, dans les cas de grossesse extra-utérine où la tête de l'enfant est appuyée sur la paroi supérieure du vagin, il faut opérer, extraire l'enfant lors même qu'il est mort ; qu'une semblable opération est moins dangereuse que par la paroi abdominale. Un cas semblable s'est présenté à lui à Strasbourg ; on crut avoir affaire à une grossesse utérine, on laissa faire la nature, la femme accoucha, et à l'autopsie on trouva l'enfant appuyé sur la paroi vaginale supérieure.

M. *Kaufmann* propose de discuter quelle est la meilleure position à donner à la femme dans les cas de version difficile. On s'accorde généralement à placer les femmes dans le décubitus latéral. MM. Kaufmann et Schœmann recommandent d'introduire la main qui correspond au côté sur lequel la femme est couchée ; M. Stoltz, au contraire, emploie la main opposée.

2e SÉANCE, du 19. — *Discussion sur l'emploi du chloroforme dans l'opération césarienne.* — M. *Siebold* cite deux cas de sa pratique avec issue malheureuse pour les mères. La deuxième opération avait été pratiquée sur une femme rachitique, chez laquelle le diamètre antéro-posté-

(1) Nous renvoyons nos lecteurs, pour les détails de cette Académie nationale allemande, au travail de notre savant confrère et ami, le docteur Meding, président de la Société médicale allemande de Paris, publié en 1854, au sujet du Xe anniversaire de cette Société à Paris.

rieur était de 2 pouces 1/4 ; on avait employé le chloroforme dans ce cas. M. Siebold présente en même temps à la Société les bassins de ces deux femmes, et d'autres déformés par suite d'ostéomalacie, et un bassin oblique par coxalgie.

M. *Stoltz* a employé le premier dans l'opération césarienne les inhalations anesthésiques ; déjà en 1848 il s'était servi de l'éther. Il a pratiqué six fois cette opération, et il a sauvé tous les enfants et quatre mères. Sur une, il a même pratiqué l'opération deux fois. Les deux femmes qui ont succombé étaient atteintes d'ostéomalacie. Il se prononce pour l'emploi du chloroforme.

M. *Schœmann* croit que l'emploi du chloroforme ne présente pas beaucoup de dangers. Il a seulement observé une fréquence bien marquée du pouls dans les deux jours qui suivent l'accouchement, et un léger retard dans la marche de la cinquième période.

M. *Siebold* a remarqué que les contractions cessaient même quelquefois, et qu'elles ne reparaissaient que quand l'effet du chloroforme était sensiblement passé ; aussi l'emploie-t-il rarement.

M. *Richard* se prononce contre son emploi, parce que la douleur qu'exprime la femme indique presque toujours la marche à suivre à l'accoucheur, principalement quand on doit opérer.

M. *Schœmann* l'applique selon la méthode anglaise, c'est-à-dire qu'il ne provoque pas une anesthésie complète. M. *Kalck* se range de son avis.

Une discussion s'engage sur la valeur et la signification de la douleur dans l'accouchement.

M. *Schœmann* croit qu'elle est nécessaire ; M. *Credé* le combat, et M. *Siebold* fait remarquer qu'il faut établir une distinction entre la douleur physiologique et la douleur pathologique.

3ᵉ SÉANCE. — M. *Stoltz*, interpellé par M. *Mansfeld* sur les causes des succès qu'il a obtenus dans l'opération césarienne, les résume ainsi :

1° Il opère de bonne heure, même avant la rupture des membranes.

2° Il pratique généralement une petite incision, tant sur l'abdomen que sur la matrice ; cette dernière incision doit être toujours dirigée vers le fond de l'utérus.

3° Le placenta est enlevé le plus tôt possible par la plaie ; lorsque l'hémorrhagie utérine a été arrêtée, on place les sutures.

4° Il est toujours préférable que l'enfant soit expulsé par les contractions utérines.

5° Il faut toujours, si faire se peut, rompre les membranes non par le col, mais par la plaie.

6° Opérer la réunion de la plaie par des bandelettes agglutinatives, et placer des compresses graduées.

7° Immédiatement après l'opération, appliquer sur la plaie des réfrigérants, et donner la glace à l'intérieur, conjointement avec l'éther et la teinture thébaïque.

Il s'oppose, dans les cas d'inflammation, à la saignée ; il est préférable d'appliquer les sangsues près de la plaie. M. Stoltz entre dans quelques détails sur l'emploi de son forceps.

4ᵉ SÉANCE. — *Discussion sur l'avortement artificiel.* — L'indication majeure est un danger imminent pour la vie de la femme ; les vomissements incoercibles en sont exemple ; les rétrécissements du bassin ne sont pas une indication principale.

MM. *Stoltz*, *Siebold* et *Schœmann* prennent tour à tour part à cette discussion. M. *Stoltz* y donne une description de son spéculum utérin.

5ᵉ SÉANCE. — Elle est ouverte par M. *Richard*, d'Osnabruck, sur un cas d'application du forceps qui ne présentait rien de particulier, excepté que le médecin appelé avant lui l'avait appliqué deux fois sans réussir à amener la tête.

M. *Credé* entre dans des détails sur la mensuration du bassin.

M. *Martin*, d'Iéna, parle de l'endométrite comme cause de dystocie.

M. *Credé* parle sur la ponction exploratrice dans des cas de tumeurs abdominales, ponction qu'il faut toujours pratiquer parce qu'elle est sans danger. Il a même, dans un cas de tumeur située derrière la vessie, transpercé cet organe sans avoir eu à déplorer des accidents.

M. *Diste* clôt les séances en lisant un travail sur une épidémie de fièvre puerpérale septique qu'il a eu l'occasion d'observer.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Spéculum modifié. — Pince œsophagienne à courbure mobile.

Dans sa séance du 30 septembre 1854, l'Académie royale de médecine de Belgique a entendu la lecture d'un rapport de M. Marinus sur deux instruments présentés à l'Académie par le docteur Dechange.

Le premier instrument modifié par M. Dechange est un spéculum dans lequel l'inventeur a cherché à réunir sous un petit volume tous les objets usuels dont le chirurgien peut avoir besoin pour le traitement d'un grand nombre d'affections ds la matrice ; voici en quoi il consiste :

Le manche de l'instrument est brisé et à charnière se mouvant au moyen d'un ressort de bistouri, de manière à pouvoir être replié sur le spéculum. L'extrémité de l'embout, ou le bouton, est en ivoire, ce qui l'empêche de s'imprégner de la matière des écoulements vagino-utérins. Il est creux, et peut se dévisser pour recevoir une certaine provision de nitrate d'argent. Le corps ou la tige de l'embout est creux également, et sert à loger : 1° un porte-caustique dont une des extrémités présente, au lieu de manche, une pince à curseur qu'on peut garnir d'une éponge ou d'un tampon de charpie pour absterger le col ; 2° une pince à branches entre-croisées, destinée à retirer du col les portions de caustique qui auraient pu y rester engagées. Cette pince peut s'adapter aux branches d'une pince à pansement ordinaire, de manière à former un instrument très long.

L'autre instrument est une *pince œsophagienne à courbure mobile*, destinée à faciliter l'extraction des corps étrangers. Il se compose d'une pince à anneaux de 18 centimètres de longueur, sur les branches de laquelle sont fixées deux branches courbes, longues de 14 centimètres, se mouvant par une articulation à charnière, se prêtant ainsi avec une extrême facilité à tous les mouvements qu'on veut lui imprimer, et, par conséquent, aux diverses courbures de la cavité pharyngo-œsophagienne. L'instrument s'introduit comme une sonde ordinaire dont la courbure serait appropriée préalablement à celle des parties à explorer. (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*, t. XIII, n° 11.)

Guérison d'une fistule vésico-vaginale, par M. BUCK.

Nous reproduisons, avec des détails aussi explicatifs que possible, l'heureuse application d'un procédé qui est présenté comme étant de l'invention de M. Sims, et dans lequel nos lecteurs reconnaîtront aisément l'ingénieuse combinaison de la suture enchevillée et de la ligature dite *à chapelet*, des tumeurs polypeuses.

OBS. — Une femme de vingt-huit ans, accouchée il y a sept semaines, présenta, peu de temps après, une incontinence d'urine qu'aucune attitude ne diminuait. A un pouce et trois quarts du méat, on trouva dans le vagin, sur la ligne médiane, une fistule transversale admettant l'extrémité du petit doigt.

Huit jours après, on procéda à l'opération. La malade ayant été éthérisée, un lithotriteur de Jacobson fut introduit par l'urètre dans la vessie et déployé de manière à faire saillir, sur sa partie fortement convexe, la fistule dans le vagin. On aviva alors les deux lèvres de celle-ci, de façon à rendre son plus grand diamètre transverse. On mit ensuite six fils à suture, lesquels servirent à placer autant de fils d'argent très fins. Une bande de plomb, étroite et aplatie, percée de trous à distance d'un quart de pouce, fut enfilée dans les quatre fils du milieu, de chaque côté de la plaie, en laissant aux deux côtés de celle-ci un fil libre. Chacun des quatre fils fu armé à ses deux bouts d'une petite balle percée, qu'on fit glisser jusque vers les plaques de plumb. On fit un nœud sur celui des bouts des fils qui répondait à l'utérus. On tira alors sur le bout de ces mêmes fils qui répondait à la vulve, jusqu'à ce que la plaque de plomb du côté de l'utérus fût amenée en contact intime avec la lèvre postérieure de la plaie. Il ne resta plus qu'à pousser l'autre plaque de manière à la mettre en contact avec la lèvre antérieure, et à nouer les fils pour maintenir le rapprochement ainsi obtenu. Les deux fils restés libres aux deux extrémités de la plaie, furent noués sur une balle, mais sans l'intermédiaire de la plaque deplomb.

L'opération terminée, on laissa un cathéter à demeure dans la vessie, et on l'y maintint quatorze jours, en le changeant tous les jours. Au bout de ce temps, on reconnut que la réunion s'était accomplie dans toute l'étendue de la solution de continuité.

Le 18 août (trente-cinq jours après l'opération), l'opérée quitta l'hôpital, n'usant plus de la sonde, retenant parfaitement son urine, et pouvant la lancer en jet sans qu'il en passât jamais par le vagin. (*New-York Med. Times*, oct. 1854, p. 1.)

Contribution à l'hémostasie, par Joh.-Jul. Bühring.

Les temps sont loin de nous où la crainte de l'hémorrhagie forçait les chirurgiens à faire les opérations avec des instruments tranchants chauffés à blanc, où le cautère actuel était presque le seul agent hémostatique en usage. Mais si la brillante invention d'Ambroise Paré a substitué au feu un moyen d'arrêter les écoulements sanguins, à la fois plus sûr et plus inoffensif, il s'en faut cependant que le fer rouge puisse être mis de côté d'une manière complète. Quel est le chirurgien qui oserait entreprendre l'extirpation d'un polype naso-pharyngien volumineux, l'ablation du maxillaire supérieur, sans avoir sous la main un réchaud garni de cautères ? D'un autre côté, dans les cas où la ligature est applicable, le nombre des vaisseaux à lier étant très considérable, il en résulte des douleurs interminables pour le pauvre malade, qui s'était figuré échapper à toute souffrance, grâce aux anesthésiques. Ce serait donc un grand bienfait de doter l'art d'un moyen hémostatique dont la sûreté ne le cédât en rien à la ligature, et qui eût le précieux avantage de pouvoir être appliqué sans douleur. Mais les recherches nombreuses qu'on a faites dans cette voie, sans arriver au résultat désiré, semblaient depuis quelque temps avoir mis le découragement dans les rangs des investigateurs. Le hasard aurait-il fait ce qu'ont vainement tenté un grand nombre d'expérimentateurs habiles et éclairés ? C'est ce qu'il ne nous appartient pas d'affirmer. Notre devoir ici est tout simplement de rapporter les faits publiés par le docteur Bühring.

En automne 1852, cet éminent praticien enlevait, dans un laboratoire de pharmacie, une tumeur sanguine développée sur la mâchoire inférieure d'une vieille femme ; une portion considérable du rebord alvéolaire dut être emportée ; il en résulta une hémorrhagie violente par l'os, que le fer rouge ne parvint pas à maîtriser. La compression n'ayant pas eu plus de succès, l'opérateur se fit donner successivement de l'alun, du sulfate de fer, sans réussir à arrêter la perte.

La compression de la carotide seule suspendait momentanément l'hémorrhagie, qui mettait la malade à deux doigts de sa perte. En ce moment, le docteur Bühring aperçut un flacon rempli de tannin fraîchement préparé ; il se le fit passer, y plongea une éponge mouillée, qu'il appliqua, recouverte d'une épaisse couche de tannin, sur la plaie. Il ferma ensuite la bouche de l'opérée, de manière à maintenir l'éponge en place. L'hémorrhagie était complétement arrêtée; au bout d'une heure, l'éponge fut enlevée pour être remplacée par une autre semblable. La surface traumatique était recouverte d'une espèce de pâte de couleur jaune grisâtre, adhérente avec quelques caillots sanguins ; mais il n'y avait aucune trace de suintement. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite jusqu'à la guérison définitive de la malade.

Satisfait à bon droit de l'efficacité du tannin, dans cette circonstance, le docteur Bühring, depuis cette époque, ne pratique jamais une opération sans être muni de cet excellent hémostatique. Lorsqu'il n'existe qu'un suintement en nappe que la ligature est impuissante à arrêter, le tannin lui réussit pour le moins aussi bien que le fer rouge ; mais quand c'est un vaisseau volumineux qui fournit le sang, le tannin a une efficacité qui ne le cède en rien à la ligature. Les observations suivantes laissent peu de doute à cet égard.

Un garçon de douze ans était porteur d'un polype fibreux naso-pharyngien, inséré sur la paroi postérieure du pharynx, depuis l'apophyse basilaire de l'occipital jusqu'à la quatrième vertèbre cervicale. La respiration était pénible, anxieuse, et le malade, exténué déjà par des hémorrhagies périodiques, était de plus sous l'imminence d'une suffocation prochaine. D'un autre côté, une opération pratiquée avec les ressources ordinaires de la thérapeutique, menaçait de provoquer une perte sanguine qui pouvait devenir promptement mortelle. Dans la cruelle perplexité où le mettait l'alternative inévitable de voir son malade périr d'asphyxie ou d'hémorrhagie, le docteur Bühring essaya de rendre la tumeur moins vasculaire par des applications quotidiennes de tannin ; des éponges enduites de cette substance furent portées, au moyen d'une tige, dans le pharynx, pendant six à dix jours. Le malade ayant pu, grâce à l'absence d'hémorrhagie, reprendre un peu de force pendant ce temps, l'ablation de la tumeur fut enfin pratiquée, et cela au moyen d'une série de pinces tranchantes. Le tissu du polype était devenu dense, pâle, et ne fournissait qu'une quantité de sang insignifiante. Un tampon enduit de tannin fut appliqué sur la région où la tumeur s'était insérée, au moyen de la sonde de Belloc, et maintenu en place pendant une heure ; au bout de ce temps on le retira. L'hémorrhagie ne se reproduisit pas, et le malade guérit parfaitement.

Dans un autre cas, il s'agit de l'ablation de la moitié moyenne de la mâchoire inférieure, avec extirpation des glandes sublinguales et sous-maxillaires, nécessitée par un cancer de ces parties. On ne fit aucune ligature ; une simple éponge, enduite de tannin, fut fixée contre les parties divisées, puis on réunit la peau par la suture. Au bout d'une heure il se déclara une hémorrhagie ; une nouvelle éponge saupoudrée de tannin fut appliquée à la place de la première ; l'écoulement sanguin s'arrêta, et cela définitivement.

Mais le fait le plus curieux est le suivant.

Un homme de vingt-cinq ans ayant été atteint de blennorrhagie, portait dans l'aine gauche des ganglions lymphatiques énormément développés par l'inflammation violente dont ils étaient le siége. On sentait la fluctuation au-dessous de la tumeur, et, plus profondément, les battements de l'artère fémorale. Une ponction, faite avec un trocart fin, donna issue à un pus fétide ; mais comme l'écoulement de ce liquide se faisait très mal, on agrandit l'ouverture avec le bistouri. Tout d'un coup un flot de sang, lancé au loin dans la chambre, remplit complétement la cavité de l'abcès; sans la compression de l'artère crurale, pratiquée immédiatement sous le ligament de Poupart, le malade périssait indubitablement en peu d'instants. Après avoir appliqué le tourniquet sur l'iliaque externe, au-dessus du canal inguinal, le docteur Bühring fit une incision dans la direction de l'artère crurale, et mit à découvert ce vaisseau qu'il trouva perforé au-dessus de l'origine de la fémorale profonde. L'ouverture était si voisine de l'anneau crural, qu'elle rendait peu certaine la ligature de l'artère fémorale et semblait exiger celle de l'iliaque externe dans le bassin. Avant de se résoudre à employer ce dernier moyen, M. Bühring voulut essayer du tannin. La force et l'état général du malade permettaient cet essai. Une éponge humide, fortement imprégnée de tannin en poudre, fut portée au fond de la plaie, avec laquelle elle demeura adhérente, grâce à l'espèce de pâte formée par le tannin et le sang. On enleva alors le tourniquet ; le jet sanguin était arrêté. Un bandage compressif fut appliqué sur l'éponge, et toutes les précautions prises pour arrêter immédiatement l'hémorrhagie, dans le cas où elle se reproduirait. Mais les jours se passaient sans que ces craintes fussent justifiées. Le troisième jour on enleva le pansement ; l'éponge adhérait fortement à la plaie, dont les bords, nullement enflammés, étaient recouverts d'une espèce de pellicule brune, comme momifiée. On enleva avec des ciseaux la portion proéminente de l'éponge, et l'on réappliqua la compression. Ce n'est que le huitième jour que l'éponge se détacha complétement avec les tissus qui y adhéraient ; une partie du fond de la plaie était déjà recouverte de bourgeons charnus : rien n'annonçait la possibilité de la formation d'un anévrysme. Le dix-huitième jour, les progrès de la cicatrisation étaient tels, que le malade se promenait dans sa chambre. Mais le vingt et unième jour, eut lieu une hémorrhagie très vive, qui, il est vrai, fut encore arrêtée par le tannin, mais qui ne permit pas, néanmoins, de différer plus longtemps la ligature de l'artère iliaque externe. La guérison s'ensuivit.

Bien que ce dernier cas soit un insuccès, il n'en prouve pas moins toute l'efficacité du tannin, même dans des cas où des altérations

très graves des vaisseaux semblent défier, pour ainsi dire, toute espèce de moyens hémostatiques. (*Allg. med. Centr. Zeit.*, nos 83 à 86, 1854.)

Huile de foie de morue employée localement, par le professeur Malmstein (de Stockholm).

Depuis l'an 1822, époque à laquelle Schenk préconisa l'huile de foie morue à l'intérieur contre le rhumatisme chronique, ce médicament a été vanté dans le traitement d'une foule de maladies tant internes qu'externes. Les affections de la peau, en particulier, ont été combattues au moyen de l'huile de foie de morue par plusieurs praticiens éminents, et beaucoup de médecins ont fait des essais touchant l'efficacité de ce moyen contre certaines dermatoses rebelles à tout autre traitement.

Mais personne, que nous sachions, n'a donné à l'emploi externe de ce remède une extension aussi considérable que le professeur Malmstein. Ce médecin en fait le principal moyen de traitement de l'eczéma chronique, de l'impétigo, du psoriasis, du pityriasis chronique, du lupus, des ulcères rebelles, des chancres phagédéniques, etc., et certes les résultats qu'il en a obtenus sont de nature à tenter les plus incrédules.

Le professeur Malmstein emploie l'huile de foie de morue de la manière suivante : Il se sert communément de l'huile brune. S'il a à combattre une maladie cutanée qui ait envahi une portion notable de la peau, il veut que le malade reste au lit, et il fait pratiquer deux fois par jour une friction avec l'huile de foie de morue sur tout le corps, ou au moins sur les points où siége le mal. Autant que possible, le malade ne doit point changer de linge pendant toute la durée du traitement, de manière à être plongé tout ce temps, pour ainsi dire, dans un bain d'huile. Si la maladie est locale, il suffit de recouvrir la région envahie d'un morceau de flanelle imprégné d'huile de foie de morue, par-dessus lequel on met une toile cirée. En général, le malade prend deux bains alcalins par semaine.

Voici quelques exemples des résultats remarquables obtenus par le professeur Malmstein.

Obs. I. — Le 13 mars 1848, S..., âgé de trente-sept ans, fut admis à l'hôpital Séraphin des constables. Il était atteint d'alcoolisme chronique à un haut degré, et de plus, d'un *prurigo formicans* qui remontait à plusieurs mois et qui s'étendait sur la plus grande partie du corps. La peau était sèche et d'un jaune grisâtre ; elle était le siége d'une démangeaison insupportable. Un traitement interne et externe fut institué et continué pendant un an, avec toutes les modifications que la thérapeutique pouvait suggérer, sans amener le moindre résultat satisfaisant. En février 1849, le malade fut soumis aux frictions, matin et soir, avec l'huile de foie de morue sur toute la surface du corps. Il prit deux bains alcalins par semaine, et conserva le même linge pendant tout le traitement. Au bout de huit jours, il y avait déjà un amendement notable, et à la fin de la deuxième semaine, l'éruption avait complétement disparu. La peau était redevenue souple, douce au toucher ; le malade ne ressentait plus la moindre démangeaison. Le 8 mars il quitta l'hôpital dans un état de santé parfait. S... fut revu un an plus tard ; la maladie n'avait pas reparu.

A cette époque il y avait dans le même hôpital un vieillard affecté d'un eczéma chronique très rebelle, dont l'huile de foie de morue triompha avec la même rapidité.

Obs. II. — L..., âgé de cinquante ans, entra, le 28 octobre 1852, à l'hôpital Séraphin, pour un *eczema rubrum* de tout le corps. La maladie remontait à neuf ans, et avait résisté à une foule de traitements. La peau tout entière était rouge brun, indurée, fendillée au niveau des articulations, et sécrétait une humeur séro-purulente très irritante. La face était d'un aspect horrible, car la maladie s'était étendue aux paupières, où elle avait produit une blépharite glandulaire chronique. Les démangeaisons étaient insupportables. Le malade fit alors usage de l'acide arsénieux à l'intérieur et de frictions avec l'huile de morue, accompagnées de bains alcalins à l'extérieur. Au bout de deux mois, son état s'étant considérablement amendé, on supprima l'arsenic, qu'on remplaça, à cause de la tendance à la constipation qui existait chez L..., par une décoction de *rhamnus frangula*. On continua toujours les moyens externes, et cela avec un succès si parfait, que le 20 mars 1853, le malade sortit de l'hôpital complétement guéri.

Obs. III. — Le maréchal des logis W..., âgé de vingt-neuf ans, entra à l'hôpital le 7 décembre 1849 ; il portait une éruption prurigineuse qui avait envahi toute la surface du corps, mais qui était plus forte aux jambes. Cette affection, au dire du malade, remontait à la première enfance ; elle s'accompagnait d'une démangeaison si vive, qu'elle privait le patient de tout repos. La santé générale, du reste, ne laissait rien à désirer. Le traitement par l'huile de foie de morue et les bains alcalins fut aussitôt commencé. Dès le 11 du même mois, la démangeaison était de beaucoup moindre, et, le 30 décembre, le malade put sortir de l'hôpital, complétement guéri.

Mais voici une maladie bien autrement grave, dont la guérison est attribuée à l'huile de foie de morue.

Obs. IV. — La femme H.., âgée de trente-sept ans, avait toujours joui d'une santé florissante, jusqu'à l'époque de son mariage. Elle avait alors dix-neuf ans. Cinq ans après, elle devint enceinte, mais avorta. Depuis ce temps, la menstruation fut toujours irrégulière et douloureuse chez elle. En septembre 1848, elle éprouva des douleurs abdominales très vives, qui furent combattues par des sangsues, des bains, etc. Il survint ensuite de la fièvre, une vive sensibilité de l'abdomen, et de la diarrhée alternant avec de la constipation. En 1849, elle eut de temps en temps des frissons, et il se manifesta une douleur avec gonflement dans la fosse iliaque gauche. La diarrhée persista et donna lieu à des évacuations muqueuses et purulentes accompagnées d'un violent ténesme. Il en résulta un amaigrissement considérable, puis tous les symptômes de la fièvre hectique. Au mois de décembre 1849, la malade vint à Stockholm, pour se mettre entre les mains du professeur Malmstein. Son état était des plus misérables : la fièvre hectique ne la quittait point ; l'appétit était totalement supprimé, et la moindre dose d'aliments ingérée était immédiatement rejetée par le vomissement. La malade était privée de sommeil ; il existait une tension douloureuse de l'abdomen, surtout au niveau de l'S iliaque du côlon, où la percussion donnait un son mat. Les garderobes, qui ne survenaient que sous l'influence des purgatifs, produisaient des douleurs affreuses ; elles contenaient un pus abondant et d'une fétidité extraordinaire. L'examen microscopique y a constaté une grande quantité de moisissures. L'utérus était sain, les menstrues normales, mais peu abondantes.

En portant le doigt dans le rectum, le professeur Malmstein sentit, à 3 pouces environ de l'ouverture anale, et du côté droit, un orifice conduisant dans une large cavité. Le diagnostic fut dès lors : *Abcès du bassin communiquant avec le rectum;* le pronostic, des plus fâcheux. Le traitement suivant fut institué : Repos absolu, régime substantiel, laissant le moins de résidu possible ; fomentations humides sur l'abdomen ; *injections d'huile de foie de morue dans l'intérieur du foyer purulent.* A l'intérieur, la malade prit une émulsion hydrocyanique, et de la morphine tous les soirs.

Après trois semaines de ce traitement, il y eut déjà de l'amélioration : l'odeur des selles était bien moins fétide. Au mois de janvier 1850, la malade éprouva des chagrins violents, qui détruisirent en partie les effets du traitement ; elle prit une petite quantité de fer et d'extrait de ciguë, ainsi qu'un peu de sulfate de quinine. Au mois de mars, nouvelles émotions débilitantes qui produisirent une aggravation des symptômes. On administra du charbon animal conjointement avec le sel de quinine. Pendant les mois d'avril et de mai, l'amélioration fut très considérable : l'appétit revint, les douleurs se calmèrent, la fièvre disparut ainsi que l'odeur fétide des matières fécales. La malade passa l'été à la campagne, où elle prit les eaux d'Adelsheit. Revenue à Stockholm au mois de septembre, elle pouvait marcher, et, malgré quelques imprudences qui retardèrent sa guérison, elle fut complétement rétablie le 1er janvier 1851. Les injections d'huile de foie de morue n'avaient pas été discontinuées un seul jour ; dans les derniers temps seulement, elles étaient réduites à trois par semaine.

Certes, nous n'oserions, dans ce cas, attribuer tout le succès aux injections d'huile de foie de morue, la médication ayant été assez complexe. Nous croyons, cependant, qu'on pourrait sans inconvénient les tenter dans des maladies analogues.

(*Allg. med. Centr. Zeitung*, 1854, n° 95 et 96.)

Ligature de la sous-clavière gauche pour un anévrysme spontané, suivie de succès, par M. Cacciopoli.

Rarement tentée, plus rarement heureuse, la ligature de la sous-clavière est une des opérations qu'on ne pratique qu'avec une répugnance trop bien justifiée. C'est donc avec empressement que nous enregistrons le nouveau succès obtenu par la chirurgie ita-

lienne dans cette voie. Il est d'autant plus remarquable, que l'artère qui a été liée est celle du côté gauche, la plus difficile des deux à atteindre sans danger, soit à cause de sa situation profonde, soit à cause des organes importants qui l'avoisinent.

OBS. — L'observation est relative à un chanteur, âgé de trente-quatre ans, porteur, depuis un an, d'un anévrysme axillaire qui s'était étendu jusque sous la clavicule. Il s'était déclaré, dès le début, de l'œdème et des douleurs dans le membre supérieur correspondant ; plus tard, une sensation de pesanteur énorme vers l'épaule. La tumeur avait le volume d'une grosse orange, sans changement de couleur à la peau, avec des pulsations perceptibles principalement sous la clavicule.

On résolut d'essayer, en premier lieu, l'électro-puncture avec une pile de Wollaston de cinq à six couples, chacun de plus de 30 pouces de surface. Quatre aiguilles enfoncées dans la tumeur furent mises en communication successivement avec le pôle positif et avec le pôle négatif, en d'autres points soutenue par la compression exercée sur la sous-clavière, de manière à supprimer les pulsations. Cette séance, de vingt-trois à vingt-quatre minutes, répétée cinq fois à un jour ou deux d'intervalle, ne donna pas le moindre résultat. On recommença alors, en mettant le pôle négatif en contact avec l'anévrysme, et le positif avec d'autres points du corps. Pas plus d'avantages. Nouvel essai avec un seul couple à hélice de 84 pouces de surface, qu'on fit agir selon tous les modes possibles. L'effet fut nul.

Ces insuccès décidèrent les chirurgiens à faire la ligature de la sous-clavière. Elle fut pratiquée le 13 février 1854, par une incision transversale au-dessus de la clavicule ; la jugulaire externe fut épargnée ; on ne lésa que deux petites artères. On tomba enfin sur l'artère qu'on lia au point où elle sort d'entre les muscles scalènes.

Les pulsations cessèrent à l'instant dans la tumeur et à la radiale ; mais vingt-quatre heures après elles reparurent, légèrement, il est vrai. Cette réapparition était-elle due au rétablissement de la circulation par les collatérales, ou au relâchement de la ligature ? Pour y remédier, tout en en recherchant la cause, M. Cacciopoli fit glisser sur le fil une petite canule d'ivoire, avec laquelle il fut facile de resserrer le nœud. Les pulsations cessèrent immédiatement dans la tumeur. On fixa le nœud ainsi serré durant soixante heures, après lesquelles on retira la canule d'ivoire.

Le fil tomba le dix-neuvième jour. Le 3 avril, le malade sortit de l'hôpital. La sensibilité, la chaleur, la motilité et la force du membre étaient intégralement revenues. Il restait à peine traces de la tumeur ; il y avait une pulsation imperceptible à la radiale.

Cinq mois après, on revit cet opéré ; il jouissait de la santé la plus florissante. (*Il Filiatre Sebezio*, déc. 1854, p. 321.)

Opération pour la cataracte congénitale, par M. CRITCHETT.

Une discussion engagée, il y a près d'un mois, à la Société médico-chirurgicale de Londres, fournit quelques lumières sur les avantages que les cataractés de naissance peuvent espérer d'opérations méthodiquement répétées contre les lésions oculaires multiples dont l'opacité, dans ce cas, se complique ordinairement. M. Critchett a entretenu l'assemblée du fait d'une fille de vingt-deux ans, affectée de cataracte des deux yeux, avec léger strabisme en dedans et mouvement rotatoire involontaire des globes oculaires de côté et d'autre. Les cornées étaient transparentes, la chambre antérieure large, la pupille petite, irrégulière et remplie d'une substance blanche. La perception de la lumière se faisait bien. La malade avait déjà été opérée plusieurs fois. M. Critchett détacha d'abord l'iris de ses adhérences à la capsule, au moyen d'une aiguille introduite par la cornée.

Dans une seconde opération il fit une petite ouverture à la sclérotique, et tira la capsule hors du champ visuel, avec un crochet sur un œil et une petite pince de l'autre côté.

Enfin, pour remédier au mouvement oscillatoire, qui empêchait chaque objet d'être perçu distinctement par la rétine, il divisa le droit interne, puis l'externe. Maintenant la vue est meilleure, et, grâce à l'éducation, elle pourra bientôt tirer parti de ce sens que la chirurgie lui a rendu.

Après quelques réflexions d'un intérêt médiocre sur l'indication de l'anesthésie dans les opérations qui ont l'œil pour objet, M. Hale Thomson a porté la question sur un terrain plus pratique, en demandant si la section des muscles droits n'affaiblira pas la vue chez cette fille, effet qui s'observe souvent à la suite des opérations de strabisme. Il doute également que l'amélioration de la vue se réalise promptement, du moins dans une proportion notable. Ayant lui-même opéré, il y a quelque temps, un enfant de quatorze ans de cataracte congénitale, il constata qu'il ne fallut pas moins de douze mois pour que l'œil pût apprécier convenablement la nature des objets qui lui étaient présentés.

Répondant au chef principal de cette argumentation, M. Critchett a fait observer que, le plus ordinairement, l'opération du strabisme, bien faite, n'entraîne pas l'affaiblissement de la vue ; que, en second lieu, chez sa malade il était forcé d'y avoir recours, quelles que dussent en être les conséquences, n'ayant que ce moyen pour faire cesser ces mouvements incessants du globe qui empêchaient la vue de rendre des services réels. (*Dublin Medical Press*, 6 décembre 1854, p. 356.)

Avortement spontané trente-six heures après la mort supposée de la mère, par le docteur MAYER (de Wurtzbourg).

Le 1er avril 1854, à quatre heures de l'après-midi, on déposa dans la maison mortuaire de Würtzbourg le cadavre d'une femme âgée de quarante-cinq ans. Cette femme, mariée depuis cinq ans, était devenue enceinte dans le courant de novembre 1853 et avait déjà perçu le mouvement du fœtus. Elle mourut dans un accès de suffocation, le 31 mars 1854, à quatre heures du matin, à la suite d'une maladie inflammatoire des organes thoraciques. Deux jours avant sa mort, elle n'avait plus ressenti les mouvements du fœtus. Le décès fut légalement constaté, et le cadavre supposé fut transporté à la maison mortuaire. Depuis la mort jusqu'au moment de sa translation de la maison mortuaire, le corps est resté dans une chambre chauffée, en décubitus dorsal, couvert d'un drap de lit.

Il n'existait aucun changement dans les traits du visage, ni trace de décomposition cadavérique. Les deux fossoyeurs chargés de passer une chemise aperçurent, entre les grandes lèvres teintes de sang, un corps sphérique, lisse et d'un rouge clair, de la grosseur d'une petite pomme. Ils crurent à une chute de matrice. Le drap de lit présentait une tache de sang de la grandeur d'une assiette. Pas d'odeur ni de rigidité cadavérique.

Le 2 avril au matin, quelques heures avant l'inhumation, les deux fossoyeurs regardèrent encore une fois le cadavre, et quel fut leur étonnement ! Ils virent sur la planche inférieure du cercueil, couché entre les cuisses, un fœtus du sexe féminin, dont les bras étaient étendus, et qui tenait encore à la mère par le cordon.

Le docteur Meyer fut alors appelé ; il ne put encore constater aucune trace de décomposition. Il fut sursis à l'enterrement, et, dans l'après-midi du même jour, on fit l'autopsie, après avoir procédé à l'inspection générale du cadavre.

L'inspection cadavérique ainsi que l'autopsie ne firent découvrir aucun signe de mort qui pût la faire remonter à cinquante-neuf heures ; elle paraissait au contraire avoir eu lieu plus tard. Il est donc tout probable que, pendant l'avortement, la femme n'était pas encore morte, et qu'elle se trouvait dans un état de syncope. Les membranes ont dû se rompre pendant les derniers accès de suffocation. Le corps rond observé par les fossoyeurs se trouvait être une chute du vagin ; l'expulsion du fœtus n'eut lieu que dans la nuit du 1er au 2 avril. Le développement de gaz dans les intestins, qu'on pourrait invoquer pour expliquer l'expulsion du produit, n'existait pas. L'enfant n'avait pas respiré, mais avait exécuté quelques mouvements, comme sa position semblait l'indiquer. (*Verhandl. der. physik. med. Gesellsch. zu Würtzbourg*, t. IV, 3 parties, p. 253, 1854.)

Luxation du pouce ; nouveau procédé de réduction, par M. MAZIER.

Le moyen que M. Mazier recommande est en réalité plus utile que sa simplicité apparente n'autoriserait à le présumer. Si, dans les luxations de la seconde phalange du pouce sur la première, on éprouve des difficultés sérieuses, elles ne tiennent qu'en faible partie à la contraction musculaire, à la résistance des tendons, à l'accrochement des têtes osseuses. L'obstacle principal vient du peu de prise que la dernière phalange donne à l'application des agents de traction.

Si donc on garnit cette phalange d'une bande de toile solide qu'on y fixe à l'aide du collodion, ce perfectionnement de la préhension facilitera puissamment le succès de la réduction.

M. Mazier a heureusement employé ce procédé chez un homme qui, par suite de chute sur la main, s'était luxé la phalange onguéale en arrière de la métacarpienne. Le déplacement datait de quatorze jours lorsqu'on put le traiter. Et, comme complication non moins grave, l'extrémité inférieure des deux pouces avait chez cet homme beaucoup moins de longueur qu'elle n'en a habituellement chez tout autre.

Inspiré peut-être par cette circonstance insolite, le procédé de M. Mazier réussit parfaitement. (*Annales médicales de la Flandre occidentale*, 1854, 19e livr., p. 577.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la digestion des matières grasses, suivies de considérations sur la nature et les agents du travail digestif (*Thèse de zoologie pour le doctorat ès sciences naturelles*), par M. Blondlot. Paris, 1855. Victor Masson, éditeur. In-8, 42 pp.

(Suite et fin. — Voir le n° 9, t. II.)

Le résumé que nous avons donné du travail de M. Blondlot aura sans doute suffisamment fait comprendre les idées de ce savant physiologiste sur la digestion. Pour lui, comme pour Boerhaave, Réaumur, etc., les aliments sont simplement dissociés, mais non pas dissous, dans le travail de la digestion. Ils sont ramenés à l'état globulaire, c'est-à-dire divisés d'une manière assez ténue pour que leur absorption par les vaisseaux chylifères soit possible. Il n'y a en aucun cas une transformation, une dissolution des substances alimentaires, pas plus pour les matières grasses que pour les matières amylacées ou protéiques. Le principe digestif n'est qu'un ferment qui divise la matière sans en changer la composition. Aux expériences que nous avons citées et à la discussion des faits avancés par les physiologistes partisans de la dissolution et de la transformation des matières alimentaires, M. Blondlot ajoute et oppose encore l'examen micrographique direct, qui permet de constater dans les vaisseaux chylifères une multitude de molécules concrètes et irrégulières. Les nouvelles recherches de M. Blondlot sur la digestion des matières grasses paraissent avoir surtout été faites en vue d'infirmer le système de M. Cl. Bernard sur la transformation de ces matières par le suc pancréatique. Elles complètent et confirment, d'après l'auteur, le système qu'il a exposé dans son *Traité analytique de la digestion* et dans ses *Recherches sur la digestion des matières amylacées*. Les idées développées dans ce nouveau travail de M. Blondlot sont en opposition complète avec celles qui sont acceptées et professées à la Faculté des sciences de Paris. Aussi lorsque M. Blondlot, physiologiste déjà connu par d'importants travaux, est venu, comme candidat au doctorat ès sciences naturelles, soutenir les conclusions de la thèse qu'il avait choisie, en est-il résulté, de la part des professeurs Milne Edwards, Isid. Geoffroy Saint-Hilaire et Payer, une argumentation animée que nous croyons utile de reproduire succinctement, en la faisant suivre des réponses de M. Blondlot.

M. *Milne Edwards* n'admet pas que deux organes aient nécessairement des fonctions analogues, par cela seul qu'ils ont une relation anatomique assez étroite. Le voisinage du foie et du pancréas n'implique pas plus entre ces deux glandes des rapports fonctionnels intimes, que l'analogie du rein et de l'ovaire n'implique un rapport fonctionnel entre l'urine et le sperme.

Il n'est pas prouvé que le méconium ou la bile soient inutiles au fœtus qui ne digère pas. Le fœtus ne voit pas, et cependant il a des yeux.

M. *Milne Edwards* trouve logique de regarder comme normal le suc qui s'écoule au moment où on établit une fistule pancréatique, car on ne peut pas invoquer alors l'inflammation. Rien ne justifie cette proposition de M. Blondlot, que l'irritation produit le trouble de la fonction.

On n'est pas en droit de refuser ses effets au suc pancréatique par cela seul que la quantité en est peu considérable. D'ailleurs, ne peut-il pas arriver pour le suc pancréatique ce qui a lieu pour le suc gastrique, qui se forme en beaucoup plus grande abondance pendant la digestion.

M. *Milne Edwards* ne voit pas sur quels faits M. Blondlot base cette proposition que l'émulsionnement est une condition indispensable do l'absorption des corps gras. Les oiseaux ont des vaisseaux chylifères, leur chyle est transparent, et cependant ne les engraisse-t-on pas avec une grande facilité? M. Blondlot avance que les vaisseaux chylifères des oiseaux ne sont pas assez connus et qu'il faut nécessairement admettre chez eux cet émulsionnement, parce que sans cela on serait embarrassé de trouver l'agent chimique nécessaire. Mais ce n'est là qu'une hypothèse qui ne repose sur aucune preuve scientifique. L'émulsionnement des matières grasses n'a pas lieu chez les oiseaux, et cependant ces matières sont digérées et absorbées par eux. On ne peut pas considérer autrement que comme de simples hypothèses des théories qui laissent en dehors une classe entière d'animaux.

M. *Geoffroy Saint-Hilaire* s'étonne de ce que M. Blondlot, après avoir dit que le développement d'un organe peut donner une mesure de son importance, arrive à conclure que deux organes aussi importants que le foie et le pancréas n'ont qu'une utilité secondaire toute conjecturale. Assurément, le fluide pancréatique a un autre but que d'éliminer les matières usées et de lubrifier le tube digestif pour le mettre à l'abri de l'action très énergique du suc gastrique. Qu'est-ce qui remplirait ce dernier rôle dans la portion de l'intestin grêle située avant l'ouverture du canal cholédoque? Cette même partie est certainement pourvue de vaisseaux chylifères, et l'expérience de M. Bernard paraît concluante à M. Geoffroy Saint-Hilaire.

De ce que les poissons n'ont pas de pancréas, il n'est pas logique d'affirmer pour cela que certains usages attribués au suc pancréatique de l'homme n'existent pas ; la nature a quelquefois plusieurs manières d'arriver au même but.

M. *Payer* ne voit dans le travail de M. Blondlot que le résumé de recherches déjà connues. Il n'est pas vrai de dire que les oiseaux do proie auraient besoin, dans la théorie de M. Bernard, d'un pancréas plus développé que celui des granivores. Les matières végétales contiennent une forte proportion de graisse, et il faut plus de suc pancréatique pour émulsionner les matières grasses d'une botte de foin que pour émulsionner la matière grasse contenue dans la viande qui formerait le repas d'un lion. L'expérience d'un lapin, qui, après avoir ingéré toutes sortes d'aliments, verrait les carottes sortir les premières, n'est pas en opposition avec les idées de M. Bernard. Les matières ne sont pas déversées dans l'intestin dans l'ordre où elles sont avalées, et, de ce que l'estomac d'un lapin n'est pas dans un état absolu de vacuité, dans l'expérience de M. Bernard, sur le point précis de l'intestin où s'opère la digestion des matières grasses, cette expérience n'en reste pas moins précise et concluante. M. Payer fait remarquer que l'observation du chien sur lequel M. Blondlot avait amené l'inflammation du pancréas, est en contradiction avec les faits empruntés à la pathologie, et qui démontrent qu'en l'absence du fluide pancréatique déversé dans le tube intestinal, les excréments contiennent une grande quantité de graisse.

Réponses de M. Blondlot. — Entre le foie et le pancréas, il y a évidemment plus qu'une relation de simple voisinage, comme le démontre la jonction de leurs conduits excréteurs. Cela est si vrai que, chez certains poissons, on est incertain si certain lobule d'une apparence particulière appartient au foie, ou représente le pancréas.

La présence du méconium chez le fœtus prouve que la sécrétion biliaire doit avoir un autre but que de servir à la digestion.

M. Bernard lui-même considère le pancréas comme l'organe le plus impressionnable de l'économie; on peut donc admettre que la sécrétion en est profondément troublée, bien avant qu'une véritable inflammation s'en soit emparée.

L'exiguïté de la sécrétion pancréatique chez des chiens opérés en pleine voie de digestion et la quantité de *fluide normal*, nécessaire à l'émulsionnement de la matière adipeuse, constituent des objections sérieuses à la théorie de M. Bernard.

On trouve la matière grasse émulsionnée, non-seulement dans l'intestin, mais aussi dans les chylifères, au moins chez les mammifères, les seuls animaux chez lesquels la disposition de ces vaisseaux soit jusqu'ici bien connue dans toutes ses particularités. D'ailleurs, les faits directs, non moins que le raisonnement, prouvent que chez les oiseaux, pas plus que chez les mammifères, les corps adipeux ne peuvent se soustraire à l'émulsionnement qui s'en opère dans l'estomac ; or, une fois cet émulsionnement produit, on ne voit pas quels seraient les agents chimiques qui pourraient le détruire dans l'intestin.

Si la bile ne joue qu'un rôle très secondaire dans la digestion, cela n'ôte

rien au foie de son importonce; au contraire, cela tend à démontrer de plus en plus que le but essentiel de cet organe est d'exercer dans l'économie des fonctions éliminatrices et transformatrices, qui, pour n'être pas encore bien définies, n'en paraissent pas moins réelles à tous les physiologistes de notre époque.

M. *Blondlot*, répondant à M. Payer, qui avait exprimé le regret de ne trouver dons son travail que le résumé de recherches déjà connues, dit qu'il a préféré donner à des faits déjà connus, leur signification vraie, plutôt que d'apporter un grand nombre de faits nouveaux mal interprétés, comme on ne le fait que trop souvent. L'essentiel n'est-il pas d'arriver à la démonstration de la vérité?

Les matières herbacées ne renferment que très peu de corps gras, qui, s'y trouvant déjà dans un grand état de division, n'ont pas besoin qu'une matière étrangère vienne les émulsionner.

M. Blondlot persiste à croire que le défaut de vacuité de l'estomac du lapin, dans l'expérience de M. Bernard, ôte à cette expérience toute signification précise, et il pense avoir donné de ce fait une explication satisfaisante.

Un seul fait d'altération pathologique du pancréas existe dans les annales de la science. Or, il resterait à savoir si, dans ce cas, les autres aliments ne passaient pas inaltérés, comme la graisse, par suite de l'état morbide du tube digestif. On sait, d'ailleurs, avec quelle circonspection on doit appliquer à l'étot physiologique les phénomènes, toujours complexes, de l'état pathologique.

LOISEAU.

Pathologie et traitement de l'épilepsie et des maladies nerveuses caractérisées par le tremblement, les convulsions ou les spasmes, par CHARLES BLANC RADCLIFFE, médecin adjoint à l'hôpital de Westminster.

Cet écrit, de 140 pages environ, n'est point un traité *ex professo* sur la matière. L'auteur semble s'être proposé uniquement d'y mettre en relief, d'après certaines données pathologiques, les bases d'une curation rationnelle des affections spasmodiques et convulsives.

Selon lui, ces maladies sont dues, en général, à un principe de faiblesse et de détérioration contre lequel il faut réagir par une méthode à la fois stimulante et tonique.

Voici, du reste, l'économie de son opuscule. M. Radcliffe débute par une étude de la contractilité musculaire dans les muscles, les vaisseaux et le cœur. Il la montre diversement soumise à l'influence des agents physiques et vitaux, maintenue en équilibre dans l'état de santé, et tendant à s'exagérer par l'épuisement ou le retrait de la chaleur vitale.

La symptomatologie morbide confirmerait, sous ce dernier rapport, les observations et les expériences physiologiques. Dans l'épilepsie et les formes congénères, on verrait en effet se manifester graduellement une dépression significative des trois grandes fonctions : circulation, innervation, mobilité.

En ajoutant à ces circonstances celle de la périodicité, qui, pour M. Radcliffe, est une loi de la nature régissant plantes, animaux, hommes, et qu'il croit avec raison susceptible d'influer sur les applications médicales, on aura le secret de ses préceptes thérapeutiques, pouvant se formuler ainsi : *Médication*, quinquina, fer, sulfate de cuivre, nitrate d'argent, oxyde de zinc, éther, liqueur d'Hoffmann, camphre, acétate d'ammoniaque, térébenthine, bains chauds, etc.; *Hygiène*, nourriture forte et succulente, vin, bière, café, exercices modérés, continence, etc.

M. Radcliffe, sur les points essentiels, se sépare donc ouvertement de la pratique la plus suivie, non-seulement en substituant à un régime peu stimulant et à des boissons tempérantes, des aliments reconfortants et des liqueurs généreuses, mais en proscrivant, outre les émissions sanguines et les purgatifs, jusqu'aux sédatifs eux-mêmes.

Toutefois, de telles innovations ne sauraient être acceptées sur parole. Il aurait fallu produire des guérisons ou au moins des améliorations, et M. Radcliffe n'en cite aucune. Sa thèse même s'appuie sur des aperçus théoriques déduits d'éléments dont l'interprétation n'est peut-être pas d'une exactitude parfaite. La dégradation fonctionnelle, par exemple, n'est ici qu'une complication, qu'une particularité accessoire, et, cela change singulièrement la perspective, c'est, avant tout, de la lésion productrice des phénomènes nerveux que dérive l'indication principale.

DELASIAUVE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 2. Affusions froides dans les méningites et l'hydrencéphale aiguë, par *Belin*. — Clinique ophthalmologique de Strasbourg.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 4, tome XIV. Divers rapports (fièvre jaune, saignée dans l'apoplexie, position dans les maladies articulaires, sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde, traitement de diverses affections cutanées, fistule lacrymale, pleuro-pneumonie des bêtes bovines) — Anévrysmes et varices, injections coagulantes, par *Leroy*. — Nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques, par *Crocq*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N°s 8. Emploi du nitrate d'argent, par *Crocq*. — 9. Phlegmon aigu de la cuisse, guérison par les injections iodées, par *Sovet*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nouvelle série. N° 112. Origine et action physiologique du poison woorara, par *Cogswell*. — Acide gallique dans l'hémoptysie et l'albuminurie, par *Cairdner*. — Statistique des hernies et des opérations de lithotomie à l'infirmerie de Radcliffe, par *Hussey*. — Tumeur squirrheuse de la mâchoire inférieure, par *Elliott*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Vol. XXXIII. N° 842. Comptes rendus de sociétés (applications locales du chloroforme, maladies de l'épaule et du cœur).

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N° 243. Tendance involontaire à tomber en avant, par *Paget*. — Dissection des artères, par *Deville*. — Cas graves d'hématurie, par *Wilkinson*.

MONTHLY JOURNAL OF MEDICINE. — Janvier 1855. Observations de pratique médicale, par *R. Christison*. — Contribution à l'obstétrique, par *Simpson*. — Traitement de quelques maladies de la peau, par *J.-H. Bennett*. — Sur le traitement de *la maladie*, par *Markham*. — Présence d'un corps semblable à un spermatozoaire dans l'*ovum* d'un rat d'eau douce, par *M. Barry*. — Fœtus mort au troisième mois, expulsé au huitième, par *J.-G. Wilson*. — Février. Comparaison de l'*ovum* des oiseaux et de celui des mammifères, par *A. Thomson*. — Mélanges de pratique, par *J.-H. Bennett*. — Recherche sur un sixième sens (sens de force), par *Battye*. — Droit de priorité de Meissner relativement à la démonstration de la présence d'un spermatozoaire dans l'*ovum* d'une lapine, par *M. Barry*.

THE LANCET. — N° 8. Nerfs de l'utérus, par *Lee*. — Blessés de la Crimée, par *S. Solly*. — Ramollissement du cervelet, par *Bianchi*.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL. — Février 1855. Excision du genou, par *Butcher*. — Affections pathologiques des fausses membranes, par *Law*. — Ligature de l'artère postérieure de l'oreille, par *W. Colles*. — Sur le testicule périnéal, par *Ledwich*. — Aliénation, considérations médico-légales, par *Williams*. — Des hydatides du corps humain, par *Hayden*. — Sur l'*epulis*, par *Wilmot*. — Nouveau micromètre, par *Hayden*. — Développement anormal du col utérin, par *Hardy*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N° 7. Atrésie de l'urètre et circoncision congénitale, par *Macari*. — Typhus abdominal d'Oleggio, par *Ramini*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N° 8. Problème médico-chimique proposé par *L. Maschi*. — Emploi du chloroforme, par *Berruti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 7. Larve de la miliaire, par *L. Fallani*. — Appendice au précédent mémoire, par *C. Ghinozzi*. — 8. Art de recueillir les signes diagnostiques des maladies, par *Buffalini*. — Larve de la miliaire, par *Ghinozzi*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 15 février. Progrès et éducation des crétins, par *Demaria*. — Choléra de San-Gennario, par *Pogliani*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Février. Abcès et anus artificiel, guérison. — Broncho-pneumonie puerpérale et miliaire, par *Riboli*. Effets antispasmodiques de l'eau de mer, par *Demitry*. — Céphalotripsie pratiquée avec succès par *Tarsitani*.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 169—170. Sur le choléra, par *J.-J. de la Pena*.

EL PORVENIR MEDICO. — N°s 135. Examen de l'homœopathie, par *Garofolo*. — 136. — *Idem*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 59. Etudes sur le cancer, par *J.-G. Olivares*. — Coup de feu, fracture comminutive du tibia et du péroné, gangrène, amputation spontanée, régularisation de la plaie, guérison, par *Nieto*. — Maladie de Bright, par *V. Castello*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 49. Sur les visites préventives d'Angleterre, par *Alvarenga*. — Du *phormium tenax* au point de vue pharmacologique.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 16 MARS 1855. — N° 11.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

INSTRUCTION SUPÉRIEURE.

Le Ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840, relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;
Vu la loi du 14 juin 1854 ;
Vu les articles 11 et 21 du décret du 22 août 1854, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur ;
Vu l'arrêté du 24 août 1854 ;
Vu le décret du 31 octobre 1849,

Arrête :

Art. 1er. — Il est institué, dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui ne se trouvent pas au chef-lieu académique, et dans les Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, un secrétaire agent comptable, chargé, sous l'autorité du directeur, de la perception des droits pour le compte du service spécial des établissements d'enseignement supérieur et des écritures qui s'y rapportent.

Art. 2. — Les secrétaires agents comptables, dont les fonctions sont déterminées par l'article précédent, recevront, à titre de rétribution, un droit de cinq pour cent sur les recettes brutes faites pour le compte de l'enseignement supérieur.

Art. 3. — Les dispositions du décret du 31 octobre 1849 relatif aux cautionnements sont applicables aux secrétaires agents comptables des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, et des Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Fait à Paris, le 2 mars 1855.

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,
H. FORTOUL.

— Par arrêté en date du 3 mars 1855, les secrétaires des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ci-après dénommés, sont chargés, en outre, des fonctions d'agents comptables pour le compte du service spécial de l'enseignement supérieur près desdites écoles, savoir :

Amiens. — M. Boucher, professeur adjoint.
Angers. — M. Jouvet, professeur d'anatomie.
Arras. — M. Bregeant, professeur d'histoire naturelle et de matière médicale.
Limoges. — M. Bardinet, professeur d'anatomie et de physiologie.
Nantes. — M. Hélie, professeur adjoint.
Reims. — M. Philippe, professeur de clinique chirurgicale.
Rouen. — M. Godefroy, professeur de pathologie externe.
Tours. — M. Benoît, bibliothécaire archiviste.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 14 mars 1855, M. Patin, docteur en médecine, est nommé professeur d'anatomie et physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, en remplacement de M. Pillore, décédé.

— Par un autre arrêté en date du même jour, M. le ministre de l'instruction publique a nommé professeurs suppléants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours :

1° Pour la pathologie interne et la clinique interne, M. de Lonjon, docteur en médecine ;

2° Pour l'anatomie et la clinique externe, M. Giraudet, chef des travaux anatomiques de ladite école.

M. Giraudet conserve avec les fonctions de suppléant celles de chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies le samedi 10 mars 1855.

63. BUHON, François, né le 10 juin 1827 à Cessey (Doubs). [*Des inflammations aiguës simples du tissu cellulaire et des séreuses du genou.*]

64. MARTIN DE GIMARD, Alexandre-Louis, né le 17 novembre 1824 à Paris (Seine). [*Des troubles des fonctions du tube digestif produits par une mauvaise alimentation chez les enfants du premier âge.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 15 mars 1855.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : TRAITEMENT DE L'ANUS CONTRE NATURE. — ORGANOPATHIE ET VITALISME. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE : ECTHYMA DES ACCOUCHEURS. — ACARUS DE LA TEIGNE.

— La communication récente de M. Gosselin à l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine, sur le traitement de l'anus contre nature, emprunte un intérêt extrême aux circonstances dans lesquelles ce chirurgien se trouvait placé. Personne, en effet, n'ignore par quel mécanisme s'opère la guérison spontanée des anus artificiels. A mesure que, graduellement, l'intestin s'éloigne de la paroi abdominale, les matières ayant à traverser une sorte de passage (le fameux infundibulum de Scarpa) qui se resserre de plus en plus, rencontrent moins de facilité à s'épancher au dehors qu'à enfiler le bout inférieur du conduit digestif. De là une disposition mécanique essentiellement propre à la cure spontanée, disposition à laquelle l'art peut ajouter, mais qu'il doit reconnaître comme indispensable pour le succès de ses tentatives.

Mais pour que ces conditions se réalisent, le point capital c'est, nous le rappelons, que l'intestin s'éloigne de la paroi abdominale, attiré dans le ventre par la traction du mésentère. Lors donc que, tout au contraire, l'intestin, au lieu d'être enfoncé à l'intérieur, se renverse et vient faire saillie au dehors; lorsque surtout cette situation est fixe, ce renversement irréductible, alors les chances de guérison spontanée tombent au minimum, et les difficultés de réussir, par une opération quelconque, à oblitérer l'ouverture, deviennent extrêmes.

Aussi est-ce pour nous un devoir de signaler tout particulièrement à l'attention des praticiens l'exemple remarquable de succès complet et confirmé que M. Gosselin a obtenu dans des circonstances semblables. Spécialement créé pour elles, son procédé repose sur une donnée physiologique aussi ingénieuse que féconde. Déjà on avait remarqué que la muqueuse intestinale, comme toutes les muqueuses, est radicalement impropre à devenir le siége d'adhésions permanentes. Mais de ce fait réel tout ce qu'on s'était jusqu'ici borné à conclure, c'est que, lorsqu'il y a lieu d'affronter l'intestin contre une partie avec laquelle on se propose de le faire adhérer, c'est par la face séreuse, non par la muqueuse, qu'il convient de le présenter. Pour le but spécial qu'il avait en vue, M. Gosselin ne pouvait utiliser cette ressource. Donc, le moyen lui manquant d'éluder la difficulté, il a su, on peut le dire sans figure, le trancher, en excisant avec le bistouri toute la muqueuse, en réduisant par conséquent l'épaisseur de la paroi intestinale aux deux couches qui sont vitalement organisées pour se prêter à une adhérence solide, en fixant enfin, par la suture, l'intestin saignant à la surface avivée du contour de l'ouverture abdominale.

Ainsi constitué, ce procédé réalise, pour l'oblitération des fistules qui succèdent à l'entérotomie, des garanties de réussite bien supérieures à ces opérations où le chirurgien attire des parties voisines, ou forme à leurs dépens un pont cutané pour servir d'opercule à la cavité d'où suintent les liquides stercoraux. Ici c'est l'intestin lui-même, c'est-à-dire la paroi du canal à oblitérer, qui sert de doublure aux tissus extérieurs qu'on met en contact avec lui. Aussi pensons-nous que, soit à titre de temps capital de l'opération, soit comme simple addition aux temps ordinaires, la dissection préalable de la muqueuse prendra un rang distingué parmi les secours que la science moderne a si ingénieusement multipliés pour remédier à cette infirmité malheureusement aussi tenace que dégoûtante (1). P. DIDAY.

— A la dernière séance, nous attendions, pour nous mêler à la discussion pendante, le discours de M. Bouillaud. Nous ne l'avons pas encore; nous n'en avons que la moitié. Un *demi-discours* pour toute une séance, c'est une réminiscence du palais Bourbon d'autrefois, — réminiscence fort agréable quand on cause avec cette aisance spirituelle et cette extrême fluidité de langage. L'orateur s'est occupé du traitement de la variole, de l'unité morbide et de la nomenclature; il a renvoyé à mardi ce que nous attendions avec le plus d'impatience : son opinion sur le vitalisme. Nous aurions préféré l'ordre inverse comme plus logique; car la cause initiale des phénomènes vitaux domine la question de l'unité des maladies; l'unité des maladies, la question de classification et de nomenclature; et M. Bouillaud lui-même, tirant son principe de classification de la nature des maladies, y subordonne par cela seul la thérapeutique. Aussi est-ce dans cet ordre qu'on nous permettra de présenter les quelques remarques que nous a suggérées la discussion. Ce sera pour vendredi prochain. Plus sont graves et élevés de tels problèmes, plus nous tenons à ne pas en morceler l'examen dans une suite d'articles de circonstance. Outre que ce serait au détriment de notre butin ordinaire, nous espérons que notre pensée sera plus claire sous une forme plus concise et plus dogmatique; et M. Bouillaud est ici partie trop considérable pour que nous ne nous faisions pas un devoir de compter avec son opinion.

— Les dernières séances de la *Société impériale de médecine vétérinaire* ont été consacrées à l'étude d'un fait pathologique assez curieux et qui intéresse la médecine humaine. Il est d'observation que, après avoir assisté dans une parturition difficile certaines femelles d'animaux, telles que vaches et juments, les vétérinaires voient parfois se développer sur les avant-bras et les mains des pustules ecthymoïdes. C'est M. le professeur Goubaux qui, dans la séance du 26 octobre, a d'abord appelé l'attention sur ce sujet, sans paraître accorder aucune nature sérieuse au phénomène de l'éruption. Mais, dans la séance suivante, M. Benjamin, en ajoutant de nouveaux exemples à ceux qu'avait rappelés M. Goubaux, a exprimé l'opinion que l'ecthyma produit dans les circonstances indiquées peut offrir une gravité singulière et revêtir même le caractère de la pustule maligne, sans l'intervention du virus charbonneux ordinaire. Lui-même aurait été victime d'un accident semblable. Enfin, la question a été reprise dans la séance du 23 novembre (dont le compte rendu a été publié seulement ces jours derniers) par un médecin qui a transporté à l'humanité les soins qu'il donnait autrefois aux animaux, M. le docteur Patté. Notre confrère soutient, en fait, que l'ecthyma des accoucheurs vétérinaires ne diffère aucunement de l'ecthyma ordinaire, et, théoriquement, que la pustule maligne ne se développe jamais que sous l'action d'un

(1) Voir à la Revue des journaux une autre observation de guérison de l'anus artificiel.

virus spécifique. Il faut le dire, les études comparatives auxquelles a pu se livrer M. Patté dans sa double carrière lui ont donné dans cette discussion des avantages particuliers dont il a profité avec talent.

L'ecthyma vulgaire n'est pas toujours d'une bénignité absolue. On le voit parfois se caractériser par des pustules volumineuses, dures à la base, susceptibles d'ulcération tenace et douloureuse, mais qu'il est toujours facile de distinguer de la pustule charbonneuse, qui montre tout d'abord une phlyctène. Ainsi que le rappelle M. Patté, d'après Biett, les mauvaises formes d'ecthyma s'observent principalement chez ceux qui ont de fréquents contacts avec les chevaux, et paraissent se prendre surtout dans le pansement de l'affection connue sous le nom d'*eaux aux jambes*. Or, il n'y a rien dans les observations racontées par M. Benjamin, dans celle même dont il est le sujet, qui ne rentre dans les faits connus; rien surtout qui autorise à conclure que les liquides fournis par les vaches ou les juments en parturition possèdent des qualités, à proprement parler, virulentes et diffèrent essentiellement des liquides simplements irritants. Ajoutons, pour le point de vue théorique, que l'opposition de M. Patté est appuyée par tout ce qu'enseigne la pathologie sur l'unité et l'individualité des virus. Il peut y avoir des éruptions cutanées *analogues* à la pustule maligne, et marquant une sorte de dégradation de cette lésion elle-même à d'autres lésions également pustuleuses et douées d'une extrême bénignité; mais la pustule maligne vraie ne ressemble qu'à elle-même et ne peut naître que d'elle-même.

Au reste, un fait tiré de l'obstétrique humaine est bien propre à mettre à néant la supposition de M. Benjamin, relativement à la virulence des liquides formés par les femelles d'animaux. M. Cazeaux a vu se développer sur lui-même un ecthyma à la suite d'un accouchement laborieux. Comme aucun autre fait de ce genre n'a encore été publié, à notre connaissance, nous croyons devoir le consigner ici.

Appelé à Vaugirard, par deux confrères, pour les aider à terminer un accouchement des plus laborieux, M. Cazeaux fut obligé de recourir à la craniatomie ; néanmoins l'extraction du fœtus nécessita encore de grands efforts. Pendant près de trois heures, l'accoucheur eut constamment les mains et les avant-bras souillés par les liquides qui s'échappaient des parties génitales, et de nombreuses contusions résultèrent des résistances diverses qu'il fallait surmonter.

Après l'accouchement, toutefois, on ne voyait aucune écorchure sur la peau des membres supérieurs; mais deux jours après, cinq à six taches ecchymotiques parurent sur le dos des mains et des poignets. Celles du dos des mains restèrent à peu près stationnaires ; mais à la partie inférieure et dorsale de chaque avant-bras, on vit, sur le point où une rougeur vive s'était d'abord montrée, survenir un gonflement assez notable, puis plusieurs petites pustules qui se réunirent pour n'en former qu'une seule. La croûte qui a succédé à la pustule ne s'est détachée que très lentement et a laissé après elle une petite tache rouge qui persista encore après quatre mois.

Il y eut un peu d'engorgement axillaire et une légère fièvre pendant quelques jours. Les pustules, examinées par M. Rayer, furent reconnues pour être celles de l'ecthyma.

L'affection a donc été légère, et le mécanisme suivant lequel elle s'est produite ne laisse guère de doute. La contusion subie par l'avant-bras et la main, sans amener d'érosion, a été pourtant assez forte pour froisser l'épiderme, animer la circulation capillaire et rendre la peau plus aisément perméable aux liquides, sinon sur les points actuellement comprimés, du moins sur ceux qui, après avoir été contus, se trouvaient momentanément dégagés dans la manœuvre. La violence exercée sur la surface cutanée a facilité l'absorption à la manière d'une friction énergique, et des liquides irritants ont pénétré dans la circulation. Comme il arrive souvent alors, ils ont déterminé des accidents locaux (ecthyma), puis des accidents généraux (engorgement ganglionnaire, fièvre, etc.).

Voilà tout ce que disent les faits quant à présent. Dieu garde MM. les accoucheurs d'une signification plus grave !

— Voici une découverte intéressante pour l'humanité et dont nous devons être fort obligé à l'auteur, M. Arthur Willigk. Ce confrère allemand vient de trouver et d'appréhender au corps une nouvelle espèce d'acarus de l'homme. C'est, si nous comptons bien, le quatrième ou cinquième anthropophage de ce genre, et nous aurons encore à parler bientôt des *larves de la miliaire*. Pour peu que cela continue, nous ne serons bientôt plus que vermine.

Nous donnerons le dessin et la description complète du sarcopte de M. Willigk. Mais comme on est bien aise de connaître au plus tôt qui l'on est exposé à loger chez soi et sur soi, nous dirons dès aujourd'hui que cet animal se rencontre dans les croûtes faveuses, au milieu des champignons qui les constituent presque entièrement ; qu'il est beaucoup plus petit que l'*acarus scabiei;* qu'il a le corps oblong, divisé en deux segments transversaux, à savoir, un céphalothorax et un abdomen ; enfin, que de rares poils parsèment la surface de son corps. Avis aux micrographes.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA CONTAGION DE LA GALE DES ANIMAUX A L'HOMME, travail lu à la Société de médecine de Paris par M. le docteur Bourguignon.

La contagion de la gale des animaux à l'homme était généralement admise comme incontestable, quand j'ai été conduit à la mettre en doute, il y a quelques années, à l'occasion de mes recherches micrographiques sur la gale de l'homme, puis postérieurement sur la gale des animaux, en collaboration avec M. Delafond.

L'opinion des contagionistes n'était en quelque sorte que l'expression d'une croyance populaire ; jamais une étude sérieuse n'avait été faite de cette question, et c'est en vain que j'ai cherché dans les traités spéciaux d'iatrique animale et humaine une seule observation de contagion de gale bien établie. Cela se conçoit ; pour conclure logiquement que les animaux atteints de la gale l'avaient transmise à l'homme, il aurait fallu démontrer tout d'abord l'existence réelle de la gale chez ces animaux, puis secondairement chez l'homme contaminé ; et comme, à quelques exceptions près, la gale des animaux était une maladie inconnue, en ce sens, qu'elle désignait l'ensemble des affections cutanées dont ils pouvaient être frappés, comme le mot *dartre* autrefois pour les maladies cutanées de l'homme, il était alors nécessaire, pour constituer une pratique médicale exacte, de faire, sinon table rase de tout ce que nous apportaient nos prédécesseurs, du moins d'y puiser simplement des indications, des hypothèses à vérifier. Ainsi, pour citer quelques exemples, nous avons tenu comme possibles à la rigueur, mais pourtant comme incomplétement démontrés, les faits de contagion de gale entre les chameaux du Jardin des plantes et leurs gardiens, bien que ces derniers eussent réellement gagné leur maladie de peau au contact de ces animaux. Nous avons dû également réserver comme insuffisamment prouvée la contagion de la gale du chien et du cheval à l'homme, bien que les médecins vétérinaires Gohier, Bosc, Hartwig, Viborg, etc., citent des exemples de cette contagion, et cela parce que les auteurs se sont contentés de constater le rapport direct établi entre les animaux et l'homme pour

en conclure que la maladie transmise était la gale, alors que cette maladie était encore à démontrer scientifiquement chez ces animaux, et *à fortiori* chez l'homme atteint de contagion. L'acare du chien était encore inconnu il y a trois mois, quand M. Delafond l'a découvert, et cependant la plupart des maladies de la peau de cet animal étaient réputées de nature psorique et transmissibles à l'homme ; mais pour nous, nous ne pouvions rigoureusement admettre la contagion de la gale du chien à l'homme. Nous étions d'autant plus fondé à nous tenir dans cette réserve, que, l'acarus du chien eût-il été connu, nous ne nous serions pas cru en droit de donner le nom de gale à la maladie développée chez l'homme par le fait de son contact avec un chien galeux, et même par le fait de la transition du parasite de cet animal. En effet, une maladie est une ; elle a ses caractères positifs qui n'appartiennent qu'à elle seule ; elle a un ensemble de symptômes qui l'individualisent, et, si nous avons défini la psore de l'homme une maladie produite par la présence d'un parasite qui trace des sillons sous l'épiderme, cause des démangeaisons, et développe secondairement une éruption papulo-vésiculeuse, etc., il est clair que toute maladie produite par le contact d'un animal galeux devra présenter ces caractères principaux, et non quelques-uns d'entre eux exclusivement, des démangeaisons et des papules, par exemple. Mais telle n'est pas la méthode généralement suivie. Des chevaux qui servent de pâture aux sangsues, dans les marais où l'on multiplie ces annélides, aux environs de Bordeaux, causent des maladies de peau à un grand nombre de palefreniers qui vivent journellement au contact de ces chevaux ; l'autorité s'en émeut, charge un médecin de faire une enquête, et notre confrère conclut que les palefreniers ont la gale, et qui plus est, la gale du cheval. A la rigueur, la conclusion pourrait être vraie ; mais a-t-on constaté la présence de l'acare sur le cheval ? L'a-t-on trouvé également sur l'homme ? A-t-il vécu sur ce dernier ? Lui a-t-il donné la psore telle que nous la connaissons, ou bien le contact répété des chevaux galeux a-t-il fait jouer tout simplement aux acares du cheval le rôle d'un insecte irritant la peau, provoquant du prurigo, ce qui rigoureusement parlant ne serait pas la gale ? Comme médication, la soustraction de la cause et des bains simples n'auraient-ils pas amené une guérison complète ? Telles sont les questions qu'il aurait fallu se poser et élucider avant de conclure.

En un mot, la gale de l'homme étant donnée, toute maladie de peau due à la transmission de l'acare d'un animal devra, pour être diagnostiquée *gale*, présenter, comme cela a eu lieu dans le cas de contagion du lion à l'homme, tous les caractères pathognomoniques de la psore qui nous est propre.

En dehors de ces conditions, la maladie provoquée par un parasite ou par le contact répété des sécrétions morbides, bien qu'offrant quelques-uns des symptômes de la gale, sera tout simplement une affection de l'ordre de celles des *papuleuses*, par exemple, que des agents irritants animés ou inanimés peuvent faire naître.

Cette exposition des principes qui nous ont guidés dans nos recherches était nécessaire, afin de faire comprendre comment on peut des mêmes faits tirer des conséquences différentes, suivant la méthode de déduction que l'on s'impose.

Comme tout le monde, je croyais à la contagion de la gale entre animaux d'espèce différente. Cependant, quelques malades s'étant présentés à l'hôpital Saint-Louis comme atteints de la gale du chat, du chien ou du cheval, sans que je pusse jamais trouver sur eux des acares autres que ceux de l'homme, le doute entra dans mon esprit, et je fis des expériences dans le but d'éclairer cette question. Je déposai sur ma peau des acares de cheval : j'en fus piqué, ils me firent éprouver des démangeaisons locales, sans autres accidents ultérieurs. J'en ai conclu que les parasites acariens du cheval ne vivaient pas sur l'homme, et que le cheval ne pouvait nous transmettre sa gale. Des sarcoptes d'homme, déposés sur des chiens, des chats, des lapins, des oiseaux, etc , n'ayant pu y vivre au delà de dix à vingt jours, ni provoquer de maladie, j'en ai conclu également que la gale de l'homme ne pouvait se transmettre aux animaux. Ces essais de contagion ont été faits à Saint-Louis, alors que j'expérimentais le traitement par les frictions générales, dans le service de M. Bazin. — Quelques années plus tard, en collaboration de M. Delafond, à l'école d'Alfort, à l'occasion d'un travail important sur la gale du mouton, nous avons fait de nouvelles tentatives de contagion entre les animaux et l'homme et les animaux entre eux, et nous n'avons pu transmettre la gale d'une espèce animale à une autre. Des centaines d'acares du mouton et du cheval ont été déposés sur la peau d'un grand nombre d'élèves de l'école d'Alfort, sans qu'il en soit résulté d'autres phénomènes que des piqûres faites par les sarcoptes qui ponctionnaient la peau dans le but de sustenter leur existence, et quelques démangeaisons. Des tentatives faites également pour donner la gale du mouton aux espèces chevaline, bovine, caprine, etc., qui vivent le plus souvent avec les troupeaux, ayant de même complétement échoué, nous en avons conclu que la gale d'une espèce animale , l'homme compris, ne pouvait se transmettre à une autre espèce animale.

Nos expériences étaient faites dans toutes les conditions requises pour que les déductions en fussent rigoureuses, et personne ne contestera que nous étions jusque-là en droit d'accepter comme démontrée l'impossibilité de transmettre la gale de l'homme aux animaux, et réciproquement.

Nos expériences étaient méthodiquement instituées, nos conclusions parfaitement logiques, disons-nous, et cependant un fait nouveau vint apporter des doutes dans nos esprits. En effet, nous fûmes un jour étrangement surpris de ne pouvoir transmettre la gale de plusieurs moutons à d'autres moutons bien portants ; et, soupçonnant alors que les parasites acariens exigeaient peut-être avant tout un terrain favorable, une sorte de diathèse psorique, pour vivre même sur l'animal auquel ils appartenaient, un régime débilitant rendit chloro-anémiques ces mêmes moutons tout à l'heure réfractaires à la contagion par le dépôt de plusieurs centaines de parasites, et, au bout de trois mois, quelques acares furent plus que suffisants pour leur donner une gale, pour ainsi dire, mortelle, de telle sorte que nous transmettions la gale à volonté, suivant l'état de santé dans lequel nous placions nos moutons. Ce fait capital apporta nécessairement dans la question un nouvel élément dont nous n'avions pu tenir compte lors de nos expériences précédentes. Dès que la contagion de la gale entre animaux *de même espèce* et parfaitement portants était dans certains cas impossible, il pouvait se faire, *à fortiori*, que nos insuccès dans les tentatives de contagion entre animaux d'espèces différentes fussent dus en partie à l'état de santé des animaux mis en expérience, car les chats, les chiens, les lapins, les vaches, les chèvres que nous avions choisis avaient, pour la plupart, l'apparence d'une santé florissante, et se trouvaient peut-être dans le cas des moutons bien portants, c'est-à-dire réfractaires à la contagion.

De nouvelles observations de transmission de la gale du lion à l'hyène, à l'ours, ainsi qu'à plusieurs autres animaux, ne tarderont pas à éclairer nos doutes à cet égard. Cependant, hâtons-nous de noter que cette prédisposition à la contagion qui placerait les moutons, par exemple, dans les conditions *relatives* où se trouve la matière organique en général, quand elle subit le travail parasitogénique, n'est pas nécessaire pour que la contagion ait lieu sur l'homme. Différent de celui des herbivores, le tégument de l'homme malade paraît moins favorable à la pullulation des parasites acariens que celui de l'homme bien portant ; et alors qu'il vaut mieux préparer le terrain sur certains animaux, une santé florissante, comme on peut le constater tous les jours, n'est point pour l'homme un obstacle à la contagion de la gale et à la multiplication des parasites.

Comme vous le voyez, messieurs, cette question de la gale, ainsi étudiée à un point de vue général, prend une importance réelle ; elle ne reste plus dans le domaine de la pathologie locale et de l'entomologie. Aujourd'hui, il ne s'agit plus seulement pour nous de constater des faits bruts de contagion, de connaître les caractères graphiques des maladies cutanées psoriques et leur traitement, mais de découvrir les bases de cette grande loi de la *parasitogénie* chez les animaux en général.

J'aborde, maintenant que je vous ai exposé l'état de la science à propos de la contagion de la gale, et cela afin de vous rendre meilleurs juges dans cette question , le fait particulier dont j'ai à vous entretenir.

Le sieur Borelli achète à Marseille cinq lions arrivant d'Afrique ; leur santé, sans être absolument bonne, ne présentait rien d'inquiétant. Ils souffraient, dans leur captivité, du manque d'exercice, d'air et de bonne nourriture, mais leur peau paraissait saine.

Il les conduit à Paris, ainsi qu'une hyène et un ours, et les dépose provisoirement au Jardin des plantes, en attendant que le cirque Franconi, boulevard du Temple, aux représentations duquel ces animaux étaient destinés, ait préparé un emplacement convenable pour les recevoir. Ces lions étaient tous jeunes, le plus âgé n'avait pas deux ans. L'un d'eux meurt au Jardin des plantes ; les quatre autres sont transportés au cirque et montrés en spectacle, ainsi que l'hyène et l'ours. La santé de ces lions, loin de s'améliorer, s'altérait de jour en jour, sans que l'on s'en préoccupât beaucoup. Un second lion meurt, et son cadavre est envoyé à l'école d'Alfort, où MM. Goubaux et Delafond ont l'occasion d'en faire l'autopsie, et de s'assurer que la peau est couverte de sécrétions croûteuses dues à la gale, car le microscope démontre la présence d'un grand nombre de sarcoptes.

M. Delafond s'empresse de me donner avis de ce fait, et nous nous transportons à l'administration du Cirque.

Nous constatons, dans une première visite, que le nommé Cyprien, entré comme garçon au service du sieur Borelli depuis trois semaines seulement, et plus spécialement chargé des soins à donner aux lions, est couvert d'un prurigo général, en même temps qu'il éprouve d'atroces démangeaisons pendant les premières heures de son séjour au lit ; que le sieur Borelli, ainsi que sa fille, qui entre dans la cage des lions lors des représentations devant le public, sont atteints de la même maladie. Nous apprenons, de plus, que depuis le jour où le garçon Cyprien a pris l'éponge destinée aux pansements des chevaux du Cirque pour laver les lions, trois palefreniers qui se servent de cette éponge ressentent des démangeaisons, et qu'enfin six chevaux, pansés avec l'éponge en question, présentent sur la croupe une éruption particulière. Les lions, visités à leur tour, portent les traces d'une maladie de peau générale. L'hyène et l'ours paraissent dans un bon état de santé, malgré leur contact journalier avec les lions.

Rendez-vous est pris pour le lendemain à l'administration du Cirque, où nous transportons le microscope mobile dans le but d'examiner les personnes malades, et des microscopes ordinaires, dans celui d'étudier les produits pathologiques.

Cyprien présente d'abord son bras au foyer du microscope, et nous trouvons sans peine les sillons bien connus de la gale de l'homme, et à l'extrémité de ces sillons des acares, qui, portés au foyer du microscope ordinaire, nous offrent la plus grande ressemblance avec les acares propres à l'espèce humaine : aussi lui fut-il immédiatement déclaré qu'il avait la gale, mais la gale de l'homme, car le parasite trouvé sur lui ne permettait pas d'en douter. Le sieur Borelli est examiné à son tour, et nous trouvons également sur lui les caractères ordinaires de la psore et le parasite de l'homme.

Ne pouvant soupçonner que les sarcoptes des lions seront identiques avec ceux trouvés sur l'homme jusqu'à ce jour, notre première pensée fut donc que nous avions affaire à la gale commune à notre espèce, et le traitement fut formulé en conséquence pour Cyprien, le sieur Borelli et sa fille. Les trois palefreniers n'ayant encore que des démangeaisons et quelques papules isolées, des bains de son leur furent seuls ordonnés. — Les chevaux malades portaient tous sur la croupe une sorte d'éruption pustuleuse se terminant par dessiccation et par croûtes, mais sans trace appréciable de parasites ; on leur fit de simples lotions émollientes, tant pour portionner le traitement aux indications pathologiques, que pour observer ultérieurement la marche de la maladie dans le cas où des acares transmis auraient pu vivre.

Après avoir ainsi soumis les hommes et les chevaux à un scrupuleux examen, nous passâmes aux lions. Le garçon Cyprien pénétra dans leur cage réservée, qui d'ailleurs était humide, mal aérée et bien propre à perpétuer la gale ; il nous approcha les animaux des barreaux, afin de mieux nous faire voir l'état de la peau et surtout de la tête, qui étaient le siége des lésions les plus graves ; en effet, elle était couverte de squames croûteuses, qui donnaient aux oreilles et au nez un aspect éléphantiasique ; les narines, gonflées et obstruées par des croûtes, devaient gêner la respiration. L'affection cutanée était d'ailleurs générale, les poils feutrés et hérissés, la peau indurée. Le plus jeune des trois lions était manifestement plus gravement atteint que les deux autres ; son extrême maigreur, le décubitus anormal qu'il affectait en retirant sa tête entre ses deux épaules, en cherchant du calorique auprès de l'hyène qui vit en communauté dans la même cage, enfin la diarrhée qui de temps à autre épuisait ses forces, tout démontrait qu'une grave consomption menaçait ses jours. Du plus au moins, l'aspect général des deux autres lions était le même. Cyprien enlève sur leur peau, aux endroits les plus malades, à l'aide d'un peigne, une abondante provision de produits morbides qui, examinés plus à loisir au laboratoire, nous démontrent la présence d'un grand nombre de sarcoptes, de tous points identiques avec ceux de l'homme, en même temps qu'ils nous expliquent comment la contagion s'est aussi facilement transmise des lions aux personnes qui les ont touchés. Mais si le fait de contagion se trouvait ainsi naturellement expliqué, il n'en était pas de même de l'identité si imprévue constatée entre les acares de l'homme et ceux du lion. Comment des êtres placés à une si grande distance dans l'échelle animale, d'une organisation si différente, ayant un tégument dans des conditions si opposées, avaient-ils les mêmes parasites ?..... On pouvait, il est vrai, prendre moins de soucis de la difficulté et supposer tout simplement que des hommes atteints de la gale l'avaient transmise à ces lions ; mais comme la science exige autre chose que des suppositions, il fut arrêté que nous chercherions ultérieurement à nous rendre compte de cette étrange anomalie. Les lions furent frottés avec de la benzine qui est parasiticide au suprême degré. Quant à l'hyène, qui vivait en communauté complète avec les lions, on ne découvrit d'abord rien qui pût faire soupçonner l'influence de la contagion sur sa santé ; il en fut de même pour l'ours. Aussi ces animaux continuèrent-ils de vivre au contact des lions. Les traitements prescrits parurent d'abord aussi efficaces pour les bêtes que pour les gens, et la vive inquiétude qu'une contagion déjà établie sur de si grandes proportions avait causé au Cirque se calma insensiblement.

Cependant, nous ne pouvions nous en tenir aux diverses hypothèses qui semblaient rendre plus ou moins bien compte de cette étrange transmission de la gale, et dans le but de substituer les faits aux théories, nous prîmes le parti d'aller au Jardin des plantes demander à M. Geoffroy Saint-Hilaire s'il ne pourrait pas mettre, dans le but de tenter quelques expériences, un lion à notre disposition. Notre requête, reçue avec bienveillance, parut difficile à satisfaire ; néanmoins on nous fit visiter les lions de la ménagerie, et pendant que nous cheminions dans les galeries, notre attention se porta sur un des gardiens qui se grattait plus que de raison. Interrogé sur la cause de ce prurit, il nous répondit qu'il avait des boutons et des démangeaisons depuis qu'on avait reçu au Jardin les animaux d'un sieur Borelli ; il appela un autre gardien qui se trouvait dans le même cas. Examen fait de leur maladie, il fut constaté qu'ils avaient la gale, et que l'un des gardiens marié l'avait donnée à sa femme. Le traitement spécial leur fut conseillé. La ménagerie n'ayant pas de lion dont on pût disposer, M. Geoffroy Saint-Hilaire voulut bien nous offrir de demander pour nous un jeune lion d'Algérie par l'entremise du ministre de la guerre, offre que nous avons acceptée avec empressement, de telle sorte que nous espérons pouvoir donner suite à ces premières études sur la gale du lion.

Nous avons dit que l'hyène vivait dans la même cage que les lions, et que ces derniers allaient chercher près d'elle la chaleur qui leur faisait défaut. Ce contact immédiat permettait aux parasites des lions d'envahir la peau de l'hyène, et cependant elle résistait à la contagion. Nous commencions à croire que la gale du lion ne pouvait lui être transmise, quand au bout de trois mois, la psore apparut enfin chez elle avec tous ses symptômes, au point qu'elle communiqua à son tour aux lions guéris la gale qu'elle avait reçue d'eux. L'ours, qui avait toute l'apparence de la santé, examiné avec plus de soin, parut menacé lui-même de la maladie

commune, et depuis lors ce doute s'est confirmé. Du reste, il faut ajouter que la guérison momentanée des lions avait à peine amélioré leur santé générale, et que la diarrhée, si funeste à ces animaux, et entretenue par un ensemble de causes antihygiéniques, compromettait gravement leur existence; lorsque l'abandon de ces animaux par le sieur Borelli dans des cages étroites, le défaut de soin, l'absence de tout traitement, malgré nos avertissements, causèrent bientôt la mort de deux lions sur les trois survivants et celle de l'hyène. La guérison des personnes contaminées s'est maintenue jusqu'à ce jour.

Il résulte de l'ensemble de tous ces faits que cinq lions amenés à Paris dans un état de santé misérable, et déjà atteints de la gale, puisqu'ils l'ont communiquée à leur arrivée à Paris aux gardiens du Jardin des plantes, ont transmis directement cette maladie à cinq personnes, et qu'ils paraissent avoir provoqué indirectement une affection cutanée moins grave sur trois palefreniers et six chevaux; que ce fait de contagion de la gale d'un animal à l'homme, le seul jusqu'à ce jour *scientifiquement démontré*, trouve son explication dans l'identité absolue de l'élément actif de la contagion ou du parasite chez l'homme et le lion; qu'une hyène et un ours, soumis en vain pendant plusieurs mois aux causes les plus énergiques de la contagion, ont néanmoins fini par être réellement contaminés; qu'enfin la psore a été, pour la plupart de ces animaux placés, il est vrai, dans des conditions essentiellement propres à les frapper de consomption, une maladie des plus graves, puisque la mort s'en est suivie.

Ces conclusions générales ont certes leur importance; mais la question capitale de savoir si, dans ce cas particulier, c'est le parasite propre au lion ou celui propre à l'homme qui a été transmis, reste entière. Disons cependant que nous avons commencé quelques travaux dans le but de l'élucider par anticipation. Si les lions nous manquent, nous avons des animaux domestiques du même genre, vous avez nommé le chat, qui peut nous mettre sur la voie des résultats auxquels nous conduiront des études faites sur le lion lui-même. *A priori*, nous avons fait ce raisonnement: tout porte à croire que le parasite de la gale du chat et celui du lion sont sinon absolument identiques, du moins analogues, et l'analogie d'organisation des parasites doit entraîner une certaine corrélation dans les faits de contagion. Si, au contraire, l'acare trouvé sur le chat diffère notablement de celui observé sur le lion, et qui est identique avec celui de l'homme, nous aurons quelque raison de croire, dans le cas particulier qui nous occupe, que le parasite du lion reste à trouver, et que c'est le sarcopte de l'homme qui lui a été transmis.

Partant de ces idées théoriques, nous nous sommes procuré un chat galeux, nous avons fait l'entomologie de son parasite, et nous avons constaté qu'il est en quelque sorte le diminutif de celui observé sur les lions; car, sauf de légères modifications dans des organes secondaires, le parasite du chat est celui du lion réduit à de plus petites proportions. De ce premier fait, nous avons *tendance* à croire que le parasite trouvé sur le lion est bien celui qui lui est propre, et si nous avions à nous prononcer d'après ces données, insuffisantes d'ailleurs pour conclure d'une manière absolue, nous dirions que la cause première de la contagion observée au Cirque entre le lion et l'homme semble partir du lion et non de l'homme.

D'autre part, par analogie, on peut supposer que le parasite du chat vivra sur l'homme, car il est pourvu comme celui du lion de tous les organes propres à inciser l'épiderme, à ponctionner le derme, à cheminer dans un sillon sous-épidermique. L'observation nous dira avant peu s'il en a réellement la force, car il pourrait mourir sur notre tégument, entre autres causes, faute de pouvoir l'entamer en raison de sa petitesse.

Disons enfin, que les acares trouvés vivants sur les lions et l'hyène lors de leur autopsie ont été déposés sur le cheval, le chien, le mouton, le lapin, le cochon d'Inde, le singe et sur l'homme, et que nous étudions en ce moment les effets de cette contagion directe.

Ces travaux sur la contagion de la gale des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux seront donc continués, tant pour nous rendre au vœu émis par la commission de l'Institut, que pour arriver à des conclusions plus précises, et cela, malgré le labeur infructueux qui s'attache à de pareils travaux.

Je tiendrai la Société au courant des résultats auxquels nous arriverons.

OBSERVATION D'UN CORPS ÉTRANGER CONTENU DANS LE VAGIN ET LA VESSIE, par le docteur JOBERT (de Lamballe), chirurgien à l'Hôtel-Dieu.

Le fait suivant me paraît offrir un double intérêt en ce qui concerne la pathologie et la médecine opératoire.

Si je ne me trompe, il s'agit ici, en effet, d'un exemple unique de corps étranger introduit brusquement dans la vessie par le vagin.

Cette observation est d'autant plus curieuse que le crayon, qui a séjourné dans la vessie pendant environ huit mois, s'est couvert de plusieurs couches de matière lithique qui se sont groupées autour de lui sans offrir, dans leur déposition, une régularité complète, et c'est, comme on le verra, la forme chagrinée du calcul et ses aspérités qui n'ont permis son extraction qu'avec difficulté, même après avoir pratiqué la division de la presque totalité de la cloison vésico-vaginale.

OBS. — *Perforation de la cloison vésico-vaginale par un crayon. — Séjour prolongé du corps étranger dans la vessie. — Extraction du calcul au moyen d'une incision faite à la cloison vésico-vaginale. — Fistule vésico-vaginale occupant toute la cloison. — Autoplastie par glissement. — Guérison prompte.* — La nommée Louise Lecomte, âgée de quinze ans et demi, d'une forte constitution, a toujours joui d'une excellente santé. A quatorze ans, elle fut réglée pour la première fois, et, bien que la menstruation ne s'établît pas tout de suite avec une parfaite régularité, l'état général ne subit aucune modification appréciable. A la fin du mois de mai 1854, elle fit une chute qui fut la cause primitive de la lésion pour laquelle elle vint réclamer mes soins.

Notre jeune malade habitait un village où elle était en pension. Montée sur une table à pupitres, au moment où elle se disposait à déposer des livres sur une planche située au-dessus, ses deux pieds glissèrent sur le plan incliné où elle se trouvait; elle tomba à cheval sur le banc qui était devant la table. Pendant la chute, un crayon de mine de plomb, placé dans une gaîne de bois, s'introduisit dans le vagin, perça la cloison vésico-vaginale, et pénétra en grande partie dans la vessie. Elle ne peut donner aucun renseignement précis sur les circonstances qui ont accompagné la chute. Quoi qu'il en soit, elle se releva, ne parla de son accident à personne, et continua de se livrer à ses occupations journalières, malgré le changement survenu dans l'émission de l'urine, qui était devenue plus fréquente, même douloureuse, et la sortie d'une certaine quantité de sang par la vessie et le vagin. Cet état se prolongea jusqu'au moment où sa grand'mère s'aperçut que les urines déposaient en assez grande abondance. Le médecin de la famille fut consulté, mais pour l'irrégularité de la menstruation qui existait depuis plusieurs mois. Il soigna la malade sans obtenir, comme il est facile de le comprendre, le résultat qu'il attendait du traitement qu'il avait prescrit. Quelque temps après, un second médecin fut appelé pour donner son avis. Après avoir interrogé la jeune personne et avoir pris connaissance des antécédents, il examina les parties génitales. Par le toucher, il découvrit un corps dur qui faisait saillie dans le vagin, en se dirigeant vers la vessie, dans laquelle il était contenu.

Notre confrère ayant alors obtenu de la malade l'aveu de ce qui lui était arrivé, et ayant, par un examen attentif des organes génitaux, reconnu le siége du corps étranger, proposa d'en faire l'extraction. L'habile confrère se décida à le retirer par la voie qu'il avait parcourue; mais bientôt il s'aperçut qu'on ne pouvait l'extraire par de simples efforts, les tractions exercées sur lui ne parvenant à lui imprimer aucune mobilité, à cause de l'excès de volume que la portion intra-vésicale du corps étranger avait acquise par son séjour prolongé au milieu de l'urine.

Le 15 décembre 1854[1], il se décida à pratiquer la taille vaginale. Cette incision permit de le retirer, non sans quelques difficultés, ce qu'explique la forme chagrinée de ce calcul, dont je vais donner la description.

1° Il a 9 centimètres de long, mesuré par ses points les moins saillants; 10 centimètres 1/2 par ceux où il offre le plus de volume.

2° Mesuré circonférentiellement, il fournit successivement, de la petite vers la grosse extrémité, 4 centimètres 1/2, 3 centimètres 1/2, 9 centimètres, et 7 centimètres 1/2.

3° En s'éclairant sur les dimensions transverses de ce corps étranger,

on obtient 2 centimètres, 1 centimètre 1/2, 3 centimètres, et 3 centimètres 1/2.

Lorsqu'on examine ce corps étranger dans son ensemble, il représente un ovoïde prolongé irrégulièrement, bosselé à l'extérieur, et ce sont précisément ces bosselures qui donnent les mesures différentes dont il a été question plus haut. Il a pour centre un crayon qui s'est fendu en deux parties égales, en laissant voir sur une gouttière la mine de plomb. Les deux parties qui composent le crayon sont adossées l'une à l'autre. Ce crayon est entouré de toutes parts par plusieurs couches concentriques de matière lithique blanche, poreuse, et ressemblant assez, pour l'aspect, à l'écume de mer. La portion de ce corps étranger contenue dans la vessie est entourée d'une masse considérable de substance calculeuse. La partie du crayon qui était contenue dans le vagin contient bien aussi de la même substance, mais ce n'est que par endroits qu'on la rencontre, et elle forme d'ailleurs, dans différents points, une couche excessivement mince.

Scié dans toute sa longueur, le corps étranger a le même aspect pour la couleur ; mais il semble plus dense, plus compacte qu'à l'extérieur, où il est très poreux.

Il faisait l'office d'un bouchon qui, dans le commencement, ne permettait pas à l'urine de s'écouler par le vagin ; mais, quelque temps avant son extraction, il s'en échappa une certaine quantité par ce conduit, sans doute par suite d'un travail ulcératif.

Depuis son extraction, les urines sont sorties involontairement par le vagin, et il ne s'est plus fait sentir d'envie d'uriner. Ces changements sont faciles à comprendre, le réservoir de l'urine n'existant plus.

Lorsque cette malade vint à Paris pour réclamer mes soins, elle se trouvait dans l'état suivant : 1° les grandes et les petites lèvres, la face interne des cuisses sont rouges et baignées par l'urine ; 2° çà et là, on rencontre de petites ulcérations à l'entrée de la vulve ; 3° le vagin contient de l'urine et une certaine quantité de muco-pus ; 4° on trouve sur la ligne médiane, et d'avant en arrière, une grande fente qui fait communiquer la vessie avec le vagin : elle s'étend du bulbe urétral à un centimètre du col de l'utérus ; 5° sur l'une et l'autre lèvre de la fistule on aperçoit des irrégularités, des dentelures qui sont dues à l'ulcération et à des déchirures déterminées par le corps étranger ; 6° l'urètre est libre et permet facilement l'introduction d'une sonde d'argent.

Après avoir laissé la malade se reposer, et l'avoir préparée par des bains, des injections et quelques laxatifs, je pratiquai l'opération le 7 février 1855, en présence de MM. Bousquet, Vernois, Roger, de plusieurs de mes élèves, MM. Rosé, Blachez, Lallemant, etc.

La malade étant couchée, comme pour l'opération de la taille, la paroi recto-vaginale déprimée avec le spéculum univalve, les grandes et les petites lèvres écartées à l'aide de leviers, je procédai à l'opération, composée du ravivement des lèvres de la fistule, de la suture entrecoupée, du décollement et de l'incision des parois vaginales.

A l'aide d'une pince à dents et du bistouri ou des ciseaux, les lèvres de la fistule sont ravivées de telle sorte, que la solution de continuité est entourée par une surface saignante.

Après s'être assuré que le ravivement est complet, M. Jobert (de Lamballe) réunit les lèvres de la fistule au moyen de quatre points de suture entrecoupée. Les parties sont rapprochées latéralement, de telle sorte que la suture est longitudinale, placée sur la ligne médiane, et s'étend en avant jusqu'à une petite distance du méat urinaire. Il résulte de cette disposition que le point de suture placé le plus en avant comprend la partie postérieure du bulbe de l'urètre.

Une incision détache le vagin du col de l'utérus, et deux incisions sont pratiquées sur les parois latérales de ce conduit, depuis le col de l'utérus jusqu'au méat urinaire. Les lèvres de la fistule sont alors dans un relâchement complet.

Plusieurs injections sont successivement faites dans le vagin, et un tampon d'agaric y est introduit.

La malade est reportée dans son lit, et une petite sonde est mise à demeure dans la vessie.

La journée qui suivit l'opération ne présenta rien de particulier. L'urine, claire et limpide, s'écoula en totalité par la sonde.

Le 8, le tampon d'agaric est retiré. La nuit a été assez bonne ; la sonde marche très bien, il en est de même le 9.

Le 10, même état. Dans la nuit, les règles surviennent ; le sang coule par le vagin ; cependant, l'urine, qui passe toujours en totalité par la sonde, a été légèrement colorée.

Le 11, les règles continuent ; mais l'urine est claire.

Le 12, l'écoulement menstruel a cessé.

Le 13, M. Jobert (de Lamballe) examine l'état des parties et retire les quatre points de suture. Les lèvres sont parfaitement réunies, et forment une ligne rouge, longitudinale, coupée par des sillons transversaux dus à la section déterminée par les fils.

Le 14 et le 15, la sonde marche très bien. L'urine est claire et limpide. La malade se plaint seulement d'une douleur dans la région sacrée cette douleur est occasionnée par le décubitus dorsal.

Le 18, la malade est de nouveau examinée. La réunion est complète. La sonde à demeure est retirée, ce qui permet à l'opérée de se coucher sur le côté. Le jour même, elle urine seule, sans aucune douleur. La vessie est déjà assez grande pour que le besoin d'uriner ne se fasse sentir que deux fois par nuit et trois fois par jour.

Les jours suivants, mademoiselle Lecomte commence à se lever.

Le 22, elle est examinée une dernière fois, en présence des personnes qui ont assisté à l'opération. On constate alors :

1° L'état sain des parties génitales qui ne sont plus baignées par l'urine.

2° L'entrée du vagin parfaitement sèche ; au fond de ce conduit, on aperçoit une petite quantité de pus.

3° L'urètre est libre et laisse facilement pénétrer une sonde d'argent.

4° En déprimant la paroi recto-vaginale, et écartant à droite et à gauche les grandes et les petites lèvres, on aperçoit sur la ligne médiane une longue cicatrice rosée, résultant de la réunion des lèvres de la fistule.

5° Sur les côtés, il existe deux autres cicatrices résultant des incisions de débridement. Ces dernières ne sont pas encore complétement cicatrisées ; car ce sont elles qui fournissent le pus que nous avons vu tout à l'heure au fond du vagin.

6° Au devant du col, on aperçoit une cicatrice transversale, qui indique l'endroit où le vagin a été détaché sur ce point.

Depuis, cette malade a été visitée de nouveau, et l'on a pu constater sa complète guérison. La vessie faisait admirablement l'office de réservoir, puisqu'elle pouvait, comme autrefois, conserver les urines.

La pudeur de cette jeune fille l'a constamment portée à cacher la cause de son mal. Ni la douleur, ni les écoulements du sang, ni les spasmes, ni les changements apportés dans la miction, n'ont pu la décider à indiquer la source de ses souffrances. Il eût été d'autant plus à désirer qu'elle eût fait, dès le principe, l'aveu de ce qui lui était arrivé, qu'on aurait pu alors, probablement, retirer le corps étranger, par le vagin, sans qu'il en résultât d'accident ou d'infirmité, l'ouverture faite par le crayon n'étant accompagnée d'aucune perte de substance, et pouvant permettre, par conséquent, le rapprochement des différents points de la circonférence de la plaie.

Cette observation fournit une nouvelle preuve de l'efficacité de ma méthode par glissement. Chez cette jeune personne, le vagin a été facilement déplacé de son insertion au col de l'utérus, et la réunion des lèvres ravivées de cette grande fistule a pu avoir lieu en dix jours.

C'est à peu près à la même époque qu'une fistule vésico-vaginale, avec perte de substance de la cloison, opérée devant mes distingués confrères Civiale et Costello, par l'autoplastie par glissement, a été guérie dans le même espace de temps.

Quand on songe aux nombreuses et volumineuses aspérités qui recouvrent le corps étranger, on ne s'étonne pas des difficultés qui se sont rencontrées lorsque notre confrère, M. Montang, médecin à Meulan (Seine-et-Oise), a procédé à son extraction, qui n'a pu être faite qu'après avoir débridé la cloison vésico-vaginale, du corps étranger vers le col de la vessie. Malgré ces débridements sagement exécutés, on n'a pu encore le retirer sans employer un certain degré de force.

Si les corps étrangers contenus dans la vessie prennent rarement le chemin du vagin, il n'en est pas de même de l'urètre qui, le plus ordinairement, leur sert d'introduction. Que de fois n'a-t-on pas trouvé des calculs ayant pour base des corps étrangers introduits dans ce conduit ? On a rencontré dans la vessie, par exemple, une pomme d'api incrustée de matière calculeuse. Moreau, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, en fit l'extraction. Au bout de trois mois, on retira de la vessie d'une jeune fille un étui de bois entouré de substance pierreuse. Il avait été introduit par le canal excréteur de l'urine.

Des aiguilles d'os ont été retirées de la vessie où elles avaient été introduites par l'urètre. Au rapport de Morgagni, les Italiennes s'introduiraient fréquemment des aiguilles d'os dans la vessie.

Des cure-oreilles sont tombés dans la même voie par la poche urinaire.

On a vu une tige d'ivoire pénétrer par l'urètre et traverser la vessie pour paraître dans la région hypogastrique. Toute la partie de l'aiguille contenue dans la vessie était couverte de matière lithique, et la portion qui se trouvait en dehors était lisse.

On a vu une aiguille à tête d'ivoire pénétrer dans la vessie, traverser le vagin, d'où elle a été extraite.

Toutefois, l'observation qui vient d'être mentionnée ressemble complétement aux nombreux faits indiqués par les auteurs sous le rapport de la symptomatologie.

Notre jeune malade, en effet, a maigri, et cette maigreur est survenue sous l'influence des excessives douleurs du ténesme vésical.

Le corps étranger a été entouré de matière lithique dans toute la portion vésicale, et ce n'est que beaucoup plus tard, lorsque s'urine s'est échappée par le vagin, que la portion correspondante du corps étranger s'est incrustée de la même matière. Il est certain que, s'il n'était pas survenu une ulcération, le crayon n'eût présenté de matière calculeuse que dans sa portion vésicale. On a pu constamment noter cette différence sur les corps étrangers dont une portion était contenue dans l'intérieur de la vessie et l'autre à l'extérieur.

On a une fois, dans un cas rapporté par Choppart, extrait le corps étranger par le vagin; mais il était petit et peu volumineux. Il n'était certainement pas possible de l'extraire de cette manière, sans incision, dans le cas dont nous venons de tracer l'histoire.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

M. *Flourens* annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Duvernoy, membre de la section de zoologie.

M. *Élie de Beaumont* annonce aussi une autre perte que vient de faire l'Académie dans la personne d'un de ses associés étrangers, Charles-Frédéric Gauss.

Nominations. — M. *Malaguti* est nommé membre correspondant de l'Académie pour la section de chimie, au premier tour de scrutin, par 37 voix sur 48 votants.

Inhalation du chloroforme. — M. *Mounier* transmet à l'Académie les observations qu'il a faites sur l'inhalation du chloroforme, pendant un séjour de six mois comme médecin en chef de l'hôpital de Dolma-Bagtché, à Constantinople. Il a recouru plusieurs milliers de fois à l'usage du chloroforme dans les cas légers comme dans les cas les plus graves, toujours avec un plein succès et une innocuité complète. L'appareil dont il s'est toujours servi était extrêmement simple; il consistait en un cornet de papier assez évasé à sa base pour embrasser le nez et la bouche du patient, et tronqué à son sommet, de manière à laisser facilement pénétrer l'air pendant l'inspiration; une pincée de charpie introduite au fond du cornet, tenait lieu d'éponge. Vingt à trente gouttes de chloroforme étaient versées dans le cornet et imbibaient la surface de la charpie. Le blessé était couché horizontalement, en supination. L'expérience ayant appris que l'éclat de la lumière et le bruit étaient des conditions qui retardaient sensiblement, si elles n'empêchaient pas l'action du chloroforme, on étendait une compresse sur les yeux du malade, et tous les assistants observaient un profond silence. Un aide intelligent explorait les battements du pouls, les mouvements respiratoires, et mesurait le temps à l'aide d'une montre à secondes. Le cornet était alternativement rapproché ou éloigné de la bouche du malade, pendant quelques secondes; et à mesure que l'anesthésie se manifestait, on tenait l'appareil plus près de la face et plus longtemps. On interrogeait la sensibilité du malade par des pincements à la peau, et son intelligence par des questions réitérées. Le silence du blessé était l'indice de l'opportunité d'agir, et ce moment a toujours été celui du commencement de l'opération. Si la manœuvre chirurgicale durait longtemps, on versait dans le cornet une seconde, une troisième dose de chloroforme, qui toujours était inspiré d'une manière intermittente.

Ainsi administré, le chloroforme a constamment réussi, sans que jamais il y ait eu, non-seulement de mort à déplorer, mais même d'accidents à combattre. Il n'est nullement besoin, dit M. Mounier, de pousser l'absorption du chloroforme jusqu'à l'abolition des mouvements et il est moins nécessaire encore de frapper de sidération le système nerveux. La surexcitation de l'appareil musculaire s'est rarement présentée à M. Mounier; quand elle s'est manifestée, au lieu de la combattre et de chercher à la maîtriser par l'action de nouvelles doses de chloroforme, il faisait, au contraire éloigner l'appareil de la face du malade, et, en quelques secondes, celui-ci revenait au point pour ainsi dire normal pour le commencement de l'opération, c'est-à-dire à la perte de la sensibilité. Les faits nombreux et variés observés par M. Mounier lui paraissent justifier entièrement la théorie de M. Flourens sur la marche des phénomènes anesthésiques. (*Comm.*, MM. Flourens, Andral, Velpeau.)

Des organes sexuels des huîtres. — M. *Van Beneden* adresse à l'Académie une note sur les organes sexuels des huîtres, qui confirme les observations de M. Lacaze-Duthiers, sur le même sujet. Il admet cependant, contrairement à l'opinion de celui-ci et d'accord en cela avec M. Davaine, qu'il existe chez les huîtres une succession de périodes d'activité des organes sexuels, de telle sorte que ces mollusques, véritablement mâles d'abord, ne deviennent femelles ou hermaphrodites qu'à l'âge de trois ou quatre ans.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 6 MARS 1855.

M. Piorry : En admettant que l'âme est le point de départ de l'organisation, j'ai émis une opinion discutable sans doute, mais fondée sur des faits, et qui n'a en elle rien d'obscur dans l'expression. Il est encore plus clair de regarder comme établi, que l'âme continue à présider à l'harmonie de l'organisme une fois formé que de supposer l'existence de forces vitales qui en seraient distinctes. Ajouter que c'est cette influence de l'âme sur la matière organisée qui constitue la vie, c'est présenter de celle-ci une définition plus exacte que la plupart de celles qui ont été données.

Qui dit organisation dit organisation vivante, mais il n'est pas juste d'ajouter sensible; une foule d'êtres organisés sont insensibles, les végétaux par exemple. La sensibilité est évidemment un attribut du système nerveux, et, quand celui-ci est détruit ou cesse d'agir, la sensibilité de l'organe *très vivant d'ailleurs*, et sur lequel la médecine peut agir encore, est détruite.

M. Piorry déclare que l'on se livre aux spéculations les plus inutiles et les plus dangereuses en considérant autrement que comme des figures et des abstractions les hypothèses de propriétés et de forces vitales. L'auteur réfute ensuite par des citations empruntées à son traité de médecine pratique le reproche de plagiat des idées de Barthez que lui avait adressé M. Bousquet. Analysant dans une rapide esquisse la doctrine de la décomposition des maladies en éléments qui intéressent le principe vital par Barthez et Bordeu, M. Piorry caractérise cette conception, telle que l'avaient présentée les professeurs de Montpellier, de réunion fantasque de toutes sortes de phénomènes mal classés, d'énorme galimatias auquel il serait bien fâché de dérober quelque chose. C'est aux anatomistes, aux physiologistes, aux cliniciens, qu'il a emprunté les faits innombrables qui l'ont conduit à s'éloigner de la maladie unitaire pour étudier par l'analyse d'abord, par la synthèse physio-pathologique ensuite, les états organopathiques élémentaires. Avant lui déjà, Broussais s'était élevé contre l'idée de la maladie individualisée, c'est là l'idée-mère de la doctrine dite physiologique, et qui, elle-même, était issue du Traité des phlegmasies chroniques. M. Piorry considère Morgagni comme le véritable chef de l'école organopathique; c'est à lui que revient la gloire d'avoir fondé la médecine sur l'étude attentive des organes.

Chose remarquable, dit M. Piorry, on m'accuse de larcin, lorsqu'il s'agit des éléments des maladies présentés d'une manière vague, et l'on combat avec amertume l'étude des éléments, alors qu'ils sont autrement, mais positivement établis. On veut qu'il y ait des lésions en chirurgie, et l'on admet des maladies unitaires en médecine. La médecine et la chirurgie ne constituent-elles pas une seule et même science? Sachez lire dans les organes, et vous verrez partout des altérations de liquides, de tissus, de nerfs, qui sont analogues à celles que l'on voit à l'extérieur. On ne peut, il est vrai, comparer une fracture à la fièvre *qui n'est qu'un symptôme* de lésion, mais il est très permis de la placer tout à côté de la rupture du vaisseau qui cause une hémorrhagie. Si vous ne trouvez pas de lésions dans les maladies internes, c'est que vous ne les savez pas découvrir. L'apoplexie dans la première édition de Pinel était classée parmi les névroses; c'est une hémorrhagie par rupture pour les médecins de notre temps.

Les fièvres bilieuses, muqueuses, putrides, étaient autrefois considérées comme essentielles; maintenant on sait bien qu'il existe chez ceux qui en sont atteints une maladie des plaques de Peyer ou des follicules de Brunner.

La fièvre intermittente, regardée comme une maladie primitive, est évidemment liée à une splénopathie, etc.

Les maladies peu nombreuses où l'on ne trouvera encore aucune altération, soit du sang, soit des solides, auront le même sort que celles qui

auront été rayées de la nosographie ; et l'on découvrira, chez ceux qui les portent, des lésions qui auront été les causes des symptômes que l'on a groupés pour les former.

La véritable chimie date de soixante ans, la microscopie est née d'hier, la percussion n'a guère que quatre-vingts ans d'ancienneté, l'auscultation est du cinquième lustre de ce siècle, 1826 a vu naître le plessimétrisme, et vous voulez qu'on ait découvert aujourd'hui toutes les altérations anatomiques. Citer quelques succès obtenus par le traitement moral dans l'aliénation mentale n'est rien alléguer contre les doctrines que je défends, car j'ai positivement dit et écrit que l'on ne pouvait agir sur l'âme que par des moyens moraux, mais encore faut-il, dans ces cas mêmes, insister sur des médications très matérielles, pour remédier à ces innombrables circonstances anatomiques, qui, telles que les phlegmasies méningiennes ou encéphaliques, l'action de l'alcool ou des poisons, causent si souvent le délire ou la folie.

M. Bousquet me reproche de m'attacher aux girouettes, c'est-à-dire aux états pathologiques, et non pas à l'édifice, qui est la variole. J'ai commencé par établir que le virus variolique ou variose est pour moi la cause très matérielle de tout le mal ; son effet direct est l'altération du sang, et, comme nous ne possédons pas de moyens d'en détruire la fâcheuse influence, il n'y a pas autre chose à faire que d'avoir recours aux moyens hygiéniques et surtout aux boissons aqueuses. M. Bousquet voit un supplice dans la cautérisation du pharynx. Ne l'a-t-il donc jamais pratiquée, à l'imitation de Bretonneau, de Serres et de beaucoup d'autres praticiens qui la considèrent comme une opération très inoffensive ?

Je n'ai jamais proposé la trachéotomie contre les pustules du larynx en elles-mêmes ; mais j'ai dit, je répète, j'affirme, que dans les cas où un variolé expire, parce qu'une variolaryngite annoncée par l'enrouement, la dypsnée, empêche le malade d'avaler la salive écumeuse, d'expectorer, et, par suite, de respirer, la trachéotomie est utile et non pas dangereuse.

J'ai accusé, dites-vous, mes contemporains d'avoir fait des êtres maladies, d'avoir groupé des symptômes pour en faire des entités arbitraires ; mais Broussais et son école l'avaient dit et prouvé avant moi : seulement, Broussais lui-même avait trop individualisé l'inflammation. Vous convenez que Sauvages considérait les maladies comme des êtres ; Pinel individualisait ses fièvres tout en les plaçant dans les organes. Lisez Barthez, Dumas, Bérard (de Montpellier), et vous verrez leurs éléments si bien définis, si nettement décrits, se compliquant d'une façon si nette et si caractérisée, étant si peu considérés au point de vue anatomique, qu'il est impossible de croire qu'ils aient vu en eux des lésions d'organes.

Vous me reprochez de diviser sans fin les maladies, de les émietter, de les mutiler ; mieux vaut mutiler les maladies que les malades. La synthèse, en pathologie, ne peut, comme en chimie, faire suite à l'analyse, parce que les maladies ne sont pas des corps définis, des réalités matérielles, mais des groupes arbitraires de symptômes. Vos composés symptomatiques sont si peu des choses fixes et définies, que les auteurs ne sont en rien d'accord sur leur nombre, leurs caractères, leurs limites, et sur la place qu'il convient de leur assigner dans un cadre nosologique. Ne m'accusez donc pas tant de traiter, à l'imitation de Sauvages, des symptômes comme des maladies, et permettez-moi de vous dire comment je considère les états organopathiques. J'appelle ainsi, non pas les expressions fonctionnelles, mais les états matériels anatomiques ou chimiques, le plus souvent appréciables par les sens, quelquefois démontrés ou rendus très probables par l'induction, qui sont rigoureusement définis. Ils donnent lieu à des troubles fonctionnels, ils sont susceptibles de fournir des signes physiques qui les font reconnaître, et je ne m'en occupe qu'autant qu'ils donnent lieu à des indications. Les changements survenus dans la position, la forme, la consistance, l'étendue, le volume, la largeur des organes ; les modifications de circulation, de structure ; les altérations de composition dont le sang est susceptible, etc., constituent pour moi des états anatomiques, et quelques faits me conduisent à admettre, comme très probables, certains autres phénomènes, tels que des oscillations morbides existant dans les nerfs et constituant aussi des états pathologiques.

C'est faute de m'avoir lu, que ceux qui se sont élevés contre mes idées m'ont reproché de considérer isolément les états organopathiques et de les avoir analysés sans étudier leur filiation et leur concordance. Je n'ai jamais cessé, au contraire, d'envisager la hiérarchie et l'influence réciproque des états pathologiques les uns sur les autres, dans mes livres, mes cours, ma clinique au lit du malade ; ma synthèse est à la fois physiologique et pathologique.

M. Piorry cherche à établir cette proposition par des citations nombreuses empruntées à ses ouvrages, et il dit n'avoir pas oublié cette étude dans son mémoire sur la variole. Il n'est pas vrai de dire que la variole est toujours la même, qu'elle a une marche fixe, invariable, à jours bien déterminés, à terminaison prévue. Cela est sans doute vrai pour certains cas simples et d'intensité médiocre ; mais cela est si faux au lit du malade, que, huit fois sur dix, il y a des exceptions à cette fixité, à cette régularité, à cette marche dite invariable, à cette terminaison si bien prévue *à priori*. Cela est si juste, qu'il a fallu admettre une varicelle, une varioloïde, une variole discrète, une confluente, etc., et qu'il n'est pas une de ces divisions qui ne puisse comporter des sous-divisions. La seule chose commune, c'est la cause, c'est l'empoisonnement primitif du sang, et cela est si positif, que l'on a admis une variole sans pustules, *variolæ sine variolis*.

La maladie ne serait donc, en définitive, pour les médecins qui ne sont pas de mon avis, que le virus et son premier effet, le reste ne serait que des collections de symptômes extrêmement fréquents, comme la variodermite ; assez communs, comme la variopharyngite. Ces derniers accidents ne constitueraient pas la maladie, et ne seraient, en quelque sorte, que des épiphénomènes.

M. Bousquet veut qu'il soit d'une importance secondaire de connaître le siége du mal. M. Piorry s'élève avec force contre cette assertion, et cherche à faire voir de quelle utilité est, pour le traitement des maladies, la connaissance du siége du mal, notamment dans les fièvres d'accès, les états organopathiques observables dans ce que l'on appelle fièvre typhoïde, dans l'apoplexie pulmonaire, etc. Ce n'est pas à dire pour cela que, dans les doctrines organopathiques, on ne s'occupe que du siége du mal sans se préoccuper des caractères des diverses espèces de souffrances.

Personne n'a nié, et personne ne niera, qu'il y a dans les maladies un élément principal, et qu'il en est de secondaires. Peu de gens meurent de la primitive affection qui les a frappés. Dans l'hémorrhagie cérébrale récente, c'est presque toujours une affection pulmonaire hypostatique qui amène une terminaison funeste. C'est la pyémie, c'est la présence de l'écume ou du pus dans les bronches, qui fait succomber celui qui porte des tubercules dans les poumons, etc. Sans doute, il y a dans tout ceci une filiation de phénomènes, parmi lesquels il y en a de primitifs et de secondaires ; mais, en somme, c'est à les connaître tous qu'il faut surtout s'attacher, et cela, pour mieux les combattre, et augmenter ainsi les chances de guérison du malade.

Un grand nombre de ces considérations sont communes aux organiciens en général, ou aux nosographes intelligents qui placent les maladies dans les organes. La différence entre beaucoup d'entre eux et moi, c'est qu'ils partent, dans leur pathologie et leur clinique d'ensemble, de symptômes, pour former ensuite des classes, tandis que les espèces qu'ils admettent sont, en partie, fondées sur les lésions de solides ou de liquides. Procédant en sens inverse, mon point de départ est la lésion, et j'étudie ensuite les symptômes qui lui sont propres. Ces médecins, traitant de la dyspepsie, la divisent en espèces d'après les lésions qui y donnent lieu. Je cherche d'abord, au contraire, à constater, par tous les moyens possibles, les états anatomiques, et j'arrive ensuite au symptôme dyspepsie, commun à ces affections.

Ce que je viens de dire de la variole, des maladies à virus, à *ioses*, à germes, est, comme on le comprend facilement, bien autrement applicable aux affections provenant d'une autre source, et dont les symptômes les plus variables et les moins réguliers constituent les caractères.

M. Piorry, arrivant enfin à la partie de l'argumentation de M. Bousquet, qui a trait à la nomenclature, affirme que celui-ci n'a rien dit sur ce sujet qui ait quelque valeur scientifique. La nomenclature n'est pas aussi délaissée que M. Bousquet a voulu le faire entendre ; en France, et même à l'étranger, beaucoup d'auteurs ont adopté un grand nombre des mots qu'elle consacre. M. Piorry s'efforce de réfuter les objections reproduites dans la réplique de M. Bousquet ; il émet cette opinion, que, dans le langage scientifique, la propriété des mots est préférable à l'euphonie. J'ai cherché, dit-il, à donner plus d'homogénéité au langage des médecins de tous les pays, et cela par l'emploi de mots tirés des auteurs anciens et modernes. J'ai tenté de faire que, d'abord, nous nous accordassions sur la valeur des mots, en attendant que nous nous entendissions sur les choses. Voilà, messieurs, quelles ont été les principales idées qui m'ont guidé lorsque j'ai proposé une nomenclature médicale. Ces idées ne constituent pas un fait psychologique tout nouveau, elles ne sont pas le fruit de la présomption. J'espère que vous ne les croirez pas déraisonnables, elles sont nées, en effet, d'un grand événement dans l'histoire de l'esprit humain : l'apparition de la langue scientifique, que les méditations de Linné, de Guyton-Morveau, et de l'Assemblée constituante ont heureusement créée pour le progrès des connaissances humaines et pour le bonheur des hommes.

SÉANCE DU 13 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet les six pièces suivantes :—*a.* Rapport de M. le docteur *Vanton*,

médecin adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Montbelliard, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Clamesol. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Rapport de M. le docteur *Vannaque*, médecin des épidémies de la première section pour l'arrondissement de Compiègne, sur les épidémies qui ont régné dans cet arrondissement en 1854. (*Commission des épidémies.*) — *e.* Note de M. *Viau*, fabricant de conserves alimentaires pour la marine, à Harfleur, qui présente la *salicorne herbacée* comme propre à l'alimentation de la classe ouvrière. — *d. e. f.* Recettes relatives à des remèdes secrets par MM. *Breteaudau*, *Tertian* et *Augagneux*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Dépôt d'un paquet cacheté par M. *Berthé*, pharmacien à Paris.

3. Lettre de remercîments de M. le docteur *Bernard*, médecin inspecteur-adjoint des eaux d'Uriage, pour la médaille qui lui a été décernée dans la séance publique annuelle du 6 décembre 1854.

4. M. *Ledieu*, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu d'Arras, adresse une pièce pathologique et plusieurs observations manuscrites relatives à une névralgie anale et à des corps fibreux de l'utérus. (*Comm.*, MM. Gaultier de Claubry, Barth.)

5. M. le docteur *Cl. Charazae*, de Beaulieu (Corrèze), soumet à l'appréciation de l'Académie un nouveau bandage herniaire. (*Comm.*, M. Malgaigne.)

6. Relation historique et médicale de l'épidémie cholérique qui a régné à Marseille pendant l'année 1854, par M. le docteur *Sirus-Pirondy*. (*Commission du choléra de* 1854.)

7. Note sur l'anasarque consécutive à certaines rétentions d'urine par M. le docteur *Bourgeois*, médecin en chef de l'hôpital d'Étampes. (*Comm.*, MM. Robert, Ségalas, rapporteur.)

8. Demandes de candidatures : — *a. Section d'hygiène, de médecine légale et de police médicale*, MM. Boudin, Guérard, Tardieu, Devergie, Lachaize. — *b. Section de médecine vétérinaire*, M. H. Bouley.—c. *Section d'anatomie pathologique*, MM. Beau, Parchappe, Bayle, Barthez, Blache.

Lectures et Mémoires.

M. *Robinet* donne lecture, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, de deux rapports relatifs à de prétendus spécifiques du choléra. Les conclusions défavorables de ces deux rapports sont successivement adoptées.

Discussion sur la variole.

M. *Bouillaud* a hésité longtemps avant de monter à la tribune, et ce n'est qu'avec un vrai regret qu'il a pu s'y décider aujourd'hui. Il ne trouve sur ces bancs aucun adversaire, et ne peut considérer que comme de vrais amis les hommes qui l'ont cité. La discussion est complexe ; il s'est agi d'abord du traitement de la variole.

A l'occasion du traitement de cette maladie, M. Piorry a fait intervenir ses doctrines et sa nomenclature, et l'on s'est beaucoup plus occupé de la nomenclature et de philosophie médicale que de la variole. Le vitalisme a été mis en jeu ; hors de cette enceinte, les doctrines opposées ont été agitées et mises en présence. Je m'occuperai d'abord du premier point, du traitement de la variole. M. Piorry ne paraît pas avoir présentement des idées de réforme sur ce sujet ; ce qui le distingue, ce sont ses formes, les particularités de son langage, et non le fond du traitement. Il est évident que le but de M. Piorry a été d'appliquer à l'étude et au traitement de la variole l'idée qu'il s'est faite de l'individualité morbide. Il dit : La variole n'est pas une maladie unitaire, mais elle est composée de plusieurs éléments ; à chacun de ces éléments il faut opposer un traitement particulier. Puisque la variole n'est pas une, il faut considérer d'abord le traitement de l'*iose*, c'est-à-dire du principe qui constitue son individualité. Mais comme vous ne connaissez pas ce principe en lui-même, vous ne pouvez lui appliquer une médication rationnelle. Il faut s'adresser alors aux différents éléments qui constituent la variole. Et d'abord la variosémie, c'est-à-dire le fond, le corps même de la maladie. Rien de nouveau à cet égard, tout le monde agit de la même façon. Y a-t-il quelque chose de nouveau dans le traitement qu'il oppose à l'éruption cutanée? Assurément non. La seule chose vraiment nouvelle, c'est ce que M. Piorry a dit sur la vario-laryngite, la vario-pharyngite, la vario-trachéite. Il ne faut pas s'imaginer, cependant, que les praticiens ne s'étaient pas occupés de ces éléments, mais ils n'avaient pas créé de noms nouveaux pour désigner ces états morbides. Ici M. Piorry a péché peut-être par exagération ; il n'y a pas un de nous qui ne pèche quelquefois ainsi, mais lui plus qu'un autre. M. Piorry dit que toutes les fois qu'un individu atteint de variole éprouvera de la dyspnée, il y aura lieu de pratiquer la trachéotomie si l'on ne veut pas s'exposer à ne plus trouver bientôt qu'un cadavre. Il n'est personne de nous qui ne prenne son parti pour intervenir ainsi quand il y a impossibilité de respirer ; mais à quel moment et dans quels cas faudra-t-il se déterminer à pratiquer la trachéotomie dans la variole confluente, qui tue les cinq sixièmes des malades si elle est portée à un haut degré ? Il ne faut pas que le médecin puisse être accusé de la mort du malade. M. Piorry est convaincu qu'un grand nombre de malades ont succombé faute d'avoir subi l'opération de la trachéotomie. Une fois il s'est décidé à la pratiquer sur une femme qui paraissait dans une situation extrêmement grave ; la malade est morte. Notre confrère nous dit, il est vrai, que la malade a succombé par suite du déplacement de la canule. Depuis cette époque, M. Piorry a vu succomber de nouveaux malades, et il conseille fortement cette opération dans les cas de dyspnée chez les varioleux. Mais lorsqu'il s'agit d'une opération aussi grave que la trachéotomie, avant de la proposer sans hésitation il faudrait rapporter un certain nombre de faits exactement observés ; or M. Piorry n'en a qu'un seul, mais il est concluant : la malade est morte. M. Piorry fera bien de recueillir un certain nombre de faits avant d'insister sur ce sujet. Je suis loin de combattre la trachéotomie en pareille occurrence ; il faudra recourir à ce moyen s'il n'en existe pas d'autres qui puissent sauver le malade, mais je ne saurais dire, je l'avoue, à quel moment l'opération devra être pratiquée.

Quelle est, dit M. Piorry, la manière dont l'étude de la variole doit être envisagée ? Et, à ce propos, il vient à exposer sa doctrine des états organopathologiques. Si vous arriviez à penser comme moi, dit-il, les dénominations usitées jusqu'à ces derniers temps devraient disparaître. Il faudrait marcher avec notre temps et créer des mots nouveaux dérivés de la langue scientifique, c'est-à-dire du grec. Voici sa conclusion. Si toutefois l'Académie accueillait les idées de M. Piorry comme l'a fait M. Bousquet, son espoir serait bien déçu. Les mots, ici, sont subordonnés aux doctrines ; il faut donc examiner d'abord les bases sur lesquelles il s'est fondé pour établir ses états organopathiques. Passons rapidement en revue ce chapitre important. M. Piorry commence son livre par des généralités sur la médecine, ce qu'il intitule *Polygraphies*, mot qui, par parenthèse, n'a jamais été synonyme de généralités. Jamais, sans en excepter Broussais, aucun médecin ne s'est montré aussi acharné contre les individualités morbides ; il les poursuit à chaque pas dans son ouvrage. On a beau chercher dans l'histoire, on voit cependant que tout médecin a été obligé d'adopter l'individualité morbide. Prenons Broussais et Brown, deux systèmes dichotomiques ; chacun d'eux a admis deux grandes classes de maladies : Brown, *sthénie* et *asthénie ;* Broussais, *irritation* et *état contraire à l'irritation*, c'est le brownisme retourné. Brown et Broussais ont parfaitement admis les individualités. Ils ont procédé comme ils pouvaient le faire à leur époque. Bichat et Morgagni avant lui avaient dû admettre également des entités morbides. Broussais est venu à une époque où existait une ontologie qu'il fallait rejeter ; mais il lui a fallu créer des individualités nouvelles. L'école de Broussais admettait des maladies générales, et cela a eu lieu de tout temps. Personne n'a découvert le soleil ni la Méditerranée, excepté, dans ces dernières années, un touriste fameux. M. Piorry dit : Je ne veux pas de vos entités symptomatiques, je veux des entités incarnées. Comme je l'ai dit dans la discussion sur le cancer, on ne peut pas séparer la lésion de l'organe. Mais M. Piorry ne procède pas ainsi ; il en veut aux unités d'une manière encore plus radicale. Comment procède-t-il pour décrire ces espèces de fantômes qu'il appelle états organopathiques? Je n'ai rien trouvé que des erreurs dans la manière dont il comprend les choses. Et cependant, qu'il prenne ses monographies, il verra qu'il admet des individualités, des entités morbides. M. Piorry proclame comme une grande vérité pathologique que, de quelque façon qu'on étudie les maladies, on arrive à reconnaître que la maladie, étant un composé de nombreux éléments anatomo-pathologiques, ne peut être désignée par un mot qui est simple. D'où vient cette différence apparente entre M. Piorry et ceux qu'il considère comme ses adversaires ? Est-ce qu'on ne peut pas concevoir l'unité autrement que comme un atome, une monade? L'unité peut avoir des parties constituantes ; unité par rapport à un tout, elle peut être elle-même composée de parties. Les maladies sont des changements ou des altérations dans l'organisme en général, et dans les organes en particulier. Quel est celui d'entre vous qui, ayant un asthme à étudier, ne recherche pas dans quel organe malade en est la cause. La grande question, la grande affaire, c'est de rechercher quelles sont les unités, les individualités, les entités morbides. Vos états organopathiques, ce sont des maladies. Nous devons chercher, par tous les moyens d'investigation en notre pouvoir, la nature des unités morbides. Cette question nous conduit à la classification des maladies, classification sans laquelle il n'y a qu'anarchie et chaos. Les maladies ont été classées d'après les symptômes à une époque où on ne pouvait pas faire autrement ; aujourd'hui on prend une autre base, les organes. Quel est le principe qui domine la classification des maladies? La nature même des choses, les caractères différentiels. Une bonne classification doit être basée aujourd'hui, non sur les symptômes, non d'après les organes, mais d'après la nature même des maladies. Nous avons à présent une base très solide et pouvant servir à une classification philosophique. Parmi les classifications qui existent, il y en a même qui rentrent dans

cette catégorie : celle de Pinel, qui laisse cependant beaucoup à désirer, celle de Richerand, classificateur naturel et ingénieux. Il y a trois grandes classes de maladies qui se trouvent éternellement vraies, les maladies s'y trouvant classées d'après leur nature même, M. Piorry ne veut pas des classifications, parce que Broussais les a renversées, et, dans l'article qu'il consacre aux classifications, il ne dit rien de la base naturelle des maladies. Lorsqu'il s'occupe des états organopathiques, il admet pourtant comme nous des entités.

M. Bouillaud rappelle qu'il a consigné dans sa *Nosographie médicale* une classification basée sur les principes qu'il vient d'énoncer. Les maladies y sont divisées en trois grandes familles qui se subdivisent en douze classes comprenant les maladies tant chirurgicales que médicales. M. Piorry dira : « Cette classification, c'est la mienne ; vous avez classé mes états organopathiques. » On peut donc classer les maladies d'après leur nature. Il est certain qu'au lit d'un malade on ne trouve jamais deux maladies exactement semblables; on trouve des états morbides disséminés, qui, simples ou combinés, varieront selon les individus; mais cela n'est pas une objection sérieuse à l'existence des individualités morbides. Dans une réunion d'hommes, chacune des unités ne diffère-t-elle pas des autres de taille et de visage ? M. Piorry n'a pas fait un usage suffisant de la faculté d'abstraction, faculté naturelle comme celle de voir et d'entendre. Oter à l'homme cette faculté, c'est lui ravir sa plus belle faculté intellectuelle. Si M. Piorry veut bien réfléchir plus mûrement sur ce sujet, il reconnaîtra que les maladies et ses états organopathiques ou organopathologiques sont la même chose. M. Bouillaud termine en présentant des observations sur la nomenclature de M. Piorry. M. Bouillaud pense qu'il faut chercher la base d'une nomenclature dans la nature même de la maladie, et non pas dans ses caractères anatomiques. Il rappelle les principes qu'il a formulés pour la dénomination des maladies (voy. *Nosographie médicale*, t. I, prolégomènes, p. XC). Il déclare qu'il serait heureux d'adopter quelques-uns des termes de la nomenclature de M. Piorry, mais qu'il ne peut l'accepter généralisée et systématisée.

Je n'ai pas fait de maladies séparées des organes, dit M. Bouillaud : je leur ai donné un siége, et personne ne m'accuse de néologisme, parce que je n'ai pas fait de grec au lieu de français. *Dilatation du cœur* me paraît bien valoir *cardi-ectasie*. Je ne suis pas l'ennemi du grec ; mais c'est précisément parce que c'est une langue musicale, divine, qu'il ne faut pas la rendre barbare. J'ai employé *hypertrophie*, mot euphonique ; mais je ne vois pas de nécessité d'aller chercher dans le grec des mots qui ne sont pas usités, pour remplacer des mots usuels. La réforme de la nomenclature de M. Piorry a besoin elle-même d'une réforme. Qu'il consente à retrancher les neuf dixièmes des mots qu'il a créés, et peut-être pourra-t-il faire accepter sa nomenclature. Horace avait blâmé les *sesquipedalia verba*, et chez nous Boileau n'a pas moins condamné *les mots longs d'une toise*. La nomenclature de M. Piorry fourmille de ces mots compliqués et durs à l'oreille. Les Grecs seraient fort étonnés, s'ils pouvaient entendre le langage qu'on leur fait parler.

NOMINATIONS. — M. le président proclame les nominations suivantes, qui viennent d'avoir lieu au scrutin, pour les diverses commissions de prix.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — *Tuberculisation pulmonaire.* — MM. Grisolle, Andral, Chomel, Girardin, Barth.

PRIX PORTAL. — *Goître endémique.* — MM. Ferrus, Bouchardat, Chatin, Baillarger, J. Guérin.

PRIX CIVRIEUX. — *Catalepsie.* — MM. Bouillaud, Rostan, Roche, Collineau, Falret.

PRIX CAPURON. — *Accouchements.* — MM. P. Dubois, Depaul, Moreau, Danyau, Cazeaux.

Eaux minérales. — MM. Patissier, Bourdon, Bussy, Guéneau de Mussy, Mélier.

PRIX ITARD. — MM. Louis, Velpeau, Jolly, Bricheteau, Hervez de Chégoin.

La séance est levée à cinq heures dix minutes.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 16 FÉVRIER. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le compte rendu de la dernière séance est lu et adopté. M. *le secrétaire-général* donne communication de la correspondance, qui contient une lettre et plusieurs mémoires envoyés par M. *Ad. Richard*, à l'appui de sa candidature; ainsi que le bulletin de la Société de Valence.

M. *Pietra-Santa*, présente un second mémoire au sujet de l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus.

M. *Leroy d'Étiolles* demande à répondre aux dernières objections qui lui ont été faites par MM. Cazeaux et Bourguignon. On s'étonne, ajoute-t-il, que j'accepte comme probantes les nombreuses observations qui m'ont été adressées, alors que des chirurgiens du premier mérite, à Paris, ont peine à porter un diagnostic précis sur les tumeurs cancéreuses. Mais cette objection, en l'admettant comme fondée, ne pourrait, en tout cas, mettre de l'incertitude dans l'esprit que pour les guérisons, car les chiffres concernant les récidives et la mortalité restent entiers, et les inductions qui en découlent ont une importance réelle. Ainsi, sur 87 opérations faites moins de six mois après l'invasion de l'affection cancéreuse, je compte 61 récidives. Sur 97 opérations de tumeurs cancéreuses, cinq ans après l'invasion, 50 récidives seulement. Je suis donc en droit d'en conclure, qu'il y a tout bénéfice à attendre que le mal se soit localisé.

M. *Forget* répond de nouveau à M. Leroy, que les déductions tirées de sa statistique ne sont pas fondées, car il ne saurait nous dire quelles espèces de tumeurs cancéreuses ont été opérées. M. Leroy n'établit aucune distinction dans l'énumération des faits énoncés, il ne tient aucun compte de la présence des cellules fibro-plastiques, épithéliales ou cancéreuses proprement dites. Ce n'est point aux chiffres que nous nous en prenons, mais aux faits, qui dans ce cas particulier, ne sont pas des unités suffisamment connnues et dont on puisse réellement apprécier la valeur.

M. *Boinet* lit un mémoire sur les applications de l'iode, au traitement des plaies de mauvaise nature, des ulcères contagieux et virulents, etc., dont l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La teinture d'iode employée en badigeonnage ou en injections dans les plaies enflammées, est un modificateur puissant des sécrétions purulentes viciées.

2° Elle peut prévenir et guérir l'infection putride.

3° Elle peut prévenir l'infection purulente lorsqu'elle est appliquée en temps convenable, c'est-à-dire avant l'infection du sang par le pus.

4° Elle a la propriété de modifier profondément et rapidement les inflammations virulentes et détruire leur principe contagieux.

5° Jugeant par analogie, on pourrait peut-être en retirer de bons effets contre les virus rabique, morveux, charbonneux, etc.

6° Un des grands avantages de la teinture d'iode sur les caustiques, est de pouvoir être appliquée sans danger sur toutes les solutions de continuité, dans toutes les cavités; de pouvoir pénétrer partout, d'agir lentement, sans jamais produire de réaction funeste sur le reste de l'économie.

M. *Bourguignon* entretient la Société de la contagion de la gale, à l'occasion d'un fait de contagion du lion à l'homme, qu'il vient d'observer, ainsi que M. Delafond. (Voir aux *Travaux originaux*.)

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 16 MARS.

1. *Traitement de la variole par les mercuriaux*, par M. le docteur *Garriel*.
2. *Travail sur l'eau de Vichy*, par M. *Durand-Fardel*.
Rapport sur la chlorose, mémoire du docteur *Uzac*.
3. *Mémoire sur l'enseignement médical*, par le docteur *Bourguignon*.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Opération heureusement exécutée pour la guérison de l'anus artificiel, par M. ROBERTSON.

S'il y a toujours instruction à lire la relation d'une opération aussi rarement pratiquée, et pratiquée avec succès, que celle-ci, l'intérêt qui s'y attache devient plus grand encore, lorsqu'on apprend que l'entérotomie fut exécutée avec l'instrument de Dupuytren, dans le pays même de Physick, à qui plusieurs écrivains ont voulu faire honneur de l'invention du procédé.

Un nègre, âgé de cinquante-cinq ans, avait été opéré, le 25 février, d'une hernie arrivée à la période la plus avancée de l'étranglement. Les matières s'épanchèrent au dehors, sous le couteau même du chirurgien, et l'on dut exciser une partie considérable de l'intestin gangrené (plusieurs pouces, dit l'auteur).

Remis des suites immédiates, le malade conserva une ouverture par où la totalité des matières ingérées sortait, quinze ou vingt minutes environ après qu'elles avaient été introduites dans l'estomac, et à peu près avec le même aspect ; aussi, au bout de trois mois, était-il notablement émacié, maigre et affaibli, quoique ayant conservé un excellent appétit.

En conséquence, et l'indication d'agir ne pouvant être plus pressante, M. Robertson appliqua, le 13 mai, un entérotome construit

sur les principes de celui de Dupuytren. On trouva sans beaucoup de peine le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin, dans chacun desquels une des branches de l'instrument fut engagée ; puis on les rapprocha l'une de l'autre, au moyen de la vis, autant que possible (1).

Les effets de réaction locale ou générale furent très modérés. L'entérotome tomba le cinquième jour, contenant dans la cavité de sa branche femelle le ruban constitué par la double cloison intestinale mortifiée.

Un lavement, donné six jours après, amena d'abord une grande quantité de scybales dont la dureté annonçait qu'ils dataient de l'époque de la première opération ; ensuite sortirent des fèces liquides.

Depuis lors, les matières reprirent leur cours par la voie naturelle, et il n'en sortit plus que très peu par l'ouverture anormale. Dès ce moment aussi, le malade regagna ses forces et son embonpoint.

Quant à la fistule persistant comme suite de l'anus artificiel, trois fois M. Robertson essaya de la fermer par la suture appliquée de diverses manières, précédée de l'avivement de ses bords. Trois fois il échoua ; aussi n'attend-il plus maintenant que du temps et des efforts de la nature le rétrécissement graduel et l'occlusion de cet orifice. (*Charleston Medical Journal and Review*, nov. 1854.)

Sur la préparation du caustique de Landolfi, par Th. G.

Ce caustique, employé contre les cancers, en Allemagne et surtout en Italie, se prépare avec parties égales de chlorure de zinc, d'antimoine, d'or et de brome ; on ajoute au mélange une quantité suffisante de farine pour lui donner la consistance nécessaire. M. Quevenne conseille les proportions suivantes:

Chlorure de zinc, tombé en déliquium. .	5 grammes.
Chlorure d'antimoine id. . .	5
Chlorure d'or.	5
Chlorure de brome.	5
Farine	20
Eau	18

On triture le chlorure d'or dans un mortier de porcelaine, avec les chlorures de zinc et d'antimoine, on ajoute les 18 grammes d'eau et la moitié de la farine pour faire une pâte un peu liquide ; alors on verse le chlorure de brome et l'on agite le plus promptement avec le restant de la farine.

La quantité de vapeurs bromiques qui se dégagent pendant cette manipulation est tellement considérable qu'il faut, pour ne pas en être incommodé, avoir soin d'opérer en plein air.

Le caustique de Landolfi, préparé comme il vient d'être dit, forme une pâte d'une bonne consistance et d'une couleur rouge brique.

En raison du prix élevé du chlorure d'or, quelques chirurgiens conseillent de le retrancher. On n'a pas remarqué que, par cette suppression, les propriétés du médicament fussent changées d'une manière sensible.

Ce caustique présente l'inconvénient d'occasionner des douleurs très vives ; en ajoutant à la masse de la poudre d'opium, l'application en est moins douloureuse. (*Journal de pharmacie et de chimie*, mars 1855.)

Démonstration expérimentale de la transformation du *Cysticercus cellulosæ* en *Tænia solium* dans le tube digestif de l'homme, par M. Kuechenmeister.

On sait la part qu'a prise l'honorable médecin de Zittau à démontrer la réalité de la théorie nouvelle sur la transformation des vers ; aussi ses recherches ont-elles mérité, il y a peu d'années, une récompense publique de l'Académie des sciences de Paris. M. Kuechenmeister, après avoir institué ses expériences sur les animaux, a eu enfin l'heureux avantage de pouvoir les répéter sur l'homme, chez un condamné à mort. Par suite du manque de *Cysticercus cellulosæ*, M. Kuechenmeister employa pour la première expérience un certain nombre de *Cysticercus tenuicollis* du porc et de *Cysticercus pisiformis* du lapin. 7 cysticerques du lapin, auxquels on avait eu la précaution d'ouvrir ou de couper l'extrémité libre de la vésicule caudale, furent mêlés dans un potage gras aux fragments façonnés de fécule que l'on nomme vulgairement pâtes d'Italie. On eut la précaution, avant de projeter les animaux dans le liquide du potage, d'en abaisser la température jusqu'à celle du sang. L'ingestion de cette soupe eut lieu six jours avant l'exécution. Soixante-douze heures avant la mort, on donna au condamné un nouveau repas qui consistait en tranches de boudin dans lequel on cacha des cysticerques. Le condamné prit ainsi soixante-douze heures avant l'exécution 12 cysticerques du tissu cellulaire ; soixante heures avant la mort, 18 cysticerques ; trente-six heures avant la mort, 15 cysticerques ; vingt-quatre heures avant la mort, 12 cysticerques ; douze heures avant la mort, 18 cysticerques; par conséquent, en tout 75 cysticerques. L'exécution eut lieu cent vingt heures environ après l'ingestion des *Cysticercus tenuicollis*, et soixante-douze heures, au maximum, après l'ingestion des individus du genre *Cysticercus cellulosæ*. M. Kuechenmeister ne put malheureusement examiner le tube digestif que quarante-huit heures après la mort. Cependant, même à cette époque, M. Kuechenmeister put retrouver un certain nombre de tænia. C'est, comme on le sait, par l'examen de la conformation des crochets que M. Kuechenmeister put se convaincre de la nature même de ces entozoaires. Nous renvoyons aux autres travaux de MM. Siebold, Van-Beneden et Kuechenmeister pour l'exposé de cette question d'helminthologie, qui nous a plusieurs fois occupée dans la *Gazette hebdomadaire*. (*Wiener Medic. Wochens.*, 1855, n° 1.)

Des agents contagieux des maladies de la peau, par le docteur Rollet, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

Un certain nombre des maladies de la peau sont transmissibles. De toutes les maladies contagieuses, ce sont certainement celles dont les agens de transmissibilité sont les plus faciles à définir. Tous sans exception sont des parasites ou des virus. Dans la gale et dans l'acné, le parasite est un insecte ; dans les autres dermatoses contagieuses, le favus, l'herpès tonsurant, les teignes décalvante et achromateuse, la mentagre et le pythiriasis versicolor, c'est un champignon microscopique.

Le travail de M. Rollet, lequel a plutôt la forme d'une leçon que celle d'un mémoire, est consacré à l'exposition des principaux caractères appartenant aux agens contagieux des maladies de la peau, et au rapprochement des parasites et des virus. L'auteur n'admet pas plus la génération spontanée pour les uns que pour les autres, et ne comprend la transmission que par le contact immédiat. Les conditions d'activité des agens contagieux, dépendantes de l'organisme, de l'agent contagieux, et enfin des rapports établis entre l'organisme et l'agent contagieux, présentent, dans tous les cas, la plus frappante analogie. Ces rapprochements, qu'il faut lire dans l'intéressant travail de M. Rollet, le chirurgien en chef de l'Antiquaille les suit jusque dans leurs conséquences pratiques, où il trouve encore à les signaler d'une manière ingénieuse

Les parasites, dit-il, n'ont sur la peau qu'une action locale, et comme il arrive pour la gale, peuvent être détruits pour ainsi dire instantanément. Les parasites végétaux résistent davantage à cause de leur siége au fond des follicules pileux et des conditions d'état général auxquel ils se trouvent liés plus souvent. Les virus, ces ferments morbides dont un si grand nombre de substances abolissent les propriétés contagieuses hors de l'économie, échappent-ils d'une manière absolue à ces conditions de destruction ou de neutralisation ? Il en est, comme le chancre non infectant, qu'un traitement local suffit toujours pour dompter, et que pendant une certaine période de leur début une cautérisation parvient à faire

(1) Nous ne savons pourquoi M. Robertson avance que l'habitude de Dupuytren était de resserrer graduellement les branches de jour en jour. Peut-être avait-il agi ainsi dans ses premiers essais. Mais, en 1832 et 1833, nous l'avons positivement vu serrer immédiatement au maximum. Il ne se refusait pourtant pas, pour cela, de donner un ou deux tours de vis en plus, lorsque, trente-six ou quarante-huit heures après, les tissus, affaissés par la pression de la pince, le lui permettaient. (Note du Rédacteur.)

avorter. Ces moyens ne suffisent pas quand il s'agit d'un virus absorbable, diffusible, comme le vaccin, comme le virus syphilitique. Cependant M. Rollet espère qu'un jour viendra, où l'on pourra non-seulement neutraliser ce dernier, comme la variole l'a été par le cow-pox, mais encore l'anéantir directement. (*Gazette médicale de Lyon*, 15 et 31 janvier 1855.)

Description d'un enfant double, par le docteur LŒSCHER.

La femme N..., de Lübben, âgée de trente-cinq ans, d'une constitution faible et d'un tempérament nerveux, mère de sept enfants qu'elle avait mis au monde sans accidents, attendait le terme d'une huitième grossesse, avec d'autant plus d'anxiété que son état devenait plus pénible à mesure qu'elle approchait de l'époque redoutée, c'est-à-dire de la fin du mois de novembre 1854. Dès le sixième mois de sa grossesse, elle avait le ventre d'un volume extraordinaire, les membres inférieurs gonflés, un œdème général de la peau qui rendait les mouvements pénibles, et un asthme qui la menaçait de suffocation dès qu'elle se couchait, et qui la privait de tout sommeil. Les premières douleurs se montrèrent dans la matinée du 22 novembre, un peu avant les neuf mois révolus. La sage-femme, appelée aussitôt, était à peine arrivée, que la poche des eaux se rompit, et qu'il s'écoula une quantité considérable de liquide amniotique. L'enfant se présentait dans la première position de la tête, et fut rapidement expulsé jusqu'au tronc ; mais ce dernier ne passa qu'après des douleurs répétées et très énergiques. La sage-femme remarqua alors qu'une deuxième tête adhérait à la poitrine de l'enfant. Immédiatement après qu'on eut dérobé ce monstre aux yeux de la mère, de nouvelles douleurs se déclarèrent et donnèrent lieu à l'expulsion, en peu de minutes, d'une petite fille bien conformée.

La mère courait de grands dangers : la matrice ne revenait pas sur elle-même. On dut employer les moyens convenables pour remédier à cette atonie et retirer le délivre. On réussit, à la vérité ; mais il survint une fièvre puerpérale qui emporta la malade le onzième jour des couches.

Après avoir donné les soins nécessaires à la petite fille, la sage-femme plaça l'enfant monstrueux dans un bain ; il y fit quelques inspirations pénibles et expira. Voici ce que montra l'autopsie qui en fut faite.

A. *État extérieur.* — Le monstre se compose d'un enfant régulièrement développé, et d'un autre incomplet et irrégulier, unis ensemble par l'abdomen. Le premier n'offre rien de particulier, si ce n'est la persistance de la membrane pupillaire, qui existe aussi chez l'autre, il est du sexe féminin, et mesure 14 pouces 1/4 dans sa plus grande longueur. Le second enfant est notablement plus petit ; sa tête seule est bien développée : elle repose, sans l'intermédiaire d'un cou, sur un tronc aplati de haut en bas. La longueur totale de cet enfant est de 6 pouces 1/2. Il est impossible de sentir extérieurement chez lui, rien qui rappelle la colonne vertébrale, les omoplates, les côtes, le sternum ; d'épaisses masses de graisse recouvrent toutes ces parties, surtout en arrière. L'abdomen est appendu à ce petit thorax sous la forme d'un sac fermé, et présente, à sa face antérieure, une plaque décolorée de la grandeur d'une pièce de deux écus, recouverte par une membrane mince, nettement séparée de la peau voisine. Le cordon, commun aux deux enfants, s'insère au côté droit de l'abdomen du parasite, presque au centre de la plaque décolorée, point où les vaisseaux ombilicaux des deux enfants se réunissent. Il est impossible de reconnaître les parties génitales ; les extrémités sont rudimentaires ; le membre supérieur gauche et un membre inférieur manquent complétement. L'avant-bras droit ne semble contenir qu'un os, le cubitus, et se termine par un seul doigt. A gauche, en pressant sur la région de l'omoplate, on sent un os mobile qu'on peut regarder comme l'humérus. Des extrémités inférieures, une seule est indiquée par une masse charnue développée en arrière et à droite du tronc, à environ 1 pouce au-dessous de l'épaule droite, et qui a quelque analogie avec un pied. Cette masse ne renferme point d'os, et se termine par un orteil ; il est impossible de distinguer à quel côté elle appartient. Il existe, en outre, à la face dorsale de cet enfant, trois petites éminences verruqueuses, du volume d'un pois, étendues horizontalement l'une à côté de l'autre ; on ne saurait dire ce qu'elles représentent.

La cavité abdominale du parasite se continue directement avec celle de l'enfant bien développé. Le sternum du premier se recourbe à son extrémité inférieure pour se continuer avec celui du second. Dans l'extrémité en cul-de-sac de l'enfant parasitaire, on sent des intestins et un organe analogue au foie, que la pression peut refouler dans le ventre de l'autre enfant.

B. *Cavités.* — Une incision pratiquée sur le ventre de l'enfant complet fait voir qu'il n'existe aucune cloison séparant les deux cavités abdominales ; un foie unique de l'adhérence des deux foies par leur face inférieure. Tous les autres organes du premier enfant sont normaux, à l'exception du cœur, qui est notablement agrandi ; sa pointe touche à l'épigastre, et l'oreille droite dépasse le bord droit du sternum.

Quant au parasite, il présente un diaphragme fermant la poitrine et la séparant de celle du premier enfant. Le cordon ombilical est composé de deux artères et d'une veine ; celle-ci va de l'ombilic au sillon longitudinal antérieur et gauche du foie du premier enfant, auquel elle donne des rameaux multiples, et émet ensuite une branche volumineuse qui se dirige en bas, dans le foie inférieur qu'elle traverse, pour se recourber ensuite en haut et pénétrer dans le corps du deuxième enfant. La veine ombilicale de l'enfant complet a ses rapports normaux avec la veine cave ; celle de cet enfant, ou du parasite traverse le diaphragme en augmentant peu à peu de volume, et se continue avec la veine cave inférieure ; celle-ci est étendue parallèlement à un autre canal plus considérable, à parois épaisses, placé dans la moitié droite de la cavité pectorale, et décrit, au niveau de la base du cœur, une courbure en crosse, pour s'ouvrir dans cet organe. Il n'existe pas de poumons ; le cœur, considérablement hypertrophié, et presque égal en volume à celui de l'autre enfant, remplit toute la cavité de la poitrine ; il a subi une torsion autour de son axe longitudinal, de sorte que son bord droit regarde en arrière, son bord gauche en avant. Peu avant son entrée dans le cœur, la veine cave inférieure reçoit un tronc veineux venant de la tête, la veine cave supérieure, avec laquelle elle forme l'oreillette droite ; celle-ci communique avec les deux auricules vides de sang. Une ouverture de la grandeur d'une tête d'épingle conduit de l'oreillette dans le ventricule droit, dont les parois sont assez épaisses, mais qui n'offre qu'une petite cavité close, du volume d'une demi-lentille, sans trace d'appareil valvulaire, d'orifice pulmonaire ni d'artère pulmonaire. De l'oreille gauche, le stylet conduit, à travers une large ouverture garnie de valvules, dans le ventricule gauche, qui a des parois minces, peu musculeuses, et une cavité considérable remplie de coagulum sanguin. Une grosse artère, pourvue de valvules semi-lunaires évidentes, part de ce ventricule et distribue le sang dans le corps de l'enfant. Cette aorte ne décrit aucune courbure ; elle se divise, peu après son origine, en deux branches ascendantes pour la tête et une branche descendante pour le tronc (aorte descendante). Cette dernière, outre quelques rameaux peu importants, fournit deux artères ombilicales qui se dirigent en haut, en avant et à droite, et se réunissent au voisinage de la région décolorée de l'abdomen. La même chose a lieu chez l'autre enfant.

Le canal, que nous avons dit s'étendre à droite de la veine cave inférieure, n'est autre que l'œsophage, communiquant en haut avec la cavité buccale presque remplie par la langue hypertrophiée, en bas avec l'intestin grêle. Celui-ci est situé derrière le foie inférieur ; il a 10 pouces de long et le volume d'un tuyau de plume ; il forme de nombreux circuits accolés les uns aux autres, et se termine par un cul-de-sac dans la cavité abdominale. Il n'existe aucune dilatation figurant l'estomac. Le canal intestinal contient une matière blanchâtre, de consistance caséeuse. A l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, on trouve, de chaque côté, un organe glanduleux de la forme du rein, présentant à son bord interne un hile par où pénètrent les vaisseaux, mais qui ne fournit pas de canal excréteur. La vessie, les organes génitaux, la rate, les organes de la voix et les autres parties non mentionnées font complétement défaut.

Quant au squelette du parasite, il présente une colonne vertébrale composée de cinq vertèbres complètes, appartenant à la région dorsale et régulièrement disposées, et de deux vertèbres incomplètes, dont la paroi postérieure manque, et qui sont situées au-dessous des premières. Il n'y a point de vertèbres cervicales ; la tête repose immédiatement sur la première des vertèbres dorsales, dont la dernière répond à une cavité tapissée par une membrane tendineuse et creusée dans la masse charnue que nous avons vue terminer l'enfant inférieurement. En haut et à droite se trouve l'os mobile, que nous avons pensé, et avec raison, être le membre supérieur. Ce dernier se compose de deux os réunis bout à bout et étendus horizontalement de la colonne vertébrale au sternum. Celui qui touche la colonne vertébrale est le plus court et le plus gros ; il est entouré de beaucoup de chair musculaire, et pourvu d'épiphyses à ses extrémités ; l'autre bout de cet os, qui est probablement l'avant-bras ; présente un olécrane, et se trouve encore un peu mobile sur le second os, avec lequel il semble former une articulation. Ce dernier est plus faible, plus long, aplati, triangulaire ; son bout antérieur est fortement uni par des ligaments solides au sternum, entre les cartilages de la première et de la seconde côte. L'omoplate et la clavicule manquent de ce côté. Du côté gauche, cinq côtes normales s'unissent à la colonne vertébrale, s'étendent en arc de cercle d'arrière en avant, en adhérant souvent entre elles, et se joignent par un cartilage avec le sternum. Du côté droit, il existe une omoplate et une clavicule distinctes ; les côtes sont remplacées par un os volumineux, aplati, étendu en forme d'arc des troisième et quatrième vertèbres à la partie moyenne du sternum, où il est fixé par des ligaments. Cet os semble formé de plusieurs côtes confondues entre elles. On ne trouve point de trace du bassin ni de l'extrémité inférieure, sauf la masse de chair analogue à un pied dont nous avons parlé, et qui d'ailleurs ne contient point d'os. (*Medic. Zeit.*, 1854, n° 47.)

De l'huile iodée dans le traitement des affections scrofuleuses et de la phthisie pulmonaire, par le docteur Frène, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

M. le docteur Frène conseille, d'après des résultats nombreux et favorables obtenus dans sa propre pratique, d'employer l'iode dissous dans l'huile d'amandes douces ou d'olives, en frictions, au lieu d'administrer ce médicament à l'intérieur. Les préparations iodées ne sont pas toujours impunément supportées, quand les voies digestives sont en mauvais état ; quelquefois la répugnance s'oppose à leur usage, chez les enfants surtout. Or, les effets physiologiques ordinaires de l'iode, augmentation de l'appétit, de la diurèse quelquefois, excitation générale, présence de l'iode dans l'urine, se font sentir aussi rapidement par l'usage extérieur que par l'usage interne de l'iode. M. Frène pense donc que, dans tous les cas où l'usage de l'iode est indiqué, les frictions avec l'huile iodée peuvent être avantageusement employées ; mais il signale surtout la phthisie pulmonaire comme lui ayant offert de remarquables exemples d'une puissante modification apportée dans l'organisme par cette médication.

M. Frène conseille la formule suivante :

Huile d'amandes douces.	120 grammes.
Iode	4

L'iode peut se dissoudre en bien plus grande proportion dans l'huile : celle-ci est généralement suffisante. On doit aider à la dissolution au moyen d'une douce chaleur. Les frictions peuvent être répétées autant de fois qu'on le veut ; elles n'exercent aucune action irritante sur la peau. Elles développent en outre autour du malade une certaine atmosphère iodée qui entre pour beaucoup dans les bons effets que le malade peut retirer du médicament. (*Gazette médicale de Lyon*, 30 nov. 1854).

Absence de l'utérus chez une femme dont les parties génitales externes étaient bien conformées, par le professeur Heyfelder (d'Erlangen.)

Nous ne rapportons cette observation que comme pouvant éclairer quelques praticiens, quand ils sont consultés pour ces questions épineuses de médecine légale. M. le professeur Heyfelder a examiné une femme âgée de vingt-huit ans, mariée depuis cinq ans, d'une taille moyenne, très bien conformée, ayant les seins bien développés.

Les grandes et les petites lèvres, le clitoris, l'urètre et l'orifice du vagin sont bien conformés, le coït peut se pratiquer sans difficulté. A chaque époque menstruelle, elle perd une certaine quantité de sang par l'urètre. Une explorotion attentive, tant par le vagin que par l'urètre et l'anus, n'a fait découvrir aucune trace d'utérus.

Un cas analogue a été rapporté par Krahmer (*Handbuch der gerichlichen Medizin*, p. 180). (*Deutsche Klinik*, n° 51, 1854.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire d'hygiène privée et publique, par M. A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin à l'hôpital la Riboisière. 2e édition.

Manuel d'hygiène élémentaire et privée, par le dr Nicolas.

L'hygiène n'est pas encore assez sérieusement étudiée dans nos écoles. Nous l'avons entendu plus d'une fois appeler, au point de vue des examens et de leur préparation, le roman de la médecine, et, à ce titre, on se contente trop souvent de prendre une idée superficielle de ce que son étude offre de plus attrayant, sans chercher à se pénétrer des règles et des principes qui la constituent dans la science.

Aussi doit-on accueillir avec faveur tous les ouvrages propres à familiariser les élèves avec des études dont chaque jour multiplie les applications et accroît l'importance. Celui dont nous avons à rendre compte aujourd'hui a reçu l'accueil qu'il méritait, car à peine avait-il paru que sa première édition épuisée faisait place à une seconde, plus complète, mais toujours élémentaire. Cependant, tout élémentaire qu'il soit, le *Traité d'hygiène* de M. A. Becquerel n'en renferme pas moins un grand nombre de chapitres pleins d'intérêt, auxquels les connaissances pratiques de l'auteur en chimie et en physique donnent une valeur toute particulière, et de nombreuses applications médicales qui assurent à cet ouvrage, d'abord spécialement destiné aux élèves, un cercle de lecteurs beaucoup plus vaste et un caractère pratique plus étendu.

Nous ne saurions entrer ici dans le détail des chapitres nombreux qui composent cet intéressant ouvrage : l'espace ne nous le permettrait pas, et d'ailleurs nous ne devons pas oublier qu'il s'agit ici d'un livre déjà connu et analysé, et à l'examen duquel nous n'avons pas à donner les mêmes développements que lors de sa première apparition. Nous nous contenterons d'exposer le plan général suivi par l'auteur.

La méthode, telle est la première difficulté de tout traité d'hygiène. L'étude de l'hygiène, qui n'est, après tout, que l'application des diverses sciences en vue de la préservation de la santé de l'homme, ne présente pas précisément de commencement ni de fin ; il est difficile de trouver une raison philosophique de coordonner de telle ou telle manière les faits nombreux qu'elle embrasse, et le plan d'un cours d'hygiène est une de ces questions que l'on ne manque jamais de proposer dans les concours relatifs à cet enseignement.

La classification adoptée par M. A. Becquerel est celle que Royer-Collard suivait dans son enseignement si tôt interrompu ; elle est en grande partie, si ce n'est exclusivement physiologique.

L'étude de l'hygiène se divise en deux parties : sujet de l'hygiène et matière de l'hygiène. Le sujet de l'hygiène, c'est l'homme. L'étude de l'homme en santé n'est autre que la physiologie, et c'est à celle-ci, en effet, que se rattachent les questions relatives à l'âge, au sexe, au tempérament, à l'hérédité, etc., dont on a coutume, en les prenant à un point de vue général, de faire les prolé-

gomènes de l'hygiène. Ce sont là les *formes de la santé*. Les *degrés de la santé*, imminence morbide, convalescence, infirmités, bien que sur les limites de la pathologie, se relient par beaucoup de points à l'hygiène.

La matière de l'hygiène, c'est l'hygiène proprement dite. Elle comprend trois grandes divisions : fonctions de nutrition, atmosphère et aliments ; fonctions de relation, exercices et phénomènes moraux ; fonctions de reproduction.

Ce que nous reprochons à cette classification, c'est qu'elle n'est complète qu'à condition qu'on fera entrer de force, sous ces différents chefs, des chapitres qui doivent être fort étonnés de s'y rencontrer. C'est ainsi que les races et les professions sont rangées dans les *formes de la santé ;* c'est ainsi que, dans la première classe des matières de l'hygiène intitulée *atmosphère*, nous trouvons non-seulement la chaleur, la lumière, l'air atmosphérique, mais encore le sol, les eaux, les vêtements, les cosmétiques, etc. D'autre part, des chapitres qui se tiennent sont violemment séparés pour obéir à la classification : c'est ainsi que les voiries et les cimetières sont étudiés au chapitre *Air atmosphérique*, tandis qu'il nous semblerait plus rationnel de les rapprocher des habitations, au même titre que les égouts et les abattoirs.

Nous nous permettrons de soumettre ces observations à notre savant et excellent confrère, parce que, suivant nous, sa troisième édition pourrait gagner quelque chose sous le rapport de l'arrangement du sujet.

Enfin, il est un point de vue que nous n'avons jamais rencontré dans les traités d'hygiène, et qui nous semblerait mériter au moins d'être indiqué : c'est ce que nous appellerons *hygiène thérapeutique*. C'est l'étude de l'influence que les conditions hygiéniques, empruntées aux *circumfusa*, aux *gesta*, aux *percepta*, etc., peuvent exercer sur une foule de dispositions morbides ou même d'états pathologiques, sur les conditions diathésiques, constitutionnelles, etc. L'hygiène renferme de puissantes ressources curatives, et la moitié du traitement des maladies chroniques dépend sans aucun doute de la conviction du médecin à cet égard, s'il rencontre un malade absolument docile à sa direction. Nous savons bien que M. Becquerel a étudié avec autant de soin que le reste les moyens hygiéniques, la gymnastique, la diététique, etc.; mais c'est vis-à-vis l'organisme malade, et non pas seulement vis-à-vis le moyen, que nous voudrions voir s'exercer l'esprit sagace et expérimenté de notre estimable confrère ; il y aurait, dans une vue d'ensemble sur ce sujet, un chapitre intéressant et utile à suivre.

Si nous avons applaudi aux efforts tentés pour familiariser les élèves et les médecins avec les notions et les applications de l'hygiène, sujet trop négligé dans l'éducation et dans la pratique médicales, nous ne témoignerons pas moins de sympathie aux essais dont le but est de populariser les connaissances relatives à cette branche intéressante des sciences médicales. De toutes les parties de la médecine, l'hygiène est la seule que l'on peut songer et que l'on doit même s'attacher à populariser. Chez les anciens, l'hygiène était une partie de la sagesse, et son étude formait un complément nécessaire à l'étude de la philosophie. C'était justice, car il serait facile de prouver qu'un homme absolument fidèle aux règles d'une bonne hygiène est bien près d'être un homme absolument vertueux. Le mérite du *Manuel d'hygiène* de M. Nicolas est de renfermer dans un cadre peu étendu, sous une forme claire et concise, toutes les questions relatives à l'hygiène.

L'objet de M. Nicolas paraît avoir été d'écrire un livre populaire ; mais l'écueil de ces sortes de livres, et ce qui les séparera toujours de la popularité, c'est le défaut d'un attrait suffisant pour la masse des lecteurs, qui ne veulent s'instruire qu'en s'amusant, comme les enfants qui ne veulent être guéris qu'avec des sirops. Il y a beaucoup de gens qui n'ont jamais étudié l'histoire que dans les romans historiques. Si l'on pouvait faire des romans hygiéniques ? Pourquoi pas ? M. Piorry a bien mis la plessimétrie en vers.

DURAND-FARDEL.

VI.

VARIÉTÉS.

SUR LES MALADIES DE L'ARMÉE ANGLAISE EN CRIMÉE, par le docteur DANIEL DONOVAN. — Les événements qui se passent actuellement en Crimée offrent un curieux sujet d'étude, par le rapprochement, sur un étroit terrain et dans un commun effort, des deux nations qui se sont depuis longtemps placées à la tête de la civilisation. Si la comparaison de leurs institutions militaires et administratives a déjà donné lieu à d'intéressantes observations, le rapprochement physiologique et psychologique de ces deux armées ne sera pas moins fécond en utiles remarques. C'est à ce dernier point de vue que nous avons extrait les détails suivants d'une notice publiée par un de nos confrères d'outre-mer sur les maladies de l'armée anglaise en Crimée.

Il existe une analogie frappante entre les maladies qui règnent en Crimée parmi les soldats de l'armée anglaise et celles qui désolèrent les campagnes pendant la famine dont le Royaume-uni, l'Irlande surtout, eut à souffrir il y a quelques années.

C'était en 1846-47. Les paysans que l'on amenait dans les maisons de secours offraient un appareil symptomatique tout particulier. Le visage était hagard, d'une teinte de cire et profondément émacié, les membres enflés et distendus par un fluide transparent, la démarche chancelante ; ils poussaient des gémissements et versaient des larmes à la moindre occasion ; et quand le temps était devenu plus rigoureux, on les voyait mourir dans les rues ou par les chemins, sans avoir témoigné de souffrance particulière.

On désigna cet état sous le nom de *maladie des grandes routes* (road sickness), et nous appellerons *maladie de la tranchée* (trench sickness), ce qui s'observe sous les murs de Sébastopol. C'est absolument le même cortège de symptômes, et, comme les paysans irlandais, c'est en pleurant que les héros de l'Alma et d'Inkermann se rendent à leur service.

Enfin, aux accidents que nous avons signalés, succédèrent en Irlande une fièvre lente et une dysentérie scorbutique, qui aujourd'hui exercent dans l'armée anglaise les plus funestes ravages.

Il paraît que 11,000 Anglais sont aujourd'hui atteints de la dysentérie ou d'affections analogues, que le nombre de cas nouveaux atteint un millier par semaine, et que la mortalité est extrême.

Le *Times*, qui après avoir poussé le gouvernement et le pays à cette désastreuse expédition paraît de temps en temps en éprouver quelques remords, demande si cette effrayante proportion diminuera ou restera stationnaire ou si elle s'accroîtra encore, et il se répond à lui-même : Elle ne diminuera ni ne restera stationnaire, mais elle s'accroîtra rapidement.

Ceci n'est que trop vraisemblable ; car la dysentérie qui règne aujourd'hui est éminemment contagieuse, et les recrues qui sont envoyées en Crimée en sont les premières et les plus sûres victimes ; chose tellement notoire, que le recrutement pour la Crimée va devenir absolument impossible. En outre, à une grande distance autour de l'armée, le sol est jonché de cadavres humains superficiellement enterrés et de cadavres de mulets ou de chevaux abandonnés, et dont les émanations ne pourront manquer, au printemps, de développer des miasmes pestilentiels (1).

Le seul moyen de préserver l'armée anglaise d'une destruction complète serait d'abandonner Sébastopol, et d'éparpiller les restes de cette armée à Malte, dans les Iles Ioniennes, et dans les parties les plus salubres de la Turquie. Mais si une telle ressource ne peut être proposée, si la guerre est décidément dans l'esprit de la nation, il faut que le gouvernement et le pays fassent tout ce qu'avec de l'argent et les efforts les plus énergiques on pourra faire pour arrêter ces désastres.

Ce ne sont pas des chirurgiens qu'il faut : la lancette et le scalpel ne peuvent rien contre l'inanition ; ce n'est point le calomel ni l'opium qui préviendront ces dysentéries, ni les diurétiques qui guériront ces hydropisies scorbutiques. Je ne sais pas, ajoute le docteur Donovan, si les mortiers monstres, si les canons à la Lancastre, si les bombes asphyxiantes, et les gabions et les fascines suffiront pour prendre Sébastopol ; mais ce dont je suis certain, c'est que la *maladie de la tranchée* ne pourra être guérie qu'en supprimant le *travail de la tranchée*, et en réparant les atteintes profondes que l'organisme de nos soldats a subies par suite de ce travail excessif (2).

(1) La commission chargée par le parlement d'étudier les moyens de porter remède à ces tristes conjonctures, a décidé que l'on construirait de grands fours en maçonnerie, destinés à l'incinération de tous les débris humains ou animaux qui pourraient être recueillis.

(2) Il paraît résulter des communications faites à la commission d'enquête instituée par la chambre des Communes, que le nombre des Anglais, insuffisant pour l'étendue des travaux qui leur étaient échus en partage, et qui multipliait au delà de toute mesure les tours de service à la tranchée, a été la véritable cause de cet épuisement (*depressio virium*), qui a surtout caractérisé l'état sanitaire de l'armée anglaise. Cette circonstance est importante à noter.

Si la fatigue extrême, la nourriture insuffisante, le froid, doivent être surtout accusés de ces funestes résultats, le scorbut, qui est venu aggraver tout le reste, paraît la conséquence la plus directe de l'alimentation trop azotée et surtout uniforme à laquelle nos soldats ont été soumis. Biscuit et bœuf salé, telle a été l'unique nourriture qui leur a été permise pendant plus de six mois ; et il faut remarquer que l'uniformité de l'alimentation devient, par sa prolongation, une circonstance plus fâcheuse encore que son insuffisance ou sa mauvaise qualité. C'est à une telle circonstance qu'il faut surtout attribuer les maladies qui se sont répandues à la suite de la famine de 1846-47.

Si l'abandon des travaux de tranchée est l'unique moyen d'enrayer les maladies qui déciment l'armée anglaise, c'est dans la diététique seule (sans oublier cependant la préservation contre le froid au moyen de vêtements convenables et de combustibles suffisants) que le docteur Donovan trouve un remède efficace à leur opposer. Les pommes de terre, le lait, au moins sous quelqu'une de ses formes concentrées, et les œufs, tels sont, avec la viande fraîche, les aliments dont il réclame l'envoi en Crimée, comme le seul moyen de salut de l'armée, et le plus direct à opposer aux conditions morbides qu'il s'agit de corriger.

Ne sont-ce pas de bien petits moyens contre de grands maux? Espérons que si l'auteur de cette notice s'est un peu exagéré la portée de ces ressources diététiques, il a également apporté quelque peu d'exagération et de découragement dans les lamentables récits que nous venons de lui emprunter, non pas sans en affaiblir l'expression.

ARMÉE D'ORIENT. — On lit dans le *Dublin Medical Press* : Le principal hôpital français, le *Mejidieh*, à Péra, est maintenant une école complète de chirurgie militaire. L'hôpital anglais de Scutari, au contraire, est un lieu de peste (*a pest house*), rempli de cinq ou six cents soldats affamés, se mourant de dyssentérie, de scorbut, de rhumatisme .. La mortalité des troupes anglaises est de 1 sur 88, et celle des troupes françaises de 1 sur 360.

— Par décret impérial en date du 10 mars, sont autorisés à accepter et à porter l'ordre du Medjidié qui leur a été conféré par S. H. le Sultan, les médecins ci-après : — 2e *classe*, M. MICHEL LÉVY, inspecteur général du service de santé de l'armée d'Orient.—4e *classe*, M. PERRIER, chef de l'ambulance. — 5e *classe*, M. BUSSCHAERT, aide-major.

PROGRAMME DES QUESTIONS PROPOSÉES PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — CONCOURS DE 1855-1856.

Première question. — « Exposer les causes, les symptômes, le caractère et le traitement des maladies propres aux ouvriers employés aux travaux des exploitations houillières et métallurgiques du royaume. » — Prix : une médaille d'or de 600 francs.

Deuxième question. — « De la coïncidence et de l'antagonisme des maladies au point de vue de la géographie médicale, et des modifications que les affections les plus répandues dans nos climats, ont subies, à certaines époques, quant à leur fréquence et à leur forme. » — Prix : une médaille d'or de 500 francs.

Troisième question. — « Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles? » — Prix : une médaille d'or de 500 francs.

Quatrième question. — « Exposer l'état actuel de la science quant aux maladies du système nerveux chez le cheval, en insistant plus particulièrement sur le diagnostic différentiel de ces affections. » — Prix : une médaille d'or de 500 francs.

Les mémoires en réponse à ces questions doivent être écrits en latin ou en français, et leur remise devra avoir lieu avant le 15 mars 1856.

Les mémoires manuscrits, lisiblement écrits, seront seuls admis aux concours ; ils devront être adressés, *francs de port*, au secrétariat de l'Académie, place du Musée, n° 1, à Bruxelles. Les planches qui seraient jointes aux mémoires, doivent être également manuscrites.

Les auteurs ne mettront point leurs noms à leurs ouvrages, mais seulement une devise qu'ils répéteront dans un billet cacheté, renfermant leur nom et l'indication du lieu de leur résidence. Ceux qui se feraient connaître de quelque manière que ce soit, ainsi que ceux dont les mémoires arriveraient après le terme ci-dessus fixé, seront exclus du concours.

Les manuscrits des mémoires admis à concourir restent déposés dans les archives de la Compagnie comme étant devenus sa propriété ; mais leurs auteurs peuvent en faire prendre des copies à leurs frais, en s'adressant, à cet effet, au secrétaire de l'Académie.

L'Académie informe MM. les concurrents :

1° Que ses membres, les correspondants exceptés, ne peuvent point prendre part aux concours ;

2° Que les ouvrages couronnés seront imprimés dans le recueil de ses mémoires, et que leurs auteurs auront droit d'en obtenir gratuitement cinquante exemplaires, indépendamment de la faculté qui leur sera laissée d'en faire tirer en sus de ce nombre, en payant à l'imprimeur, pour chaque feuille, une somme dont le montant est fixé par le bureau d'administration.

Bruxelles, le 28 février 1855.

Le secrétaire de l'Académie, D. SAUVEUR.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 4. Lettre de Virchow à Schönlein. — Expériences critiques sur les principaux moyens employés contre l'empoisonnement par les sels de cuivre ; par le docteur *Schrader*. — 5 et 6. Sur la valeur de l'opération du strabisme, rapport du docteur *Krieger* de Berlin. — Principe colorant spécial dans le sang chez les cholériques, par le docteur *Zimmermann*. — Encore une coxalgie, par le docteur *Niese*. — 7. Sur une formation nouvelle de fibres musculaires striées dans une tumeur du testicule, par le docteur *Billroth*. — Transport sur le chien de la variole inoculée, par le docteur *Santlus*.

MEDICINISCHE ZEITUNG, von dem Vereine in Preussen. — Nos 5. Deux cas de céphalotripsie, par *Vormann*. — Induration de l'estomac et du pancréas, par *Deiters*. — 6. Emploi de la créosote et de l'acide carbonique pour désinfecter et pour détruire les miasmes et les principes contagieux, par *Schwartz*. — 7. Sur la fièvre et l'inflammation considérées surtout dans leurs rapports mutuels ; par *Zimmermann*. — Maladie de *Bright* guérie par le nitrate de soude et l'acide nitrique, par *Moritz*. — 8. Ponction d'un hydrocéphale, par *Menschel*. — Exanthème intermittent, par *Berger*.

MONATSSCHRIFT FUR GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — Février 1855. Cas congénital de lordose paraissant occasionnée par le déplacement du corps de la dernière vertèbre, par le docteur *Robert* de Coblentz. — Théories anciennes et modernes de la menstruation, par le docteur *Schauer*. — Traitement des varices et des engorgements chroniques de la jambe, par le docteur *Ravoth*. — Accouchement dans un cas d'oblitération du col de la matrice, par le docteur *Schweitzer*. — Scarlatine puerpérale, par le docteur *A. Clément*.

WIENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 5, 6, 7. Du traitement des engorgements veineux des membres inférieurs, par le docteur de *Breuning*.

Livres nouveaux.

DU DIAGNOSTIC ET DE LA CURABILITÉ DU CANCER. Discours prononcé à l'Académie impériale de médecine le 16 janvier 1855, par M. *Velpeau*. 1855, in-8 de 44 pag. Paris, J.-B. Baillière. 1 fr. 50

DISCUSSIONS ACADÉMIQUES. MALADIES DE L'UTÉRUS, par M. *Velpeau*. In-8 de 112 pag. Paris, J.-B. Baillière. 2 fr.

DES CAUSES, DES SYMPTÔMES ET DU TRAITEMENT DE LA SUPPRESSION DES URINES ET DE LEUR RÉTENTION, par le docteur *Petit*, de Maurienne. 1 vol. in-12 de 216 pag. Paris, Labé. 2 fr. 50

DU PHLEGMON PERI-UTÉRIN ET DE SON TRAITEMENT, par le docteur *T. Gallard*. In-4 de 38 pag. Paris, Labé. 1 fr. 50

PATHOLOGY OF THE BRONCHO-PULMONARY MUCOUS MEMBRANE, par *C. Black*. Deuxième partie. Edinburgh, chez Simpkin. 5 fr.

PRACTICAL TREATISE ON NERVOUSNESS AND DEBILITY, resulting from Spermatorrhea. Illustrated by Diagrams (*Traité pratique sur la débilité nerveuse résultant de la spermatorrhée*), par *W. Leech*. Edinburgh, chez Simpkin. 3 fr.

SURGICAL AND PATHOLOGICAL OBSERVATIONS, par *E. Canton*. In-8. Londres, chez Highley. 10 fr.

TABLEAU OF THE YELLOW FEVER OF 1853, with Topographical, Chronological and Historical Sketches of the Epidemics of New-Orleans, since their Origin in 1796, illustrative of the Quarantine Question, by *Bennet Dowler*, M. D. In-8, 66 pages. New-Orleans, 1854.

AVIS DE LA DIRECTION.

WILLIAM JEFFS, libraire, 15, Burlington-Arcade, à LONDRES, et la librairie MICHELSEN, à LEIPZIG, font deux fois chaque mois des envois directs au bureau de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Prière instante de faire remettre à l'une des adresses ci-dessus ce qu'on aurait à envoyer au journal, soit d'Angleterre, soit d'Allemagne.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 23 MARS 1855. N° 12.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial en date du 17 mars 1855, rendu sur la proposition du Ministre de l'instruction publique et des cultes, l'élection faite par l'Académie des sciences de l'Institut impérial de France de M. DELAUNAY, pour remplir la place d'académicien devenue vacante dans la section d'astronomie, par suite du décès de M. MAUVAIS, est approuvée.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 16 mars 1855, M. GUINEAU, aspirant répétiteur au lycée impérial de Vendôme, est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Nancy, en remplacement de M. SIMONIN, démissionnaire.

— M. AUDOUARD, bachelier ès lettres, est nommé secrétaire agent comptable de la Faculté des sciences et de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, en remplacement de M. CASTAN.

— Par décret impérial en date du 13 mars, sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été promus au grade d'officier dans l'ordre de la légion d'honneur :

M. DEVILLE, professeur de chimie à l'École normale supérieure, qui est parvenu à produire l'aluminium pur en grandes masses, et à doter ainsi l'industrie de ce précieux métal ;

Et M. WÖHLER, qui a aussi attaché son nom à la découverte de l'aluminium, et qui, de plus, est arrivé à constituer de toutes pièces, au moyen d'éléments minéraux, une substance animale, l'urée.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 22 mars 1855.

QUESTION DU VITALISME.

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* est un journal bien fait, sérieusement fait..... *Doctrines : un peu flottantes.* (UNION MÉDICALE.)

Premier article.

L'importance de la question posée en ce moment devant l'Académie de médecine ressort de cela seul qu'on la discute encore. Voilà plusieurs milliers d'années que le problème de la vie assiége l'esprit humain, et c'est de lui surtout qu'on peut dire qu'il a livré le monde aux disputes : *tradidit mundum disputationibus*. En effet, ce problème date des commencements de la philosophie. La science antique, qui se plaisait

FEUILLETON.

Les Facultés de médecine d'Allemagne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE WURZBOURG.

L'école de médecine de Wurzbourg est une des trois Facultés qui compte en Allemagne le plus d'étudiants. Pendant le semestre d'hiver de 1853 à 1854, le nombre des élèves inscrits à cette Faculté s'élevait à 322, dont la plus grande partie était constituée par des étudiants étrangers à la Bavière. La cause de cette affluence des élèves aux cours de cette Université n'est pas due seulement à la célébrité méritée du plus grand nombre de ses professeurs, jeunes pour la plupart, mais qui tiennent dans la science un rang avantageux; Wurzbourg attire encore les élèves par la richesse des éléments d'études cliniques et théoriques qu'elle met à la disposition de la jeunesse studieuse. Ce sont là des avantages naturels d'une grande valeur dont personne ne conteste l'importance extrême en Allemagne.

L'hôpital Julius, ainsi nommé en honneur d'un ancien évêque princier de Wurzbourg, est un des établissements hospitaliers les plus considérables de l'Allemagne. Situé dans un pays catholique, il s'est enrichi depuis de longues années par des donations et des legs de personnes pieuses. Ces capitaux considérables permettent à la médecine de faire participer aux secours de l'art un grand nombre d'individus de la ville et des campagnes environnantes. L'établissement, construit sur un style monumental ancien, et orné d'une belle façade, se divise en deux bâtiments, l'un destiné aux malades, l'autre aux infirmes. L'hôpital entier peut donner asile à six cents individus environ; les affections médicales sont soignées par le professeur de clinique médicale, les chirurgicales par le professeur de clinique externe ; le service d'accouchements est confié à M. Scanzoni; enfin les incurables et les infirmes sont traités par M. Virchow.

M. Bamberger, professeur de clinique médicale, appelé depuis quelques mois à cette chaire, était autrefois adjoint de la clinique du professeur Oppolzer, de Vienne. Élevé à cette grande école médicale, M. Bamberger s'est surtout occupé des maladies auxquelles son maître, M. Oppolzer, consacre le plus d'attention, les maladies de l'abdomen. Ainsi, nous connaissons plusieurs travaux ayant trait à ce genre d'affections publiés par le clinicien de Wurzbourg dans la *Gazette hebdomadaire médicale* de Vienne. Dans ses leçons cliniques, M. Bamberger apporte un soin minutieux à l'examen des lésions organiques existant chez chaque malade. Nous craignons malheureusement que le jeune professeur ne mette pas

aux synthèses hardies, embrassait tout le système du monde dans une seule contemplation ; elle poursuivait le principe du mouvement à la fois dans la matière brute et dans la matière vivante, préoccupée de la vie universelle autant que de la vie animale, de l'âme du monde autant que de l'âme humaine, et tirant l'une et l'autre des mêmes déductions logiques.

Nous voudrions ne pas trop sortir de la question du vitalisme. Pourtant, on nous permettra d'en marquer au moins l'origine; ce sera un moyen d'en mieux déterminer le sens et d'en mieux préparer la solution.

Ce qui fait le fond et constitue l'opposition des diverses doctrines cosmologiques, ce qui se débat entre les mécaniciens et les dynamistes, c'est de savoir si la matière est inerte ou non. Mais il faut préciser ce que c'est qu'inertie ou autonomie de la matière. La matière est inerte, si elle ne renferme pas en soi le *principe de son mouvement ;* elle est autonome, si elle renferme ce principe. Inertie ne veut pas dire absence de toute force, de tout principe de mouvement dans un corps, mais seulement que cette force, capable d'agir sur un autre corps, n'est pas la cause du mouvement propre de celui qui la possède. Dans cette doctrine donc, tout changement survenu dans l'état d'un corps y a été sollicité par une action externe, sauf à déterminer si la force en vertu de laquelle cette action s'exerce procède toujours d'un autre corps, ou si elle a une origine différente. On ne peut citer un plus frappant exemple de cet accord de la doctrine de l'inertie avec l'attribution d'un principe de mouvement à la matière, que le grand Newton, qui fut tout à la fois un fauteur du mécanicisme et l'inventeur de l'attraction. La doctrine du dynamisme, sous ses expressions diverses et ses diverses formules, suppose toujours l'existence d'une force non identique avec celle qui détermine l'action d'un corps sur un autre, action primitive, organisatrice, et qui contient la raison suffisante des formes et des changements de la matière. Aristote, à cet égard, ne diffère guère de Stahl Pour lui, tout être sujet à changement n'est que l'incorporation d'une forme, εἶδος, c'est-à-dire d'un principe actif; tout être est donc la réalisation, l'*entéléchie* (ἐντελέχεια) d'une forme ; l'âme est le principe de la vie et la forme première de tout corps vivant. Voilà le fondement de l'animisme. Leibnitz, avec cette analyse fine et pénétrante qui lui est propre, pousse le dynamisme à ses extrêmes limites. La matière n'est plus seulement le soutien d'une force. La force est la vraie substance et le fond des corps, et la matière visible n'est qu'une apparence. Cette force est nécessairement simple (monade). Comme simple, elle ne peut subir aucun changement en vertu d'une action externe. Par conséquent, elle a en elle-même le principe de ses modifications. Une monade constitue l'essence propre de tout corps composé, et le corps entier est formé d'un assemblage de monades associées à la monade principale ou centrale. Il n'en est pas autrement dans les animaux et l'homme; c'est-à-dire, en termes médicaux, que le corps organisé n'est que la manifestation d'un certain nombre de forces associées, dont une est la force principale, essentielle, et les autres sont les forces accessoires et adjuvantes.

Telles sont les premières bases de la question du vitalisme, et l'on peut déjà en entrevoir la valeur. Qu'il s'agisse du système du monde ou seulement de la matière humaine, et sans considérer encore le vitalisme en lui-même, nous prétendons que le dynamisme seul est en mesure d'expliquer la nature. Le caractère universel des œuvres de la nature est l'unité, l'ordre, l'harmonie. La terre, les cieux sont harmoniques comme l'organisation humaine, et Platon fait du globe un corps animé. Toute doctrine donc qui ne rend pas raison de cette unité, de cet ordre, de cette harmonie, est impuissante. Le mécanicisme est dans ce cas : l'action d'un corps sur un autre peut bien occasionner dans celui-ci de certains changements, de certains mouvements; de même, l'action d'une molécule sur une autre molécule. Mais la difficulté reste entière à l'égard du système : τὰ πολλά, τὸ ἄπειρον. Une suite d'actions, même réciproques, ne peut donner que le multiple, et non l'unité ; la coexistence, et non l'harmonie. Il reste toujours à chercher le mot de cette corrélation qui enchaîne les parties d'un même tout dans un ordre nécessaire, marque un dessein formel, et accorde merveilleusement les moyens avec la fin.

Le dynamisme, disons-nous, embrasse seul le système du monde; mais à la condition qu'il conserve à la force organisatrice son unité et sa généralité. Quand il s'avise, en effet, comme dans la théorie des monades, d'y substituer, pour un même corps, un certain nombre de forces distinctes, non pas combinées, mais simplement associées, et dépourvues de toute action réciproque, il reproduit toutes les impossibilités du mécanicisme le plus pur, fût-ce même celui des atomes et des émanations subtiles. L'unité ne peut pas plus résulter d'une association de forces isolées que d'un certain nombre d'actions et réactions de la matière. Comment des monades assemblées et se contemplant dans leur incommunicabilité pour-

assez vivement en lumière les différents points cliniques ; son enseignement est peut-être trop froid et trop sérieux pour présenter aux élèves l'attrait qui doit toujours les attirer vers l'étude de la médecine pratique.

M. Morawek, professeur de clinique chirurgicale, ancien adjoint du professeur Pitha, de Prague, a succédé il y a peu de mois à M. Textor père. M. Morawek sait profiter des richesses cliniques de son service; il possède les qualités qui rendent un enseignement professoral populaire parmi les élèves. Ce jeune professeur a publié plusieurs articles sur divers points de chirurgie dans le *Journal trimestriel* de Prague.

M. Scanzoni, professeur d'accouchements, a rempli dignement le vide laissé par la retraite de Kiwisch de Rotterau, mort depuis professeur d'accouchements à la Faculté de Prague. Héritier de sa réputation, M. Scanzooi a terminé et continué plusieurs œuvres de son prédécesseur inachevées. Nous citerons également un *Traité dogmatique d'accouchements*, fort connu en Allemagne, du professeur actuel de Wurzbourg. Parfaitement au courant des progrès de la science en Allemagne et à l'étranger, M. Scanzoni a soumis à l'expérience clinique plusieurs des procédés récemment vantés dans une série d'affections de la matrice ; nous voulons parler du redresseur Simpson. A la suite d'expériences nombreuses, M. Scanzoni est arrivé à renoncer à cet instrument dont il a cru reconnaître l'inutilité, qui n'est malheureusement pas toujours rachetée par une innocuité complète. On aurait tort néanmoins de croire que l'accoucheur de Wurzbourg soit retenu par une trop grande réserve ou une timidité exagérée dans ses procédés opératoires ; nous savons qu'il a eu recours plusieurs fois à l'extirpation pour obtenir la guérison radicale de tumeurs enkystées de l'ovaire; et même cette opération si grave, exécutée après beaucoup de difficultés, a été, une fois au moins, suivie de succès. Par ses écrits comme par sa pratique, M. Scanzoni se place au premier rang des accoucheurs actuels de l'Allemagne, à côté des professeurs Siebold, Bosch, etc.

La Faculté de Wurzbourg possède un professeur titulaire spécial, M. Rienecker, chargé de la policlinique ; cet enseignement est donné dans cette Faculté sur un plan analogue à celui que nous indiquerons à propos de la Faculté de Berlin.

Les professeurs de clinique sont chargés, outre leur enseigneoent pratique, des cours de pathologie ; d'autres professeurs, extraordinaires ou particuliers, concoureot à compléter cet enseigneoent. Un professeur spécial, M. Schmidt, est chargé des cours d'accouchements poor les élèves sages-femmes.

raient-elles engendrer la vie? Aussi, qu'est-il arrivé à Leibnitz? La même chose qu'à Descartes, le mécanicien Descartes qui, rejetant l'action directe de l'âme sur le corps, fut obligé de supposer une intervention de Dieu à chaque rapport de l'une et de l'autre, et prépara le système de l'occasionalisme. Leibnitz, pour expliquer l'influence réciproque des monades, imagine, entre les monades d'un même corps, une *harmonie préétablie* qui fait *concorder* leurs modifications internes. Ce qu'a d'artificiel une pareille hypothèse n'a pas besoin d'être relevé.

En résumé, le raisonnement conduit jusqu'à la doctrine d'une force commandant à l'arrangement et aux mouvements de la matière, ou si l'on veut, jusqu'à la doctrine d'Aristote, toute réserve faite, quant à présent, sur les caractères de cette force. Nous ferons seulement remarquer que le spiritualisme n'est pas le privilége exclusif des dynamistes; peut-être même est-il plus nécessaire encore aux mécaniciens, puisque moins on accorde à la matière, plus il faut donner à l'esprit. En fait, il n'y a pas de spiritualistes plus déterminés que Descartes et Euler.

Concentrons maintenant le problème dans les corps organisés et spécialement dans l'animal. La question est toujours la même. Il s'agit encore de rechercher le principe de l'arrangement et des changements d'état de la matière, qui est ici la substance corporelle. C'est là-dessus qu'a porté tout le discours prononcé mardi dernier par M. le professeur Bouillaud, et ce que nous allons dire sur ce sujet sera en même temps la discussion respectueuse de ses opinions.

Ou nous connaissons mal nos classiques, ou M. Bouillaud ne nous les a pas dépeints avec une entière exactitude, ou plutôt nous craignons que, préoccupé surtout des traits qui leur sont communs, il ait trop négligé ceux qui les distinguent. Non, quoi qu'on en dise, entre Barthez et Bichat, la conciliation n'est pas possible. Barthez enseigne un *principe* vital, une *force* vitale; Bichat des *propriétés* vitales. Et comme Barthez n'affirme pas l'existence indépendante de son principe, on pourrait dire que l'un reconnaît *une propriété* vitale et l'autre *des propriétés* vitales. Cette différence, si légère au premier coup d'œil, est immense en réalité; elle se continue et amène des scissions profondes dans la physiologie, la pathologie et la thérapeutique. Le principe vital est un, partout identique avec lui-même, organisateur et régulateur. Les propriétés vitales sont multiples, variables suivant les tissus, chargées de fonctions séparées. Et ces deux manières de comprendre la vie sont consacrées dans la définition des deux auteurs. « La vie, dit Bichat, est l'*ensemble des fonctions* qui résistent à la mort. » « J'appelle, dit Barthez, principe vital de l'homme la cause qui produit *tous les phénomènes* de la vie dans le corps humain. » Seulement, Barthez, après avoir reconnu son principe, le doue de forces motrices et de forces sensitives, assez analogues à la contractilité et à la sensibilité de Bichat, tandis que ce dernier semble oublier entièrement d'établir entre ses propriétés vitales le lien nécessaire à l'unité des fonctions. Quoi qu'ils fassent l'un et l'autre, la doctrine du premier devait conduire et a conduit à l'unité et à la généralisation des maladies; la doctrine du second à leur démembrement et à leur localisation. Aussi Barthez écrit-il: « D'après ma théorie, les maladies sont *essentiellement* des suites d'affections du *principe de la vie.* » Bichat, au contraire: « Puisque les maladies ne sont que des altérations des propriétés vitales, et que *chaque tissu est différent des autres sous le rapport de ces propriétés*, il est évident qu'il doit différer aussi par ses maladies. » Et il reproche à Stahl de n'avoir pas su *analyser* les propriétés vitales. C'est lui enfin qui a dit: « Qu'est l'observation, si l'on ignore où siége le mal? »

Maintenant, que ces deux grands esprits repoussent ensemble l'assimilation des sciences physiques aux sciences médicales; que Bichat explique par la sensibilité le refus que fait un vaisseau de recevoir certains corps hétérogènes; ou que Barthez ne consente à l'établissement d'une circulation collatérale après la ligature d'une artère qu'après que *le principe vital s'est habitué à cette ligature*, tous deux sont conséquents avec leurs principes. Bichat peut même aller plus loin; il peut faire alliance avec la médecine antique, et, avec elle, constituer la vie en lutte permanente avec le monde physique. C'est à quoi il ne manque pas dès les premières lignes de ses *Recherches sur la vie et la mort.* Les forces des corps inorganiques luttant contre les propriétés vitales au lieu de lutter contre le principe de la vie, est-ce plus étrange ou plus inconséquent? Enfin l'appel de Barthez à la recherche expérimentale, appel dont M. Bouillaud a paru s'étonner, n'a rien de plus singulier que le même appel venu de Bichat. Il y avait cent ans au moins, à l'époque où écrivait Barthez, qu'on prêchait avec une insistance croissante la méthode expérimentale, et l'une des gloires du médecin de Montpellier est d'en avoir élargi et consolidé les bases.

Si l'on a lu ce qui précède avec quelque attention, on a pu voir que la question du dynamisme vital se pose dans les mêmes termes que celle du dynamisme cosmique. Le corps

---

L'étude de l'anatomie normale et pathologique a reçu à Wurzbourg de grands développements grâce au zèle et à l'activité des deux professeurs, MM. Kölliker et Virchow; leur ardeur bien connue pour les études anatomiques a été largement secondée par les autorités locales. Le bâtiment consacré à ces études remplit toutes les conditions que l'on est en droit d'exiger d'un établissement de ce genre. Situé dans le voisinage de l'hôpital Julius, l'École d'anatomie renferme des salles destinées aux études de chimie normale et pathologique, d'anatomie normale et morbide, et enfin de physiologie; de plus, à l'étage supérieur, on y voit des musées d'anatomie normale, comparée, pathologique. MM. Kölliker, Virchow et Scherer possèdent donc dans cet établissement un champ d'étude et d'instruction égal, sinon supérieur, à celui que peuvent présenter les autres Universités allemandes et qui laisse bien loin derrière lui l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

M. Kölliker, ancien professeur de l'Université de Zurich, est chargé à Wurzbourg des cours d'anatomie normale et comparée et de la physiologie. Ses ouvrages principaux sont deux *Traités d'anatomie microscopique*; l'un, ouvrage étendu, enrichi de découvertes propres à l'auteur, et publié en deux volumes, vient d'être terminé; l'autre, abrégé de l'ouvrage précédent, est arrivé aujourd'hui à sa seconde édition. La valeur de ces ouvrages a été jugée en France d'une manière si publique, par un prix Montyon à l'Académie des sciences de Paris, que nous nous dispenserons d'émettre un jugement à cet égard; nous n'avons donc pas besoin de dire que le grand traité de M. Kölliker est aujourd'hui l'œuvre la plus complète d'anatomie microscopique.

C'est à l'anatomiste de Wurzbourg que nous devons la connaissance des éléments des muscles organiques, des *fibrocells*, comme ils furent d'abord nommés; cet auteur nous démontra l'existence de ces éléments contractiles dans les parois des canaux excréteurs, mais surtout dans les veines. Cette découverte a reçu depuis la consécration d'une démonstration physiologique, et dernièrement la GAZETTE HEBDOMADAIRE (1854) rendait compte d'expériences entreprises sur un supplicié, et démontrant le pouvoir contractile des parois veineuses. Ce que l'on doit surtout signaler ici, c'est le soin de M. Kölliker à n'avancer aucun fait, à ne tracer aucune description qu'il n'ait vérifiés par lui-même. Quiconque connaît les labeurs et les difficultés inséparables des études microscopiques pourra concevoir toute l'ingratitude d'une œuvre faite dans ces conditions. Beaucoup de mémoires d'anatomie normale et comparée ont été successivement publiés par cet auteur dans plusieurs recueils. Le *Journal de zoologie scientifique*, que M. Kölliker dirige en commun avec M. le professeur

humain étant considéré seulement en tant qu'organisé, les propriétés vitales (sensibilité, contractilité) et la force vitale sont à ce corps ce que les propriétés physiques (attraction, affinité) et la force primitive et universelle sont à la matière inanimée. Or, si l'unité du monde ne s'explique pas par l'action réciproque des corps et des molécules, à plus forte raison l'unité et l'admirable enchaînement des phénomènes de la vie, l'évolution réglée des organes, la reproduction invariable du type, l'harmonie de l'ensemble, l'appropriation de chaque partie à une fin manifeste, le rapport des dispositions anatomiques avec le milieu où l'homme est plongé, rien de tout cela ne trouve sa raison dans une propriété de tissu. La force vitale, de quelque façon qu'on se la représente, est donc une nécessité logique.

Mais comment se la représenter? Ici la difficulté grandit. Heureusement elle ne compromet rien; il est même remarquable que l'ambition de la résoudre a diminué à mesure que la science a progressé. Avec l'antiquité, avec Stahl, c'est l'âme qui est le seul mobile de la vie organique; avec Bordeu, c'est le sentiment et le mouvement inhérents à la fibre animale, mais dirigés par l'âme; avec Cullen, c'est un spasme procédant de la matière nerveuse; avec Barthez, c'est une abstraction qui ne porte le nom de principe vital que pour la commodité du langage; avec Fr. Bérard, c'est la nature. Les seules questions sur lesquelles il puisse être utile d'être fixé, c'est de savoir, d'une part, si la force peut être abstraite de la matière, et, d'autre part, si elle est ou non d'un autre ordre que les forces physiques.

Or, sur le premier point, il n'y a pour nous aucun doute. Une force qui existerait isolément serait une force au repos, et une force au repos implique contradiction. On ne saurait aller, à cet égard, au delà de la conception d'Aristote: la force peut être discernée par la pensée; mais, ne se manifestant que par la matière, elle n'existe pas sans elle et en est inséparable. C'est un fait à constater, et rien de plus. Quant à décider si cette force est extra-physique, la chose nous paraît moins commode, bien qu'on ait assez coutume de n'y voir aucun embarras. On dit bien que l'affinité chimique, ou l'électricité, ou le magnétisme, ne rendent pas compte de la vie; et ce n'est pas nous qui le nierons, puisque nous ne nous contentons pas même à cet égard des propriétés vitales. Mais le problème est plus élevé, et c'est une plus grande difficulté qu'on ne croit de savoir si la force supérieure qui gouverne l'organisme diffère essentiellement et absolument de celle qui régit le système du monde. Les cartésiens répondaient par la négative, et il y a là déjà de quoi encourager. Condorcet n'hésitait pas davantage, Cuvier non plus. Que disons-nous? Barthez lui-même n'était pas éloigné de cette manière de voir; car voici comment il s'exprime : « Il paraît que les principes de vie *ne diffèrent* des principes de mouvement qu'en ce que les premiers déterminent et modifient, par des lois beaucoup plus compliquées, l'action des parties de la matière. On peut observer une échelle de gradation assez marquée *depuis les principes de mouvement les plus simples jusqu'aux principes de vie*, qui engendre et conserve les corps organisés des végétaux et des animaux. » (*Nouveaux éléments de la science de l'homme*, t. Ier, p. 48.) Il y a loin certainement de cette vue à celles de la plupart des vitalistes. Tout ce qu'on peut dire, c'est que, sous l'empire de la puissance dite vitale, le corps humain se conserve et se modifie par une suite non interrompue de phénomènes physiques et chimiques; et si la science des laboratoires est impuissante à rendre compte de ces phénomènes, c'est une raison de plus de les rapporter à la cause même de la vie, laquelle, dans cette conjecture, serait nécessairement de l'ordre physique. L'objection tirée de la putréfaction des corps morts n'a plus grande valeur, s'il est démontré, comme tout porte à le croire, que de la chair de cadavre ne se putréfie pas, non-seulement en l'absence de l'air, mais encore au sein même de l'air, pourvu que celui-ci ait passé par un filtre de coton (*Gazette hebdomadaire*, t. Ier, p. 491). Ce n'est pas la vie uniquement qui empêche la décomposition, puisque, la vie évanouie, la décomposition n'a pas lieu nécessairement. Ajoutons que l'influence de la vie sur ce phénomène fût-elle aussi déterminante qu'on le suppose, il n'en résulterait pas encore la preuve qu'elle procède d'une force étrangère au domaine de la chimie.

C'est assez exprimer que nous écartons l'âme du débat; ne parlant ici que d'organisation, nous n'avons à nous expliquer que sur la force qui organise. Nous disons seulement, comme pendant d'une remarque faite plus bas, que la croyance à l'âme n'est pas plus le monopole des vitalistes que le spiritualisme celui des dynamistes. Et de même que les mécaniciens ont été souvent les plus spiritualistes des philosophes, de même les organiciens deviennent parfois les plus fervents des animistes. Plus ils amoindrissent la force vitale et plus ils la découpent en propriétés de tissu, plus ils ont besoin de l'âme pour rendre à la nature humaine sa signification et sa dignité. La pensée de M. Lordat sur ce point est plus vraie que n'a paru le penser M. Bouillaud; elle est d'ailleurs celle

---

Siebold, de Munich, contient dans presque tous ses fascicules des articles originaux sur divers points de zoologie ou d'anatomie comparée dus à sa plume. L'année dernière il publiait séparément un travail sur les animaux inférieurs trouvés dans l'eau de mer sur les côtes de la Sicile. Les *Mémoires de la Société de Wurzbourg*, plusieurs journaux périodiques de la Suisse, renferment d'autres mémoires de ce laborieux investigateur. Malgré ces nombreux travaux scientifiques, M. Kölliker sait remplir avec un zèle et une activité remarquables ses fonctions professorales; ses cours d'anatomie comparée, normale et de physiologie suffiraient amplement aux occupations de beaucoup de professeurs, et M. Kölliker y joint encore plusieurs cours particuliers d'anatomie microscopique. Au courant des progrès de la science des pays voisins, dont il connaît parfaitement l'idiome, M. Kölliker a cherché à constater par lui-même la valeur et l'importance des travaux étrangers en apprenant à connaître leurs auteurs; aussi les progrès de la science en France, en Angleterre et en Italie lui sont-ils aussi familiers que ceux qui sont dus à ses collègues allemands.

M. Virchow, professeur d'anatomie pathologique, ancien prosecteur de l'hôpital de la Charité de Berlin, est, sans aucun doute, comme le dit M. Lebert (*Traité des maladies cancéreuses*), le premier anatomo-pathologiste actuel de l'Allemagne. Cette appréciation d'un de nos premiers savants fait autant l'éloge de l'homme qui en est l'objet, que de celui qui en est l'auteur. Quoique le professeur de Wurzbourg n'ait publié aucun traité dogmatique, un grand nombre de mémoires insérés par lui dans différents recueils scientifiques allemands ont eu sur la marche de la science une influence trop directe, pour que nous ne tenions pas à en parler ici en détail. Ces travaux ont été publiés dans le recueil de M. Traube (de Berlin), dans le *Journal d'accouchements* de la même ville, dans le *Journal de médecine rationnelle* de M. Henle, dans les *Mémoires de la Société de Wurzbourg*, mais surtout dans les *Archives d'anatomie pathologique*, fondées, il y a peu d'années, par MM. Virchow et Reinhardt, et dirigées, depuis la mort de ce dernier, par le professeur de Wurzbourg seul. Les travaux de M. Virchow ont pour sujet soit l'examen de questions de doctrine, de méthode, soit des points spéciaux de médecine et d'anatomie pathologique; enfin, quelques-uns portent sur quelques détails d'anatomie générale microscopique. La doctrine professée par M. Virchow a été exposée par lui dans plusieurs articles de son journal, et résumée dernièrement dans l'introduction du volumineux *Traité de pathologie interne et de thérapeutique* en voie de publication. Comme médecin, M. Virchow appartient complétement à cette école expérimentale qui possède, comme nous l'avons vu ailleurs, de si nombreux partisans dans les diverses facultés allemandes

d'autres penseurs, et l'un des plus distingués, M. Pidoux, l'a éloquemment exprimée.

Voilà donc notre profession de foi. Nous sommes vitalistes en ce sens que nous croyons à une force supérieure, organisatrice et conservatrice, sans laquelle l'agrégation humaine ne saurait se maintenir; mais nous n'affirmons pas avec la plupart des vitalistes que cette force soit extra-physique.

Maintenant, il s'agit de rechercher comment, dans ces conditions, s'établit la maladie, et quel rôle y jouent respectivement la force et la matière organisée. Ici le point de vue change singulièrement, et nous aurons surtout à combattre l'extension abusive qu'on a faite de la doctrine vitaliste à la pathologie et à la thérapeutique.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DES APPLICATIONS LOCALES DE LA TEINTURE D'IODE SUR LES ULCÈRES, LES PLAIES DE MAUVAISE NATURE, DANS LES INFLAMMATIONS VIRULENTES CONTAGIEUSES, ET COMME MOYEN PRÉVENTIF DE L'INFECTION PUTRIDE, DE L'INFECTION PURULENTE ET DE L'ABSORPTION DES VIRUS, lu à la Société de médecine de Paris, par M. le docteur Boinet (1).

Un premier fait que j'ai observé il y a déjà quinze ans, en 1839, en faisant une injection iodée dans un vaste foyer purulent, que j'ai consigné en 1840 dans la *Gazette médicale*, et depuis dans plusieurs travaux sur les injections iodées, c'est que de la teinture d'iode injectée ou mise en contact avec des surfaces purulentes, a la propriété remarquable de modifier avantageusement les surfaces, de transformer les sécrétions purulentes, fétides, putrides, de mauvaise nature, en pus de bonne nature. Depuis l'époque où j'ai fait cette première observation, j'ai été constamment à même de la répéter toutes les fois que j'ai injecté ou appliqué de l'iode dans un foyer purulent ou sur une surface enflammée où la sécrétion purulente était viciée, virulente, contagieuse, etc.

De cette première remarque est née tout naturellement cette seconde, à savoir, que tous les phénomènes d'infection putride dus à l'état particulier des foyers purulents et à la nature du pus cessaient aussitôt qu'à l'aide des injections iodées ou de l'application de la teinture iodique on enlevait au pus son caractère putride, sanieux, etc.; d'où cette autre remarque pratique, également basée sur les faits, que la teinture d'iode appliquée sur les plaies ayant un mauvais aspect, sur celles qui sont sèches, blafardes, grisâtres, sanieuses, présentant, en un mot, tous les mauvais caractères qui font craindre ou annoncent la résorption purulente, pouvait mettre à l'abri de cette grave affection.

Enfin, réfléchissant aux phénomènes observés dans les circonstances que je viens de rappeler, je pensai que la teinture d'iode, appliquée localement en badigeonnages ou en injections dans le tissu cellulaire, pourrait, malgré les différences très grandes qui existent entre les virus et les solutions toxiques relativement aux effets immédiats et éloignés de l'inoculation, pourrait, dis-je, employée localement et directement sur les parties où a été déposé le virus, avoir une grande efficacité pour prévenir l'absorption de certains virus, des virus blennorrhagique, rabique, charbonneux, etc., par exemple, et aussi pour modifier les sécrétions virulentes, arrêter la pourriture d'hôpital, etc.

Des faits nombreux, observés depuis longtemps déjà, me permettent de démontrer toute l'importance pratique de la plupart des propositions que je viens d'énoncer; et pour rendre cette démonstration plus complète, je vais d'abord chercher à expliquer la raison physiologique de ces applications de l'iode dans les cas particuliers que je viens d'énumérer.

On sait maintenant qu'un des précieux avantages de l'iode employé localement est de modifier rapidement les tissus, qu'ils soient enflammés ou non, et surtout de ne produire d'abord que des effets locaux; qu'appliqué sur les solutions de continuité anciennes ou récentes, sur les ulcères, sur les parois d'un foyer purulent, sur des surfaces enflammées, si elle est caustique, la teinture d'iode produit des phénomènes physiologiques remarquables.

Appliquée sur la peau, elle n'est pas d'abord douloureuse; mais au bout de quelques applications, surtout si la peau est privée de son épiderme et enflammée, elle cause une cuisson plus ou moins vive; elle forme par sa combinaison avec cette membrane une espèce de vernis, une pellicule très mince, qui s'enlève sous forme d'écaille. La peau, touchée, badigeonnée avec un pinceau trempé dans cette teinture iodique, devient jaune-brun, sèche, racornie; elle éprouve un resserrement, une astriction qui la font ressembler à du parchemin; alors l'épiderme se détache, s'exfolie, et une transpiration abondante, un suintement ont lieu. A chaque nouvelle application, nouvelle exfoliation, nouvelle transpiration. Il est bien rare que ces applications répétées agissent assez profondément pour amener une véritable inflammation de la peau. Si la teinture d'iode est plus concentrée, si en un mot elle est caustique, elle produit plus profondément les mêmes phénomènes, et son application détermine une cuisson plus vive. Employée ainsi et tous les jours sur les mêmes parties, la teinture d'iode est un résolutif puissant, qu'on peut continuer pendant plusieurs mois sans inconvénient aucun. Je l'ai souvent mise en usage pour dissoudre des engorgements aigus ou chroniques, des ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, des tumeurs du sein, des indurations du col de

(1) Le prochain numéro contiendra, avec la fin du travail de M. Boinet, la discussion dont ce travail a été le sujet à la *Société de médecine de Paris*.

des. Pour le professeur de Wurzbourg, la médecine doit s'abstenir constamment d'admettre comme article de foi un fait transmis par une autorité quelconque, si la proposition admise ne s'appuie pas sur des faits probants, et surtout si elle est en contradiction avec notre expérience actuelle. La méthode la seule réelle en médecine et qui puisse contribuer aux progrès de la science, est la méthode empirique, la méthode suivie dans les sciences naturelles. Cette méthode s'aide et doit s'aider de l'hypothèse et de l'induction. En effet, un fait une fois constaté par le témoignage des sens, l'esprit de l'observateur en déduit des conséquences qui, avant d'avoir quelque valeur, doivent recevoir la sanction de l'expérience. C'est ainsi que l'on procède dans les sciences physiques, dans les sciences naturelles, et cette méthode est également la seule admissible en médecine. C'est en suivant cette voie tout expérimentale que M. Virchow a étendu, comme on pourra le voir plus loin, le champ de la science. Deux genres d'études jouent aujourd'hui en médecine un rôle important, et il était intéressant de savoir quelle valeur le professeur de Wurzbourg attache à l'anatomie et à la physiologie pathologique comme auxiliaires de la pathologie et de la clinique médicale. On attaque beaucoup, dit M. Virchow, l'anatomie pathologique, tandis qu'ailleurs on exagère son importance. Des deux côtés on a tort et raison. Sans aucun doute, le plus grand nombre des maladies ne sont en réalité que des lésions matérielles; elles produisent dans l'économie des altérations appréciables par nos sens et dont l'étude appartient nécessairement à l'histoire de la maladie. Mais, à côté de ces faits irrévocables, parfaitement démontrés, l'hypothèse seule, mais l'hypothèse plus ou moins rationnelle, nous permet, grâce à des rapports d'analogie et de vraisemblance, de rattacher ensemble les faits isolés, de suppléer parfois au manque de certains faits intermédiaires, et de construire par induction l'histoire d'une évolution anatomique morbide. Il faut donc tenir compte, en anatomie pathologique, de ce que nous fournit le témoignage des sens, de la partie matérielle et sensible, et de la partie inductive, hypothétique. L'anatomie pathologique trouve son complément nécessaire dans la physiologie morbide, science nouvelle qui présuppose la physiologie normale. On aurait tort, cependant, de croire qu'elle en découle immédiatement. Les altérations des fonctions nécessitent une étude empirique d'observation nouvelle, et l'on serait sûr de faire fausse route en concluant de l'état normal à l'état de maladie.

C'est donc partout l'étude expérimentale qui sert de guide au médecin allemand. Déjà depuis de longues années, cette méthode avait cependant été indiquée et suivie; malheureusement elle avait toujours eu à lutter contre une doctrine fatale et funeste aux progrès de la science: cette doc-

la matrice, des engorgements articulaires dans les tumeurs blanches, dans les hydarthroses, dans les engorgements chroniques des testicules, pour arrêter l'érysipèle, faire avorter les pustules varioliques, etc., et j'ai obtenu des résultats que n'avaient pu me procurer les moyens ordinaires. Des badigeonnages de teinture d'iode faits sur le devant de la poitrine, au-dessous des clavicules, chez les tuberculeux ou les individus atteints de bronchite chronique m'ont quelquefois procuré d'excellents résultats.

Sur les plaies, les ulcères, sur les muqueuses enflammées, la teinture d'iode produit de petites eschares superficielles, et agit absolument comme sur la peau ; il y a cautérisation superficielle, resserrement, sécheresse, racornissement des tissus touchés. La matière muqueuse ou purulente, le sang qui recouvrent les muqueuses ou la plaie se coagulent ; l'extrémité des vaisseaux capillaires se dessèche, s'agglutine ; il se produit un véritable vernis, une couche peu épaisse, une espèce de pellicule qui protége les organes contre le contact de l'air, et arrête momentanément les phénomènes de l'absorption et de l'exhalation. Peu à peu elle pénètre les tissus et contracte avec eux une véritable union chimique. Bientôt après, ce contact de l'iode sur les muqueuses, sur les surfaces saignantes, enflammées ou suppurantes, suscite une irritation plus ou moins vive, une réaction inflammatoire qui a pour but d'éliminer l'eschare superficielle, l'espèce de vernis formé par les effets de l'iode combiné avec les tissus. Si dans ces circonstances on continue son emploi, on peut irriter les parties jusqu'à provoquer un suintement sanguinolent ; mais dans tous les cas ces phénomènes sont toujours locaux et sans réaction aucune.

L'avantage de ces applications iodées est, comme on le voit, de modifier rapidement, instantanément les sécrétions et les tissus qu'elles touchent, que ces tissus soient muqueux, celluleux, séreux, vasculaires, etc., en un mot quelle que soit leur nature.

Il est démontré aujourd'hui que les qualités du pus sont toujours en rapport avec l'état pathologique des parties qui le produisent ; et quelles que soient, en outre, les qualités spécifiques dont les parties sont douées, le pus est toujours également doué de ces qualités spécifiques. Les changements qui s'opèrent dans la sécrétion purulente dépendent donc de ce que la décomposition et la combinaison nouvelle ne s'accomplissent pas aussi parfaitement, probablement parce que les vaisseaux sécréteurs ont perdu la structure et l'action appropriées ; et ces vaisseaux échouent non-seulement dans cette opération, mais encore dans leurs autres fonctions, comme la production des granulations, car la même structure qui rend les vaisseaux aptes à sécréter le pus les rend également aptes à produire les granulations, de sorte que les deux phénomènes sont des effets concomitants de la même cause, qui est une organisation particulière surajoutée aux vaisseaux de la partie.

Ces considérations de physiologie pathologique feront comprendre que si, sous l'influence de circonstances particulières dues soit à l'état local de la surface suppurante, soit à la constitution, soit à une cause spécifique, la sécrétion est modifiée et n'est que de la sanie ou une sécrétion virulente ou spécifique au lieu d'être du pus de bonne nature, les conditions de guérison seront moins favorables, et que cette guérison n'aura pas lieu ou sera plus difficile, attendant pour se faire que la nature ou l'art, modifiant la surface purulente ou malade, la ramènent dans des conditions indispensables à la cicatrisation ou à la guérison, c'est-à-dire à cette structure particulière, normale pour ainsi dire, que les vaisseaux doivent offrir pour sécréter du pus de bonne nature, puis ensuite de la lymphe plastique, sécrétions indispensables pour la guérison radicale des plaies ou des surfaces enflammées.

Si dans ces cas où les parties sont indolentes ou malades de telle sorte qu'elles n'ont aucune tendance à contracter une véritable inflammation, de sorte qu'une suppuration parfaite ne peut s'établir, si dans ces cas, disons-nous, et ils sont nombreux, on peut, en stimulant la surface secrétante, la modifier, produire une inflammation d'une autre nature, plus salutaire, et par suite une suppuration plus prompte, on arrivera plus sûrement et plus facilement à la guérison. C'est ce qui a lieu par l'emploi de l'iode, qui, comme nous l'avons démontré depuis longtemps et dit ailleurs, *agit à la manière des caustiques, tout en ayant une action spéciale relative sur les tissus.*

Nous venons de dire que l'iode modifiait, changeait la nature de l'inflammation et des sécrétions. Rien n'est plus facile à prouver. Appliqué sur les surfaces enflammées, suppurantes, l'iode y détermine une irritation plus ou moins vive, les propriétés vitales se développent davantage, au-dessous de l'espèce de couche de vernis qui s'est formée, et qui met momentanément les parties à l'abri du contact de l'air, et une suppuration ou une sécrétion plus ou moins abondante et de bonne nature détache cette eschare superficielle, qui ne paraît être elle-même que le produit de l'union de l'iode avec les tissus. En activant ainsi les propriétés vitales des parties touchées, il donne à toutes ces parties un autre mode de vitalité qui les rend propres à se débarrasser des impuretés et des entraves qui s'opposent à leur retour au mode naturel qu'elles affectent dans l'état sain ; les mauvaises qualités du pus ou des sécrétions sont modifiées, changées, les vaisseaux sont dégorgés, et en peu de temps les sécrétions, purulentes ou non, deviennent louables, par suite du changement dans l'état des surfaces enflammées. C'est alors que les parties acquièrent cette vie, cette fermeté qu'elles ont toujours lorsqu'elles tendent à la guérison ; ainsi par l'action de l'iode il survient bientôt et après chaque application une véritable fluxion qui revêt les caractères de la phlegmasie la plus légère jusqu'à ceux d'une inflammation plus intense, mais toujours locale, selon que la teinture d'iode est plus concentrée, que son contact a duré plus ou moins longtemps. Ces applications d'iode sont donc détersives en même temps qu'elles sont légèrement caustiques ; elles ont la propriété de modifier, de nettoyer, de purger les surfaces suppurantes, de les mettre dans des conditions favorables à la guérison ; elles ont de plus l'immense avantage d'enlever aux sécrétions purulentes, fétides et de mauvaise nature toutes les mauvaises

---

trine, c'est celle de l'ontologie médicale ; c'est elle, suivant M. Virchow, qui règne aujourd'hui encore dans la doctrine des produits spécifiques, du cancer, du tubercule, comme autrefois dans l'admission toute gratuite de la force médicatrice ; c'est elle qui veut toujours réduire la clinique aux règles étroites de la pathologie, en astreignant les phénomènes morbides aux limites arbitraires de la science dogmatique : c'est elle qui cherche toujours des symptômes pathognomoniques, comme jadis la douleur lancinante du cancer. On voit que M. Virchow déclare une guerre complète aux partisans de la spécificité. Pour notre collègue allemand, il n'existe aucune différence absolue de nature et d'origine entre les produits normaux et morbides ; il n'existe par conséquent point de néoplasmes, de tissus de nouvelle formation ; les produits pathologiques ne sont point des choses abstraites à existence propre et indépendante, mais seulement des tissus en voie de développement. Ainsi le cancer provient de la cellule normale et se relie par des gradations insensibles à l'élément primordial commun, la cellule. Cette théorie sur la formation des produits normaux et morbides aurait dû être discutée et exposée avant d'arguer contre les spécificistes de ce fait que MM. Virchow, Henle et l'école allemande ne reconnaissent pas des caractères particuliers à la cellule cancéreuse : les caractères qu'ils décrivent pour chaque produit morbide ne sont que des propriétés appartenant à un tissu toujours identique, mais variant dans son mode de développement.

Cette doctrine de l'unité en médecine reparaît aussi dans la définition que M. Virchow donne de la maladie. C'est pour lui un simple dérangement de la nutrition, et nullement une entité nouvelle, indémontrée et indémontrable. Conséquent avec les idées exposées plus haut, l'auteur ne sépare pas les maladies générales des maladies locales. La vie ne réside pas dans un endroit localisé de l'économie ; sa condition n'est pas attachée à l'intégrité de tel ou tel tissu des nerfs, des vaisseaux. Dans l'économie animale, la prolongation de la vie présuppose l'existence d'un tissu et d'un liquide diffusible. Chaque partie du corps a donc pour ainsi dire une vitalité propre et indépendante ; d'où il résulte qu'une maladie locale n'est que l'altération de nutrition d'un centre vital ou d'un de ses multiples. Ces doctrines ont provoqué en Allemagne des luttes vives, ardentes, que nous ne pouvons pas exposer ici. Si nous les avons rapportées, c'est que nous savons que le professeur de Wurzbourg y attache une grande importance.

Plusieurs travaux de M. Virchow ont trait à la pathologie médicale. Nous citerons plusieurs mémoires sur le typhus de Silésie, sur la famine qui a régné dans le nord de la Bavière. D'autres écrits du professeur al-

qualités dont elles sont atteintes, et de les rendre instantanément inodores et de bonne qualité. Convaincu par de nombreuses observations des bons effets des applications iodiques sur les plaies de mauvaise nature, dans les cavités renfermant du pus sanieux et fétide, sur les muqueuses enflammées, quelle que fût la nature de l'inflammation spécifique ou non, nous les avons appliquées avec succès sur les ulcérations de toute nature, sur celles de la bouche, des fosses nasales, comme sur celles de la matrice dans le catarrhe utérin, comme dans les vaginites aiguës ou chroniques, spécifiques ou non, dans les ulcères vénériens, scrofuleux, etc. En modifiant à l'instant les sécrétions virulentes, le principe contagieux est détruit, et les inflammations spécifiques deviennent des inflammations simples, ordinaires et faciles à guérir. On peut, par analogie, dire ce qui doit se passer dans la cavité des foyers purulents, dans les trajets fistuleux, dans les kystes suppurés, dans les abcès froids ou chauds, dans les abcès par congestion, etc., où l'on injecte de la teinture d'iode; les phénomènes sont absolument les mêmes que ceux que nous venons de signaler pour les muqueuses, les plaies, les ulcères.

Partant de ce fait capital que l'iode est un modificateur puissant des sécrétions purulentes viciées, et les faits nous ayant appris que l'infection putride était due à la résorption du pus de mauvaise nature, cette infection n'ayant jamais lieu quand le pus était louable, il était tout naturel de penser qu'on mettrait les malades à l'abri des accidents de l'infection putride en enlevant au pus son caractère putride et en le ramenant à sa composition normale. C'est ce que les faits sont venus démontrer. En effet, j'ai toujours vu cesser et disparaître les symptômes d'infection putride, de la fièvre hectique, en débarrassant l'économie d'une sécrétion purulente de mauvaise nature, et en modifiant par des applications locales de teinture d'iode les cavités ou les surfaces suppurantes. Parmi les observations nombreuses que je pourrais rapporter, je citerai seulement les suivantes.

Obs. I. — *Kyste ovarique suppuré, fièvre hectique, infection putride; six ponctions, six injections iodées; guérison.* — Une jeune dame de vingt-deux ans, de constitution lymphatique, très nerveuse, mariée à dix-huit ans, ayant eu deux enfants, souffrait depuis longtemps dans le ventre et maigrissait beaucoup, lorsqu'elle se décida, en février 1852, à consulter un médecin. Le traitement qu'elle suivit resta inutile. Sa position s'était considérablement aggravée; elle pouvait à peine respirer, avait de la fièvre et des frissons qui duraient cinq ou six heures chaque jour. La fièvre, les vomissements, l'amaigrissement, le développement du ventre et l'oppression continuant de faire des progrès, le docteur Charrier fut consulté vers la fin de décembre 1852 et me fit appeler ensuite. Nous constatâmes un kyste ovarique.

Le 6 janvier 1853, une première ponction et une injection iodée furent faites; il sortit environ 3 litres de liquide purulent. La fièvre, les frissons dont la malade était atteinte depuis longtemps cessèrent aussitôt, de même que les vomissements, la diarrhée. L'appétit, qui était complétement perdu depuis longtemps, revint, et la maigreur extrême qu'elle présentait diminua peu à peu.

Le 1er février, le kyste s'étant en partie reproduit, et avec lui les signes de la fièvre hectique, comme des frissons, une fièvre lente continue, des selles fétides, de la sécheresse de la peau, de la diminution dans l'appétit, je revins à une nouvelle ponction et à une nouvelle injection iodée. La matière contenue dans le kyste était purulente, sanieuse, noirâtre, d'une odeur infecte... Dès le lendemain, le mieux était sensible, l'appétit s'annonçait déjà, et l'état général devenait meilleur; il n'y avait pas trace de fièvre. J'avais retiré 2 litres de pus.

Le 17 février, nouvelle ponction, nouvelle injection. Cette fois le pus a un meilleur aspect; il est sans odeur, et sa quantité est seulement de 1 litre. J'eus recours à cette troisième ponction dans le but d'empêcher ce kyste de reprendre le développement qu'il avait eu primitivement, et pour faire cesser un malaise général, un commencement de perte d'appétit et un peu de fièvre le soir, symptômes que je regardais comme les signes avant-coureurs d'un commencement de nouvelle infection putride.

Le 14 mars, les 9 et 29 avril, d'autres ponctions et d'autres injections furent pratiquées, mais la quantité de pus, qui était devenu louable, diminuait à chaque ponction, et à la dernière, qui fut suivie d'une injection de teinture d'iode pure, il en sortit à peine 60 grammes. Depuis plusieurs semaines, tous les symptômes généraux que j'ai signalés plus haut avaient entièrement disparu. La malade se levait et vaquait à ses occupations; elle faisait des promenades quotidiennes et avait engraissé. Le kyste était facile à limiter et à circonscrire, parce que, la malade étant très maigre et très grêle, les parois de l'abdomen étaient peu épaisses. Soumise à un régime tonique ferrugineux, la malade reprit graduellement des forces et de l'embonpoint, et au moment où elle est partie vers la fin de juin pour aller passer la belle saison à la campagne et achever le rétablissement de sa santé, on sentait encore dans l'abdomen une tumeur dure, non douloureuse à la pression, du volume d'un petit œuf de poule, mais qui ne la gênait en aucune façon. Toutes les fonctions étaient régulières, les règles avaient reparu.

Ces faits n'ont pas besoin d'explication pour faire comprendre toute la valeur pratique des injections iodées ou des applications de teinture d'iode dans la résorption putride. En effet, une plaie de mauvaise nature, une vaste collection purulente renfermée dans un kyste donnent lieu, et à plusieurs reprises, à tous les phénomènes de l'infection putride, et ces phénomènes graves cessent, disparaissent aussitôt que la teinture iodique est mise en usage dans la cavité débarrassée de son contenu. Cette expérience est répétée trois fois chez le même individu dans le cours de cinq ou six semaines, et trois fois les mêmes résultats sont obtenus; la fièvre hectique cède comme par enchantement, et l'économie n'étant plus exposée à l'absorption incessante et continue d'éléments putrides, se débarrasse promptement de ceux qu'elle avait puisés dans ces foyers purulents, et reprend toutes ses fonctions avec une régularité surprenante. Au bout de peu de temps, les phénomènes locaux et généraux de l'iode cessent leur action préservatrice et curative, le pus se reforme, et dès ce moment apparaît de nouveau toute la série des accidents de l'infection putride; une nouvelle injection ou application d'iode est faite : le pus est modifié, ainsi que les parois qui le sécrètent, et tout aussitôt le mal disparaît, la fièvre cesse, l'appétit revient, l'état général est meilleur, les fonctions s'exécutent mieux, et la santé devient excellente.

---

lemand ont trait au crétinisme. L'auteur a voulu rapporter l'origine de la maladie à des altérations des sutures crâniennes, qui, elles-mêmes, deviennent la cause des vices de conformation du crâne. Le rachitisme a provoqué, en France comme en Allemagne, la publication de nombreux travaux. Avec ceux de M. Guérin, nous rappellerons les recherches de notre ami le docteur Broca, qui a su rattacher le rachitisme à un trouble du travail d'ossification. M. Virchow, sans connaître les résultats de notre savant confrère, est arrivé à des résultats presque identiques. Les mémoires publiés, à peu d'intervalle, par MM. Broca et Virchow, ont, il faut le dire, changé complétement les idées jusqu'ici admises sur cette maladie des os.

L'anatomie pathologique doit surtout à M. Virchow de nombreux progrès; beaucoup de ces mémoires ont trait à des altérations du sang et des vaisseaux. La leucémie (sang blanc) indiquée d'abord par le professeur de Wurzbourg a été retrouvée depuis lui par beaucoup de médecins allemands. En Angleterre, M. le professeur Bennett, d'Édimbourg, a étendu ces recherches. Ajoutons que ce médecin a voulu se poser à tort comme l'auteur d'une découverte dont l'honneur revient tout entier à M. Virchow. C'est lui qui le premier a démontré que les accidents graves que l'on rencontre dans certains cas d'hypertrophies idiopathiques de la rate, du foie ou des ganglions lymphatiques, reconnaissaient pour cause une augmentation de la quantité des globules blancs du sang, et nullement le développement spontané des globules du pus dans le liquide circulatoire. Nous avons nous-même publié dans les *Mémoires de la Société de biologie* un aperçu historique de la question à propos d'un fait de ce genre que nous avons fait connaître. Une autre observation analogue a été publiée dans le même recueil par MM. Robin et Charcot. D'autres faits intéressants, relatifs à l'étude microscopique du sang à l'état pathologique, ont été indiqués par M. Virchow. L'inflammation des artères, les maladies de l'artère pulmonaire sont étudiées au point de vue de l'anatomie pathologique dans d'autres mémoires du même auteur. Nous citerons aussi ses recherches sur les pigments pathologiques; enfin, dans ces derniers temps les recueils périodiques allemands et étrangers se sont occupés d'une théorie pathologique nouvellement émise par notre savant confrère allemand; c'est la théorie de l'*embolie*. Suivant M. Virchow, les coagulations sanguines qui se développent spontanément dans le cœur ou dans un point quelconque du système artériel, de même que les concrétions des artères, ou bien enfin des fragments valvulaires, peuvent être entraînés par le courant circulatoire. En pénétrant dans des canaux étroits, les corps étrangers s'y arrêtent et occasionnent des accidents qui varient, suivant l'organe au centre duquel cet arrêt a eu lieu. M. Virchow explique

Il est donc indiqué, dans tous ces foyers purulents un peu vastes et dans ceux surtout où peut séjourner le pus, de faire usage de la teinture iodique dès que l'intoxication de l'économie par l'absorption des matières putrides devient imminente, autrement dit dès qu'on peut saisir les premiers signes de la résorption putride; on doit même ne pas attendre ces premiers symptômes, et débarrasser l'économie de toute collection purulente quelle que soit sa nature, en ayant soin de soumettre aux injections iodées les foyers purulents, dans le but de hâter leur guérison et de prévenir l'infection putride.

(*La suite au prochain numéro.*)

CRÈME PECTORALE A L'ACIDE PRUSSIQUE, PAR M. GAY.

Acide prussique médicinal	2 grammes.
Sucre	45
Sirop de guimauve	63
— de choux rouge	60
— de baume de Tolu	30
— de capillaire	30
— de pavots	8
— de cannelle	8

F. s. a. une crème. Cette recette est extraite du *Formulaire des médicaments agréables*, que publie M. Gay.

TEINTURE ABORTIVE DES PUSTULES VARIOLIQUES, PAR M. BOINET.

Teinture d'iode	30 grammes.
Iodure de potassium	2

On badigeonne matin et soir à trois reprises toute la figure pendant trois ou quatre jours.

PILULES DE STORAX COMPOSÉES CONTRE LES CATARRHES, DITES DE CLOSSOEUS.

Storax, oliban, myrrhe, opium brut, suc épaissi de réglisse, de chaque	4 grammes.
Safran	2

Faites une masse avec quantité suffisante de sirop de nerprun, et divisez en pilules de 15 centigrammes. Chacune de ces pilules contient 2 centigrammes 1/2 d'opium brut, et ce dernier étant estimé renfermer moitié seulement de son poids d'extrait, il résulte de là que quatre des pilules précédentes équivalent, en fait, à la dose de 5 centigrammes d'extrait thébaïque.

Ces pilules possèdent les mêmes vertus que les pilules de cynoglosse; mais elles contiennent le double d'opium. On ne devra donc pas donner plus de trois à six pilules de storax par jour.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

DES DIVERSES ESPÈCES D'ACARUS OBSERVÉES SUR L'HOMME.

C'est une des gloires de notre époque d'avoir senti la nécessité et d'avoir eu le courage de reprendre un à un tous les faits du domaine de la science, pour les soumettre au contrôle de l'observation pure, exempte d'idées préconçues. Si, dans ce travail d'analyse laborieux, mais indispensable, la vérité s'est montrée quelquefois simple et nette, là où l'apparence avait été complexe et vague, il faut avouer cependant que, jusqu'ici, c'est le contraire qui est arrivé le plus souvent, qu'on a trouvé presque toujours la multiplicité et la diversité dans des phénomènes qui n'avaient présenté d'abord que simplicité et unité, et que nous sommes encore bien loin de l'époque où il sera possible de coordonner tous les matériaux pour les rattacher à un petit nombre de lois simples et absolues.

L'histoire des maladies de la peau nous offre un curieux exemple des résultats de cet esprit d'analyse appliqué à l'étude des faits. Regardées autrefois comme une manifestation de certain vice caché de nos humeurs, les affections cutanées restèrent dans une obscurité complète jusqu'à l'époque où l'analyse et l'observation exacte des différents états locaux vinrent débrouiller un peu le chaos qui régnait dans cette partie de la science. Mais on ne tarda pas à se convaincre que l'œil non armé était inhabile à explorer convenablement tous les éléments, quelquefois très petits, qui composent le groupe si nombreux des dermatoses. Quelques-unes, parmi ces dernières, furent l'objet d'un intérêt spécial : ce sont celles qui peuvent être transmises d'un individu à un autre. Quel est l'agent de cette transmissibilité? C'est ce qu'on s'appliqua à rechercher. Les instruments grossissants furent ici d'un grand secours; dans certains cas même on leur a dû la solution tout entière de la question, qui, sans eux, serait restée éternellement à l'état de problème.

Ce fut d'abord la gale qui attira le plus l'attention. Une fois entré dans la véritable voie du progrès, on constata bientôt qu'elle est le résultat du travail souterrain ou sous-épidermique d'un animal parasite de la classe des arachnides, de ce qu'on a appelé *acarus* ou *sarcoptes scabiei*. Cette notion, aujourd'hui admise par tout le monde, eut beaucoup de peine à prendre le rang d'une vérité incontestée, grâce à un malentendu qui avait fait d'abord représenter le ciron du fromage à la place du *sarcoptes scabiei*. De nouvelles recherches démontrèrent que cet acarus n'est pas le seul qui vive sur notre corps. On y découvrit d'abord l'*acare des follicules*, *acarus folliculorum*, qui, lui, a sur celui de la gale le précieux avantage de ne pas troubler notre santé; car on le rencontre chez tous les individus d'un certain âge, même les mieux portants, dans les follicules sébacés, ceux de la face surtout, lorsque leur produit de sécrétion

de cette façon certains cas de gangrène, de ramollissement et d'apoplexie cérébrale, enfin un certain nombre de maladies pulmonaires.

Terminons cette rapide énumération des travaux de M. Virchow en rappelant sa découverte des corps amylacés dans le cerveau, découverte qui fut communiquée il y a deux ans à l'Académie des sciences de Paris.

Chargé de l'enseignement de l'anatomie pathologique, M. Virchow démontre cette partie de la science dans deux cours, l'un théorique, l'autre pratique. La facilité remarquable du professeur de Wurzbourg, le soin qu'il apporte à exposer les questions discutées et à présenter le tableau des arguments favorables aux diverses opinions, attirent à son cours un grand nombre d'auditeurs. Aussi M. Virchow est-il sans contredit le professeur d'anatomie le plus suivi par les élèves. Dans le cours pratique, les éléments microscopiques pathologiques, les altérations chimiques des tissus passent successivement sous les yeux des élèves. Les autopsies de tous les malades qui succombent dans l'hôpital, des individus soignés dans la Policlinique fournissent à cette école de nombreux matériaux d'études anatomo-pathologiques, qui ne servent pas seulement au professeur, mais sont toujours mis largement à la disposition des élèves. En effet, l'anatomo-pathologique y est enseignée autant pratiquement que théoriquement, avantage qu'on ne retrouve pas malheureusement dans nos grandes Facultés françaises.

M. Scherer, professeur de chimie, est connu par ses travaux sur plusieurs points qui intéressent la médecine, et la plupart de ses recherches ont trait aux modifications chimiques de l'organisme à l'état pathologique.

L'enseignement, tel que nous venons de l'exposer, est complété par les cours d'anatomie de M. H. Müller, ceux de chirurgie de M. Textor jeune, de syphilis de M. Robert de Welz, et ceux de plusieurs jeunes professeurs particuliers.

Docteur LEUDET.

— Par décret du 14 mars 1855, l'Empereur a confirmé les nominations suivantes faites dans l'ordre de la Légion d'honneur par le général en chef de l'armée d'Orient, pour services signalés rendus dans les hôpitaux de Constantinople.

Officier : M. Morgue, médecin principal de 1[re] classe.

Chevaliers : MM. Lagouest, médecin-major de 2[e] classe; Lanienois, pharmacien aide-major de 1[re] classe; Burnot-Laboulay, médecin-major de 2[e] classe; Cornillon, pharmacien aide-major de 2[e] classe.

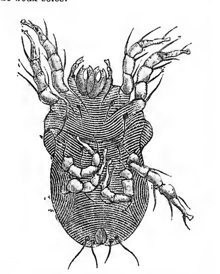
s'y est accumulé. On en trouvera la description dans le *Dictionnaire de Nysten*, 10e édition, 1855.

Puis vinrent à la fois plusieurs espèces nouvelles, décrites par de Hessling (*Schmidt's Jahrb.*, 1852), qui les a découvertes dans un cas de plique polonaise. La même malade en portait au moins trois espèces différentes. La première espèce avait les organes tactiles énormément développés, et placés de chaque côté de la bouche; les membres formés de six articles, dont le dernier très long; la tête séparée du thorax par une espèce de col, et une pièce sternale s'avançant sur elle. La seconde espèce différait de la précédente par les organes masticateurs et par les membres; les premiers étaient excavés en cuiller, et présentaient des dentelures sur leurs deux bords; les membres étaient à six articles et portaient des poils. Le corps de l'animal était ovoïde et terminé en avant par une tête pointue sans trace de col; il était parsemé de poils, plus longs en arrière et reposant sur des papilles verruqueuses. Dans la troisième espèce, enfin, les pattes étaient beaucoup plus longues, et les poils recourbés en arc de cercle. Chacune de ces espèces présentait des variétés, qui n'étaient peut-être que des degrés différents de développement du même animal.

Voici enfin que le docteur Willigk nous apprend qu'il vient de découvrir une nouvelle espèce d'acare dans la teigne faveuse (*Viertelj. f. die prakt. Heilk.*, Ier vol., 1855). Les principaux caractères de cet animal, dont nous reproduisons le dessin fait à un grossissement de 380 diamètres, sont les suivants :

Il a le corps ovalaire, composé d'un céphalothorax et d'un abdomen. Le premier est conique; il augmente de volume d'avant en arrière, et se termine par un bord circulaire en relief sur l'abdomen, et analogue à la couronne du gland. Il existe quatre paires de pattes, dont deux sont insérées sur le céphalothorax, et deux sur l'abdomen. Chacune est composée de cinq articles portant, en arrière, des poils de diverses longueurs. Le dernier article se termine par un petit pédicule qui supporte l'appendice servant à l'animal pour se fixer. Le corps tout entier est couvert de lignes parallèles très rapprochées formant plusieurs systèmes concentriques, et dues sans doute à des plis de la membrane amorphe qui sert de tégument externe.

Le céphalothorax porte deux paires de pinces finement dentées en avant, à leur face interne. De chaque côté de ces dernières se trouve une palpe composée de trois pièces cylindriques dont la dernière porte à son extrémité deux petites dentelures légèrement recourbées. Une ouverture en forme de fente, orifice anal ou génital, s'observe à l'extrémité postérieure du corps; elle est garnie de chaque côté de deux soies.



Voici quels sont les diamètres de l'animal : longueur, 0mm,146 à 0,252; largeur, mesurée à l'extrémité postérieure du céphalothorax, 0mm,084 à 0,132. L'auteur a trouvé en outre, parmi les cryptogames du favus, un grand nombre de granules arrondis ou ovalaires, ainsi que des œufs, les uns pleins, les autres vides; ces derniers étaient, en général, déchirés suivant leur diamètre longitudinal.

En comparant cette description avec celle du *sarcoptes scabiei*, on voit qu'il s'agit d'une espèce complétement différente. Ce dernier, en effet, présente un corps arrondi, trois à cinq fois plus volumineux, non divisé en céphalothorax et en abdomen; il est couvert de lignes concentriques plus éloignées les unes des autres, et d'un certain nombre d'élevures verruqueuses. Il a les membres très raccourcis et rapprochés de la ligne médiane; les deux paires antérieures seulement portent des organes de fixité, les postérieures se terminant par des poils.

L'*acare des follicules* se rapproche davantage de celui du docteur Willigk par son volume et sa composition d'un céphalothorax et d'un abdomen. Mais il s'en distingue par la longueur de son abdomen, qui l'emporte sur la largeur, par ses pattes courtes, coniques, formées de trois articles seulement, dont le dernier porte trois crochets. Ces pattes sont toutes fixées sur les côtés du céphalothorax. La tête porte deux palpes à deux articles, entre lesquelles se trouve une espèce de trompe. L'abdomen est couvert de quelques lignes parallèles peu nombreuses et ne formant qu'un seul système concentrique.

Ainsi, voilà le favus doté d'un élément nouveau, inconnu jusqu'ici. Mais nous devons dire que cet élément est loin d'être constant; bien plus, il paraît être excessivement rare, car le docteur Willigk a examiné, postérieurement à sa découverte, dix cas de favus dans lesquels il n'a pas retrouvé d'acarus. Ce dernier serait donc une simple complication ajoutée au cryptogame spécial, qui, comme on le sait aujourd'hui, grâce surtout aux travaux de MM. Robin, Lebert et Bazin, constitue le principal élément du favus, l'agent de sa propagation et la cause de son extrême ténacité. L'addition de l'acarus donne-t-elle au favus une physionomie particulière? Imprime-t-elle à la marche de la maladie une modification quelconque? Est-elle surtout la source d'une indication spéciale dans le traitement? Ce sont des questions qu'il est impossible de résoudre au moyen d'un fait unique, et dont la solution appartient à l'avenir.

M. Sée.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Chirurgie. — *Perforation de la cloison vésico-vaginale par un crayon. Séjour prolongé du corps étranger dans la vessie, etc.*, par M. Jobert (de Lamballe). (Voy. le no 11, tome II, de la Gazette hebdomadaire (16 mars 1855), aux *Travaux originaux*). (*Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.*)

Physiologie. — *De la fatigue de la voix dans ses rapports avec le mode de respiration*, par M. *L. Mandl.* — L'auteur recherche à quelle cause doit être attribuée l'altération de la voix chez les artistes qui se livrent à l'exercice du chant ou de la déclamation. Une étude attentive des dispositions anatomiques du larynx et du mécanisme de la phonation l'a conduit à admettre que la fatigue de la voix résulte de la lutte qui s'établit entre les agents inspirateurs et les agents expirateurs, et qu'il appelle *lutte vocale*. La lutte vocale, faible dans la respiration abdominale, est, au contraire, énergique dans la respiration claviculaire, et la fatigue qui s'ensuit est aussi très considérable. Cette respiration fautive peut occasionner, à la longue, dans les muscles intéressés, une excessive sensibilité et des contractions spasmodiques suivies d'enrouements instantanés, et, consécutivement, amener dans les muscles intrinsèques du larynx une atrophie plus ou moins complète, avec perte de la contractilité et perte de la voix.

Du reste, la nature fournit une preuve frappante de la vérité des remarques précédentes. La respiration claviculaire, en effet, est impossible chez les oiseaux qui passent pour les modèles du chant. C'est, pour ainsi

dire, un précepte donné aux artistes par la nature. (*Comm.* : MM. Magendie, Flourens, Serres.)

Physiologie des sensations de l'oreille, par M. *Cabot* (*Comm.* : MM. Robinet, Despretz et Duhamel).

Action thérapeutique de l'électricité, développée pendant la combinaison chimique de deux substances, soit dans l'intérieur du tube digestif, soit sur la peau d'un être vivant, par M. *Rouillon*. (*Comm.* : MM. Flourens, Milne Edwards, de Quatrefages.)

Chimie physiologique. — *Analyses comparées du sang de la veine porte et du sang des veines hépatiques, etc., pour servir à l'histoire de la production du sucre dans le foie*, par M. *Lehmann*. — 1° *Sucre.* L'auteur résume dans le tableau suivant les résultats des analyses entreprises dans le but de doser le sucre dans le sang avant et après son passage dans le foie :

ANIMAUX.	ALIMENTATION.	QUANTITÉ DE SUCRE	
		dans le sang de la veine porte à l'entrée du foie.	dans le sang des veines hépatiques à la sortie du foie.
Chien.	à jeun depuis deux jours.	»	gr. 0,764 p. %
Id.	*Id.*	»	0,638
Id.	*Id.*	»	0,804
Id.	nourri avec de la viande.	»	0,814
Id.	*Id.*	»	0,799
Id.	*Id.*	»	0,946
Id.	nourri avec pommes de terre cuites.	traces impossibles à doser	0,981
Id.	*Id.*	*Id.*	0,854
Cheval.	nourri avec son, foin et paille.	gr. 0,055 p. %	0,893
Id.	*Id.*	0,0052	0,635

2° *Fibrine, albumine.* Le sang de la *veine porte*, chez les chevaux et chez les chiens, renferme de la fibrine qui ne diffère pas sensiblement, par ses caractères et sa quantité, de la fibrine des autres veines. Le sang des *veines hépatiques*, soigneusement recueilli et sans aucun mélange, ne contient pas de fibrine. Cette matière disparaît donc presque en totalité dans le foie pour servir, probablement, à la fabrication du sucre. Le foie prive aussi le sang d'une quantité remarquable d'albumine.

3° *Graisse et globules sanguins.* — Le sang de la veine porte renferme toujours beaucoup plus de graisse que le sang des veines hépatiques. Le sang des veines hépatiques est beaucoup plus riche en globules sanguins et en matières extractives que celui de la veine porte. Une quantité considérable de fer disparaît toujours dans le sang en traversant le foie.

Analyses comparatives du sang des diverses veines avec le sang artériel. — Le sang qui sort du foie par les veines hépatiques est toujours le sang incomparablement le plus sucré de tout le corps.

Lorsque le sang a traversé le poumon et est devenu artériel, on ne trouve généralement pas de sucre. On peut seulement rencontrer du sucre dans le sang artériel, si le sang veineux renferme plus de 0gr,3 pour 100 de sucre.

Le sang des petites veines renferme moins de globules, plus de sérum, et davantage de fibrine que le sang artériel et que celui des plus grosses veines.

Le sang artériel contient toujours plus de sels minéraux que le sang veineux.

Remarques sur la sécrétion du sucre dans le foie, faites à l'occasion de la communication de M. Lehmann, par M. *Claude Bernard*. — M. Cl. Bernard s'applaudit de voir les résultats de ses expériences touchant la fonction glycogénique du foie, sanctionnés encore de la manière la plus évidente par les analyses de M. Lehmann, qui établissent péremptoirement que la proportion de sucre diminue d'autant plus dans le sang qu'on s'éloigne davantage du foie, qui est son lieu d'origine.

Cette diffusion du sucre dans tout l'organisme, indiquée déjà par M. Magendie en 1846, explique donc comment cette matière peut se rencontrer dans le sang de toutes les parties du corps.

S'il est arrivé que certains auteurs n'ont pas pu comprendre le rapport qui existe entre cette diffusion du sucre dans l'organisme et son point réel d'origine, M. Bernard pense que c'est parce qu'ils n'ont pas répété ses expériences méthodiquement et dans les conditions physiologiques requises. C'est ainsi que M. Schmidt, par exemple, a institué des expériences sans valeur au point de vue physiologique, et qu'il est tombé dans l'erreur la plus malheureuse quand il a comparé le sucre avec l'urée, et qu'il a cherché à établir que le foie est à la matière sucrée ce que le rein est à l'urée. Ces deux fonctions doivent être distinguées, au contraire, de la manière la plus radicale, puisqu'il y a, dans la fonction du foie, un phénomène de production ou de *sécrétion*, et dans la fonction du rein un phénomène d'expulsion ou d'*excrétion*.

M. Lehmann s'étant placé dans les conditions que la physiologie indique, toutes les expériences s'enchaînent naturellement pour établir que le sucre, véritable produit d'une *sécrétion intérieure*, prend naissance dans le foie aux dépens des éléments du sang, et indépendamment de l'alimentation féculente et sucrée, pour se répandre ensuite dans tout l'organisme, où il se détruit successivement en s'éloignant de son lieu d'origine.

Médecine. — *Recherches sur la phthisie pulmonaire, la formation des tubercules et la cause première de leur développement*, par M. *Boniface*. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Rayer.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, transmet à l'Académie : — *a.* Une demande d'analyse et d'avis, relative à une source minérale, sise à Vals (Ardèche). — *b.* Une demande du même genre pour l'exploitation d'une fabrique d'eaux minérales, à Lyon. — *c.* Un rapport de M. le docteur *Regnault* sur le service médical des eaux de Bourbon-l'Archambault pendant l'année 1854. (*Commission des eaux minérales.*) — *d.* La recette d'un *élixir*, dit *de santé*, par M. *Bonjean*, pharmacien à Chambéry. — *e.* La recette d'un nouveau mode de traitement du choléra, par M. le docteur *Durand*. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *f.* Un rapport de M. le docteur *Daniel*, sur une épidémie de choléra qui a sévi à Brest du 18 novembre 1854 au 20 janvier 1855. — *g.* Un rapport de M. le docteur *Ourgaud* sur une épidémie de choléra et de suette, à Pamiers (Ariége). — *h.* Sept rapports d'épidémies de choléra, dans le département du Jura, par MM. les docteurs *Germain*, *Jeannin*, *Lombard*, *Favelier*, *Gouget*, *Bremme*, *Verron*. (*Commission du choléra de 1854.*) — *i.* Un rapport de M. le docteur *Houeix* sur une épidémie de dysentérie à Ploërmel (Morbihan). — *j.* Un rapport de M. le docteur *Yvonneau* sur une épidémie d'angine couenneuse à Autainville (Loir-et-Cher). — *k.* Six rapports relatifs à diverses épidémies qui ont régné en 1854 dans le département du Gard, par MM. les docteurs *Pagès*, *Boileau de Castelnau*, *Chabanon*, *Anthouard*. (*Commission des épidémies.*)

2. — *a.* M. le docteur *Bouchut* et M. le docteur *Duchesne* prient l'Académie de vouloir bien les inscrire au nombre des candidats à la place vacante d'*hygiène* et de *médecine* légale. (*Renvoi à la section d'hygiène.*) — *b.* MM. les docteurs *Moreau* (de Tours), *Sestier*, *Martinet*, sollicitent leur inscription sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'*anatomie pathologique*. (*Renvoi à cette section.*) — *c.* M. *Reynal* (d'Alfort) prie l'Académie de comprendre son nom dans la liste des candidats à la place vacante dans la section de *médecine vétérinaire*. (*Renvoi à cette section.*) — *d.* M. le docteur *Vial* (notice sur le choléra épidémique qui a régné à Saint-Étienne en 1854.) (*Commission du choléra de 1854.*) — *e.* M. le docteur *Hubert Rodrigues Pay*, de Montpellier (traitement de l'épilepsie par l'indigo). (*Comm.* : M. Baillarger.) — *f.* M. *Dumon*, de Dompierre (propagation de la vaccine). (*Commission de vaccine.*) — *g.* M. le docteur *Anthouard*, de Vigan (rapport sur l'épidémie cholérique de Quissac en 1854). (*Commission du choléra de 1854.*) — *h.* M. *Galante* soumet à l'Académie plusieurs échantillons de vessies à glace de caoutchouc vulcanisé. (*Comm.* : M. Poiseuille). — *i.* M. *Mathieu*, fabricant d'instruments, présente aussi à l'examen de l'Académie *une nouvelle fermeture* de bistouris et autres instruments tranchants. (*Comm.* : MM. Larrey, Malgaigne.)

M. *Duméril* offre en hommage à l'Académie un exemplaire du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Duvernoy.

M. *Patissier* vient présenter à l'Académie sa démission de trésorier, en adressant des remercîments à la Compagnie pour la confiance dont elle a bien voulu l'honorer pendant huit années.

M. *le président* invite M. Patissier à vouloir bien remettre jusqu'à la prochaine séance, espérant qu'après ces huit jours M. le trésorier, prenant en considération les regrets sympathiques que lui témoignent ses collègues, voudra bien revenir sur cette résolution inattendue.

M. *Depaul* présente à l'Académie une tumeur du poids de 135 grammes environ, qui adhérait par un pédicule à la lèvre postérieure du col utérin chez une jeune femme, et qui, jusqu'alors demeurée complétement inoffensive, n'avait révélé sa présence que dans ces derniers temps par une hémorrhagie inquiétante et rebelle.

Cette tumeur a été enlevée par le procédé de l'*écrasement linéaire*, imaginé par M. Chassaignac. L'hémorrhagie s'est arrêtée sur-le-champ, et l'opération n'a été suivie d'aucun accident.

Pour un certain nombre d'observateurs, la tumeur présentait toutes les apparences du cancer. Mais l'examen microscopique n'a permis d'y découvrir qu'une trame fibreuse avec des culs-de-sac glanduleux en abondance et de nombreuses cellules épithéliales. Dans certains points, on trouvait en assez grande quantité des corpuscules graisseux qui donnaient à la trame de la tumeur une coloration jaunâtre. Ce sont là des caractères qui permettent à M. Depaul d'espérer que la tumeur ne récidivera point.

Discussion sur la variole.

M. *Bouillaud* donne d'abord lecture d'un grand nombre d'aphorismes empruntés à Hippocrate et particulièrement à son livre *De prisca medicina*, espèce d'examen des doctrines antérieures à l'école de Cos, et d'où il ressort clairement que la première idée d'appliquer l'anatomie à l'art de guérir remonte à une époque plus reculée que les temps hippocratiques mêmes.

L'orateur se propose ensuite d'examiner successivement le *vitalisme* à l'Académie, M. Bousquet et M. Piorry ; le vitalisme au point de vue historique, Barthez et Bichat ; le néo-vitalisme ou l'école moderne ultra-vitaliste, enfin Paris et Montpellier.

M. Bouillaud incline à penser, comme M. Bousquet, que M. Piorry est spiritualiste en physiologie et matérialiste en pathologie. D'ailleurs M. Piorry a pris soin de faire la profession de foi de son spiritualisme physiologique, en disant que l'*âme, sous l'influence divine, est le promoteur de la formation organique*. Cependant M. Bouillaud estime qu'un spiritualiste pur aurait droit de se montrer peu satisfait encore de cette définition de l'âme ; elle pourrait lui paraître vague, sans précision, suspecte même, et peu conforme aux saines doctrines. Les mots de *promoteur de la formation organique*, dans leur généralité, peuvent également s'appliquer à tous les êtres organisés sans distinction ; et pourtant n'est-il pas vrai et rationnel d'admettre qu'il se passe chez l'homme des phénomènes d'un ordre particulier qui le distinguent des animaux et le placent bien au-dessus d'eux?

Depuis longtemps, continue M. Bouillaud, on s'est accoutumé à regarder comme adversaires Bichat et Barthez ; et, dans l'esprit de la majorité des médecins, ces deux grands noms se rattachent à des doctrines diamétralement opposées. Pourtant Barthez et Bichat se touchent, et sont unis par plus d'un point de contact. Leurs opinions ne présentent de différence que dans les nuances, dans les applications, les détails ; mais au fond leur doctrine est essentiellement la même.

Tous les deux déplorent le peu de progrès accompli par la médecine, en comparaison surtout des autres sciences qui ont reçu une impulsion si puissante. Tous les deux reconnaissent que la cause en est dans l'absence d'une méthode dans l'étude des phénomènes de la vie ; et tous les deux aussi pensent qu'il serait opportun d'appliquer aux sciences médicales la méthode d'expérience et d'observation à laquelle les sciences naturelles doivent de si rapides et de si merveilleux progrès. Barthez, comme Bichat, croit et professe que c'est de l'étude des faits fournis par l'expérience que l'homme doit le plus sûrement remonter jusqu'aux sources mêmes, jusqu'aux causes des phénomènes, et jusqu'aux lois qui les régissent. Ils pensent l'un et l'autre que, dans les sciences médicales comme dans les sciences physiques, il doit y avoir unité dans les lois fondamentales, simplicité dans les causes et multiplicité dans les effets.

Tous les deux demandent que l'on n'exige des faits bien observés que des conclusions logiques et des déductions légitimes ; c'est le seul moyen d'éviter la confusion et d'asseoir la vérité. Bichat, qu'on nomme le père de l'organicisme et qu'on ne manque jamais d'opposer à Barthez, n'a-t-il pas été quelquefois aussi vitaliste, plus vitaliste même que son prétendu adversaire? N'a-t-il pas admis, par exemple, que la circulation dans les capillaires n'était soumise à aucune influence mécanique, que ces vaisseaux, en vertu d'une sensibilité propre, spéciale, attiraient à eux les liquides qui leur conviennent, et repoussaient les fluides qui leur sont étrangers?

Bichat et Barthez ont parlé tous les deux de Stahl et de Van-Helmont ; leur jugement est conforme en plus d'un endroit. Mais il est surtout remarquable d'entendre Barthez protester contre la tendance de ses contemporains à assimiler ses doctrines à celles de Stahl, et se défendre d'être le chef d'une école nouvelle dite de Montpellier, dont la philosophie ne serait qu'un reflet, qu'un plagiat des idées de Van-Helmont et de Stahl.

Ce qu'il y a de certain, c'est que jamais, dans aucun endroit de ses écrits, Barthez n'a songé à donner une existence réelle, positive, à son *principe vital*.

Bichat se rapproche encore de Barthez en ce que, comme ce dernier, il a pris pour point de départ sa doctrine médicale, et en a fait découler des applications immédiates à la pathologie et à la thérapeutique.

Barthez, dit-on, diffère de Bichat en ce qu'il admet un principe unique qui est pour ainsi dire l'agent essentiel de tous les phénomènes physiologiques, tandis que Bichat établit des divisions, des distinctions dans les causes des actes organiques. C'est une erreur : Barthez a décomposé ses *forces vitales*, comme Bichat avait divisé ses *propriétés physiologiques* : chez l'un comme chez l'autre, nous retrouvons une division dichotomique, identique au fond, et ne différant guère que par les noms. Et à Barthez, tout aussi bien qu'à Bichat, nous pourrions reprocher peut-être de n'avoir pas toujours suffisamment distingué, assez nettement séparé les phénomènes qui appartiennent en propre à l'organisation, et qui sont communs aux végétaux, aux animaux et à l'homme, et les phénomènes qui sont le privilége exclusif de l'homme, et qui le séparent du reste du monde organisé.

Sans doute il y a dans l'organisme humain beaucoup de fonctions qui s'accomplissent conformément aux lois qui régissent le monde physique ; mais aussi combien de phénomènes, combien d'actes qui sont indépendants des puissances mécaniques ou chimiques, et qui ne sauraient s'expliquer ni par les lois de l'affinité, de la pesanteur, du magnétisme, et pour l'interprétation desquels on est conséquemment obligé de reconnaître l'existence de forces d'une tout autre nature, d'un *dynamisme* qui produit et qui règle les actes si divers dont l'ensemble constitue la vie?

Du reste, cette idée d'une force particulière, spéciale, inconnue dans son essence, qui donne le mouvement aux organes, n'est pas nouvelle, vous le savez. Le spiritualisme n'est pas né d'hier ; nous le trouvons dans la philosophie grecque ; et Virgile a dit quelque part :

> Spiritus intùs alit ; totamque infusa per artus
> Mens agitat molem...

Je terminerai cette démonstration de la conformité des doctrines de Barthez et de Bichat, en rappelant que les efforts de ces deux grands maîtres avaient une même origine et un même but ; c'était, de part et d'autre, une salutaire réaction contre la doctrine iatro-mécanique de Boerhaave, qui régnait alors d'une manière souveraine sur le monde médical.

M. Bouillaud confirme chacune des assertions précédentes par la citation de textes empruntés alternativement à Bichat et à Barthez, et qui expriment des idées à peu près identiques.

Maintenant, messieurs, ajoute l'orateur, quelle est cette nouvelle école qui prend le titre de *néo-vitaliste*, et que j'appellerai plus volontiers *ultra-vitaliste?* Cette école qui me reproche d'avoir fait de Morgagni, de Bichat et de Broussais des héros de vitalisme, tandis que je me suis contenté de laver ces illustres maîtres du reproche de matérialisme et d'organicisme pur, démontrant qu'ils étaient réellement *anatomo-pathologistes ;* cette école qui s'intitule aussi *spiritualiste*, pour se distinguer encore des vitalistes, disciples de Stahl et de Barthez, cette école est celle qui seule croit avoir le droit de réciter la main levée le symbole des apôtres, depuis *Credo* jusqu'à *Amen ;* c'est celle qui se dit dépositaire fidèle des traditions d'Hippocrate et de Galien aussi bien que des enseignements de saint Thomas d'Aquin. Telles sont les vaines et ridicules prétentions de cette école néo-vitaliste.

Mais faut-il vous dire, messieurs, ma pensée touchant ces néo-vitalistes? Assurément, personne plus que moi ne respecte la morale évangélique et ne s'efforce de suivre les admirables préceptes de la charité chrétienne ; mais pourtant, qu'il me soit permis de dire la vérité sur ces nouveaux pharisiens, qui, revêtus du voile de la plus coupable hypocrisie, cherchent à renverser l'œuvre du génie pour y substituer leurs dangereuses mystifications. Ils vous disent qu'ils ont pour chefs Hippocrate et Galien, et pour maître saint Thomas..... Mensonge ! leur véritable chef n'est ni un penseur, ni un philosophe, ni un médecin... c'est un rêveur, c'est un fou, c'est Hahnemann.

Le maître ignorait entièrement l'anatomie et ne soupçonnait ni la physiologie ni l'hygiène, il était étranger à la médecine... Les disciples professent un souverain mépris pour les études anatomiques et physiologiques... Ils font une sorte de médecine spéculative, et leur thérapeutique est aussi le résultat de l'intuition. Leur doctrine est un mysticisme dangereux, et eux tous sont des fous, des illuminés comme leur maître.

De nos jours encore, la paix ne paraît point établie entre Paris et Montpellier, et pourtant rien ne me paraît plus facile qu'une fusion, qu'un rapprochement entre ces deux doctrines. Oui, messieurs, Paris et Montpellier, comme Bichat et Barthez, professent des opinions qui ne diffèrent qu'à la surface et par les apparences, mais qui, dans le fond, sont identiques.

Il me serait donc aussi facile de vous fournir la preuve de cette confor-

mité d'opinions essentielles, qu'il m'a été possible de vous démontrer la fraternité de doctrines entre Barthez et Bichat, en dépit des apparences et des croyances généralement admises. Si Paris diffère surtout de Montpellier, c'est qu'il a été plus prompt à s'affranchir du joug de la théorie, à rejeter les données incertaines de l'hypothèse pour accorder tout crédit au contrôle de l'expérience et au langage des faits. Voilà l'école de Paris, fondée par Bichat et représentée aujourd'hui par MM. Magendie, Bérard, ~~Adelon~~, Longet, etc.

Pour M. Lordat, qui est le plus noble représentant et le plus puissant appui de l'école de Montpellier, notre école de Paris serait aujourd'hui réduite à professer humblement la doctrine de Stahl un peu modifiée. Aux yeux du physiologiste de Montpellier, nous sommes des monotélistes; mais il serait aisé de retourner l'argument, et de l'accuser, au contraire, d'appartenir à l'école de Paris par la base même et le point de départ de sa doctrine.

Selon M. Lordat, en effet, l'homme est un double dynamisme; or cette idée de double dynamisme vient de Bichat, qui avait admis une double vie.

Voilà donc Paris et Montpellier sortant du même berceau et se tenant pour ainsi dire par la main, comme les sœurs jumelles d'une même idée mère.

Quant à moi, je prétends que tout système exclusif, quel qu'il soit, organique, physique ou chimique, vitaliste ou dynamiste, est un contresens en physiologie.

Je suis donc éclectique, parce que je ne conçois pas comment un ensemble de phénomènes de divers ordres pourrait être expliqué par un seul ordre de causes, soit physiques, soit dynamiques.

M. *Bouillaud*, avant de terminer, insiste encore sur la nécessité d'établir une ligne de démarcation essentiellement tranchée entre l'ensemble des actes qui sont communs à tous les êtres organisés et les phénomènes qui, appartenant exclusivement à l'homme, doivent nous contraindre d'admettre nécessairement l'existence d'une puissance spéciale, d'une force, d'un dynamisme distinct qui préside à l'accomplissement de ces actes, et qui établit un abîme immense entre l'homme d'une part, les animaux et les végétaux d'autre part.

L'orateur, en finissant, jette l'anathème sur cette race d'hommes qu'il a déjà flétris du nom de pharisiens, *progenies viperina*, secte d'hypocrites, de menteurs, de sycophantes, qui s'attaquent à toutes les illustrations, jettent de la boue au visage du génie, entreprennent de détruire et de fouler aux pieds l'admirable édifice commencé par nos grands maîtres, comme une sainte mission.

Mais c'est en vain que ces pygmées tenteraient de briser les statues gigantesques des Pinel, des Bichat, des Broussais, des Corvisart. La gloire de ces maîtres fameux ne périra pas et survivra à leur haine envieuse. Les insensés! ils sont semblables à ces obscurs blasphémateurs dont parle le poëte :

Le Nil a vu sur ses rivages
Les noirs habitants des déserts
Insulter par leurs cris sauvages
L'astre éclatant de l'univers.
Cris impuissants, fureurs bizarres!
Tandis que ces monstres barbares
Poussaient d'insolentes clameurs,
Le Dieu, poursuivant sa carrière,
Versait des torrents de lumière
Sur ces obscurs blasphémateurs.

Nomination. — M. *le président* proclame le résultat du scrutin ouvert au commencement de la séance pour la nomination d'un *membre suppléant* dans la section de médecine vétérinaire.

M. *Rayer*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est appelé à remplir provisoirement la place vacante par le décès de M. *Bouley*.

La séance est levée à cinq heures.

Société médicale allemande de Paris.

EXTRAIT DES SÉANCES DE JANVIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

De la distribution des vaisseaux dans la muqueuse intestinale.

En 1851, M. le docteur Ernst fit à Zurich une série de recherches sur la distribution des vaisseaux dans la muqueuse intestinale de l'homme, du lapin, du chien, de l'oie et du pigeon; après avoir fait des injections diversement colorées par le tronc cœliaque et la veine-porte, il soumettait la muqueuse à l'examen microscopique. Nous reproduisons le résultat de ses recherches.

Le type fondamental de la distribution des vaisseaux était le même chez l'homme comme chez les animaux, chaque espèce cependant présentait des modifications caractéristiques résultant de la structure différente de la muqueuse et des villosités. Prenant comme type fondamental la muqueuse du tube digestif du lapin, M. Ernst en donne la description suivante:

« Le mode de distribution des vaisseaux est à peu près le même dans la muqueuse de l'estomac et dans celle du côlon; les vaisseaux traversent la couche musculaire en ligne oblique, et, parvenus dans le tissu cellulaire sous-muqueux ils y suivent une direction horizontale, une artère étant ordinairement accompagnée d'une ou de deux veines. Laissons pour un moment les artères. Les veines, d'un dix-huitième de ligne de diamètre, se répandent dans cette couche sous-muqueuse, s'anastomosent entre elles et forment de cette manière de vastes réseaux veineux; nous les désignerons sous le nom de veines basilaires. De ces veines basilaires (fig. 1, V) partent des branches ascendantes de 1/40 à 1/70 de ligne de diamètre qui traversent la muqueuse en ligne verticale ou un peu oblique.

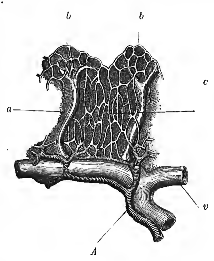


Figure I. — Coupe verticale de la muqueuse du côlon.

» La distance entre ces branches ascendantes varie, en moyenne elle est de 1/7 à 1/14 de ligne. Chacune d'elles correspond à un de ces plis qui se trouvent à la surface de la muqueuse, elle en occupe le centre et se dirige vers le sommet. Pendant leur trajet à travers la muqueuse ces veines ne reçoivent pas de branches, à de rares exceptions près, de sorte que dans la couche moyenne de la muqueuse il n'y a nulle part une transition du système artériel dans le système veineux. La muqueuse de l'estomac et du côlon en fournit la preuve la plus évidente. Près de la surface de la muqueuse, chacune de ces branches ascendantes se divise en de petites veinules de 1/130 de ligne de diamètre, qui s'approchent tout à fait de la surface, se recourbent de tous côtés au sommet des plis et constituent ainsi un réseau capillaire dont nous parlerons bientôt.

» Les artères basilaires (fig. 1, A) du tissu cellulaire sous-muqueux ont un diamètre de 1/50 à 1/70 de ligne, elles se comportent d'une manière tout autre que les veines : elles ne donnent nulle part des branches isolées qui traversent directement la muqueuse; elles se divisent au contraire immédiatement en de très petites branches et forment, déjà à partir de la base de la muqueuse, un réseau capillaire très fin, de sorte qu'on peut dire que leur métamorphose dans un réseau capillaire est subite et se fait sans gradation intermédiaire. Ces petites branches artérielles ont un diamètre de 1/300 à 1/400 de ligne; parallèles les unes aux autres, elles se dirigent en ligne verticale vers la surface de la muqueuse (fig. 1, c.), en s'anastomosant par des ramifications transversales de manière à former un réseau capillaire dont les mailles ont 1/55 à 1/111 de ligne de largeur. Ce réseau se répand d'une manière uniforme dans la muqueuse et enlace complétement les veines ascendantes de manière qu'une veine correspond à un assez grand nombre de ces capillaires. Les glandes en tubes sont enfoncées dans ce réseau capillaire de manière que chaque tube en est entouré dans toute sa longueur. La jonction des deux systèmes vasculaires a lieu à la surface de la muqueuse. En effet, l'ouverture de chaque glande est entourée d'un anneau capillaire de 1/300 à 1/360e de ligne de diamètre; ces anneaux sont les dernières ramifications du réseau capillaire artériel, ils s'anastomosent avec les radicules des veines ascendantes. » M. Ernst en conclut que le passage du sang artériel dans le système veineux s'effectue uniquement tout près de la surface de la muqueuse.

Quant à la distribution des vaisseaux dans la muqueuse de l'intestin

grêle, il l'a trouvée à peu près la même comme dans l'estomac et le côlon: il fait cependant remarquer une modification du type fondamental qui se rencontre dans le réseau capillaire des villosités. Là, en effet, il a vu fréquemment une artériole pénétrer directement jusqu'à la partie moyenne de la villosité et même au delà, de sorte qu'il n'y existe pas de réseau capillaire uniforme. M. Ernst suppose que la pression de la colonne sanguine dans cette branche artérielle un peu plus forte contribue essentiellement à gonfler et à développer la villosité pendant l'acte de la digestion. Les réseaux capillaires des couches profondes de la muqueuse de l'intestin grêle enlacent les glandes de Lieberkuhn de la même manière que cela a lieu dans l'estomac et le côlon pour les glandes en tubes; toutefois ces réseaux ne sont ordinairement pas aussi complets et à mailles aussi serrées parce que les glandes de Lieberkuhn sont bien moins développées que les glandes tubuleuses de l'estomac.

M. Ernst croit que ce mode de distribution des vaisseaux est dans une connexion intime avec la fonction des glandes, comme organes sécréteurs, et avec celle de la surface de la muqueuse, comme organe absorbant. Voici de quelle manière il explique son opinion: « La physique nous apprend que, lorsque de l'eau s'écoule par le tuyau d'un réservoir, une grande partie de la pression hydrostatique est employée à surmonter l'opposition que produit le frottement, de sorte que cette partie de la force de pression n'influe en rien sur le mouvement de l'eau dans le tuyau.

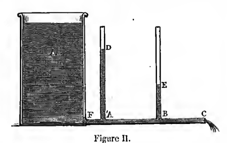


Figure II.

» Plus le tuyau *fc* est long et sa lumière étroite, plus la colonne d'eau A perd de sa force de pression et l'écoulement se fait d'autant plus lentement au point *c*. Le niveau de l'eau dans les tuyaux verticaux *a d* et *b e* permet de reconnaître la perte qu'éprouve la force de pression pour vaincre l'opposition produite par le frottement dans le tuyau *fc*; car ce niveau est égal à la force de pression latérale exercée par le liquide. La pression latérale n'est pas la même dans tous les points du tuyau *fc*, elle diminue à mesure que l'eau s'approche du point d'écoulement c, où elle est nulle. Si l'on applique cette loi à la circulation dans la muqueuse intestinale, il en résulte que la force avec laquelle le sang est poussé dans l'artère A, fig. I, est considérablement diminuée par le frottement du liquide contre les parois du grand nombre d'artérioles qu'il est obligé de parcourir. Lorsque le sang a traversé ce labyrinthe de canaux étroits, il entre subitement dans les grosses racines des veines, fig. I, *b*. L'espace formé par ces racines veineuses est relativement plus grand que celui que le sang vient de parcourir: le frottement est donc évidemment bien moindre, et c'est dans cette raison d'être qu'il faut chercher une partie de la force qui fait circuler le sang dans les veines. Afin de perdre le moins possible de cette force (*vis à tergo*), les veines se réunissent aussitôt en de gros canaux. Le nombre de ces canaux veineux diminue progressivement, et enfin le sang se trouve réuni dans un seul canal, la veine-porte. Ainsi, dès que le sang entre dans le système veineux, la force qui le fait circuler n'éprouve qu'une très petite perte par le frottement, cette force devant encore être employée à surmonter l'opposition produite par le frottement dans un deuxième système capillaire, celui du foie, où le frottement est considérable. Nous pouvons comparer la force avec laquelle le sang est poussé dans l'artère A, fig. I, à la pression hydrostatique de la colonne d'eau A, fig. II; la somme des capillaires c, fig. I, correspond au tuyau *fc*, fig. II, et les veines ascendantes *a*, *a*, fig. I, correspondent au point d'écoulement *c*, fig. II. » M. Ernst se croit autorisé à admettre que la pression latérale est plus forte au point où commence le système capillaire et qu'elle va en diminuant, de même qu'elle est plus forte dans A, fig. II, qu'au point *b*, fig. II; elle est relativement minime dans *b b*, fig. I, où se fait la transition du système capillaire dans le système veineux, comme elle est nulle au point *c*, fig. II.

En raison de ce qui vient d'être dit, la pression du sang dans cette partie du système capillaire qui enlace les extrémités borgnes des tubes serait relativement très forte, tandis qu'elle serait bien moindre dans celle qui se trouve à la surface de la muqueuse, immédiatement sous l'épithélium. Partant de cette différence de pression dans les différentes parties du système capillaire, M. Ernst cherche à expliquer la fonction dévolue à chacune de ces parties:

« La pression considérable qui a lieu dans la partie du système capillaire qui enlace les extrémités borgnes des tubes, doit contribuer à faire passer à travers les parois des vaisseaux quelques-unes des parties constituantes du sang; en d'autres termes, elle fournit à la glande les éléments de la sécrétion; après avoir cédé ces parties, le sang arrive à la surface de la muqueuse; là, la pression est bien moindre, et de plus, le liquide est près de passer dans les grosses racines veineuses, deux moments qui doivent favoriser singulièrement l'absorption de matières dissoutes. »

M. Ernst prévoit l'objection qu'on peut faire à cette hypothèse, à savoir, que la comparaison avec la loi hydrodynamique n'est pas très juste; il croit néanmoins devoir affirmer l'analogie, quoiqu'il soit impossible d'en fournir une preuve mathématique. Il s'était appliqué à donner cette preuve, et, à cet effet, il avait cherché à exprimer en chiffres la proportion entre les veines ascendantes et les vaisseaux capillaires artériels, résultat qui, s'il l'eût obtenu, l'aurait nécessairement conduit à une conclusion sur le quantum du frottement et la masse du sang dans les deux systèmes. Les difficultés qu'ils rencontra étaient telles, qu'il dut renoncer à son projet. Il est évident que la différence de pression latérale dans les deux points cités du système capillaire est minime, surtout parce qu'on ne peut pas établir une comparaison mathématiquement juste entre les racines des veines *b*, *b*, fig. I, et le point d'écoulement *c*, fig. II, vu que dans *b*, *b*, fig. I, il existe encore une pression, quoique minime, et que dans c, fig. II, il n'y en a plus; les racines des veines pourraient, à plus juste titre, être comparées à une dilatation du tuyau au point c. C'est là la partie faible du parallèle, mais s'il y a une différence de pression dans les deux points du système capillaire, quelque petite qu'elle soit, elle est décisive, vu le nombre infini de ces capillaires.

M. Ernst passe ensuite au rapport des vaisseaux avec les glandes de Peyer, de Brunner et avec les follicules solitaires. En ce qui concerne les glandes de Brunner, il a constaté la distribution des vaisseaux telle qu'elle a été décrite par les auteurs. « Les plaques de Peyer et les follicules solitaires, dit-il, présentent le même mode de distribution des vaisseaux, les premières n'étant que des groupes réunis des derniers. Ces organes sont sphériques et ressemblent à des vésicules; ils regorgent de sang, étant non-seulement enlacés, mais encore traversés par un réseau capillaire. Les réseaux qui enlacent chaque corpuscule sont connus; Berres, Arnold et Flouch les ont décrits et représentés. Lorsqu'on injecte une plaque bien développée, et qu'on l'examine au microscope, on distingue parfaitement les mailles du réseau qui enlace les corpuscules, même quand le grossissement est peu considérable. Les vaisseaux ont 1/120 à 1/350 de ligne de diamètre. Ce réseau s'anastomose avec les anneaux vasculaires des glandes de Lieberkuhn, qui entourent les corpuscules et de ces anneaux partent des branches qui communiquent avec les vaisseaux des villosités et des plis de la muqueuse. Les petits vaisseaux afférents et efférents suivent un trajet plus ou moins vertical en rampant entre les corpuscules. Lorsqu'on emporte par une coupe horizontale la couche supérieure de la muqueuse avec les sommets des corpuscules et des réseaux capillaires qui les enlacent, et qu'ensuite on fait une deuxième coupe horizontale qui n'enlève qu'une couche très mince de la muqueuse, on aperçoit dans ce dernier segment un réseau capillaire remarquable par son élégance.

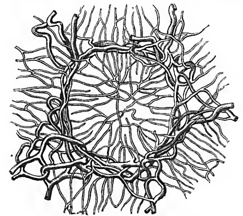


Figure III. — Coupe horizontale d'une plaque.

» Si les corpuscules sont un peu plus développés, on réussit quelquefois à faire deux ou trois coupes horizontales, de sorte qu'on a plusieurs segments du même corpuscule, qui, vus au microscope, présentent tous le réseau capillaire représenté fig. III. Lorsqu'on fait des coupes verticales on ne voit que des capillaires coupés en ligne transversale ou oblique, preuve évidente que les vaisseaux suivent principalement un trajet horizontal à travers les corpuscules. Ces capillaires ont un diamètre de 1/300 à

1/400 de ligne et se dirigent de la périphérie vers le centre du corpuscule en formant de nombreuses anastomoses. Vers la partie centrale une veinule reçoit le sang des capillaires artériels et sort du corpuscule ordinairement par une paroi latérale, au point d'entrée de l'artériole dont les ramifications forment le réseau interne. Chaque corpuscule est pourvu d'une espèce de capsule qui lui donne des contours assez marqués, principalement dans sa partie supérieure, et c'est cette enveloppe capsulaire qui a donné lieu à l'opinion généralement répandue que ces organes sont des vésicules ; tout récemment encore on a même parlé d'une ouverture de la vésicule, par laquelle elle vidait son contenu dans le canal intestinal. Mes recherches m'ont convaincu que ces ouvertures n'existent pas, et que ces organes ne sont point des vésicules. Les contours de la capsule sont moins distincts dans les parties latérales où elle est en rapport avec des lamelles de tissu cellulaire, qui se dirigent vers la base de la muqueuse ; à la partie supérieure du corpuscule, qui correspond à la surface de la muqueuse, ces contours sont constamment très marqués. Le contenu a une grande analogie avec celui des ganglions lymphatiques, et, tant à cause de l'analogie dans la structure, qu'à cause de la vascularité dans leur intérieur, je penche pour l'opinion que ces corpuscules sont des organes analogues aux ganglions lymphatiques. Je nie positivement la forme vésiculeuse. Les recherches de M. Brucke, de Vienne, et mes propres observations rendent, sinon certaine, du moins très vraisemblable, l'opinion que les vaisseaux lymphatiques de la muqueuse intestinale sont dans une connexion immédiate avec ces organes.

» Dans le typhus, chaque corpuscule devient d'abord un foyer hémorrhagique, et dans des cas intenses l'extravasation sanguine peut devenir tellement diffuse, que chaque plaque ne forme qu'un seul foyer apoplectique; dans ce cas le parenchyme du corpuscule ne peut plus être distingué de celui de la muqueuse qui l'entoure. La vascularité considérable de ces corpuscules fait comprendre les fortes altérations pathologiques dont ils sont le siége dans l'affection tuberculeuse de l'intestin et dans le typhus. L'analogie entre les plaques de Peyer et les follicules solitaires, d'une part, et les glandes du mésentère, d'autre part, pourrait bien trouver une confirmation dans les altérations pathologiques qui s'y produisent dans le typhus. Dans chaque période de cette maladie ces altérations se rencontrent toujours en proportion et dans les plaques de Peyer et dans les glandes du mésentère qui sont en rapport indirect par des vaisseaux chylifères; la marche progressive et rétrograde de la maladie produit des changements analogues dans ces deux ordres d'organes. Il n'est pas rare de rencontrer la même analogie dans les affections tuberculeuses et carcinomateuses du tube intestinal. »

D[r] A. Martin.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend des lettres de remercîments de la part de MM *Douhet* (de Blaye), *Alliès* (de Trouville), *Dufresse de Chassaigne* (de Bagnols, Lozère), nommés membres correspondants. M. le professeur *Filhol* adresse une note sur l'analyse des vapeurs d'eaux minérales.

Ouvrages offerts à la Société.

Trois mémoires sur l'emploi des eaux sulfureuses d'Allevard et les bains de petit-lait, par M. Niepce.

Mémoire sur les eaux minérales et thermales du Gers, par M. Linange, pharmacien.

Règlement de l'établissement thermal de Bourbonne-les-Bains.

M. le docteur *Moutard-Martin*, médecin des hôpitaux, et M. le docteur *Saurel*, sont nommés membres titulaires.

MM. les docteurs *Westlaz* (d'Aix-la-Chapelle), *Spengler* (d'Ems), *Braun* (de Wiesbaden), sont nommés correspondants étrangers.

Sur la proposition de M. le président, la Société confère, par acclamation, à M. le professeur *Filhol*, le titre de membre honoraire, en remplacement de M. le docteur Viguerie, décédé.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la question suivante : *De la composition chimique des vapeurs des eaux minérales.*

M. *François*. La nature des vapeurs d'une eau minérale dépend des conditions dans lesquelles se produit la formation de ces vapeurs. On distingue généralement :

1° Les vapeurs spontanément produites par l'eau abandonnée à sa température native, et mises en rapport avec un milieu de dimensions définies. Nous les désignerons sous la dénomination de *vapeurs spontanées*.

2° Les vapeurs produites sous une pression définie, par une chaudière-générateur alimentée par l'eau minérale et mise en rapport avec un milieu de dimensions déterminées; ce sont les *vapeurs forcées*.

Entre ces deux espèces de vapeurs, on peut poser, comme termes intermédiaires, trois variétés, savoir :

1° Les vapeurs obtenues par l'action, sur un bassin ou sur un hypocauste d'eau minérale, de tubes plongeurs ou barboteurs injectant de la vapeur forcée : ce sont les *vapeurs par barbotage*.

2° Celles que l'on obtient en recevant l'eau minérale, douée d'une chute naturelle ou artificielle, par l'appareil de ventilation connu sous le nom de *trompe*, que l'on voit encore dans certaines usines métallurgiques des Pyrénées et des Alpes : ce sont les *vapeurs spontanées exaltées*.

3° Celles qui se produisent si l'on maintient artificiellement le bassin d'eau minérale à une température constante et suffisante pour déterminer une évaporation active. Ainsi seraient les chaudières d'évaporation des salines. Ce sont les *vapeurs d'évaporation active*.

Il est enfin une variété toute particulière de vapeurs que l'on obtient en faisant tomber l'eau minérale en petite quantité sur une plaque, sur une lentille métallique ou sur une pierre fortement chauffée. Nous la désignerons sous le nom de *vapeurs précipitées*.

Ces dénominations ne sont ici qu'un moyen de distinguer provisoirement les différentes espèces de vapeurs. Quand viendront les études sur leur application thérapeutique, elles seront probablement modifiées.

Les vapeurs spontanées proprement dites, qui, dans le plus grand nombre des cas, ne sont que le résultat d'un fait d'évaporation simple à la température naturelle de l'eau, comprennent les gaz libres dans l'eau, ainsi que ceux pouvant résulter des actions déterminées sur l'eau elle-même au contact limité de l'air extérieur, dans un milieu également limité, soit par l'action directe de l'air extérieur, soit par les actions réciproques des différents éléments qui la minéralisent.

C'est ainsi que certaines variétés de salines et de ferrugineuses acidules jettent dans le milieu un mélange de vapeurs, d'acide carbonique, d'oxygène et d'azote, quelquefois des produits bitumineux.

C'est ainsi également que les eaux sulfureuses apportent non-seulement leurs gaz natifs libres, mais ceux provenant de l'altération progressive de ces eaux.

Dans ce dernier cas, déjà complexe par lui-même, vient s'ajouter l'action de certains gaz, tels que l'acide sulfurique sur l'oxygène du milieu, comme l'ont démontré les expériences de M. le docteur Filhol sur la composition de l'air des étuves souterraines, des piscines, des douches, des bains et des salles de bains de Luchon.

La présence de substances et de sels fixes est encore à préciser dans les vapeurs spontanées proprement dites. Ce n'est que quand on passe aux vapeurs dites d'*évaporation active*, surtout s'il y a concentration du liquide, que l'on commence à trouver des produits fixes bien déterminés, notamment des sels de soude, des composés du chlore, du brome, de l'arsenic et de l'iode. M. le docteur Constantin James me rappelait récemment le fait bien constaté de cristaux de chlorure de sodium trouvés sur les parois de plaques et de tuyaux d'appel placés au-dessus des chaudières d'évaporation de salines. Il paraît probable que des recherches indiqueraient la présence d'autres substances et d'autres sels.

Les vapeurs forcées proprement dites, et surtout les vapeurs précipitées, ne jettent pas seulement dans le milieu limité les produits des vapeurs spontanées et des vapeurs dites d'évaporation active, dans une proportion plus considérable ; mais il y a de plus entraînement à distance de vésicules de l'eau minérale elle-même, et par conséquent de ses éléments fixes. Le fait d'entraînement à distance de vésicules d'eau est bien connu des ingénieurs constructeurs, qui cherchent depuis longtemps à le combattre.

Les indications qui précèdent sont appuyées par les expériences récemment faites aux principales stations thermales du Puy-de-Dôme, par notre illustre chimiste, M. le baron Thenard. Ces expériences ouvrent un jour nouveau sur la question générale de composition des vapeurs des eaux minérales. Elles montrent combien sont riches en résultats ces recherches que nous appelons de tous nos vœux.

L'exposé ci-dessus fait voir combien est complexe la nature des différentes vapeurs des eaux minérales, et, par suite, ce qu'on est fondé à en attendre, quand les efforts combinés du médecin, du chimiste, de l'ingénieur et de l'architecte se seront exercés sur leurs modes réguliers de production et d'administration.

Les vapeurs d'eaux minérales, comme moyen de médication, sont appliquées soit en bain sur la surface externe, soit à l'intérieur seulement, par des tuyaux aspirateurs ou respirateurs mis en communication avec le milieu de vapeurs, soit enfin à l'intérieur et à l'extérieur à la fois, dans les salles d'inhalation et dans les étuves.

Ces modes d'action sont plus anciens et plus généraux qu'on ne le pense. Ils ont été usités chez les anciens, qui respiraient les vapeurs des grottes

et les émanations volcaniques du Vésuve. Ma mémoire ne me permet pas de citer les textes et les auteurs. M. le docteur Constantin-James m'a plusieurs fois cité des noms d'hommes et de lieux d'application.

Et d'ailleurs, peut-on concevoir la piscine et l'étuve, et, dans certains cas, la douche et le bain lui-même, sans y rattacher de suite certains effets propres à l'inhalation ? Or, les nombreuses substitutions thermales rapportées à l'époque romaine, nous montrent de toutes parts l'étuve et la piscine groupées sur les plus vastes proportions, avec leurs bouches de vapeurs étagées.

A une époque plus récente, un des médecins du grand Frédéric pratiquait l'inhalation et le bain avec des mélanges facultatifs de vapeurs d'eau minérale, d'acides carbonique et sulfhydrique.

De nos jours, l'application des vapeurs minérales a sollicité l'attention et les efforts des praticiens. Plusieurs ont rapporté en partie à l'inhalation les effets si remarquables des piscines et de la célèbre douche du Tambour de Barèges. D'autres ont appliqué les vapeurs elles-mêmes. C'est ainsi que l'on a vu deux illustrations médicales, feu le docteur Lallemand et M. le docteur Bertrand, propager, l'un l'application des vapeurs spontanées, au Vernet, l'autre celle des vapeurs forcées, au Mont-Dore. Ils ont trouvé des imitations à Royat, à Amélie-les-Bains, à Celles, etc., etc. L'inhalation, les bains et les douches de vapeurs tendent à se généraliser.

Mais si la recherche de la composition des vapeurs d'eau minérale offre des difficultés que nous avons appréciées plus haut, celle du mode d'action de ces vapeurs, et, par suite, des constructions des appareils et engins les plus convenables à ce mode d'action, présente à un bien plus haut degré les complications les plus sérieuses.

Ce qui a été fait jusqu'à ce jour en matière d'application médicale des vapeurs d'eaux minérales laisse beaucoup à désirer. On n'est pas encore fixé sur les dimensions, sur la distribution et sur la division des locaux destinés à l'inhalation. Si je ne me trompe, on est loin d'avoir déterminé les limites extrêmes de température entre lesquelles on doit pratiquer soit l'inhalation dans un milieu ambiant, soit l'aspiration par des tuyaux communiquant avec le milieu de vapeurs. Où finit la salle d'inhalation ? Où commence l'étuve ? C'est ce qui n'est pas encore défini.

Il est un autre ordre de faits sur lequel des recherches sont à poursuivre : je veux parler des conditions les plus convenables pour que, tout en tenant compte de la nature des vapeurs, l'inhalation se pratique et s'administre d'une manière permanente et régulière. Je m'explique. Plusieurs des salles d'inhalation que j'ai étudiées jusqu'à ce jour m'ont paru pécher tantôt par excès, tantôt par défaut soit de ventilation, soit de renouvellement des vapeurs. Il en résultait non-seulement des variations fâcheuses de température, mais des modifications probablement sensibles dans la nature du milieu, surtout si l'on tient compte des variations incessantes dans le nombre de malades soumis simultanément et dans le même milieu au régime des vapeurs.

Les variations dans le nombre des malades réunis dans le même milieu m'ont toujours paru constituer une difficulté sérieuse dans la pratique ; aussi ai-je été conduit, avec tous les hommes qui ont étudié l'inhalation, à chercher une solution dans la combinaison des locaux ou milieux spacieux, eu égard aux malades simultanément admis au régime des vapeurs, avec d'autres locaux de dimensions restreintes devant recevoir un nombre très limité de malades. On le voit, c'est la combinaison de la salle et du cabinet de vapeurs, appropriés aux différentes natures d'eaux minérales, comme, dans un autre ordre de faits, on a pratiqué pour balnéation la combinaison de la piscine et du cabinet de bain.

Telle est l'idée à laquelle, à défaut de données précises, j'ai dû m'attacher pour ménager les applications médicales des vapeurs diverses d'eaux minérales dans le remaniement de nos thermes. Il n'est pas une station thermale, en France et chez nos voisins, où de grands travaux d'amélioration ne soient en voie d'exécution ou en projet sérieux. Il eût été fâcheux que, dans le mouvement général qui tend à s'opérer, on n'eût tenu aucun compte, sinon pour le présent, du moins pour l'avenir, des mesures à prendre pour y ménager la réalisation des différents modes d'application des vapeurs d'eaux minérales, et notamment de l'inhalation sous toutes ses formes. C'eût été rejeter à distance les heureux résultats à attendre de ce mode d'administration des eaux minérales. Je ne pouvais accepter une telle responsabilité.

Aussi, m'entourant de l'opinion éclairée et des précieuses indications des membres du corps médical que j'ai l'honneur de connaître, ai-je recherché, avec leur aide, à préparer les moyens de réaliser, dans des conditions convenables, l'application des différents modes d'action des vapeurs d'eaux minérales, tels que :

1° La salle et le cabinet de vapeur, pour l'inhalation dans un milieu ambiant ;

2° L'aspiration, le humage, par l'intermédiaire de tubes, avec ou sans masque, communiquant avec un milieu de vapeurs ;

3° La caisse ou boîte de vapeur, pouvant recevoir à volonté le corps, moins la tête, ou bien une partie du corps ;

4° Les douches générale et locale de vapeurs ;

5° Le bain de vapeur avec douche, frictions, massage, bain de pluie ou immersion facultatifs ;

6° Les étuves avec ou sans gradins et leurs accessoires.

Chacune de ces parties constitutives d'un système d'applications médicales des vapeurs d'eaux minérales peut, dans le plus grand nombre de cas, être alimentée par des vapeurs spontanées ou forcées, ou par les variétés intermédiaires auxquelles, selon les besoins, on adapte les boîtes fumigatoires.

Mais, pour marcher avec quelque certitude dans ces réalisations, la plupart d'essai, il est des questions à poser, dont la solution importe à la bonne distribution et aux dimensions convenables des locaux. C'est ici que la chimie et la médecine doivent guider l'ingénieur. En effet, n'est-il pas convenable qu'avant toutes choses on précise, savoir :

1° Quelles sont, pour chaque nature d'eau minérale, et selon les affections à traiter, selon l'idiosyncrasie des malades, les limites extrêmes de température des salles et cabinets d'inhalation des caisses de vapeur ?

2° Quels sont les caractères séparatifs de la salle d'inhalation et de l'étuve ?

3° Quelle est la nature des vapeurs spontanées et forcées des différentes variétés d'eaux minérales ?

4° Quelles modifications peut subir la nature de ces vapeurs, soit par la présence des malades, soit par l'action réciproque des différents éléments fixes ou gazéiformes qu'elles renferment, pour en déduire les dimensions et les dispositions des locaux ?

Je m'arrête ici dans l'exposé des questions principales qui seraient à résoudre. La discussion à laquelle votre savante Compagnie va se livrer en soulèvera d'autres non moins importantes ; mais j'ai dû me tenir dans les indications beaucoup trop sommaires qui précèdent, pour rester dans mon rôle d'ingénieur et dans les limites d'un travail qui n'est qu'une entrée en matière.

M. *Lheritier*. La communication que je vais vous faire m'est commune avec M. Henry, qui, pendant le séjour qu'il a fait à Plombières, a bien voulu me prêter son concours.

Nous avons dû, en procédant aux dernières opérations dont je vais vous parler, éviter toutes les chances d'erreur. C'est pour cela que nous avons choisi une étuve qui ne fût pas fréquentée par les malades, et dans laquelle, par conséquent, nous n'eussions pas à redouter l'action d'émanations alcalines, résultat du séjour de ces malades dans les étuves, particulièrement celle des sels ammoniacaux produits de l'excrétion urinaire.

Nous avons placé des papiers réactifs de tournesol, d'airelle, de plomb dans l'atmosphère des étuves, en évitant avec soin qu'ils ne touchassent les parois en maçonnerie qui circonscrivent le lieu où nous opérons.

Nous avons disposé dans l'atmosphère de l'étuve des matras remplis de mélanges réfrigérants, à la surface desquels matras la vapeur d'eau qui s'élevait spontanément de la source thermale venait se condenser sous forme de gouttelettes, que nous recueillions avec soin dans des vases mis à l'abri d'autres gouttes qui auraient pu s'y mélanger, en tombant du plafond sur lequel elles s'accumulent, et en entraînant quelques sels provenant de la maçonnerie.

Les papiers réactifs sont restés suspendus dans l'étuve, sans subir le moindre changement, pendant toute une semaine.

L'eau recueillie sur les matras réfrigérants était parfaitement limpide, sans saveur et sans odeur. Elle possédait une réaction alcaline lente, mais cependant assez marquée. Cette réaction devenait prompte et très évidente, si l'on concentrait cette eau aux deux tiers ou à la moitié.

Traitée par les réactifs, elle donnait, par le nitrate d'argent, un précipité, ou plutôt un trouble blanchâtre qui disparaissait par l'acide azotique, en laissant une couleur brune à la liqueur ; par le tannin, des flocons légers ; par le sublimé, des flocons plus légers encore. Le sel d'or y subissait une réduction très lente ; le chlorure de barium demeurait sans action. Si l'on concentrait la même eau, on voyait, lorsqu'on avait évaporé environ les deux tiers de son volume, se former successivement au milieu d'elle de petits filaments lanugineux qui, vus au microscope, rappellent l'organisation des conferves.

Ces filaments, réunis sur une lame de platine et chauffés, brûlaient en répandant une odeur légèrement empyreumatique, et laissaient de la silice.

Quelques gouttes de cette eau très concentrée, portées sur une lame de verre, donnent, par évaporation à l'air, de petits cristaux qui, examinés au microscope, ont la configuration de feuilles de fougère, et que nous considérons comme un sel ammoniacal.

L'évaporation de l'eau produite par la vapeur concentrée, poussée jusqu'à siccité, donne un résidu blanc, salin, très alcalin, bleuissant vigoureusement le papier de tournesol rouge. Une portion de ce résidu, traitée par l'acide sulfurique, a donné lieu à une légère effervescence. Traité par la potasse, il s'en est dégagé de l'ammoniaque appréciable par l'odorat et

au moyen d'un papier réactif disposé sur un verre de montre qui servait d'opercule au creuset dans lequel s'opérait la réaction.

D'un autre côté, nous avons disposé dans l'atmosphère de l'étuve, à l'abri de toute adultération, des assiettes dont le fond était recouvert d'une solution d'azotate d'argent. Après quelques jours d'exposition dans ce milieu, elles ont fourni une liqueur donnant un précipité presque entièrement insoluble dans l'ammoniaque.

Enfin, voulant rendre plus palpable la présence des matières que la vapeur d'eau entraîne avec elle en se dégageant spontanément de la source, source dont la température maximum est de 60 degrés centigrades, nous avons cherché à faire évaporer sur des verres de montre de petites portions d'eau recueillies dans le vaporarium. Nous avons obtenu :

1° Un verre chargé de matière organique très visible à l'œil nu et présentant au microscope tous les caractères de la glycérine, obtenue par l'évaporation directe de l'eau qui a fourni les vapeurs que nous étudions.

2° Un autre verre où la matière organique se montre en moins grande quantité, et où l'on voit des traces de matières cristallines.

D'où nous croyons pouvoir conclure que l'eau produite par la concentration des vapeurs fournies par l'eau thermale de Plombières contient de la matière organique et des traces de matières salines.

M. *Petit*. Nous n'avons pas de salles d'inhalation à Vichy. J'ai pourtant voulu savoir ce que les vapeurs produites par nos eaux entraînent avec elles, et, par conséquent, ce que l'on respirerait dans des salles de cette nature, si l'on jugeait à propos d'en établir.

Déjà l'on savait que toutes les sources de Vichy donnent à l'odorat une certaine impression d'acide sulfhydrique ; mais ce principe y est si éphémère qu'il y est presque inappréciable.

J'étais sûr, en examinant les vapeurs produites par les eaux de Vichy, d'y trouver de l'acide carbonique qui, se dégageant sans cesse de ces eaux, devait nécessairement se dissoudre dans leurs vapeurs, et s'y condenser en partie avec elles ; mais il restait à savoir si ces vapeurs entraînent avec elles quelques-uns des autres principes que ces eaux contiennent.

Pour m'éclairer sur cette question d'une manière complétement satisfaisante, j'ai pensé qu'il était nécessaire que des recherches chimiques fussent faites non-seulement sur des vapeurs produites par la distillation de l'eau minérale, mais aussi sur celles qui se dégagent naturellement des sources. J'ai donc fait recueillir avec soin, il y a un an, à l'aide d'un appareil convenable, des vapeurs dégagées naturellement de la source de la Grande-Grille, et je me suis procuré ainsi un demi-litre environ d'une eau parfaitement limpide.

J'ai fait en même temps distiller, à 100 degrés, dans une cornue de verre très bien lavée et parfaitement séchée, de l'eau minérale des sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital, et j'ai réuni ainsi, en produit distillé, trois litres de chacune de ces deux sources.

J'ai prié alors M. O. Henry de vouloir bien faire l'analyse de ces produits et y chercher ce qui aurait pu être entraîné avec la vapeur. Cet habile chimiste a bien voulu s'en occuper et s'est livré à cette recherche avec le plus grand soin.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

Le premier liquide, celui provenant des vapeurs dégagées naturellement de la source de la Grande-Grille, a été évaporé dans une capsule de verre, à une douce chaleur ; il a perdu assez vite le caractère d'acidité qu'il présentait d'abord au papier bleu de tournesol, et qui provenait de l'acide carbonique que l'eau tenait en dissolution. Bientôt il s'y est formé des flocons blancs, légers, de nature organique. Ces flocons sont devenus plus abondants en continuant l'évaporation, et ont pris une coloration tantôt bleuâtre, tantôt rose ; enfin, il est resté, avec un peu de liquide, un précipité organique assez abondant. Ce dépôt, lavé et calciné ensuite avec de la potasse, de la pureté de laquelle M. Henry s'était assuré, a fourni des traces non douteuses d'iode.

Les liqueurs provenant de la dissolution de l'eau des sources de la Grande-Grille et de l'Hôpital étaient parfaitement limpides. Acidules au tournesol, elles ont perdu par la chaleur cet état acide dû à l'acide carbonique, et bientôt elles se sont progressivement troublées, comme dans le premier essai, par des flocons blancs, légers. L'évaporation ayant été continuée, on a obtenu des résidus rougeâtres ou vert-bleuâtres, et enfin il est resté une quantité de liquide qui a été filtré, et dans lequel le chlorure palladique a indiqué de l'iode. Le dépôt, lavé et calciné avec de la potasse pure, tout à fait exempte d'iodure, a montré, comme dans le premier cas, la présence d'un principe iodique. L'eau a donné, de plus, des indices de carbonate d'ammoniaque.

On voit donc, par ces essais, qu'il y a dans les vapeurs des sources de Vichy de l'acide carbonique avec des traces de carbonate d'ammoniaque, et que ces vapeurs entraînent avec elles une matière organique dans laquelle il existe de l'iode.

J'ajouterai que M. Henry n'y a trouvé aucun des autres principes contenus dans ces eaux.

La matière organique dont la présence s'est manifestée, par l'évaporation, dans le liquide produit par la vapeur condensée de l'eau de Vichy, serait-elle le principe qui, en se développant, donne naissance à la matière verte qui se montre à la surface de cette eau lorsqu'elle reste exposée pendant un certain temps à l'air et à la lumière, et l'iode qu'on y trouve y est-il comme élément, à côté du carbone, de l'oygène, etc., comme il paraît exister dans les éponges ? M. Henry est disposé à le croire, et j'ajouterai, d'ailleurs, que cette matière verte en question est très riche en iode.

Quoi qu'il en soit, peut-on conclure de ce que ces essais nous apprennent de l'existence de cette petite quantité d'iode, unie à une matière organique, dans les vapeurs qui se dégagent des eaux de Vichy, que ces vapeurs pourraient être employées utilement, comme moyen thérapeutique, contre certaines affections ? La proportion d'iode y est sans doute assez minime pour qu'il soit permis d'espérer que les poumons supporteraient facilement ces vapeurs. Dans tous les cas, ce n'est que par l'expérience que l'on peut apprécier la valeur de cette ressource thérapeutique, et, avant tout, il y aurait alors des précautions à prendre contre l'inconvénient qu'il pourrait y avoir à plonger les malades dans cette atmosphère de vapeurs, à cause de la quantité peut-être trop grande d'acide carbonique qui pourrait s'y trouver mélangé.

M. Patissier lit une *Note sur le mode de construction des salles d'aspiration des vapeurs minérales.*

Depuis que les analyses chimiques faites par M. Bertrand fils, M. Lefort, et surtout par notre célèbre chimiste M. Thenard, ont démontré dans les vapeurs minérales l'existence de plusieurs des principes actifs contenus dans les eaux, il n'est pas douteux pour nous que ces vapeurs, absorbées et portées dans le torrent de la circulation, peuvent restituer au sang certains éléments qui font défaut, en neutraliser quelques autres, et imprimer ainsi à l'organisme une modification profonde, particulièrement salutaire dans les affections diathésiques. Ce nouveau mode d'administration des eaux est en effet une voie facile ajoutée à la boisson et aux bains pour faire pénétrer dans l'économie les principes altérants des sources médicinales. Nous croyons donc qu'il est utile d'organiser dans nos principaux thermes des salles d'aspiration ; mais quel est le meilleur mode de construction de ce genre de salles? Sur ce point important, les architectes et les médecins inspecteurs ne sont pas d'accord, comme le prouvent les documents que nous allons vous présenter.

Les premières *salles d'aspiration* ont été construites en 1845, à Amélie-les-Bains et au Vernet (Pyrénées-Orientales).

A Amélie-les-Bains, le docteur Pujade a consacré plusieurs chambres et salons à l'inspiration des vapeurs sulfureuses qui se dégagent des sources de cette localité. On y respire le gaz sulfureux dans l'état vierge, c'est-à-dire venant directement du griffon, mêlé à l'air atmosphérique dans de faibles proportions ; la vapeur y pénètre au moyen de soupapes graduées qui permettent d'en régler le dosage et en même temps de diversifier la température des cabinets ou du salon ; l'air se renouvelle sans cesse à l'aide d'un ventilateur. La température de ces appartements est constamment à 18 degrés centigrades ; ils ont vue sur la campagne, et l'on a pourvu au confortable, de manière que, tout en usant du remède, les malades peuvent se procurer des distractions ; ils respirent une atmosphère sulfureuse, douce, tempérée, légèrement humide, que l'expérience a démontrée avantageuse aux individus en proie à des maladies chroniques de la poitrine.

Au Vernet on a établi, au dessus du vaporarium, une salle d'aspiration ; l'air et les vapeurs s'y renouvellent continuellement ; les malades y séjournent quatre ou cinq heures par jour en plusieurs séances. Les vapeurs minérales sont si promptement absorbées, qu'une heure de séjour dans la salle d'aspiration suffit pour opérer un changement notable dans l'odeur et l'aspect des urines : elles deviennent très colorées et d'une odeur pénétrante.

Au mont Dore (Puy-de-Dôme), un nouvel établissement, destiné aux vapeurs, a été créé sur la place des Thermes et mis en activité pour la saison de 1851. Au premier étage on trouve deux vastes salons (un pour chaque sexe) pourvus de banquettes et destinés à l'inspiration des vapeurs thermales ; partout, des vasistas et des tubes aspirateurs établissent une circulation continuelle de l'air qui se renouvelle sans exposer les baigneurs au refroidissement. Lors d'une visite que nous avons faite à ces thermes dans le mois de septembre 1854, le conservateur nous a dit que pendant la *saison*, la température de ces salons était de 35 degrés centigrades ; de sorte qu'à cette température la salle d'aspiration est en même temps bain de vapeur ; une buée épaisse ne permet pas d'y séjourner plus d'une demi-heure.

A Royat (Puy-de-Dôme), dont l'établissement est nouveau et d'une architecture élégante, la salle d'aspiration consiste en un bain de vapeurs avec gradins.

A Allevard (Isère), la salle d'aspiration consiste en un salon circulaire

bien éclairé et entretenu à une température moyenne de 20 degrés centigrades. A son centre s'élève une fontaine de marbre composée de plusieurs vasques superposées. Un jet d'eau thermale sulfureuse à 24 degrés s'élance de la plus haute vasque, tombe dans la seconde sous forme de pluie, de la seconde dans la troisième plus large; de sorte que, par ces chutes successives, l'eau sulfureuse laisse dégager le gaz. A la partie supérieure du plafond, on a ménagé une ouverture pour l'introduction de l'air atmosphérique. En pénétrant dans ce salon, on sent une forte odeur hépatique qui ne détermine ni toux, ni gêne de la respiration. On s'habitue promptement à cette atmosphère. Les malades, assis sur des divans, des fauteuils, se livrent au plaisir de la conversation, lisent les journaux ou jouent; les dames brodent et causent. On y séjourne ordinairement deux heures.

Nous ne mentionnons ici que pour mémoire un essai informe de salle d'aspiration qu'on a voulu créer à Cauterets sur la source des Œufs. On ne peut y séjourner deux minutes sans être suffoqué.

Aux Eaux-Bonnes (Basses-Pyrénées), la salle d'aspiration projetée n'a pas encore reçu d'exécution.

A Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), la salle réservée dans le magnifique établissement de cette localité à l'inspiration des vapeurs sulfureuses, est placée en face de la montagne d'où jaillissent toutes les sources minérales; elle est très obscure, froide et humide.

A Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), la salle destinée à l'inspiration des vapeurs a vue sur la place des thermes Marie-Thérèse ; elle est belle et très éclairée. Pour l'établir complètement, l'architecte attend la décision de la Société sur le meilleur mode d'aménagement.

Vous voyez, messieurs, d'après ce court exposé, qu'il n'existe pas de plan uniforme pour l'établissement des salles d'aspiration ; nous pensons cependant qu'il doit y en avoir un préférable aux autres. S'il fallait émettre notre avis à ce sujet, nous n'hésiterions pas à recommander les salles d'aspiration du Vernet et d'Amélie-les-Bains : leur température peu élevée permet d'y séjourner plusieurs heures en se livrant à des distractions ; elles soulagent ou guérissent *tutò et jucundè.*

M. *Barthez* établit une distinction dans la composition gazeuse des eaux minérales, suivant que les vapeurs sont amenées à condensation ou que l'eau est projetée sur des plaques chauffées. A Vichy, ces expériences ne lui ont permis de retrouver que l'acide carbonique, sans traces de soude. Mais si l'on veut obtenir les éléments solides et les utiliser en aspirations, par exemple, il faut que l'eau soit divisée à une certaine température, et répandue ainsi dans une enceinte. M. Barthez fait part d'opérations dans lesquelles 5 à 600 litres d'air chargé de vapeurs minérales provenant des abords de la source de la Grande-Grille ont été conduits à travers un appareil approprié, et dans lesquelles il ne lui a pas été possible de reconnaître la présence de la soude. Si, au bord de la mer, l'air est imprégné de sels de soude ou autres parties fixes, cela tient à ce que le mouvement des vagues favorise en quelque sorte l'imbibition de l'atmosphère. M. Barthez appelle l'attention sur les conditions de température dans lesquelles les expérimentateurs ont dû se placer pour faire les analyses des vapeurs, et pense que c'est là un élément important des recherches de cette nature.

M. *Chevallier* voit dans la divergence des opinions la nécessité de procéder à de nouvelles expériences sur la question de l'analyse des vapeurs. Il y a un certain nombre d'années, il a été frappé, à Vichy, par une odeur d'hydrogène sulfuré et par la présence d'ammoniaque dans les vapeurs de ces eaux. Ces remarques, il les a faites également à Évaux, à Châteauneuf, à Bourbonne, où, sur les parois de l'établissement, on trouve des sels ammoniacaux et du chlorure de sodium, sans doute par suite de certaines réactions. A Néris, à Chaudes-Aigues, on constate une impression d'hydrogène sulfuré et d'une odeur particulière près des sources. Ces circonstances méritent d'être examinées. M. Chevallier ne partage pas l'avis de M. Barthez, qui refuse aux vapeurs la possibilité d'entraîner des matières fixes. Les observations de M. Thenard, relatives à l'existence d'un arséniate dans certaines vapeurs minérales, peuvent être invoquées à cet égard. D'autres faits prouvent également que le nitrate de potasse, sel fixe, est entouré par l'eau vaporisée, et il en est ainsi d'autres exemples de pratique chimique dont M. Chevallier engage à tenir compte. Il faut donc étudier de plus près qu'on ne l'a fait la vaporisation des sources minéro-thermales, dont certains produits volatilisés doivent exercer une action médicale importante.

M. *O. Henri* pense qu'on s'est beaucoup plus préoccupé de la présence des sels fixes que de celle des principes volatils et des matières organiques. Il ne reste pas de doute aujourd'hui sur le passage de ces matières organiques dans l'air ambiant, dans l'action de la vapeur d'eau, comme cela a été constaté dans beaucoup de préparations pharmaceutiques. M. O. Henri attribue l'apparition de conferves sur les murs des établissements thermaux aux dépôts laissés par les vapeurs.

M. *James* communique une expérience sur la composition de l'air respiré, dont il a été témoin à Ischel, où des salles de réunion sont disposées pour recevoir l'eau des mines de sel gemme vaporisée à différents degrés. Une boule de cristal, suspendue au plafond d'un de ces locaux, présentait, au bout de quarante-huit heures, des cristaux nombreux de chlorure de sodium. Ce sel avait été évidemment entraîné par la vapeur que les malades respiraient dans cette même enceinte.

Il est donné lecture des notes suivantes, adressées à la Société par M. le docteur *Nivet*, membre correspondant, et par M. le professeur *Filhol*, membre honoraire.

M. *Nivet*. Les salles d'aspiration de la basse Auvergne sont de véritables sudatorium qui diffèrent très peu des étuves humides des anciens. Il résulte, en effet, des expériences que nous avons faites à Royat et de celles qui ont été tentées au mont Dore, que les sels de l'eau minérale restent dans la chaudière, et que l'eau minérale vaporisée et les gaz dissous dans ce liquide sont les seuls éléments importants qui viennent s'ajouter à l'air des salles d'aspiration, qu'on pourrait tout aussi bien appeler des salles de transpiration ou de fumigation (1).

Lorsque la salle est remplie de vapeur, on éprouve, en entrant, un peu de gêne de la respiration, qui disparaît quand on se baisse ou lorsqu'on se place, le long de la muraille, aussi loin que possible du tuyau par lequel arrive l'eau vaporisée. Quand on a respiré par la bouche, pendant quinze ou vingt minutes, l'air chaud et humide du sudatorium, si l'on promène la langue sur les lèvres, on perçoit une saveur acidule légère qui rappelle le goût du bicarbonate de soude.

Afin de nous assurer de la composition des vapeurs qui sont mêlées à l'atmosphère des salles d'aspiration, nous avons condensé 3396 litres environ de ces fluides, et nous avons obtenu 2 litres d'eau, qui, évaporés dans une capsule de porcelaine, à la chaleur d'une lampe à huile, ont laissé un résidu couleur de rouille, qui pesait 5 centigrammes (2).

Ce résidu, dont la quantité, envisagée au point de vue thérapeutique, est insignifiante, renfermait très probablement les principaux éléments de l'eau minérale (3).

Nous devons ajouter que, dans la salle d'aspirations destinée aux hommes, des rayures rouges de carbonate de fer sillonnent la voûte, et que les embrasures de la croisée sont tapissées de matière organique verte. La proportion de l'acide carbonique qui est unie à la vapeur d'eau varie d'une manière sensible. Elle est plus grande au moment où l'on vient de renouveler l'eau minérale de la chaudière, lorsqu'un certain nombre de personnes a séjourné dans la salle, et enfin lorsque la croisée n'a pas été ouverte depuis longtemps.

Le premier fait tient à ce que la volatilisation de l'acide carbonique précède la vaporisation de l'eau ; le second, à ce que chaque malade rejette une petite quantité de ce gaz pendant l'expiration ; le troisième s'explique par l'arrivée successive des vapeurs aqueuses qui se condensent, passent à l'état liquide, et laissent dans le sudatorium l'acide carbonique qui les accompagnait. Les circonstances que nous venons d'exposer obligent les employés à renouveler toutes les deux heures l'air des salles d'aspiration.

Si maintenant on veut bien se souvenir qu'un litre d'eau de Royat tenant en dissolution 0lit.,215 d'acide carbonique produit 1698 litres environ de vapeur d'eau, on doit reconnaître que la quantité d'acide carbonique représente en volume un dix-millième de l'eau vaporisée.

Des expériences directes nous ont démontré que la proportion de l'acide carbonique pouvait atteindre deux dix-millièmes (4).

Il nous a paru indispensable de déterminer approximativement quelles

(1) Les salles d'aspiration de Royat et du mont Dore ne ressemblent nullement au *vaporarium* des établissements des Pyrénées. (M. Pâtissier, communication orale.)

(2) La condensation a été faite dans un appareil qui se composait 1° d'un tube conducteur de l'eau minérale vaporisée. Ce tube se dirigeait de bas en haut ; 2° d'un tambour en métal destiné à retenir l'eau minérale entraînée mécaniquement ; 3° d'un tube en cuivre se détachant des parois latérales du tambour et se rendant dans un ballon de verre entouré d'eau froide.

(3) Ce résidu, traité par l'acide chlorhydrique, produit une légère effervescence. Au microscope la solution donne des cristaux de chlorure de sodium et de sulfate de soude ; traitée par le ferro-cyanure de potassium, elle fournit un précipité que le contact de l'air transforme en bleu de Prusse (l'effervescence a sans doute été produite par la décomposition des bicarbonates de soude et de fer). Nous n'avons recherché ni la chaux, ni la magnésie, ni la silice; ce résidu contient de la matière organique, il se charbonne en partie quand on le chauffe fortement.

(4) En outre du gaz libre de l'eau de Royat, les bicarbonates chauffés fortement, abandonnent une partie de leur acide carbonique, qui vient s'ajouter à l'acide carbonique expiré par les malades. D'où il résulte que la quantité de ce fluide peut atteindre, ainsi que nous venons de le dire, deux dix-millièmes, ce dont nous nous sommes assuré en faisant passer de la vapeur d'eau à travers une solution de sous-acétate de plomb ; il s'est formé un précipité de carbonate qui nous a indiqué la proportion de l'acide carbonique. Ce précipité était en partie composé de matière organique combinée à l'oxide de plomb. Cette dernière combinaison était insoluble dans les acides.

quantités d'air et de vapeur d'eau minérale entrent dans la composition de l'atmosphère de la salle d'aspiration. Afin d'arriver à la solution de cette question, nous avons enfermé, sous une cloche graduée qui reposait sur une cuve pleine d'huile, une quantité déterminée de l'air atmosphérique du sudatorium, une capsule remplie de chlorure de chaux sec a été introduite dans la cloche après avoir été exactement pesée. L'augmentation de son poids, au bout de vingt-quatre heures d'attente, nous a indiqué le poids de la vapeur condensée et absorbée. Répétée plusieurs fois, cette expérience n'a pas donné constamment les mêmes résultats. Les quantités de vapeurs représentées par l'eau liquéfiée qui s'était unie au chlorure formaient en volume 1/15 à 1/20 de l'atmosphère des salles d'aspiration, qui se trouvait d'après cela contenir une grande quantité d'air respirable.

Au moment où la vapeur pénètre dans la salle, l'air est beaucoup trop frais, mais bientôt il s'échauffe aux dépens du calorique de la vapeur aqueuse. Au bout de quelques minutes, les températures des diverses couches deviennent constantes et atteignent les degrés de chaleur que nous allons bientôt indiquer. La vapeur de l'eau minérale, au moment où elle se dégage du tuyau qui la conduit dans la salle d'aspiration, marque ordinairement $+75°$ à $+80°$ centigrades (1). A sa sortie du conduit dont l'ouverture est au niveau du sol, elle est reçue dans un chapiteau métallique dont les parois latérales sont percées de trous. La vapeur, arrêtée dans sa marche ascensionnelle, s'échappe en divergeant et se mêle à l'air atmosphérique. Mais elle tend toujours à monter vers la voûte. Il en résulte que les couches les plus élevées sont plus chaudes et contiennent plus de vapeur d'eau que les couches inférieures. Ce fait est démontré par les expériences suivantes :

Si l'on place un thermomètre centigrade au niveau de la tête des personnes qui sont assises sur les chaises inférieures, il marque $+30°$ à $+31°$
Au deuxième étage . . . . $+35°$ à $+36°$
Au troisième étage . . . . $+38°$ à $+40°$

Cette température plus élevée des couches supérieures doit engager les malades à entrer dans la salle d'aspiration avec de bonnes chaussures et des bas de laine, afin d'éviter que le sang ne se porte en trop grande abondance du côté de la tête, par suite de la température moins élevée des couches de l'atmosphère qui entourent les extrémités inférieures. Tous les bons observateurs savent parfaitement que le même degré de chaleur et d'humidité affecte d'une manière différente la peau et les muqueuses des divers individus; en permettant de varier les degrés de chaleur dans la même salle, on donne à tous les malades la possibilité de trouver la température qui convient le mieux à leur idiosyncrasie. L'air chaud des salles d'aspiration, mêlé à une proportion minime d'acide carbonique et de matière organique et à une certaine quantité de vapeur d'eau faisant monter le thermomètre de $+30°$ à $+40°$ centigrades, pénètre dans les cavités nasale et buccale et arrive dans le pharynx, le larynx et les bronches. Il agit sur les muqueuses qui les tapissent à la manière des stimulants.

Mais, indépendamment de cette action intérieure, il en est une autre qui est tout aussi puissante et qui s'exerce sur la peau. Cette membrane, fortement chauffée, devient le siége d'une congestion sanguine qui est suivie d'une sueur plus ou moins abondante dont l'effet dérivatif est incontestable. Un peu de faiblesse générale ou de soif accompagne ou suit presque toujours les transpirations provoquées par la salle d'aspiration. Une boisson adoucissante doit être administrée aux malades que la soif tourmente et qui ont fait d'abondantes déperditions.

Un vestiaire chauffé précède la salle d'aspiration. Les malades doivent y laisser leurs vêtements. Après s'être enveloppés dans un peignoir de molleton ou de flanelle forte, ils vont respirer la vapeur de l'eau minérale dans laquelle ils peuvent séjourner une demi-heure à une heure. Ils doivent monter d'étage en étage, jusqu'à ce qu'ils aient atteint le degré de chaleur qui leur convient le mieux. Ils doivent descendre d'un ou de deux étages, s'il survient de l'oppression ou de la céphalalgie. Des lotions d'eau froide, faites sur le front et le reste du visage, suffisent quelquefois pour faire cesser le mal de tête.

S'il survient des menaces de syncope, il faut sortir immédiatement de la salle. Au bout d'une demi-heure à une heure, les malades échangent leur peignoir humide contre un peignoir de laine chauffé, et ils rentrent dans le vestiaire, où ils transpirent pendant deux ou trois quarts d'heure ; puis ils se sèchent avec des serviettes chaudes, s'habillent, et vont se coucher dans un lit préalablement chauffé.

Les salles d'aspiration, administrées en même temps que les eaux prises en boisson à dose modérée, agissent d'une manière puissante dans les phlegmasies chroniques des muqueuses nasales, pharyngienne et pulmonaire ; elles guérissent ou améliorent d'une manière rapide et presque constante les maux de gorge, les coryzas, les catarrhes pulmonaires et les asthmes humides. Nous les avons également prescrits avec succès dans les rhumatismes invétérés. Elles ont en outre l'avantage de rendre les personnes faibles de complexion, qui les prennent avec persévérance, moins sensibles à l'action des rhumes de toutes espèces.

(1) La vapeur dans la chaudière est soumise à une pression de deux ou trois atmosphères.

M. *Filhol.* Tous les praticiens qui ont observé les effets des vapeurs d'eaux minérales sur les malades qui se rendent chaque année dans les divers établissements thermaux sont parfaitement convaincus qu'il serait impossible d'obtenir les mêmes effets de l'emploi de la vapeur d'eau pure ou de la vapeur d'une eau potable utilisée dans les mêmes conditions de température et de pression. Les vapeurs d'eaux minérales n'agissent donc pas seulement sur l'économie par leur température ou par la vapeur d'eau, mais elles doivent une partie de leur efficacité, soit à des gaz qui se répandent en même temps qu'elles dans l'air confiné qu'inspire le malade, soit à des matières salines qui, après avoir été projetées dans ces atmosphères médicamenteuses, y restent disséminées et suspendues pendant un temps plus ou moins long. Ces diverses matières, pénétrant en même temps que l'air dans les poumons, peuvent exercer sur l'économie une action spéciale qui, s'ajoutant à celle de la vapeur d'eau et du calorique, produit des effets différents suivant que l'eau minérale a répandu dans l'air de l'acide carbonique, de l'acide sulfhydrique, de l'azote, du sel marin, etc. Il est donc utile de bien déterminer la nature et la quantité des substances qui sont mêlées à la vapeur que répandent les eaux minérales les plus actives.

Pour rendre ces études faciles et pour les mettre à la portée de tout le monde, les chimistes doivent indiquer des procédés simples, d'une exécution facile et peu coûteuse, présentant peu de chances d'erreur et n'exigeant l'emploi que d'un petit nombre d'appareils faciles à transporter. Je proposerai un peu plus loin un nouveau procédé pour l'analyse des vapeurs d'eaux sulfureuses qui me paraît réunir les conditions dont je viens de parler. Jusqu'à ce jour, les chimistes n'ont fait qu'un petit nombre de recherches sur les atmosphères des salles d'étuves, de douches, piscines, etc. Les analyses de l'air confiné que respirent les malades dans l'établissement de Bagnères-de-Luchon sont, je crois, les premières analyses *quantitatives* de ce genre qui aient été exécutées. On doit d'autant plus s'étonner du peu d'empressement que les chimistes ont mis à faire ces analyses que l'existence dans ces atmosphères médicamenteuses de certains gaz, dont l'action sur l'économie est très vive, même à petite dose, est admise par tout le monde. Comment douter, en effet, de la présence de l'acide sulfhydrique dans l'air des salles d'étuve humides, échauffées par des eaux sulfureuses thermales, quand l'odeur caractéristique de ce gaz, son action sur les objets d'argent ou de cuivre, les dépôts de soufre qui se forment sur les murs de ces salles (1), et une foule d'autres faits le démontrent jusqu'à l'évidence.

Anglada, qui a si bien étudié tout ce qui se rapporte à la composition chimique des eaux sulfureuses des Pyrénées, n'avait pas manqué de remarquer que l'air des salles d'étuves, qui, de son temps, existaient à Arles et au Vernet, contenait de l'acide sulfhydrique et une proportion d'azote supérieure à celle de l'air extérieur ; mais il se contenta d'énoncer le fait et ne fit pas l'analyse de cet air confiné. Ce savant hydrologue avait pourtant compris que la présence de l'acide sulfhydrique et d'une plus forte proportion dans l'air des étuves n'était pas sans importance au point de vue médical. « En songeant, dit-il (2), au caractère du milieu qui constitue l'atmosphère de ces étuves, à sa chaleur au-dessus de la chaleur » animale, à la vapeur aqueuse qui s'y trouve disséminée, *à cette portion* » *d'azote et d'acide sulfhydrique* qui s'échappe de l'eau minérale, j'ai » souvent été tenté de croire qu'on pourrait tirer parti de dispositions analogues dans quelques cas de maladie de poitrine, où il convient d'enrayer une hématose trop active, trop incandescente... »

M. le docteur Constant Despine fils a observé que l'air des étuves d'Aix en Savoie exerce sur les malades qui le respirent une action sédative et calmante toute particulière ; il tempère manifestement, dit cet habile praticien, l'activité du calorique, c'est-à-dire que la vapeur aqueuse qui, appliquée, soit en douche, soit en bain sur une partie du corps à une température donnée, déterminerait chaleur, rougeur et gonflement, ne produira aucun de ces effets immédiats, si elle est chargée de gaz hydrogène sulfuré. Après son action, la peau est plus souple, plus douce, plus onctueuse. Ces faits sont d'accord avec les expériences antérieures de Chaussier et Rapou ; ils s'accordent aussi avec les observations de plusieurs autres médecins. Dans mes recherches sur les eaux des Pyrénées, j'ai appelé l'attention des médecins sur ce fait que les eaux les plus excitantes sont précisément celles qui laissent dégager le plus d'acide sulfhydrique. Il semble au premier abord que mes idées sont en opposition avec celles que je viens de rappeler, je crois pourtant qu'il n'en est rien, et voici comment j'arrive à concilier l'opinion de ceux qui regardent l'acide

(1) J'ai signalé ces dépôts de soufre sur les murs de la salle d'étuve de Bagnères-de-Luchon. (*Recherches sur les eaux des Pyrénées.*)
(2) *Traité des eaux minérales*, t. II, p. 433.

sulfhydrique comme exerçant une action sédative avec la mienne. Je ferai observer, avant tout, qu'il faut distinguer l'action immédiate de l'acide sulfhydrique, action qui est toujours sédative, de l'action secondaire qui est, selon moi, le résultat de l'introduction dans l'économie du soufre provenant de la décomposition de l'acide sulfhydrique, introduction qui doit déterminer une excitation marquée. J'ai vu une jeune dame qui, étant venue à Bagnères-de-Luchon pour y prendre des bains, s'endormait tous les jours au sortir du bain (elle prenait des bains préparés avec l'eau de la source de la Reine, qui est une des plus excitantes), mais quelques heures après survenait une réaction très prononcée. Des faits de ce genre doivent très probablement se produire souvent.

S'il était bien démontré que les eaux qui laissent dégager le plus d'acide sulfhydrique ont une manière d'agir spéciale, il serait très important de rechercher dans quelle proportion chacune d'elles verse dans l'air ce gaz dont l'action sur l'économie est si considérable. J'ai démontré que les eaux des divers établissements thermaux des Pyrénées sont loin de se ressembler sous ce rapport, j'ai insisté sur la stabilité des eaux de Baréges et sur l'altérabilité de celles d'Ax ou de Bagnères-de-Luchon, et j'ai montré que ces différences dans la composition chimique se liaient à des différences d'action sur l'économie qu'il est impossible de méconnaître.

Il est aisé d'ailleurs de s'assurer que l'excitation que produisent les eaux les plus altérables ne dépend nullement de leur température plus élevée ni de leur plus grande richesse en principe sulfureux. A égalité de température, un bain préparé avec l'eau de la Reine, à Luchon, est plus excitant que celui qu'on prépare avec l'eau des sources Bordeu, qui sont plus sulfureuses; c'est un fait sur lequel plusieurs praticiens sont d'accord. Les eaux d'Aix, en Savoie, me paraissent analogues à celles de Bagnères-de-Luchon. M. Bonjean a signalé depuis longtemps l'existence de l'acide sulfhydrique dans les vapeurs qu'elles répandent dans les étuves, et, profitant des belles recherches de M. Dumas sur la facile oxydation de l'acide sulfhydrique, sous l'influence des corps poreux, il a donné une explication très exacte de la détérioration rapide des linges qui subissent l'action d'un mélange d'air et de ces vapeurs.

A mon avis, les atmosphères médicamenteuses dont on peut disposer dans les diverses stations thermales ne doivent pas plus se ressembler, soit sous le rapport de leur action thérapeutique, soit sous le rapport de leur composition que les eaux minérales qui servent à les préparer. Les sources sulfureuses qui versent dans l'air la plus forte proportion d'azote ne sont pas toujours celles qui donnent lieu au dégagement le plus abondant d'acide sulfhydrique, et telle atmosphère pourra être riche en acide sulfhydrique et contenir un air dans lequel les proportions d'azote et d'oxygène seront presque normales, telle autre sera riche en azote et ne contiendra que des traces d'acide sulfhydrique, telle autre enfin sera riche à la fois en azote et en acide sulfhydrique. La nature de l'eau permet de prévoir la manière dont l'air sera modifié dans les étuves, etc. On pouvait prévoir, par exemple, que si l'on entretenait les piscines de Bagnères-de-Luchon avec de l'eau qui aurait déjà servi à donner des bains (comme on le fait à Baréges), le bain de piscine serait à peine sulfureux, et que l'atmosphère ne contiendrait que des traces à peine appréciables d'acide sulfhydrique. L'analyse de l'air des étuves, salles de douche, de piscines de Bagnères-de-Luchon m'a fourni les résultats suivants :

Air de piscine (la piscine était entretenue avec de l'eau vierge (Reine) et froide, à la température de 36 degrés centigrades):

Oxygène.	19,50
Azote.	80,50
	100,00

270 litres d'air ont fourni 0gr,032 de sulfure de plomb correspondant à 2cc,97 d'acide sulfhydrique.

Un homme qui séjourne pendant une heure dans la piscine fait passer dans ses poumons 3cc,62 de cet acide.

Air des salles de douche (température de l'air, 26°,50 ; air extérieur, 16,50):

Oxygène.	19,20
Azote.	80,80
	100,00

260 litres ont fourni 0gr,0480 de sulfure de plomb, qui correspondent à 4cc,44 d'acide sulfhydrique.

Un homme qui séjourne un quart d'heure dans cette salle fait passer dans ses poumons 1cc,40 d'acide sulfhydrique.

Air des étuves humides (température de l'air, 35°,80; air extérieur, 17°,60) :

Oxygène.	19,45
Azote.	80,55
	100,00

200 litres d'air ont fourni 0gr,0340 de sulfure de plomb qui représentent 3cc,20 d'acide sulfhydrique.

Celui qui séjourne un quart d'heure dans cette étuve fait passer dans ses poumons 4cc,41 d'acide sulfhydrique.

Je ne rappellerai pas dans cette note toutes les conséquences qui découlent de l'inégale altérabilité des eaux sulfureuses par rapport à la composition de l'air des vaporarium ou des piscines qu'elles échauffent et qu'elles modifient. Ces conséquences ont été décrites avec soin dans mon petit ouvrage sur les Pyrénées, et il serait trop long de les rapporter ici.

J'espère qu'il me sera possible d'exécuter, cette année même, l'analyse de l'air des piscines, salles de douches, etc., des principaux établissements thermaux des Pyrénées. Ce travail, que j'avais soigneusement préparé, serait déjà fait, si l'apparition du choléra à Toulouse, pendant les vacances dernières, ne m'eût obligé à passer auprès de ma famille un temps que je comptais consacrer à ces analyses. A défaut du travail, je vais faire connaître la marche que j'avais le projet de suivre, car elle est fort différente de celle que j'avais suivie dans mes premières recherches. Le dosage de l'oxygène et de l'azote, constituant une opération délicate, qu'on ne peut pas facilement exécuter en voyage, devait avoir lieu à Toulouse. L'air recueilli dans des ballons dont le col est effilé, ballons qu'on scellera à la lampe après les avoir remplis du gaz à analyser, sera transporté dans le laboratoire pour y être analysé avec tous les soins convenables.

Les expériences remarquables que M. le baron Thenard a faites récemment sur les eaux du Mont-Dore, ayant prouvé que des sels et des matières organiques peuvent être suspendus dans l'air des salles où l'on administre des bains de vapeur, j'ai le projet de rechercher, en suivant le procédé décrit par cet illustre chimiste, si les vaporarium entretenus par des eaux sulfureuses ne fourniraient pas des résultats analogues.

Le dosage de l'acide sulfhydrique sera exécuté sur les lieux mêmes par le procédé suivant dont je crois pouvoir recommander l'emploi, car des expériences préparatoires m'ont donné la certitude qu'il réunissait l'avantage de déceler les moindres traces d'acide sulfhydrique et de comporter une grande précision. Je prends 1 gramme d'iodure d'amidon soluble que je fais dissoudre dans une quantité d'eau distillée suffisante pour obtenir un litre de liquide à la température de 15 degrés. (Mon iodure est préparé par la méthode qui a été décrite par M. Magnus Lahens. Il contient environ un dixième de son poids d'iode.) La liqueur ainsi obtenue est d'une belle couleur bleue, et il suffit d'une très faible quantité d'acide sulfhydrique pour la décolorer.

Je prends, d'autre part, une solution aqueuse d'acide sulfhydrique, et j'en détermine la richesse au moyen du sulfhydromètre. Cela fait, je mets dans un petit matras 1 décilitre de solution d'iodure d'amidon, et j'y verse goutte à goutte, à l'aide d'une burette graduée, la solution d'acide sulfhydrique. L'opération est terminée quand la liqueur est entièrement décolorée.

On comprend que la série d'observations que je viens de décrire a pour but de déterminer exactement combien il faut d'acide sulfhydrique pour décolorer 1 décilitre de solution d'iodure d'amidon. Cette donnée étant acquise, le dosage de l'acide sulfhydrique dans l'air s'exécute avec la plus grande facilité. En effet, il ne s'agit plus que de faire passer à travers un volume quelconque de solution d'iodure d'amidon une quantité d'air suffisante pour décolorer le liquide; le volume de l'air étant connu, et la quantité d'acide sulfhydrique nécessaire pour décolorer 1 décilitre de liqueur bleue étant également connue, le calcul ne présente pas la moindre difficulté.

Voici le détail de l'un de mes essais :

1 décilitre d'une solution aqueuse d'acide sulfhydrique a absorbé 0gr,840 d'iode, ce qui représente 0gr,112 d'acide sulfhydrique. Chaque centimètre cube de cette solution contenait donc 1millig,12 d'acide sulfhydrique, et chaque division de la burette sulfhydrométrique 0millig,112. 1 décilitre d'iodure d'amidon a exigé pour sa décoloration 172 divisions de la solution d'acide sulfhydrique dont nous venons de parler (172 divisions de centimètres cubes); 1 décilitre de liqueur bleue exige donc pour être décoloré 172 fois 0millig,112 d'acide sulfhydrique, c'est-à-dire 19millig,26; 10 centimètres cubes de cette liqueur n'exigeraient que 1millig,92. Supposons que 100 litres d'air, que l'on fait passer à travers 20 centimètres cubes de solution d'iodure d'amidon, suffisent pour décolorer le liquide, on en conclura que ces 100 litres d'air contenaient 3millig,84 d'acide sulfhydrique.

Comme on le voit, ce procédé a l'avantage de dispenser de l'emploi de la balance, et il est facile de lui donner un grand degré de précision. En employant, par exemple, une solution d'iodure d'amidon dix fois plus faible, on trouve qu'il ne faudrait (en supposant l'iodure d'amidon composé comme celui que j'ai employé) que 1millig,92 d'acide sulfhydrique pour décolorer 100cc de liqueur, et qu'il faudrait moins de un cinquième de milligramme pour en décolorer 20 centimètres cubes.

J'espère pouvoir exécuter bientôt des analyses à l'aide de ce procédé,

et je me ferai un devoir d'en communiquer les résultats à la Société d'hydrologie.

La discussion sera continuée dans la séance suivante.

Le Secrétaire général,
DURAND-FARDEL.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Des bons effets de la potion de Warren contre l'hémoptysie, par M. A. ESPAGNE, chirurgien interne des hôpitaux de Montpellier.

L'auteur a vu employer avec d'excellents résultats, dans le service de M. Gaudineau, à l'hôpital Saint-Éloi, la potion de Warren dans plusieurs cas d'hémoptysie, tuberculeuse ou autre. La formule du baume de Warren, telle qu'elle se trouve indiquée dans le *Répertoire de pharmacie* (novembre 1854), a été modifiée ainsi qu'il suit par le médecin de Montpellier :

Eau,	120 grammes.
Acide sulfurique,	20 —
Essence de térébenthine, Alcool rectifié,	ana 8 —

A prendre par cuillerées à café ou à bouche, d'heure en heure, dans un verre de tisane, en en continuant l'usage pendant plusieurs heures ou plusieurs jours de suite, suivant la nature ou la durée des accidents. Cette formule aurait sur celle donnée par le docteur Warren l'avantage de ne point subir une altération à laquelle celle-ci serait sujette.

Il semble résulter d'une observation assez attentive de l'action de ce médicament sur l'homme sain et sur le malade, qu'il possède une action tempérante et déprimante prouvée par l'abaissement du pouls ; qu'il a une action antihémorrhagique particulière que l'analogie permet d'attribuer aux propriétés coagulantes connues de l'acide sulfurique ; qu'il a une action tonique qu'on pourrait attribuer à l'alcool, action tonique dont les effets longtemps continués permettent au malade de résister avec plus de chances de succès aux hémorrhagies passives qui pourraient survenir dans la suite.

Une des observations relatives aux bons effets de la potion de Warren a trait à un cas d'hémorrhagie scorbutique. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 janvier 1855.)

Rapport fait au Conseil d'amirauté sur la préparation du jus de limon comme antiscorbutique, par sir WILLIAM BURNETT.

Notre flotte de la mer Noire a en ce moment beaucoup à souffrir du scorbut. Nous extrayons le passage suivant d'une lettre, datée du 9 décembre, d'un officier de marine dont le bâtiment est depuis le début de la campagne dans la mer Noire :

« Le scorbut, maladie qui avait complétement disparu de la surface des mers et que nous ne connaissions que de nom, ayant passé à nos yeux à l'état d'antédiluvien, vient de s'abattre sur nos escadres avec une soudaineté et une intensité incroyables. Autrefois on avait de mauvaise eau, de mauvais vivres, pas de vêtements, aucun souci de l'hygiène : c'était tout naturel ; mais aujourd'hui que eau, vivres, soins de toute espèce sont prodigués à nos hommes, on n'y comprend rien. La viande fraîche même leur était distribuée très souvent, nous avions des bœufs à foison, et voilà que chaque vaisseau compte les scorbutiques par trois ou quatre cents.

Nous, sur deux cents et quelques hommes d'équipage, nous en avons eu cinquante. Un seul en est mort, un autre se meurt dans ce moment, mais c'étaient déjà des constitutions usées et maladives. Voilà dix jours que nous sommes dans le Bosphore, les envoyant passer toutes leurs après-midis à terre, les bourrant de légumes, de salade, de fruits, de pommes de terre, et déjà presque toute trace de la maladie a disparu... »

Ces circonstances nouvelles donnent un intérêt tout particulier à des observations faites par les médecins et les marins anglais ces dernières années, dans les expéditions arctiques, où les équipages sont souvent fort maltraités par le scorbut. Il est arrivé souvent que la mauvaise qualité des citrons ou du jus de citron conservé privait ce précieux agent de toute son efficacité. Le nitrate de potasse a été essayé, mais avec plus d'inconvénients que d'avantages. Les préparations suivantes paraissent, au contraire, se conserver pendant un temps fort long dans toute leur intégrité. Le capitaine Mac-Clure affirme qu'au bout d'une campagne de quatre ans les dernières bouteilles ouvertes avaient tout l'arome et toute la saveur que pouvaient offrir les premières.

Voici trois modes de préparation de jus de limon à conserver en bouteilles, avec l'indication de leur degré d'acidité, c'est-à-dire de la proportion de carbonate de potasse nécessaire pour saturer 15 grammes de jus.

	Carbonate de potasse pour saturer 15 grammes
1. Jus de limon bouilli, recouvert d'huile à sa surface,	1,60 grammes.
2. Jus de limon non bouilli, mais additionné de 10 pour 100 d'eau-de-vie, et recouvert d'huile,	1,45
3. Jus de limons de Malte, préparés avec grand soin, et au moyen d'eau-de-vie ou de rhum,	0,80

(*Medical Times and Gazette*, 25 décembre 1854.)

Cas de phthisie arrêtée dans sa marche ; mort subite par hémoptysie. (Recueillis dans les services du docteur PEACOCK et du docteur RISDON BENNETT.)

Les trois observations rapportées dans cette note offrent un double intérêt, comme exemples de morts soudaines occasionnées par une hémoptysie, et d'un arrêt ou d'une suspension formelle dans la marche de l'affection tuberculeuse.

Il s'agit de deux hommes âgés de quarante et un et de quatre-vingts ans, et d'une jeune fille de seize ans. Tous trois succombèrent en moins d'un quart d'heure à une hémoptysie soudaine, et après avoir offert un retour remarquable dans la marche générale de la maladie. L'auteur même se demande s'il ne s'agit là que d'une simple coïncidence, ou s'il y a quelque chose dans le travail de cicatrisation d'un poumon tuberculeux qui le rende particulièrement susceptible d'hémorrhagie par rupture de gros vaisseaux.

Deux de ces observations seulement sont accompagnées d'autopsies, et voici ce qui a été trouvé dans les deux cas. Les sommets des deux poumons présentaient de larges cavernes tapissées d'une membrane organisée, et environnées d'un tissu dur et fibreux. Le reste du poumon était sain et bien crépitant. Ce qu'il y avait de remarquable, c'est que, hormis une petite masse de tubercules crus et enkystés trouvée dans un seul poumon, il n'existait plus une seule trace de tubercules anciens ou récents ; de sorte qu'il paraissait certain que la production tuberculeuse était complétement arrêtée depuis la formation de ces vastes cavernes, et que celles-ci, de leur côté, étaient le siége d'un travail d'organisation qui, si leur volume n'y avait mis obstacle, aurait dû aboutir au rapprochement des parois et à la cicatrisation. Dans la première et la plus complète de ces observations, il est dit que le traitement avait consisté en huile de foie de morue et une mixture contenant sulfate de fer et acide nitrique dilué. Il est difficile d'attribuer une grande part à ce traitement, dans l'interruption subie par la tuberculisation des poumons, surtout si l'on remarque que le malade ne paraît pas avoir été notablement modifié dans ses habitudes hygiéniques. Sans prétendre, en effet, nullement contester l'utilité de ces agents thérapeutiques, auxquels le médecin anglais regrette de n'avoir pas ajouté les inhalations iodées conseillées par M. Piorry, nous croyons que ces modifications considérables subies par de telles altérations organiques sont bien rarement l'œuvre de l'art, et que l'intervention de celui-ci est également étrangère aux diverses évolutions qu'elles peuvent subir, dans quelque sens que ce soit. Cependant, malgré la grande amélioration des symptômes thoraciques, le retour ap-

parent de la santé générale, de l'embonpoint, le malade était resté pâle et anémique et n'avait repris qu'une partie de ses forces, ce que l'auteur attribue à la large surface en suppuration que fournissait la face interne des cavernes.

On n'a pu, dans les deux autopsies précitées, distinguer la véritable origine de l'hémorrhagie pulmonaire; mais l'auteur fait remarquer que certaines circonstances ont empêché de pratiquer ces autopsies avec tout le soin désirable, et en particulier de faire les injections nécessaires. Quoi qu'il en soit, de tels exemples sont fort rares, et les auteurs du *Compendium de médecine pratique* assurent même que l'hémoptysie n'est jamais mortelle ni même *grave par elle-même*. (*Medical Times and Gazette*, 10 février 1855.)

De la chlorose simulant la phthisie, par le docteur RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

On sait que la chlorose revêt des apparences très différentes, et qui pour la plupart sont dues à ces phénomènes névropathiques qui jouent un si grand rôle dans cet état morbide. M. Rilliet décrit une physionomie toute particulière de la chlorose, dans laquelle la phthisie se trouve simulée d'une manière frappante. Toux, hémoptysie, amaigrissement, fièvre, rien n'y manque, rien que la consécration formelle de l'affection tuberculeuse, c'est-à-dire les signes fournis par l'auscultation.

L'absence des signes fournis par l'auscultation a certainement une valeur dogmatique absolue ; mais en pratique on sait bien, et Laënnec l'avait expressément signalé, qu'une phthisie aiguë et récente peut facilement exister avec tubercules disséminés dans le parenchyme pulmonaire, sans altérer en rien les bruits respiratoires. Aussi les cas de ce genre réclament-ils une grande attention.

Cependant si l'on constate avec précision, d'une part l'absence de tous signes stéthoscopiques de tubercules, de l'autre l'existence de signes formels de chlorose, s'il y a des antécédents de chlorose ou un état actuel de chlorose, s'il existe un état d'aménorrhée (l'aménorrhée ne survient, en général, que dans les périodes terminales de la phthisie), on aura déjà des éléments importants de diagnostic. Voici, en outre, quelques nuances symptomatiques relevées par M. Rilliet.

Les symptômes chlorotiques précèdent la toux, tandis que dans la phthisie les symptômes généraux se montrent généralement plus tard. La toux des chlorotiques se rapproche plus de la toux hystérique que de celle des phthisiques. La fièvre peut être vive dans la chlorose, mais elle est irrégulière et se montre plus souvent le jour que le soir. C'est généralement le soir qu'à l'inverse des phthisiques les malades se trouvent le plus à l'aise. Les sueurs n'ont pas la régularité nocturne des sueurs des phthisiques. M. Rilliet insiste encore sur le contraste qui existe entre un état fébrile très apparent et l'appétence pour les aliments de haut goût, habituelle aux chlorotiques ; on n'observe rien de semblable dans la phthisie. M. Rilliet ne parle pas de la diarrhée. L'existence de ce symptôme pourrait avoir plus de valeur que son absence, car la diarrhée appartient surtout aux périodes avancées de la phthisie, et si l'absence de phénomènes d'auscultation ne permet pas toujours de se refuser à admettre une phthisie confirmée, elle est plus difficile à concilier avec une phthisie ancienne et avancée.

A ce diagnostic difficile se rattache, comme le fait justement remarquer M. Rilliet, une question fort importante de thérapeutique. Ces chloroses avec toux, fièvre et amaigrissement, il est évident qu'on ne saurait les laisser se prolonger indéfiniment sans danger pour la vie. D'un autre côté, il est des médecins qui, comme M. Trousseau, redoutent et proscrivent les ferrugineux dans les affections tuberculeuses. Cependant M. Rilliet pense que, dans l'hypothèse d'une phthisie marchant ainsi, la malade étant perdue sans retour, il n'y a pas à hésiter à recourir aux moyens qui seuls peuvent enrayer ces chloroses menaçantes, les ferrugineux et l'ensemble des autres moyens hygiéniques et thérapeutiques appropriés. Les effets de ce traitement ne sauraient, du reste, tarder à éclairer le diagnostic. (*Archives gén. de méd.*, février 1855.)

De l'emploi des lavements de vin, en particulier dans le traitement de la chlorose, de la dyspepsie, de la phthisie pulmonaire, etc., & dans la convalescence des maladies graves, par le docteur ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L'idée d'introduire dans le rectum des agents toniques, généraux, ou même alimentaires, n'est assurément pas nouvelle. Cependant l'emploi des lavements de vin tels que M. Aran les conseille, et bien que notre honorable confrère n'en revendique pas l'invention, offre un certain caractère de nouveauté.

L'usage de ces lavements peut remplir deux sortes d'indications : arrêter des diarrhées opiniâtres, rendre de la force à des individus affaiblis. M. Aran se contente de signaler l'utilité possible de ce moyen dans les diarrhées chroniques, sans entrer dans aucun détail qui donne la mesure de l'efficacité de cette médication, non plus que de ses conditions d'opportunité. Mais il traite plus longuement de ce moyen comme tonique général. Dans la convalescence de maladies graves, alors surtout que les fonctions digestives conservent une susceptibilité fâcheuse, dans la chlorose, mais principalement dans la phthisie pulmonaire, M. Aran a obtenu d'excellents effets de cette médication. Combinée avec d'autres moyens, tels que l'huile de foie de morue, le tartre stibié à doses fractionnées, par exemple, elle pourrait contribuer efficacement à retarder la marche de la phthisie, alors que la maladie n'est point parvenue à une période trop avancée.

Chez des dyspeptiques très affaiblis qui ne pouvaient supporter que peu de vin, chez des gastralgiques qui n'en pouvaient point supporter du tout, M. Aran a encore obtenu d'excellents effets des lavements de vin; il en a été de même de certains cas de vomissements opiniâtres.

Les lavements de vin ont déterminé dans la chlorose des effets remarquables qui ont surpris M. Aran, vu les idées qui ont généralement cours au sujet de la chlorose. M. Aran n'aurait pas dû s'en étonner, lui qui depuis trois ans a entièrement renoncé à l'emploi des ferrugineux chez les chlorotiques. Nous ne comprendrions pas, du reste, que M. Aran se privât ainsi, autrement que dans une vue d'expérimentation, d'un médicament certainement précieux, et d'un emploi aussi facile. Mais, à part cela, nous pensons comme lui que le fer n'est nullement un spécifique de la chlorose, et nous avons toujours douté nous-même qu'il agît chimiquement et par l'introduction directe dans le sang d'un élément qui y faisait défaut, plutôt qu'à titre de tonique et à la manière de ces agents que M. Aran lui substitue si volontiers dans le traitement de la chlorose.

Les personnes qui ont le moins l'habitude du vin, comme les femmes ou bien les habitants de certains départements où l'on ne boit pas de vin, paraissent ressentir à un plus haut degré que les autres les effets de cette médication. Les lavements de vin déterminent souvent, pendant les premiers jours que l'on en fait usage, quelques effets d'ivresse, c'est-à-dire de congestion vers la tête et d'excitation générale, mais sans manifestations vers l'estomac. Ces phénomènes sont bien moins prononcés si l'on se couche aussitôt après avoir pris ces lavements.

On aura soin, comme pour tous les lavements médicamenteux, de ne prendre ceux-ci qu'après avoir pris un premier lavement déplétif. Quant à la dose du vin, elle variera entre 150 et 250 gr., suivant la susceptibilité présumée du sujet ; il faudra souvent que le vin soit coupé d'eau. L'usage peut en être continué fort longtemps.

Nous ne doutons pas que beaucoup de praticiens n'essaient ce moyen très rationnel et très simple à la fois, et nous sommes tout à fait porté à croire que M. Aran aura rendu un grand service en le popularisant. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 et 30 janvier 1855.)

Tannin comme styptique par le docteur MACKE.

Si l'on fait abstraction des moyens mécaniques, toutes les méthodes hémostatiques ont pour but de coaguler le sang dans le vaisseau lésé. Mais ce n'est pas le sang tout entier qui se coa-

gule : c'est seulement la fibrine ou l'albumine qu'il contient. Or la Physiologie nous apprend que la fibrine ne se coagule dans l'organisme vivant que lorsqu'elle est soustraite à la circulation, soit qu'elle sorte complètement des vaisseaux, comme cela a lieu dans les cas d'épanchement sanguin, soit qu'elle reste dans le vaisseau dans lequel la circulation est interrompue, comme après l'application du froid, par la compression, la torsion, la ligature.

D'autres fois, l'hémostasie a pour effet la coagulation de l'albumine. Cette coagulation, comme on sait, peut être produite par la chaleur ou par des agents chimiques. La première intervient quand nous employons le *fer rouge;* les seconds, lorsque nous faisons usage des *styptiques* proprement dits, végétaux ou minéraux, acides minéraux, alun, sulfate et chlorure de fer et de cuivre, nitrate d'argent, acide tannique, tannin, kino, cachou, alcool, créosote, etc. Ces substances composent toutes les préparations hémostatiques, qui ont, par conséquent, un degré d'action basé sur des propriétés chimico-physiologiques. Si ces préparations ne donnent pas le résultat désiré, c'est ou bien parce qu'elles contiennent la matière coagulante à un trop faible degré de concentration, ou parce que le coagulum albumineux qu'elles forment est constitué d'une manière particulière. Or ce coagulum n'est pas toujours le même; suivant la substance qui l'a produit, il est plus ou moins solide, visqueux, adhérent. Tandis que l'alcool et la créosote, deux corps indifférents au point de vue chimique, se bornent à coaguler l'albumine absolument comme la chaleur, nous voyons les sels métalliques, les acides minéraux et l'acide tannique (tannin) former avec l'albumine des combinaisons qui jouissent de propriétés physiques variées : il se forme de véritables albuminates. De tous ces moyens chimiques, le tannin mérite la préférence, puisque le coagulum qu'il forme avec l'albumine est le plus dense, le plus solide et le plus adhérent ; c'est donc lui qui offre le plus de sécurité contre une nouvelle hémorrhagie. Si l'on emploie le tannin en poudre, comme fait le docteur Bühring, son action en devra être d'autant plus rapide et plus sûre, car, pour se dissoudre, il enlève à l'albumine une portion de son eau. L'alun en poudre agirait de la même manière, mais moins rapidement, comme étant moins soluble; d'ailleurs ses effets sur l'organisme sont beaucoup moins inoffensifs que ceux du tannin. (*Allg. med. Cent. Zeitung*, 1854, nº 94.)

Il nous est impossible d'admettre cette dernière proposition relative à l'alun. Autant nous croyons à l'efficacité de la poudre de tannin, autant nous sommes persuadé que celle d'alun tromperait l'attente des chirurgiens. L'alun, en effet, appartient à cette catégorie de substances qui agissent tout différemment sur l'albumine suivant la dose à laquelle on les emploie : à dose faible, elles coagulent l'albumine ; à dose plus forte, elles redissolvent le coagulum formé d'abord. Cette distinction importante, due à M. Mialhe, pourrait peut-être fournir l'explication de quelques insuccès qui ont suivi l'emploi du perchlorure de fer, substance qui se comporte avec l'albumine de la même manière que l'alun.

De l'existence de l'acide urique dans les poumons des animaux, par M. Cloetta.

M. Cloetta, en répétant les expériences de M. Verdeil sur un acide particulier découvert par ce chimiste dans les poumons des herbivores, a rencontré dans le même organe de l'acide urique. Voici le procédé de l'auteur pour faire l'extraction de l'acide urique : Les fragments de poumon coupés en morceaux sont laissés pendant vingt-quatre heures dans l'eau, et au bout de ce temps on exprime aussi bien que possible l'eau qu'ils contiennent. On précipite par l'action de la chaleur l'albumine et la matière colorante, on filtre, et l'on ajoute ensuite au résidu de la filtration de l'eau de baryte jusqu'à ce qu'il ne se produise plus aucun précipité. Ce liquide filtré de nouveau est évaporé lentement au bain-marie, en ayant soin d'enlever les combinaisons avec la baryte qui se forment à la surface du liquide. Quand le liquide est réduit environ à moitié de son volume, on y ajoute un peu d'acide acétique, et au bout de quelque temps on obtient un précipité dans lequel, par la chimie comme par le microscope, on constate la présence de cristaux d'acide urique. M. Cloetta assure avoir pu extraire par ce procédé 6 centigrammes d'acide urique d'un poumon de bœuf. (*Virchow's Arch. f. path. Anat.*, vol. VII, livr. 1, p. 168.)

Cysticerque de la lèvre supérieure, par le docteur H.-W. Berend.

Cette variété de vers, que nous désignons aujourd'hui sous le nom de *cysticerque*, se rencontre, comme on le sait, assez fréquemment dans toutes les parties du corps occupées par le tissu cellulaire : c'est ainsi qu'on l'a signalée dans la pie-mère, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les interstices musculaires, etc.; cependant il est assez exceptionnel de la rencontrer dans les lèvres. M. Berend en a observé un cas chez un enfant d'un an ; il présentait l'apparence d'une tumeur du volume d'un haricot. Une petite incision donna issue au cysticerque ; la réunion de la plaie eut lieu par première intention. (*Medic. Verein's Zeit.*, 1854, nº 42.)

Note sur les ulcérations du frein de la langue dans la coqueluche, par M. Gamberini, à Milan.

On observe, chez la plupart des individus atteints de coqueluche, une ulcération du frein de la langue, qui se développe avec la maladie, s'amoindrit et se guérit avec elle, et ne paraît guère avoir d'autre valeur que celle d'un phénomène concomitant. Le docteur Lersch avait déjà signalé cette circonstance dans le journal de Schmidt pour 1844. M. Gamberini a répété les mêmes observations, et retrouvé ce symptôme dans la généralité des cas. Seulement Zitterland avait décrit une vésicule initiale, et le docteur Lersch une ulcération arrondie, que ces auteurs semblaient rattacher à la maladie elle-même, ce dernier semblant même leur supposer quelque analogie avec les pustules sublinguales des hydrophobes.

Mais M. Gamberini s'est assuré qu'aucune vésicule ne précédait ces ulcérations, et que celles-ci avaient toujours une forme transversale. Aussi n'hésite-t-il pas à les attribuer à la projection de la face inférieure de la langue, et du frein en particulier, sur le bord libre des incisives pendant les quintes de toux, et à la section de la muqueuse à la suite des contusions répétées qui en résultent. Dans plusieurs cas où la langue, au lieu d'être portée en dehors par les mouvements convulsifs, était au contraire rétractée sous la même influence et attirée vers le pharynx, il a constaté l'absence d'ulcérations. Il en fut de même dans des cas où les incisives inférieures manquaient ou se trouvaient très mobiles. (*Arch. gén. de méd.*, février 1855. — *Ann. univers. di med.*, 1854.)

Emploi avantageux des frictions de pommade de belladone autour de l'orbite contre le delirium tremens, par M. Grieve.

On sait que les hallucinations forment un des caractères saillants du *delirium tremens*. Suivant M. Grieve, la pupille serait en même temps resserrée, et notre confrère, présumant que cette circonstance ne serait pas sans influence sur le désordre psycho-sensorial, s'est imaginé, dans un cas de ce genre, d'onctionner les paupières avec la pommade de belladone dans l'espoir d'amener, avec la dilatation de la pupille, la cessation des pseudo-sensations. Le résultat répondit à son attente. Dès que se manifesta l'action physiologique du médicament, le sommeil survint, et le délire s'apaisa insensiblement.

Sans nier l'heureuse influence des onctions belladonées en cette circonstance, d'autant plus que le mal se caractérisait par des symptômes assez graves, nous ne saurions admettre l'explication donnée par le médecin anglais. La réaction hallucinatoire est purement cérébrale ; les fausses sensations, d'ailleurs, augmentent d'intensité dans la nuit. (*Moniteur des hôpitaux*, 14 décembre 1854.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

1° **Comptes rendus annuels des progrès des sciences médicales**, par Canstatt (*Canstatt's Jahresbericht ueber die Fortschritte der Gesammten Medicin in allen Laendern*), rédigés par MM. Scherer, Virchow et Eisenmann. Wurzbourg, Stahl.

2° **Annuaire de la médecine allemande et étrangère de Schmidt** (*Schmidt's Jahrbuecher der In- und Auslaendischen gesammten Medicin*), rédigé par les professeurs H.-E. Richter et A. Winter. Leipzig, Otto Wigand.

3° **Résumé semestriel des sciences médicales** (*The Half-Yearly abstract of the Medical Sciences*), par MM. W.-H. Ranking et C.-B. Radcliffe. Londres, J. Churchill.

4° **Revue rétrospective de la médecine** (*The Retrospect of Medicine*), par le docteur W. Braithwaite. Londres, Simpkin.

La littérature étrangère possède, comme l'indique les titres ci-dessus, des résumés importants où chaque année se trouvent consignés les progrès que les travailleurs de tous les pays font faire à la médecine Pour chaque homme sérieux, le praticien comme le savant, un livre didactique, un traité de pathologie a généralement beaucoup moins de valeur qu'une monographie, qu'une brochure de quelques pages. Les écrits, souvent peu étendus, où le médecin dépose les fruits de son observation personnelle, où, après avoir marqué l'état de la science sur un sujet quelconque, il met en lumière les avantages que la science et la pratique pourront retirer de ses travaux, sont souvent publiés à un petit nombre d'exemplaires ; d'autres fois, ces monographies intéressantes sont éparses dans quelques-uns des organes de la presse médicale, et, malgré tout le soin que peuvent mettre les journaux actuels à résumer les articles originaux de leurs confrères, beaucoup de productions importantes nous échappent.

C'est à ce titre que des ouvrages que nous nommons *Revues*, *Annuaires*, etc., méritent toute l'attention du médecin. Il est sûr d'y trouver facilement et sans perte de temps de précieux renseignements.

On a beaucoup accusé ces livres, cherchant à jeter le discrédit sur les études bibliographiques qui éloignaient, disait-on, de l'étude clinique. L'observation du malade est, sans aucun doute, la première source à laquelle doit puiser le médecin ; mais s'y borner c'est limiter volontairement son intelligence et refuser de profiter des travaux de ses contemporains et de ses devanciers. Cette affectation de ce que l'on nomme l'esprit pratique est plus répandue qu'on ne le pense ; l'esprit d'observation n'est trop souvent qu'une expression dont on abuse, et un masque d'ignorance.

L'Allemagne et l'Angleterre ont cherché l'une et l'autre, par de louables efforts, à propager le goût de la littérature médicale. Cette tendance s'est surtout révélée, chez nos confrères d'outre-Rhin, par la publication de l'*Annuaire* de Schmidt. Le succès qui couronna cette entreprise donna bientôt naissance à une foule de petits recueils du même genre, tels que la *Nouvelle Gazette de Munich*. M. Canstatt, professeur à Erlangen, fonda plus tard une revue plus étendue et plus complète. A l'exemple de l'Allemagne, l'Angleterre médicale possède deux collections du même genre : la première, la *Revue semestrielle* de MM. Ranking et Radcliffe, est la plus ancienne et la plus connue ; l'autre, celle de M. Braithwaite, est plus récente et moins répandue quant à présent.

Ces trois recueils ne se ressemblent pas complétement. Les ouvrages anglais, plus courts, sont presque entièrement consacrés au résumé des travaux britanniques, et les quelques articles sur des ouvrages allemands sont, pour la plupart, empruntés à des recueils périodiques français. Nous devons reconnaître, néanmoins, que, chez nos confrères d'outre-Manche, les recherches médicales françaises occupent une place honorable et importante. Les deux ouvrages allemands ont une étendue plus grande, et sont beaucoup plus complets.

La publication mensuelle d'un fascicule de l'*Annuaire* de Schmid se rapproche plus d'un journal, et même, pour compléter l'analogie, les auteurs ajoutent quelquefois au résumé des travaux étrangers quelques articles originaux. Les revues anglaises paraissent l'une et l'autre par volume in-8 de 350 à 400 pages. L'*Annuaire* de Canstatt n'est édité qu'une seule fois par an.

Par le nombre et l'importance des collaborateurs, l'*Annuaire* de Canstatt mérite la première place. Fondé en 1841 par Canstatt, alors professeur de clinique médicale à Erlangen, ce recueil est dirigé aujourd'hui par MM. Virchow, Scherer et Eisenmann, les deux premiers professeurs bien connus de la faculté de médecine de Würzbourg, et le dernier dont le nom a été répandu par ses nombreux travaux bibliographiques. Pendant un certain nombre d'années, ce fut M. Eisenmann qui seul, après la mort de Canstatt, dirigea cet ouvrage. Depuis 1850, il a partagé cette direction avec deux de ses confrères les plus distingués. Nous citerons, pour permettre à nos lecteurs d'apprécier la valeur de ces comptes rendus, les noms de quelques-uns des principaux collaborateurs depuis la fondation du recueil. *Anatomie pathologique :* MM. Albers, professeur à Bonn, et plus tard M. Virchow ; *histologie :* le professeur Henle (de Goettingue) ; *physiologie :* les professeurs Valentin (de Berne) et Ludwig (de Zurich) ; *accouchements et maladies des femmes :* Kiwisch, ancien professeur à Prague ; les professeurs Siebold (de Goettingue) et Scanzoni de Würzbourg ; *altérations du sang*, par le professeur J. Vogel (de Giessen) ; *chimie pathologique et physiologique*, par le professeur Scherer (de Würzbourg) ; enfin, les *maladies de la peau*, par MM. Simon et le professeur Hebra (de Vienne). Nommer ces professeurs, c'est passer en revue la plupart des hommes qui ont brillé sur la scène scientifique de l'Allemagne depuis une dizaine d'années. Aussi personne ne s'étonnera si nous affirmons que ce recueil, dans presque toutes ses parties, a été rédigé avec un soin au-dessus de tout éloge. La classification était un des points difficiles dans un ouvrage de ce genre. L'ordre adopté a été successivement amélioré à mesure que l'on reconnut les défauts inhérents aux dispositions primitivement adoptées; le nombre des divisions fut restreint, et aujourd'hui elles se réduisent aux suivantes : Biologie, pathologie générale, pathologie spéciale et locale, thérapeutique, matière médicale, hygiène et médecine légale, enfin art vétérinaire. Les tables insérées à la suite de chaque volume, avant 1850, étaient insuffisantes ; on les a remplacées, depuis lors, par un index plus complet ; mais cette amélioration dans le plan de l'ouvrage nous en fait désirer une autre : ce serait la composition d'une table générale de tout l'ouvrage. Muni de cette clef de la littérature contemporaine, tout travailleur trouverait dans ce recueil, en peu de temps, un renseignement précieux qu'il n'obtient souvent aujourd'hui qu'après avoir péniblement parcouru un grand nombre de feuilles. Nous espérons que l'éditeur et la rédaction voudront bien examiner notre proposition et tenir compte de la remarque d'un confrère qui a souvent cherché et trouvé dans leur livre un utile renseignement.

L'*Annuaire* de Schmidt, publié actuellement par MM. E.-H. Richter et A. Winter, professeur à l'université de Leipzig, est moins étendu, et cependant fournit un résumé succinct des principaux recueils, mais surtout des journaux allemands et étrangers.

Les deux annuaires anglais, ceux de MM. Ranking et Radcliffe et de M. Braithwaite, sont plus courts encore et moins complets; cependant ils offrent un grand avantage quand on veut se livrer à des recherches bibliographiques. Connus en France, où la connaissance de la langue anglaise est plus répandue que celle de la langue allemande, ces ouvrages pourront suppléer avantageusement au manque de recueils analogues que nous signalons chez nous.

L'esprit qui a présidé à la composition de ces quatre ouvrages est identique. Le but principal étant de fournir au lecteur une analyse aussi exacte que possible d'un travail, la critique, sans être bannie complétement, ne joue qu'un rôle très secondaire ; annexées à l'analyse dont elles ne font pas partie intégrante, les remarques critiques sont toujours faciles à séparer des idées propres à l'auteur, qui font le sujet de l'analyse ; toujours la critique est sérieuse et digne, sans caractère acerbe. Il faudrait peut-être faire exception relativement aux remarques de M. Hammernik, vétéran

de la science, dont le style est encore empreint d'une vivacité toute juvénile.

A côté des efforts des collaborateurs et des rédacteurs, il est juste, dans une œuvre de ce genre, de signaler aussi la part qui revient aux éditeurs. MM. Stahel, Otto Wigand et Churchill ont bien mérité de la science et des savants, en contribuant ainsi à répandre la lumière scientifique.

Docteur Leudet.

VII.

VARIÉTÉS.

On nous écrit de Constantinople, à la date du 5 mars :

« Enfin, le beau temps est revenu : nous avons un soleil radieux, chaud; les arbres fleurissent ; la nature se ranime et fait renaître aussi l'espoir et le courage. L'état sanitaire des troupes s'améliore, grâce au ciel. Il n'y a plus de congélation des membres ; il y a moins de diarrhées parmi les soldats ; la fièvre typhoïde n'a pas cette intensité qu'elle revêtait les années précédentes ; les affections des organes respiratoires ont été cette année excessivement rares : ainsi, la pneumonie s'est montrée quelquefois, mais les cas étaient si peu fréquents, qu'on peut dire qu'elle était tout à fait sporadique. Parmi les soldats français, il y a dans ce moment d'assez nombreux cas de scorbut. Ce scorbut est une conséquence naturelle des souffrances morales et physiques du pauvre soldat. Les souffrances morales, telles que la nostalgie, y prédisposent plus particulièrement. Le scorbut de terre diffère de celui de mer : ce dernier débute par les gencives et la bouche, tandis que le premier se manifeste par des ecchymoses aux membres, sur le tronc ; des plaques lenticulaires, des sudamina, des hémorrhagies intestinales et urétrales ; la bouche n'est attaquée que tout à fait vers la fin, et souvent même elle reste saine et intacte. Le plus souvent les gencives sont pâles, exsangues, les dents sèches. Dans les hôpitaux turcs nous n'avons pas encore observé de scorbut : c'est toujours la diarrhée qui y domine. Mais, à tout prendre, et en établissant une échelle de comparaison avec l'état des hôpitaux, il y a un mois, nous avons la satisfaction de constater une amélioration des plus sensibles.

» Les Français augmentent chaque jour le nombre de leurs hôpitaux. A Gulhané ils ont construit quinze nouvelles baraques de la contenance de cinquante lits chacune. Ils ont achevé les vastes bâtiments de l'Université, près de Sainte-Sophie (le rêve des Grecs). Ils construisent des baraques à Péra, ils en construisent partout. Il faut, dit-on, pouvoir disposer de 20,000 lits. Le palais de Nusse n'est pas encore prêt : on y prépare les lits, on y distribue les salles, etc. Dans peu de jours il sera occupé. Les Anglais ont occupé le palais du Sultan, à Thérapia, dans le Bosphore. Le nom de ce village indique suffisamment la salubrité de son air. En effet, situé en face de l'embouchure de la mer Noire, caressé par les vents du nord qui soufflent pendant la plus grande partie de l'année, placé en amphithéâtre sur de charmantes collines pourvues de sources d'eau très pure, ce village jouit d'avantages si incontestables, qu'il est bien sûr aujourd'hui que sa réputation n'est pas usurpée. Les Français y possèdent aussi un hôpital attenant au palais du sultan. Les Anglais ont en outre établi un hôpital à Smyrne, un autre à Rhodes, un autre à Malte. C'est dans la prévision des grands événements qui vont éclore avec le printemps.

» J'ai omis jusqu'à présent de parler des différentes administrations qui régissent les hôpitaux. Je ne parlerai pas de l'administration anglaise, ni du service médical chez eux ; ce que j'aurais à en dire est si peu flatteur, qu'il me paraît plus convenable de garder le plus profond silence ; mais je ne saurais jamais parler avec assez d'enthousiasme de tout ce qui a rapport à la France, et, là dessus, je défie qu'on m'accuse jamais d'esprit de parti ou d'exagération. Je n'appartiens personnellement à aucune des nations belligérantes ; je suis à même de juger les faits avec la plus stricte impartialité.

» Les Français arrivent dans une ville après s'être fait précéder, trois ou quatre mois auparavant, de leur intendance militaire. Celle-ci fait tous les préparatifs, installe tous les services, et dispose tout pour l'arrivée de l'armée ; tandis que les Anglais et les Turcs commencent par envoyer des troupes, qui doivent s'arranger comme elles peuvent, dans un pays tout nouveau. Or, qu'en résulte-t-il ? C'est que les premiers trouvent tout en ordre, tandis que les seconds, pris au dépourvu, souffrent un long martyre d'attente. L'administration française a, elle, tout prévu, jusqu'aux moindres détails. Les journaux, depuis nombre d'années, sont remplis des plaintes et des lamentations du corps médical contre l'administration. Jamais on n'a fait droit aux demandes des médecins, non pas qu'elles ne fussent justes et équitables, mais parce que le gouvernement a compris qu'une concession en amène une autre, et qu'enfin il troublerait cet ordre admirable, pour le reconstituer Dieu sait comment ! Si l'on donnait plus de pouvoir aux médecins, cela nuirait à l'unité du commandement, et chaque jour il y aurait maille à retordre entre ces deux corps. Je suis fâché, donc, d'être en désaccord sur ce point avec mes confrères français ; mais à leurs objections je répondrais : Voyez le service anglais confié uniquement aux médecins !

» La seule remarque à faire au sujet du service français, est que peut-être on tirerait avantageusement parti des aides-majors, dont le rôle consiste aujourd'hui à tenir les cahiers pendant la visite, en leur confiant entièrement un certain nombre de malades, au lieu d'en faire de simples assistants des médecins principaux. On allégerait ainsi la besogne de ces derniers, qui est parfois très lourde. »

PROGRAMME DES PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Prix décerné. — La Société avait proposé un prix de la valeur de 300 fr. sur la question suivante : *Établir par des faits les différentes conditions morbides qui donnent lieu à la présence de l'albumine dans l'urine.* »

La Société décerne à M. le docteur A. Imbert Goubeyre, médecin à Clermont-Ferrand, une médaille de la valeur de 200 fr., et le titre de membre correspondant.

Prix proposés. — « 1° *Rechercher quelles sont les différences qui existent entre l'infection purulente et la diathèse purulente; faire l'histoire de cette dernière.* »

Ce prix, qui est de 300 fr., sera décerné en 1855.

« 2° *Déterminer, par des expériences faites sur les animaux et par l'observation clinique, la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques considérés comme hémoplastiques dans les maladies dites chirurgicales.* »

Le prix est de 300 fr., et sera décerné en 1856.

La Société décerne, en outre, pour différents mémoires et manuscrits :

1° Une médaille d'argent grand modèle à M. le docteur Pellegrino Salvolini, médecin, déjà membre correspondant;

2° Une première mention honorable à M. le docteur Sauvé, médecin à La Rochelle, déjà membre correspondant ;

3° Une deuxième mention honorable et le titre de membre correspondant à M. le docteur Strucchi, médecin à Modène ;

4° Une troisième mention honorable à M. le docteur Fleury, médecin de première classe de la marine impériale, déjà membre correspondant.

Les Mémoires, écrits très lisiblement, en latin, français, italien, anglais ou allemand, doivent être rendus, *franc de port*, chez M. Burguet, secrétaire général de la Société, rue Fondaudége, n° 67, avant le 15 mars.

— Lundi dernier ont eu lieu, à l'église de Saint-Thomas-d'Aquin, les obsèques de la fille aînée de M. Velpeau. Le corps médical, en se rendant à cette triste cérémonie, a témoigné la part qu'il prend à la douleur d'un de ses plus éminents représentants.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

. Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 30 MARS 1855. — N° 13.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté du Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 18 mars 1855, à l'avenir, dans les Académies dont le chef-lieu réunit plusieurs Facultés, les bibliothèques spéciales de ces divers établissements forment une seule bibliothèque qui prend le titre de *Bibliothèque de l'académie*. La bibliothèque de l'académie est placée sous la haute surveillance du recteur.

Cette mesure n'est point applicable à l'académie de Paris ; néanmoins la bibliothèque de la Sorbonne prendra désormais le titre de *Bibliothèque de l'académie de Paris*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 21 au 28 mars 1855.

65. FRANÇOIS, Jean-Baptiste, né à Briey (Moselle). [*Traitement des ulcérations simples du col de l'utérus.*]

66. MOUTIER, Edmond-Augustin, né le 7 avril 1830 à Sully-sur-Loire (Loiret). [*De la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde.*]

67. GÉRARD, Ernest, né le 17 février 1830 à Beauvais (Oise). [*Des serres-fines et de leur emploi en chirurgie.*]

68. LIOTARD, Gustave-Joseph, né le 11 décembre 1830, à Aix (Bouches-du-Rhône). [*De la meilleure méthode à suivre dans l'examen des malades.*]

69. CHADZYNSKI, Léon-Jean, né le 11 juillet 1825 à Varsovie (Pologne). [*Des tumeurs fibreuses de l'utérus comme causes de dystocie.*]

70. MAZÈRES, Jean-Jérôme, né le 6 octobre 1829 à Pauillac (Gers). [*De la saignée pendant la grossesse.*]

71. LEGROS, Michel-Victor, né le 14 juillet 1830 à Aubusson (Creuse). [*De la prophylaxie et du traitement de l'urétrite chez l'homme.*]

72. MESSIER, Léon, né le 31 août 1826 à Badonviller (Meurthe). [*De la stomatite utéro-membraneuse.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 29 mars 1855.

QUESTION DU VITALISME.

> La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* est un journal bien fait, sérieusement fait..... *Doctrines : un peu flottantes.* (UNION MÉDICALE.)

Deuxième article.

L'organisme animal est l'œuvre d'une force simple, primitive et générale, qui n'est pas identique avec les propriétés du tissu vivant. Le tissu vivant est doué de propriétés dites vitales qui ne sont pas identiques avec celles de la matière inanimée. Quel est le rôle de cette force et de ces propriétés dans la maladie (1)? C'est ce qu'il s'agit maintenant de rechercher.

Nous l'avons vu, aux yeux de Barthez, les maladies résultent d'*une affection du principe vital*. Et comme, dans cette doctrine, les forces motrices et sensitives ne sont que des *facultés* de ce principe, ou, pour parler plus rigoureusement, les attributs essentiels et les modes mêmes de la force générale, il s'ensuit nécessairement que les maladies procèdent d'un trouble de la tonicité et de la sensibilité. Telle est l'expression la plus complète du vitalisme appliqué à la pathologie, de celui du moins qui ne se résout pas en un pur animisme. Nous nous en emparons sans regarder à des dissidences partielles, afin de poser la question sur des bases bien arrêtées. On pressent déjà que ce n'est pas pour faire un simple acte d'adhésion.

1° La solution du problème, en ce qui concerne le rôle pathogénique de la force vitale, suppose un postulat, et c'est

(1) Pour ne pas compliquer la question, nous nous dispenserons de définir la maladie, parce que, la maladie étant proprement un dérangement de la santé, on pourrait nous demander d'abord de définir la santé elle-même. Nous espérons que la confusion dont a parlé M. Gerdy dans son discours de mardi sera évitée dans cet article.

celui-ci : Une force quelconque ne peut ni s'augmenter ni se diminuer d'elle-même, par une vertu qui lui soit propre. Son intensité est réglée par la source dont elle émane. La source s'ouvre et la force en sort; elle s'amoindrit ou se ferme, et la force s'affaiblit ou s'épuise. Essayez de concevoir un changement spontané dans la force électrique ou la force d'attraction, sans dérangement des conditions où elle s'engendre! Il importe peu de quelle nature de force il s'agisse. Physiques ou non, d'ordre inférieur ou d'ordre supérieur, toutes ont ceci de commun qu'elles sont également incapables de réagir sur elles-mêmes et de s'infliger aucune modification. Or, non-seulement la force vitale est dans ce cas au même titre que les autres; mais, de plus, elle est telle qu'on n'imagine pas aisément de quelle manière elle pourrait être troublée à sa source. La source de l'électricité, on la connaît : ce sont les corps électriques. De même on peut indiquer la source des propriétés vitales, c'est-à-dire qu'on sait à quel tissu appartient chacune d'elles, à quel mode d'organisation elle est enchaînée. Mais la source du dynamisme vital est aussi mystérieuse que celle du dynamisme cosmique, et une cause de dérangement n'est pas plus aisée à concevoir pour l'une que pour l'autre. S'en enquérir, c'est s'enquérir de Dieu.

Nous ne parlons encore que d'augmentation et de diminution d'intensité. L'impossibilité est plus grande encore à l'égard d'une modification de nature, d'une altération, d'une aberration, d'une perversion ; car aux raisons précédentes il en faut ajouter une qui est, à notre sens, décisive : c'est que ce qui est simple et un n'est pas susceptible d'être altéré ni perverti. Nous déclarons ne rien comprendre absolument à l'altération d'une chose simple, le simple étant ce qui n'est pas composé de parties, et ce qui n'est pas composé de parties n'étant pas susceptible de s'altérer.

Ici apparaît clairement l'abus d'une application des doctrines dynamistes à la pathologie. De ce que l'organisation n'explique pas l'unité de la vie; de ce que la logique oblige à remonter jusqu'à une puissance générale et coordinatrice; de ce que cette puissance, en tant que primitive, est la cause immédiate des mouvements auxquels est sujette la substance corporelle, on a cru pouvoir en induire qu'elle est capable de pousser le développement de son énergie propre jusqu'à s'égarer hors des voies naturelles. On s'est figuré que, possédant en soi, suivant la définition de l'école, le *principe de ses mouvements*, elle était maîtresse de les diriger comme et où bon lui semblerait, et qu'elle pourrait tout aussi bien les tourner contre l'organisme que les faire servir à son développement régulier et à sa conservation. On l'a gratifiée en conséquence d'*affections ;* on en a fait nous ne savons quel souverain fantasque, aujourd'hui fainéant, demain d'une activité dévorante, tantôt veillant au salut de son empire et tantôt le laissant livré à la ruine ou y allumant lui-même l'incendie, Marc-Aurèle ou Néron, suivant le caprice. Une pareille conception n'est pas seulement illégitime, elle est contradictoire. La force qui doit d'abord organiser la matière et parfaire un être humain, puis maintenir l'harmonie de son œuvre, n'a pas d'autre destination depuis la fécondation de l'œuf jusqu'à la mort de l'individu. Ce qu'elle est au commencement, elle le sera au milieu, à la fin, à toutes les époques de son travail. Entre elle et la matière, dont elle est inséparable, il y a un rapport spécifique, nécessaire, qu'on ne peut supposer rompu par un écart spontané de l'une ou de l'autre, sans émettre une proposition inintelligible, puisque la force dite vitale ne serait pas telle sans la matière de l'organisation, ni celle-ci sans la force vitale. Et l'on voit par là ce qu'il faut penser de cette opposition qu'on ne cesse d'établir entre la mobilité de la force vitale et la fixité des forces physiques. La première est aussi fixe que les autres; elle est marquée du même caractère de nécessité et de fatalité.

Il faut expliquer cela. Tout dans l'organisation humaine converge vers une fin. Tout est ordre, harmonie, prévision, calcul; l'ouvrier divin se découvre, pour ainsi parler, derrière chaque fibre; et pourtant nous prétendons que la force d'où sort ce merveilleux travail est aveugle. Oui, et la preuve c'est qu'elle aboutit souvent à la monstruosité! Si la détermination d'un but et l'appropriation des moyens suffisaient pour attester la nature intelligente de la force, il faudrait reconnaître une pareille nature dans les puissances qui régissent le système physique; car dans le jeu de ce système se manifeste aussi, et avec le même éclat, le caractère d'intention et de prévoyance. La force régulatrice du monde aurait donc aussi ses *affections*, ses modifications spontanées ; le monde, ses maladies qu'on pourrait tenter de guérir. Or, on prétend précisément que les puissances physiques sont aveugles, et que c'est par là qu'on les distingue des puissances vitales. Donc l'intelligence de la force n'est pas la conséquence obligée de la corrélation des moyens avec la fin. On pourrait ramener l'argument à un enthymème, et dire : Les forces physiques sont tout à la fois aveugles et appropriées à une fin intelligente; donc le caractère intelligent de la fin et le caractère aveugle de la force peuvent s'accorder ; donc de ce que la force vitale est appropriée à une fin on ne peut conclure qu'elle soit intelligente. On voit par là ce que doit être la vraie théorie des causes finales. Le propre de la cause finale est de réaliser un effet prédéterminé, non de prédéterminer cet effet ni de le prévoir. Et elle le réalisera en proportion exacte des matériaux dont elle disposera et des conditions d'exercice qui lui seront assignées. L'organisme humain est, sous ce rapport, comparable à ces machines de l'industrie qui, sous l'action d'un moteur caché au dedans d'elles-mêmes, accomplissent des prodiges de précision. L'intelligence a conçu et arrêté le but du système; l'intelligence a disposé tous ces rouages en conséquence du but; l'intelligence a créé ou plutôt réglé la force ; mais la force elle-même n'est pas intelligente; loin de là, elle est asservie et aveugle. Tant que rien ne se dérange dans le système, la cause finale accomplit son œuvre; mais qu'un rouage se fausse, et cette force répand le désordre et le ravage avec la même fatalité et en vertu des mêmes principes qui présidaient tout à l'heure à son œuvre de régularité et d'harmonie. Il convient seulement de remarquer que la puissance vitale, qui ne peut être séparée de son *substratum* matériel, qui ne peut être conçue hors de l'ovule, qui procède donc de l'imprégnation, n'a pas le caractère d'universalité qui appartient aux puissances physiques. Absolument une par rapport à l'individu, elle ne l'est pas par rapport à l'espèce; elle emprunte, en un mot, de conditions inconnues et cachées dans les mystères de la génération, des modalités particulières qui feront plus tard les caractères distinctifs de la variété et de l'individu. C'est en quoi principalement le système du monde et celui de l'homme diffèrent quant aux principes de leurs mouvements.

Ainsi, premier point : La force vitale est incapable de s'augmenter, de se diminuer d'elle-même, de *virtute suâ;* partant, pas d'affections, pas de maladies, pas d'aberrations du principe de la vie. Peut-elle être modifiée directement, sans autre intervention, par une force externe? Examinons.

Il ne s'agit encore, remarquez-le bien, que de cette force générale qui préside au développement et à l'harmonisation

du système, et non des forces particulières qui sont propres aux divers tissus vivants. Or nous soutenons qu'une telle force ne peut subir aucun changement en vertu d'une action externe, soit que cette action parte du monde extérieur, soit qu'elle parte de l'organisme lui-même. Cette force est primitive, elle est simple; en cette double qualité, elle est immutable. Aucune autre force n'est capable de la modifier. C'est un principe de philosophie dont le développement serait long et ardu; mais il sera compris de ceux qui ont un peu réfléchi sur ces matières. On se représente au dehors une force magnétique ou électrique enveloppant l'organisme, et l'on trouve aisé de comprendre une influence de cette force sur la force vitale, surtout si cette dernière est également de l'ordre physique. Mais on rapproche, dans ce raisonnement, deux choses de nature fort différente. Le magnétisme et l'électricité sont des propriétés de la matière; leurs analogues dans le corps vivant, en tant que vivant, sont les propriétés dites vitales, la sensibilité, la contractilité. Une propriété étant la conséquence d'une certaine disposition de la matière, toute force externe susceptible de modifier cette disposition modifiera nécessairement la propriété; elle la modifiera très réellement; par exemple, elle affaiblira ou exaltera la sensibilité du composé matériel. Mais la force vitale proprement dite échappe à une influence analogue par son caractère de primitivité et de généralité, et elle n'est pas plus susceptible de recevoir de quelque force externe que ce soit une modification, que la force générale et harmonique du monde n'en peut recevoir de la machine humaine. Même difficulté, même impossibilité à l'égard de telle cause d'influence qu'on voudra imaginer dans l'organisme. L'autonomie de la force vitale est absolue; elle n'est pas plus attaquable par une action interne que par une action externe; elle se prouve aussi bien dans un cas que dans l'autre, et par les mêmes raisons.

Quel est donc enfin, comme nous le demandions en commençant, le rôle de cette force dans la maladie? Le voici, et nous n'en concevons pas d'autre.

Dans quelque condition qu'on la suppose placée, la force *princeps* de l'organisme ne pouvant jamais être affectée, d'une manière quelconque, dans le mode énergétique qui est propre à l'individu, ne saurait dès lors figurer comme élément primitif, comme *cause*, ni dans les vices d'organisation, ni dans les maladies. Il faudra toujours que la matière, à travers laquelle cette force se joue, lui fasse obstacle pour que son déploiement cesse d'être entier ou régulier. Ce que nous disons relativement à l'origine des vices d'organisation étonnera peut-être, tant on s'est habitué à rapporter les phénomènes tératologiques à un *excès*, à un *défaut*, parfois à une *perversion* de la force vitale, et tant il paraît naturel de rattacher à une telle origine des accidents de conformation qui se transmettent avec la vie. Mais explication contre explication, celle qui se tire des dispositions de la matière est infiniment plus claire. Ce qui est visible et palpable dans la transmission par hérédité, c'est après tout une parcelle de matière: *tout à l'heure une goutte de liquide, à présent un embryon, bientôt un homme*, comme le dit M. le professeur Bérard (*Physiologie*, t. Ier). Cette parcelle de matière, puisqu'elle est le rudiment de l'homme nouveau, doit le posséder tout entier en germe. Elle contient en puissance la constitution, le tempérament, les ressemblances avec les ascendants, etc. Supposez-lui encore des qualités matérielles incompatibles avec l'accomplissement normal du travail qui doit réaliser l'être, et de cette imperfection originelle découlera tout aussi naturellement celle de toute la formation organique. Cette théorie du moins a l'avantage de ne pas être en contradiction flagrante avec les doctrines d'une saine ontologie.

2° Toutes les considérations précédentes abrégent singulièrement ce que nous avons à dire touchant le rôle des propriétés vitales dans la maladie.

Toute propriété vitale est un *résultat* de l'organisation. Cela ne veut pas dire, et cette réserve est importante, que la propriété dépende essentiellement de l'agencement des parties constituantes du tissu auquel elle appartient. Nous ne savons pas quelle est la disposition précise de laquelle naît l'irritabilité. Elle peut être dans un tissu le produit exclusif d'une seule disposition, ou bien le résultat d'une harmonie de dispositions multiples dont une seule, venant à disparaître, emporterait la propriété tout entière. L'influence de l'action nerveuse sur le phénomène légitime ces suppositions.

En même temps que les propriétés vitales procèdent de l'organisation, elles ont avec les objets extérieurs un rapport dont on ne tient plus aujourd'hui assez de compte ni en physiologie ni en pathologie. On s'en fera aisément une idée si l'on veut bien transporter un instant la question du domaine de la vie organique dans celui de la vie animale. La faculté de voir résulte nécessairement de l'organisation d'un appareil particulier. Sans l'œil, sans le nerf optique, la faculté de voir n'existerait pas. Néanmoins, ce n'est pas la disposition anatomique qui crée le rapport entre les émanations lumineuses et la sensibilité spéciale du nerf. Ce rapport est un *à priori*, dont le secret est dans l'ordre éternel et impénétrable de la nature. De même, la sensibilité et la motilité organiques, produits de l'organisation, ont avec ce qui les entoure de certaines relations où l'organisme n'a en réalité aucune part. C'est en vertu de ces relations que l'estomac repousse certaines substances fort inoffensives, comme de l'huile, et en accepte de très irritantes, comme du piment; qu'une goutte d'eau distillée, en pénétrant dans le larynx, y détermine un malaise et des secousses terribles, tandis que des mucosités épaisses, chargées de sels, y séjournent normalement sans déterminer la moindre sensation. Et cette sorte de sympathie ou d'antipathie se manifeste au sein même de l'organisme. La sensibilité de la fibre est affectée tout aussi bien par le sang qui imprègne celle-ci que par le liquide qui lui arrive du dehors. Un des services rendus par Barthez et Bichat, tout abus réservé, est d'avoir pénétré plus avant que leurs devanciers dans l'étude de ces phénomènes.

Or, puisque les propriétés vitales sont un résultat de l'organisation, elles peuvent moins encore que la force vitale se troubler spontanément. Toute modification dont elles sont le sujet est nécessairement consécutive à un dérangement matériel de l'agrégat vivant.

Et puisque ces propriétés ont un rapport avec tout ce qui forme le milieu où elles se manifestent, ce rapport sera changé quand la propriété le sera, et il en devra résulter des phénomènes importants en pathologie.

La longueur de cet article nous force à nous en tenir aujourd'hui à ces généralités. Dans le prochain numéro, nous terminerons ce travail par l'application de nos principes aux questions de doctrine médicale et de nosologie.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DEUXIÈME MÉMOIRE A PROPOS DE LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE, par M. le docteur L. FIGUIER, Agrégé de chimie à l'École de Pharmacie de Paris. — Lu à l'Académie des sciences le 26 mars 1855.

J'aurais désiré ne pas entretenir encore l'Académie des expériences qui m'occupent en ce moment, et par lesquelles j'espère achever de démontrer que c'est à tort que l'on accorde au foie la propriété de sécréter du sucre. Mais la communication qui lui a été faite dans son avant-dernière séance me décide à publier, dès à présent, la partie de mes recherches qui se rapporte au point décisif qui vient d'être soulevé.

La communication faite à l'Académie se compose : 1° de la présentation d'une série d'expériences dues à un chimiste étranger, et qui prouvent que, dans certaines conditions, le sang de la veine porte est privé de sucre, tandis que celui des veines sus-hépatiques contient de notables quantités du même produit ; 2° de réflexions qui consistent à montrer que les résultats obtenus par M. Lehmann tranchent sans retour la question qui s'agite.

J'établirai à la fin de ce mémoire que les résultats obtenus par l'habile chimiste de Leipzig ne déposent nullement en faveur de la théorie glycogénique ; mais j'exposerai d'abord les faits qui sont l'objet de mon travail.

Dans la Note présentée à l'Académie, il est dit que le phénomène de la formation du sucre dans le foie est « une vérité physiologique parfaitement établie et complétement acquise à la science. » La démonstration de cette vérité repose, dit-on, surtout sur ce fait, depuis longtemps reconnu, que le sang de la veine porte est dépourvu de sucre, tandis que le sang qui sort du foie est chargé de ce produit : « Tous les arguments relatifs à la question » de savoir si le foie fabrique ou non du sucre doivent être ramenés, dit l'auteur de ce travail, à cette expérience fondamentale » qui a pour objet l'examen comparatif des sangs de la veine porte » et des veines hépatiques. Tant qu'il restera établi que le sang » qui entre dans le foie ne renferme pas de sucre, et que le sang » qui en sort en contient des proportions considérables, il faudra » bien admettre que la matière sucrée se produit dans le foie ; car » on ne saurait échapper à cette conséquence de la logique la plus » simple, que, puisque le sucre n'existe pas avant le foie et qu'il » existe après, il faut bien qu'il soit formé dans cet organe. »

Or, je viens annoncer à l'Académie l'existence certaine, incontestable, du fait que l'on révoque en doute, c'est-à-dire prouver que le sang de la veine porte, au moment de la digestion d'un repas de viande crue, renferme une notable quantité de sucre.

Voici le détail des expériences qui établissent le fait que j'annonce, et que je serais heureux de pouvoir répéter, dans un bref intervalle, sous les yeux de la commission nommée par l'Académie pour l'examen de mon précédent travail.

I. Un chien jeune et de forte taille a été privé de toute nourriture pendant trois jours. On a commencé alors à le nourrir avec de la *viande de bœuf crue*, et l'on a continué pendant huit jours ce régime. Au bout de ce temps, le chien a été laissé à jeun pendant quarante heures. On lui a donné alors un repas composé de deux livres et demie de viande de bœuf, et, *deux heures après*, on a procédé à l'opération qui consistait à recueillir séparément le sang de la veine porte et celui des vaisseaux situés au-dessus du foie. A cet effet, une incision a été pratiquée au flanc droit de l'animal ; le doigt indicateur, introduit par cette ouverture, et suivant le bord inférieur du foie, a permis de saisir le paquet des nerfs et des vaisseaux qui pénètrent dans cet organe ; la veine porte étant saisie, on l'a liée. Après cette ligature, on a ouvert l'abdomen, ce qui a permis d'apercevoir les vaisseaux de l'intestin noirs et gonflés par la stase du sang, suite de la ligature. En incisant la veine porte, on a recueilli le sang de ce vaisseau. On s'était procuré de même celui des veines mésentériques. Après ces diverses opérations, la poitrine de l'animal a été ouverte, et l'on a recueilli le sang du ventricule droit du cœur et celui de la veine cave inférieure à son entrée dans cet organe. Enfin, on a extrait le foie. L'estomac du chien contenait encore une assez grande quantité de viande non digérée et d'une couleur grisâtre.

Voici maintenant les résultats auxquels a conduit l'analyse chimique comparée du sang de la veine porte et du sang pris au-dessus du foie.

Sang de la veine porte. — Ce sang pesait 102 grammes. Il a été coagulé par l'addition de trois fois son volume d'alcool. Le liquide, passé à travers un linge, a été rendu acide par quelques gouttes d'acide acétique et évaporé à siccité. En reprenant par de l'eau distillée, on a obtenu une liqueur limpide qui a été évaporée à siccité. Le poids de ce dernier résidu était de 1gr,07. Une partie de cette liqueur, *traitée par le réactif de Frommhertz, a fourni un précipité abondant de sous-oxyde de cuivre*, ce qui indiquait la présence d'une notable quantité de sucre.

Le lendemain, avec la liqueur cupro-potassique titrée à 5 centigrammes de sucre d'amidon pour 10 centimètres cubes de liqueur, j'ai procédé à la détermination de la quantité de glycose contenue dans un poids connu du résidu de l'évaporation. J'ai trouvé ainsi que le sang sur lequel j'avais opéré contenait, sur 100 parties, 0,248 de glycose. Ajoutons que le sang des veines mésentériques renfermait aussi du sucre, mais la proportion n'en a pas été dosée (1).

Sang pris au-dessus du foie. — Le poids de ce sang était de 25 grammes. Traité comme précédemment, il a laissé un résidu poids de 0gr,150. Le réactif cupro-potassique n'a indiqué dans ce du résidu que des *traces à peine appréciables* de glycose. La quantité en était si faible qu'ayant essayé de la doser avec la liqueur cupro-potassique qui avait servi à l'analyse du sang de la veine porte, je n'ai pu y parvenir ; car la coloration bleue de la liqueur titrée a été à peine altérée par l'affusion de la presque totalité du liquide.

Dans le sang pris au-dessus du foie, *deux heures après le repas*, il n'existait donc que des traces de glycose.

Quant au *foie*, qui pesait 315 grammes, il était chargé d'une quantité notable de sucre.

Il résulte de cette première expérience que, chez un chien nourri de viande crue et tué *deux heures après le repas*, on trouve dans la veine porte une quantité notable de glycose, et qu'il n'existe que des traces de ce produit dans le sang qui sort du foie, bien que ce dernier organe soit lui-même chargé de sucre.

II. La même expérience a été répétée, *quatre heures après le repas*, avec un chien placé dans les mêmes conditions que le précédent, et nourri exclusivement depuis douze jours avec de la viande de bœuf crue. Au bout de quarante heures de jeûne, on a donné à ce chien un repas composé de deux livres de viande de bœuf crue, et, *quatre heures après*, on l'a opéré comme le précédent. On a recueilli, par incision, le sang de la veine porte. La poitrine étant ouverte, on a pris le sang du ventricule droit et celui de la veine cave inférieure. La digestion était presque entièrement terminée, car l'estomac ne contenait plus que quelques morceaux de viande au milieu d'une masse demi-liquide et pultacée qui n'occupait qu'une partie du viscère. En procédant à l'analyse comparée de ces deux sangs, j'ai obtenu les résultats qui suivent :

Sang de la veine porte. — Le sang recueilli pesait 76 grammes. A la seconde évaporation (l'évaporation du liquide aqueux), il a laissé un résidu du poids de 0gr,39. J'ai trouvé, en analysant un poids connu de ce résidu avec la liqueur cupro-potassique titrée, qu'il renfermait 0,231 pour 100 de glucose.

Sang pris au-dessus du foie. — Ce sang pesait 25 gram. Le résidu

(1) On s'est assuré, avec un autre chien placé dans les mêmes conditions qu'après un jeûne de quarante heures, la veine porte ne contenait pas de sucre. A cet effet, le chien a été tué par la section du bulbe rachidien. L'abdomen étant ouvert, on a appliqué une ligature sur la veine porte et l'on a recueilli le sang de ce vaisseau. Ce sang ne renfermait aucune trace de glycose ; on s'en est assuré en le traitant par l'alcool suivant le procédé ci-dessus décrit.

alcoolique pesait 0gr,165. On a trouvé, par le même procédé d'analyse, que ce sang contenait 0,304 pour 100 de glycose.

Le *foie* renfermait une quantité notable de sucre.

Ainsi, chez un chien nourri de viande crue, et tué *quatre heures après le repas*, on trouve du glycose dans le sang de la veine porte, et le sang qui sort du foie renferme alors une quantité de glycose plus considérable que quand on l'a recueilli deux heures seulement après le repas.

Examinons maintenant les conséquences auxquelles conduisent ces deux expériences si importantes dans la question qui nous occupe.

Ce que tout le monde remarquera certainement dans leur résultat, c'est la démonstration de ce fait capital, que le sang qui pénètre dans le foie pendant la digestion renferme déjà du sucre, et que, par conséquent, le foie ne joue point dans la production de ce principe le rôle qui lui a été attribué.

Une seconde particularité, qui ressort des mêmes expériences, frappera peut-être moins que la précédente, mais elle est pour nous tout aussi précieuse, car elle démontre avec évidence que le foie est bien, comme nous l'avons dit, un organe dans lequel les produits de la digestion viennent séjourner un certain temps, s'y accumuler, s'y réunir, pour être ensuite répandus et distribués dans la circulation générale.

Rapprochons, en effet, les résultats de ces deux expériences. Dans la première, quand on recueille le sang *deux heures après le repas*, le sang qui provient du foie ne renferme encore qu'une quantité insignifiante de sucre, bien que cet organe soit rempli de matière sucrée. Dans la seconde expérience, faite *quatre heures après le repas*, le sang qui s'échappe du foie contient des proportions notables de glycose. Ne voit-on pas là la démonstration évidente de ce fait, que le foie arrête quelque temps dans son tissu les matières qui lui sont apportées de l'intestin? Par suite de l'extrême lenteur de la circulation dans l'organe hépatique, par la nature même du tissu spongieux de cette glande, le sang est contraint de subir dans le foie une stagnation qui a pour effet d'y retenir ces produits un temps plus ou moins long. Aussi, lorsque, dans la première expérience, nous avons recueilli le sang deux heures seulement après le repas, nous avons saisi le moment précis où le sucre, arrivant du tube intestinal par suite de la digestion, avait pénétré dans le foie, mais n'avait pas eu le temps d'en sortir, et se trouvait encore arrêté dans le réseau vasculaire de cette glande. Et c'était un spectacle remarquable et plein d'enseignements physiologiques que de voir s'échapper d'un foie gorgé de sucre un sang presque dépourvu de ce produit! Mais lorsque, dans la seconde expérience, on a recueilli le sang quatre heures après le repas, on a laissé au glycose le temps de s'échapper par les vaisseaux sus-hépatiques, et l'analyse a permis de constater dans le sang de ces vaisseaux l'existence d'une notable proportion de matière sucrée.

Si quelques doutes pouvaient subsister sur la réalité du mécanisme physiologique que nous signalons, il nous suffirait de rappeler que le glycose n'est pas la seule substance qui, dans les conditions normales, se trouve en quantité notable dans le foie et en faible proportion dans le sang. Un fait tout semblable s'observe pour l'albuminose. Nous avons trouvé dans le sang du bœuf et des lapins jusqu'à 3 pour 100 d'albuminose, tandis que le même produit ne figurait dans le sang des mêmes animaux qu'en très faible proportion. C'est que l'albuminose, comme le glycose, retenue dans le foie pendant un intervalle assez long après la digestion, est reprise peu à peu par les veines sus-hépatiques et déversée dans le sang, où elle doit disparaître soit par la respiration, soit par l'assimilation organique (1). Je rappellerai enfin, à l'appui de la même opinion, que, depuis Orfila, les toxicologistes ont posé le principe de chercher dans le foie, de préférence à tout autre organe, les substances vénéneuses qui ont pénétré par absorption dans l'économie.

La réunion de ces divers faits nous paraît suffisante pour établir la vérité de la proposition que nous avions avancée dans notre premier mémoire, en disant que le foie est un organe dans lequel les produits de la digestion doivent séjourner et être tenus un certain temps en réserve. Cette idée a été, en effet, considérée par beaucoup de personnes, qui jugeaient d'ailleurs la question avec impartialité, comme une simple explication, comme une théorie mise à la place d'une autre. On voit aujourd'hui que ce n'est pas en vertu d'une idée préconçue que nous avons adopté cette opinion, mais que nous n'avons fait que traduire et exprimer par là un fait organique susceptible d'être vérifié par l'expérience.

—

Il y a lieu de supposer que les expériences dont nous venons de rapporter les résultats deviendront l'objet de critiques; nous croyons utile d'aller au-devant de ces objections. Contre la certitude de leurs résultats, on invoquera cet argument bien connu, du reflux possible du sang du foie dans les vaisseaux abdominaux situés au-dessous de lui, c'est-à-dire dans la veine porte et la veine cave inférieure. On sait que l'auteur de la théorie glycogénique s'est efforcé de prouver, par des expériences spéciales, que quand on ouvre l'abdomen d'un animal sans avoir fait, au préalable, la ligature de la veine porte, il peut arriver, par suite de la pression atmosphérique qui vient alors s'exercer à la surface des viscères abdominaux, que le sang contenu dans le foie reflue dans la veine porte. Il ne nous sera pas difficile d'échapper à cette objection. Il nous suffira, pour cela, de faire remarquer que nous avons eu le soin de n'ouvrir l'abdomen pour inciser la veine porte, qu'après avoir préalablement lié ce vaisseau, grâce à une incision étroite pratiquée au flanc droit de l'animal, conformément aux précautions qui sont recommandées dans ce cas.

Néanmoins, comme les raisons qui précèdent pourraient peut-être paraître insuffisantes, il nous a paru utile d'instituer une expérience spéciale pour démontrer que, dans le cas où nous nous étions placé, le reflux du sang dans l'intérieur de la veine porte ne peut avoir les conséquences que l'on pourrait lui prêter; nous avons voulu prouver, par l'expérience, que le sang du foie, quand on ouvre l'abdomen d'un animal, ne se mêle pas forcément avec celui des vaisseaux abdominaux. Pour cela, à un chien de moyenne taille, nous avons donné un repas presque entièrement composé de sucre ou de substances pouvant se transformer en ce produit, c'est-à-dire une soupe au lait à laquelle on avait encore ajouté une certaine quantité d'empois d'amidon et de glycose en nature. Après ce repas, le chien fut laissé *trente-six heures* sans recevoir d'autre aliment. L'abdomen fut alors largement ouvert de haut en bas sans pratiquer préalablement aucune ligature. Après cette ouverture de l'abdomen, l'animal, vivant, fut abandonné à lui-même pendant quelques minutes, et alors seulement la veine porte fut liée au-dessous du foie et le sang recueilli. Or, le foie, examiné aussitôt, contenait une quantité notable de glycose; au contraire, le sang de la veine porte était entièrement privé de sucre, ce qui prouve suffisamment que le mélange n'avait pu s'opérer entre le sang de l'organe hépatique et celui de la veine porte, car, s'il en eût été ainsi, le sang de la veine porte eût renfermé du sucre comme celui du foie.

—

Les expériences que nous venons de rapporter amènent aux conclusions suivantes :

1° Chez les chiens nourris de viande crue, tués deux et quatre heures après le repas, il existe du sucre dans le sang de la veine porte.

2° Le sucre introduit dans le foie par la veine porte, séjourne un certain temps dans cet organe; après cet intervalle, il commence à être charrié par les vaisseaux sus-hépatiques, et transporté dans le système général de la circulation.

3° Quand la digestion intestinale est accomplie, et que le tube digestif s'est entièrement débarrassé de la matière sucrée fournie

(1) Il faut ajouter que ces deux matières servent aussi probablement à la sécrétion de la bile et aux autres sécrétions d'un ordre secondaire qui s'accomplissent dans le foie. C'est ce qui concourt à expliquer la prédominance du sucre et sa longue persistance dans l'organe hépatique.

par les aliments, le sang qui, après avoir parcouru le cercle de la circulation, retourne au foie par la veine porte, est privé de glycose ; mais, en traversant le foie, il reprend une nouvelle quantité de ce produit, de telle sorte que le sang des veines sus-hépatiques versé dans le cœur droit par la veine cave inférieure, renferme nécessairement une certaine quantité de sucre.

4° Il résulte de là, que chez les animaux à jeun depuis deux ou trois jours, il n'existe point de sucre dans la veine porte, mais que les veines sus-hépatiques en renferment une certaine quantité ; ce dernier principe a été cédé au sang de ces vaisseaux par le foie, qui constitue dans l'économie un véritable réservoir de glycose.

—

Après avoir entendu la lecture de ces conclusions, l'Académie n'aura aucune peine à reconnaître que les faits contenus dans la communication qui lui a été adressée, dans l'avant-dernière séance, au nom de M. Lehmann, ne sont point contraires à nos propres résultats, ni à la manière dont nous considérons l'origine et la distribution successive du sucre dans l'économie animale. Que dit, en effet, M. Lehmann ? Qu'il n'a point trouvé de sucre dans *la veine porte de trois chiens à jeun depuis deux jours*, et qu'il en a trouvé, chez les mêmes animaux, dans le sang des *veines sus-hépatiques*. Ce résultat n'a rien que de conforme à nos propres conclusions. On sait depuis longtemps que le foie conserve du sucre pendant plusieurs jours chez les animaux laissés à l'abstinence. C'est le résidu des digestions antérieures qui ne disparaît que très lentement du tissu de cette glande, et dont on peut retrouver des traces même après dix ou douze jours de jeûne absolu. Il est donc tout simple que dans le sang de la veine porte d'un chien à jeun depuis deux jours, on ne trouve point de sucre, et qu'il en existe dans celui des veines sus-hépatiques. Ce principe a été tout simplement emporté par le sang dans son passage à travers un organe sucré.

M. Lehmann ajoute qu'il n'a pas non plus trouvé de glycose, ou qu'il n'en a trouvé que des traces dans la veine porte, chez des chiens et un cheval soumis à des régimes de différente nature. Mais je dois faire observer que, dans l'extrait du travail de M. Lehmann qui a été communiqué à l'Académie, on a négligé de faire mention du nombre d'heures qui se sont écoulées entre le repas et le moment de la saignée de la veine porte. Cette circonstance était pourtant indispensable à établir. Supposez, en effet, que le sang ait été recueilli à une époque éloignée de la digestion, par exemple, sept à huit heures après le repas, et, d'après ce qui a été dit plus haut, l'absence du sucre dans le système de la veine porte n'aura plus rien que de simple et de très naturel. Il est donc indispensable que l'oubli que nous signalons soit réparé.

Nous ajouterons que, d'après la manière dont sont représentés, dans l'extrait du même travail, les résultats numériques, il est presque impossible de les comprendre. En effet, dans le tableau récapitulatif, les chiffres paraissent se rapporter à 100 parties de sang pris dans sa totalité ; de telle sorte que, pour prendre un exemple dans le premier résultat inscrit sur le tableau, on attribuerait au sang des veines sus-hépatiques du chien à jeun, 0grammes,764 pour 100 grammes du liquide sanguin. Mais, d'un autre côté, dans le cours de la rédaction, M. Lehmann annonce qu'il rapporte ses résultats au poids du *résidu alcoolique du sang*. Laquelle choisir de ces deux manières si opposées de représenter les résultats d'une analyse chimique ? On comprend que, jusqu'à ce que l'auteur même de ces expériences ait indiqué nettement ce qu'il a obtenu, il faut renoncer à discuter de pareilles ambiguïtés. Ces éclaircissements une fois fournis, nous espérons que l'opposition qui semble exister entre les résultats de M. Lehmann et les nôtres disparaîtra, et nous nous applaudirions vivement de cet accord (1).

Qu'il nous soit permis d'ajouter, en terminant, que le fait du dépôt temporaire du sucre dans le tissu hépatique permet de rectifier une expérience qui a été invoquée récemment dans des leçons publiques pour démontrer la sécrétion du sucre par le foie. Voici en quoi cette expérience consiste :

On prend un chien à jeun depuis deux à trois jours, on recueille le sang de la veine porte, et l'on constate que dans ce sang il n'existe aucune trace de sucre. Au contraire, le sang des veines sus-hépatiques, traité par les mêmes procédés chimiques, fournit des signes non douteux de la présence du glycose. De cette expérience on tire la conséquence que le glycose trouvé dans la veine porte, provient du foie, qui a la propriété de le sécréter, puisqu'il n'en existait point dans le sang pris au-dessous du foie et qu'on en trouve dans le sang recueilli au-dessus de cet organe. Cette expérience et la conclusion que l'on en tire, pourraient être citées en exemple pour montrer qu'en physiologie, pas plus qu'en chimie, il ne faut se hâter de conclure. Quand on sait, en effet, que le foie est un véritable réservoir de matière sucrée, qui pendant plusieurs jours conserve ce produit dans son tissu, cette expérience perd toute sa valeur ; car on voit tout de suite que le sucre trouvé dans les veines sus-hépatiques provient tout simplement du foie, où il se trouvait emmagasiné. Lorsque le sang a parcouru tout le cercle circulatoire, lorsqu'après avoir subi, pendant tout ce trajet, l'ac-

(1) Ce n'est pas la première fois qu'une confusion de ce genre est commise à propos de cette question. Le *Moniteur des hôpitaux* a publié une analyse des leçons faites les 10 et 13 février au Collége de France ; l'auteur de cette analyse s'exprime ainsi dans le numéro du 22 février de ce journal :

« Avant de rendre compte des deux leçons où ont été élucidées par de nouvelles expériences plusieurs des questions relatives à la fonction glycogénique du foie, nous croyons devoir rappeler en quelques mots des expériences de Lehmann, auxquelles il a été fait allusion depuis quelques jours. Le mémoire dans lequel ces expériences sont relatées a été lu dans la séance de 30 novembre 1850 de la Société royale des sciences de Leipzig, et publié dans les comptes rendus des séances de cette Société.

» Chez un cheval nourri avec du foin et de l'avoine et assommé pendant la digestion, l'analyse du sang a donné les résultats suivants :

Sucre contenu *dans 100 grammes*, de sang de la veine porte . . 0,055 gr.
Sucre contenu *dans 100 grammes*, de sang des veines sus-hépatiques. 0,635

» Chez un autre cheval nourri de même et assommé après la digestion, on a trouvé :

Sucre dans le sang de la veine porte. . . . . 0,0052 gr.
Sucre dans le sang des veines sus-hépatiques. 0,893

» Chez un autre cheval, le sang des veines sus-hépatiques contenait :

Sucre. . . . . 0,776 gr.

» Chez un animal carnivore, nourri avec de la viande, le sang des veines sus-hépatiques contenait pendant la digestion :

Sucre. . . . . 0,838 gr.

» Ces résultats confirment pleinement ceux de M. Bernard, dont nous allons maintenant reprendre les leçons. »

Dès la lecture de cette note, nous avons été surpris de l'énorme quantité de sucre que M. Lehmann aurait trouvée, selon l'auteur de cet article, dans le sang qui s'échappe du foie. Si dans 100 grammes de sang des veines sus-hépatiques il pouvait exister, comme on le fait dire au chimiste allemand, 0gr.,893 de sucre, il en résulterait ce fait étonnant que le sang des veines sus-hépatiques renfermerait *trois fois plus de sucre* que le sang de la circulation générale ne renferme de *fibrine*. Nous avons donc voulu nous assurer de l'exactitude des nombres cités dans ce journal, et nous avons eu recours au mémoire original de M. Lehmann. Ce travail intitulé : *Analyse comparative du sang de la veine porte et des veines hépatiques* (Einige vergleichende Analysen des Blutes der Pfortader und der Lebervenen), se trouve imprimé dans le 2e volume, année 1851, du *Journal für pracktische Chemie*, pag. 205. Or, il est facile de s'assurer en parcourant ce travail, que l'auteur rapporte le résultat de ses analyses, non à 100 *grammes de sang*, comme on le lui fait dire, mais à *cent parties du résidu de l'évaporation du liquide sanguin*. Une courte citation suffira pour mettre le fait en évidence :

« 26,872 grains de résidu bien séché du sang de la veine sus-hépatique d'un cheval, repris par l'alcool additionné de potasse, neutralisé ensuite par l'acide tartrique et mis en fait en contact avec la levûre de bière, me donnèrent, dit M. Lehmann, 0,093 grains d'acide carbonique. D'après ce résultat, ce *résidu contenait donc, sur cent parties*, 0,635 *de sucre*.

» 21,276 grains de résidu solide du sang de la veine hépatique d'un autre cheval, donnèrent, par la même opération, 0,093 grains d'acide carbonique. D'après ce résultat, le *résidu solide du sang contenait, sur cent parties*, 0,893 *de sucre*,

» 31,704 grains du même résidu de sang, provenant d'un troisième cheval, donnèrent 0,120 grains d'acide carbonique, c'est-à-dire 0,776 *de sucre pour cent parties du résidu de ce sang desséché*. »

Cette citation ne laisse aucun doute sur la singulière erreur qui a été commise par l'auteur de l'article du *Moniteur des hôpitaux*.

Si, maintenant, le lecteur est curieux de connaître à quels chiffres exacts conduisent les résultats obtenus par M. Lehmann, il ne nous sera pas impossible de satisfaire à ce désir. Dans son mémoire, M. Lehmann admet que 100 parties de sang de la veine porte chez le cheval laissent, en moyenne, 20 parties de résidu sec. Si l'on calcule, d'après cette donnée, les résultats de M. Lehmann, on trouve, pour le premier cas cité plus haut, que le sang de la veine porte contenait sur 100 *parties de sang liquide* 0,12 de sucre ; c'est-à-dire que sur 100 grammes de sang, par exemple, il existait 0gr.,12 et non 0gr.,635, comme le pense l'auteur de l'article dont nous parlons. Pour le deuxième cas, 0gr.,17 et non 0gr.,893, comme le dit le même auteur ; enfin, pour le troisième cas, 0,15 pour 100, ou 0gr.,15 pour 100 grammes de sang de la veine sus-hépatique, et non 0gr.,776, comme le dit le même critique.

L'auteur de l'analyse des leçons faites au collége de France est bien justifié, d'après cela, de s'écrier dans le cours de sa critique : « Il ne faut pas confondre la physiologie avec la chimie. »

tion chimique de la respiration, il retourne au foie par la veine porte, il est tout simple qu'il soit dépourvu de sucre.

Cette expérience, qui est présentée comme un argument presque sans réplique en faveur de la théorie glycogénique, ne prouve donc rien et ne peut rien prouver. Pour arriver à une conclusion expérimentale à l'abri de toute objection, il faudrait agir sur un animal *deux à trois heures après le repas*, et rechercher alors si le sang de la veine porte contient ou non du sucre. Bien entendu que, pour chercher le glycose dans le sang, on ne se contenterait pas de faire bouillir ce sang avec de l'eau et du sulfate de soude. En effet, en opérant ainsi on n'élimine point l'albuminose, qui existe en grande quantité dans le sang de la veine porte pendant la digestion, et en très faible proportion dans le sang des veines sus-hépatiques. Or, la présence de l'albuminose dans le sang est un obstacle, aujourd'hui bien connu, à la manifestation du sucre par le réactif de Frommhertz, et l'emploi de ce procédé chimique, vicieux et illusoire, est précisément ce qui a causé toutes les erreurs, toutes les confusions que nous nous attachons à combattre. On traiterait les deux sangs par l'alcool, selon le procédé que nous avons fait connaître, et qui a pour résultat de précipiter l'albuminose, et par conséquent de laisser le sucre accessible au réactif cupro-potassique qui sert à déceler sa présence.

On voit, d'après les faits contenus dans ce mémoire, que la théorie de la formation du sucre dans le foie n'est pas en litige : elle est jugée. La question qui est actuellement en jeu, c'est de déterminer quelles sont, dans l'alimentation, les matières qui apportent au foie le sucre que l'on trouve dans son tissu, et *antérieurement dans la veine porte*. Ce sera l'objet d'un nouveau mémoire que j'aurai l'honneur de soumettre incessamment au jugement de l'Académie.

DES APPLICATIONS LOCALES DE LA TEINTURE D'IODE SUR LES ULCÈRES, LES PLAIES DE MAUVAISE NATURE, DANS LES INFLAMMATIONS VIRULENTES CONTAGIEUSES, ET COMME MOYEN PRÉVENTIF DE L'INFECTION PUTRIDE, DE L'INFECTION PURULENTE ET DE L'ABSORPTION DES VIRUS, lu à la Société de médecine de Paris, par M. le docteur BOINET.

(Suite et fin. —Voir le numéro 12, tome II.)

Les faits que j'ai cités dans le précédent numéro, et d'autres bien nombreux que je pourrais y joindre, prouvent, comme je l'avançais, qu'on arrête les accidents de l'infection putride, d'abord en vidant les foyers du pus qu'ils contiennent, en modifiant ensuite les surfaces de ces foyers, et par suite la sécrétion purulente qui ne fournit plus rien de funeste à l'absorption, d'ailleurs rendue momentanément impossible par les effets de l'iode sur les parois des foyers. Dans ces cas, l'iode a agi évidemment en dénaturant des sécrétions nuisibles qui pouvaient être absorbées, en desséchant les plaies, et probablement aussi en déterminant un certain genre d'inflammation différent de celui qu'avait produit le contact des matières putrides. Les surfaces des plaies ou cavités purulentes étant imbibées, infiltrées d'iode, elles ne peuvent, pendant tout le temps que cet état particulier subsiste, absorber aucun principe nuisible ; au contraire, tout le temps pendant lequel les phénomènes locaux produits par l'iode continuent d'avoir lieu, il y a une sécrétion déterminée par l'excitation produite par la teinture iodique.

On sait depuis longtemps, et M. Bonnet (de Lyon) l'a rappelé dans son excellent mémoire sur la cautérisation comme moyen de prévenir et de guérir la phlébite et l'infection purulente (*Gazette médicale*, année 1843, page 231), qu'il existe une différence profonde entre les plaies produites par l'arrachement, par la cautérisation et les plaies produites par l'incision ; on sait le danger qu'il y a à porter le bistouri dans une plaie qui suppure ; on sait que les solutions de continuité par le bistouri exposent souvent à des érysipèles, à des phlébites, à des résorptions purulentes, en un mot à des lésions qui de la plaie se propagent à toute l'économie, et qui, de locales qu'elles sont d'abord, deviennent bientôt générales, et que celles qui sont le résultat de la cautérisation sont exemptes de tous ces accidents ; on sait enfin que la mauvaise qualité du pus n'est pas sans influence sur le développement de ces divers accidents, et que l'infection putride et purulente y trouve toujours la cause de leur origine. Quelle est la cause de cette différence des plaies ordinaires et des plaies par cautérisation ? C'est que, dans les solutions de continuité par instrument tranchant, les vaisseaux capillaires veineux incisés restent béants, s'enflamment, et deviennent le siége d'une suppuration qui gagne de proche en proche et donne lieu à des érysipèles, à des phlébites, à la résorption purulente, tandis que, dans la solution de continuité produite par la cautérisation, les vaisseaux oblitérés par l'application des caustiques ne sont le siége que d'une inflammation locale, adhésive, sans suppuration dans la cavité du vaisseau. Les veines se trouvant ainsi à l'abri du contact de l'air et n'étant pas enflammées, elles ne peuvent sécréter du pus, et l'infection purulente ne peut avoir lieu.

On sait encore que le but et les avantages de la réunion immédiate sont de chercher à obtenir une inflammation adhésive et de se mettre à l'abri d'une inflammation suppurative. Pour y parvenir, on réunit immédiatement après l'opération, si les parties et la nature de la plaie le permettent, pour éviter le contact de l'air. Si le contact de l'air sur les plaies est la cause des inflammations suppuratives et des accidents qui peuvent en résulter, on doit donc chercher à l'éviter par tous les moyens possibles, et à mettre toutes les plaies dans les conditions où elles se trouvent par la réunion par première intention, dans le but d'arriver à des inflammations adhésives, exemptes de phlébite, de résorption purulente, etc. C'est ce qu'il est possible de faire avec les injections ou les badigeonnages de teinture d'iode, dans les plaies où la réunion immédiate n'est pas possible, et ce que de nombreuses observations nous ont mis à même de constater.

La connaissance de ces faits, d'une part ; l'absence de la phlébite dans les solutions de continuité qui succèdent à la chute des escharres, de l'autre ; et enfin l'existence constante de ce fait, que les injections iodées conservent toujours leur caractère d'innocuité, n'entraînent jamais la phlébite, déterminent l'oblitération des vaisseaux capillaires et modifient le pus de mauvaise nature, devaient nous conduire à appliquer ces injections à tous les cas où l'oblitération des vaisseaux est rendue nécessaire, à toutes les plaies qui sécrètent des matières plus ou moins fétides, qui sont grisâtres, blafardes et n'ont aucune tendance à la cicatrisation, qui s'accompagnent d'une soif ardente, d'une fièvre brûlante, d'une prostration extrême des forces, etc. C'est en cautérisant ces plaies, c'est en les défendant du contact de l'air, c'est en modifiant le pus, c'est enfin en substituant une plaie simple à une plaie de mauvaise nature, que ces applications iodées peuvent prévenir et arrêter dans leur cours tous les accidents que je viens d'énumérer. Avec elles on substitue à une collection purulente de mauvaise nature, une cautérisation superficielle, une inflammation toute locale et sans réaction funeste sur l'économie ; les modifications locales, franches, qui en résultent, sont suivies d'une cicatrisation aussi prompte qu'on peut l'espérer dans des cas où les forces des malades sont toujours affaiblies.

Lorsqu'on cherche à comprendre pourquoi les phénomènes graves qui se développent fréquemment dans les grands foyers purulents que l'on a ouverts n'ont pas lieu lorsque ces foyers ont été soumis aux injections iodées, on est conduit naturellement à voir cette différence : 1° dans la qualité meilleure du pus, 2° dans la cessation de la puissance absorbante.

Cette opinion me paraît d'autant plus vraisemblable, que les plaies qui sont recouvertes d'une matière purulente de mauvaise nature, dont le tissu cellulaire, les veines, les vaisseaux capillaires sont encore perméables, où l'air et les liquides peuvent pénétrer sans obstacle, dont les veines ne sont oblitérées que par un caillot sanguin peu adhérent, présentent de larges bouches absorbantes dans lesquelles les substances répandues à la surface de la plaie peuvent aisément pénétrer. Par opposition, dans les plaies qui ont subi le contact de l'iode, le tissu cellulaire est infiltré, oblitéré par

la lymphe plastique, l'air ne peut plus y pénétrer, la fibrine toujours adhérente aux parois qui l'entourent oblitérant également les veines et le tissu cellulaux des os qui peuvent avoir été coupés, etc. Toutes ces conditions doivent rendre l'absorption sinon impossible, au moins très difficile à la surface des plaies injectées d'iode.

D'ailleurs, si l'on veut bien se rendre compte des phénomènes qui ont lieu sur une surface enflammée, sur une plaie ancienne ou récente, mises en contact avec de la teinture iodique, on remarque que les effets primitifs et immédiats de ces applications sont de dessécher l'extrémité des vaisseaux capillaires, de les resserrer, de les racornir, de les agglutiner, de les oblitérer enfin; de produire ensuite de petites eschares superficielles, de coaguler les matières épanchées à la surface des solutions de continuité, de pénétrer les tissus, de se combiner avec les substances animales, de contracter avec elles une véritable union chimique, une combinaison particulière; de former un véritable vernis, une espèce de pellicule mince qui arrête tout d'abord l'absorption et l'exhalation en défendant les parties de l'impression de l'air. Dans ces conditions, un caillot protecteur se forme dans l'extrémité des vaisseaux capillaires, avant que le produit de l'inflammation, le pus, se soit formé, et quand ce dernier phénomène se produit, la phlébite ne peut plus avoir lieu et la résorption purulente est impossible. Survient ensuite la la réaction inflammatoire qui gonfle les tissus, les rapproche, et donne lieu à un épanchement de lymphe plastique qui vient encore ajouter aux premiers effets de l'iode ; et lorsqu'on voit l'inflammation suppurative, elle reste toute locale et ne se propage pas dans les vaisseaux capillaires ou dans les veines, empêchée qu'elle est par toutes les causes que je viens d'énumérer. Il devient dès lors facile de comprendre pourquoi cette inflammation reste locale et pourquoi elle ne peut se propager dans les vaisseaux capillaires, qui sont fermés, oblitérés; on comprend aussi pourquoi les érysipèles, les phlébites, les résorptions purulente et putride ne peuvent avoir lieu ; les veines et les vaisseaux capillaires veineux n'étant pas enflammés, ils ne peuvent sécréter du pus, et l'infection purulente devient impossible, puisque celle-ci n'est autre chose que l'infection du sang par le pus sécrété dans la cavité des veines enflammées. Sous l'influence de ces applications iodiques, il y a eu primitivement une inflammation adhésive qui a mis les veines et les vaisseaux capillaires à l'abri du contact de l'air d'abord, et du pus qui s'est produit ensuite.

La douleur qui suit l'application de la teinture d'iode dans les plaies, les foyers purulents, est quelquefois vive, mais passagère, et la réaction inflammatoire dans les parties qui avoisinent celles qui ont été touchées par l'iode généralement peu intense. Cet avantage des injections iodées sur les autres caustiques, de n'exercer aucune réaction sur le reste de l'économie, est immense, parce qu'il permet d'injecter de l'iode partout et en aussi grande quantité qu'il est nécessaire, quelles que soient la profondeur et l'étendue des plaies, qu'elles soient anfractueuses ou non, dans les abcès profonds, dans les grandes cavités naturelles, celles de la plèvre, du péritoine, des articulations; et cet avantage est d'autant plus précieux qu'il est nécessaire, indispensable, pour se mettre à l'abri des accidents qui suivent l'ouverture des grands abcès ou des grandes cavités par l'introduction de l'air qui rend fétide et sanieux le pus qui continue d'y séjourner, de toucher, d'*ioder*, si je puis dire, tous les points sans exception des parois de ces cavités purulentes. Avec les injections iodées, ces conditions sont donc toujours faciles à obtenir, et leur application est donc toujours possible dans les cas nombreux qui peuvent les réclamer. Nous en avons souvent fait usage, et toutes les fois que la constitution des malades n'était pas profondément altérée, ce qui malheureusement n'est que trop ordinaire, elles nous ont souvent procuré des guérisons radicales et sans accident. Ainsi employée, comme je viens de le dire, dans les grandes collections purulentes, la teinture d'iode prévient tous les accidents de résorption purulente et de résorption putride inhérents à l'ouverture des abcès froids et au mauvais état des plaies étendues. Pour démontrer cette puissance préservatrice des applications iodées, je pourrais citer un nombre très considérable de faits, mais le suivant suffira.

Obs. II. — *Écrasement de la jambe gauche par une roue de voiture: fracture comminutive du tibia et du péroné, broiement des parties molles; larges eschares gangréneuses, suppuration abondante pendant plusieurs mois, symptômes de résorption purulente. Injections iodées dans la plaie. Guérison.* — Le 31 janvier 1849, madame T..., âgée de plus de cinquante ans, fit une chute en voulant descendre d'une voiture de déménagements et eut la jambe gauche écrasée par le passage de la roue. Appelé pour donner des soins à cette dame, je constatai une fracture comminutive des deux os de la jambe, avec contusion et déchirure considérable des parties molles ; il existait en même temps une hémorrhagie très forte. Les désordres étaient tels que l'amputation paraissait être la seule ressource à laquelle on dût recourir ; la malade s'y refusa opiniâtrement, aimant mieux mourir que de souffrir une pareille mutilation. La jambe, fracturée à sa partie inférieure à quelques centimètres au-dessus des malléoles, fut placée dans un bandage de Scultet à bandelettes mobiles, et pansée tous les jours à cause du gonflement énorme et de la suppuration très abondante qui s'était établie dans les plaies; de larges eschares gangréneuses se formèrent sur les deux côtés de la jambe et produisirent une perte de substance considérable ; vers le douzième jour de l'accident, au moment de la chute des eschares, le pus devint sanieux, fétide, les plaies prirent un mauvais aspect, devinrent sèches, blafardes. La malade éprouva un malaise général suivi d'un frisson qui dura plusieurs heures, avec sécheresse de la langue, insomnie, etc. Dans une position aussi fâcheuse, il n'y avait pas à proposer l'amputation que la malade avait déjà refusée, et, d'accord avec le docteur Tiger, qui lui donnait des soins avec moi, j'eus recours aux injections iodées dans le but de modifier les plaies et la suppuration, qui pénétrait jusqu'aux os qu'on voyait à nu dans un point. Ce moyen réussit au delà de mes espérances, et, dès le pansement suivant, la plaie avait entièrement changé d'aspect, les chairs étaient plus animées, plus vermeilles, et l'on ne voyait plus çà et là que quelques points grisâtres, gangrenés ; la suppuration était également modifiée et était revenue de meilleure nature, ayant une odeur moins désagréable que la veille. La langue était moins sèche, la malade avait eu la nuit quelques heures de sommeil, son état général était meilleur, et, au lieu d'un frisson, elle eut seulement un sentiment de froid pendant une demi-heure environ. Ces injections iodées furent continuées pendant plusieurs jours, et, sous leur influence, le pus reprit bien vite ses qualités normales, et la plaie un aspect de bon augure. Des bourgeons charnus de bonne nature se formèrent et tout fit espérer une terminaison heureuse. En effet, à partir de ce moment, les plaies diminuèrent peu à peu, ainsi que la suppuration qui, très abondante pendant deux mois, exigea, pendant tout le temps, des pansements quotidiens. La consolidation et la guérison complète des plaies n'eut lieu que dans les derniers jours de juin, c'est-à-dire environ cinq mois après l'accident, et aujourd'hui, près de quatre ans après l'accident, madame T... jouit d'une bonne santé, marche facilement et a retrouvé toute l'activité qu'elle a toujours eue.

Étant donc bien établi que l'iode est un modificateur puissant des sécrétions purulentes viciées ; qu'il peut, appliqué de certaine manière, établir une barrière efficace contre l'absorption des matières de mauvaise nature et leur enlever leur caractère nuisible, il était tout naturel de penser que, dans bien des affections virulentes, contagieuses, son application serait efficace si elle pouvait détruire sur place le virus déposé sur les parties vivantes.

Il est vrai que d'expériences remarquables faites par M. Renault, il est résulté que la cautérisation serait restée inefficace pour prévenir l'absorption du virus morveux une heure après l'inoculation, et du virus claveleux cinq minutes après. Si l'opinion basée sur ces faits se généralisait, ce serait un grand malheur et pour les médecins et pour les malades ; car elle tendrait à priver les uns et les autres de la seule ressource qu'ils ont dans ces cas malheureux. De son côté, M. Parchappe a fait des expériences qui l'ont conduit à des résultats plus consolants. Selon ce savant, la cautérisation ne serait pas sans valeur dans le traitement des inoculations toxiques et virulentes, et aurait l'avantage d'empêcher les phénomènes de l'intoxication. S'il en est ainsi, et l'expérience le confirme, n'est-il pas rationnel, malgré les différences très grandes qui existent entre les virus et les solutions toxiques, relativement aux effets immédiats et éloignés de l'inoculation, de recourir aux moyens qui pourraient détruire sur place le virus ou s'opposer à son absorption. Ne savons-nous pas d'ailleurs que, dans quelques cas, l'action d'un virus peut avoir dans la partie inoculée une longue incubation avant la transmission dans l'économie de son influence morbide ?

Se basant d'une part sur ces faits, que l'iode avait la propriété

de modifier avantageusement les sécrétions putrides, virulentes ; de l'autre, sur ce que l'absorption est en raison inverse du degré de cautérisation ; partant de ces faits, disons-nous, l'idée est venue d'employer la teinture d'iode pour prévenir l'absorption de différents virus.

Pour arriver à ce résultat, la première indication et la plus urgente est de détruire sur place le virus inoculé, soit avec le fer rouge, soit avec des caustiques solides, toutes les fois que le siége de la partie lésée peut en permettre l'application. Dans ce cas, les caustiques, qui seraient aussi très convenables, sont rejetés à cause des difficultés qu'il y a à limiter leur action, et des accidents qui pourraient en résulter. La cautérisation avec le fer rouge ou les caustiques serait donc, de tous les moyens, le meilleur, si l'on pouvait toujours la faire de manière à détruire tout le virus ou toutes les parties inoculées du virus ; mais elle n'agit pas toujours assez profondément pour qu'il en soit ainsi, et laisse intactes des parties qui, imprégnées de virus, le transmettent au reste de l'économie. Le virus qui a pénétré dans la profondeur ou les anfractuosités d'une plaie n'étant pas atteint par la cautérisation, il en résulte que cette opération devient inutile, si même elle n'est pas dangereuse, en produisant sur la plaie ou dans la plaie une eschare qui renferme le virus dans la profondeur des parties, et rend son absorption plus sûre et plus facile.

Un des grands avantages de la teinture d'iode, dans ces cas, sur la cautérisation et les caustiques solides, serait de pouvoir pénétrer dans les recoins les plus cachés de la plaie, de pouvoir s'infiltrer dans tous les tissus mis en contact avec le virus, de les cautériser, de former, comme je l'ai dit ailleurs, une véritable union chimique qui aurait la bienfaisante faculté d'annihiler les virus et d'arrêter leur fâcheux effet. Joignez à cela l'application si facile et toujours pleine d'innocuité de la teinture iodique. Cette première application locale et directe de la teinture d'iode sur une plaie inoculée d'un virus quelconque ne serait que la première partie du traitement. Comme il arrive souvent que le virus a déjà pénétré à une certaine profondeur, et que la teinture d'iode appliquée localement et directement deviendrait impuissante à détruire entièrement le virus et ses effets, on pourrait faire la part du mal, en cherchant à mettre entre lui et le reste de l'économie une barrière imperméable ; pour atteindre ce but et s'opposer à l'envahissement du virus, il suffirait d'appliquer une large ventouse sur la partie inoculée, de manière à soulever avec cet instrument toutes les parties imprégnées du virus et à les éloigner momentanément des parties sous-jacentes. Cela étant fait, alors à l'aide d'une ponction sous-cutanée faite sous la ventouse, on pratiquerait dans le tissu cellulaire une injection iodée. De cette façon on établirait entre la partie inoculée et le reste de l'économie une barrière qui pourrait s'opposer efficacement à l'absorption du virus, barrière qui serait d'autant plus difficile à pénétrer que l'injection serait plus concentrée et l'eschare qui en résulterait plus épaisse. Cette manière de faire aurait le double avantage de détruire le principe virulent, et ensuite de mettre au moins momentanément les tissus dans des conditions telles qu'ils ne seraient plus aptes à l'absorption. Cette méthode serait surtout avantageuse dans les cas où l'on serait appelé dès les premières heures ou les premiers temps qui suivraient l'inoculation du virus, car du moment que l'état d'incubation dans la partie lésée n'aurait plus lieu et que l'économie serait envahie, ce moyen, comme tous les autres, deviendrait inutile. Ce que j'ai observé des applications de la teinture d'iode en badigeonnage dans les inflammations virulentes, spécifiques, contagieuses, m'autorise à croire que l'on obtiendrait souvent des résultats avantageux, là où la médecine est souvent obligée de déclarer son impuissance.

Il ressort de ce mémoire et des faits nombreux que j'ai observés :

1° Que la teinture d'iode, employée en badigeonnages ou en injections dans les plaies ou sur les surfaces enflammées, est un modificateur puissant des sécrétions purulentes viciées ;

2° Qu'elle peut prévenir et guérir l'infection putride ;

3° Qu'elle peut prévenir l'infection purulente lorsqu'elle est appliquée en temps convenable, c'est-à-dire avant l'infection du sang par le pus ;

4° Qu'elle a la propriété de modifier profondément et rapidement les infections virulentes, et de détruire leur principe contagieux ;

5° Que, jugeant par analogie, on pourrait peut-être en retirer de bons effets contre les virus rabique, morveux, charbonneux, chancreux, etc. ;

6° Qu'un de ses grand avantages sur tous les caustiques est de pouvoir être appliquée sans danger sur toutes les solutions de continuité, dans toutes les cavités, de pouvoir pénétrer partout, d'agir localement sans jamais produire de réaction funeste sur le reste de l'économie.

OBSERVATION D'HÉMICHORÉE SYPHILITIQUE recueillie à Saint-Lazare (maladie des femmes), lue à la Société de médecine de Paris, le 3 mars 1855, par M. le docteur COSTILHES, médecin adjoint de Saint-Lazare, ex-secrétaire de la Société de médecine de Paris, etc., etc.

La syphilis, véritable Protée, après avoir parcouru sous des formes variées les diverses phases de son évolution, et sur les surfaces muqueuses et cutanées et sur le tissu fibreux et osseux, s'attaque quelquefois, mais plus rarement cependant, au système nerveux.

Les affections nerveuses de nature syphilitique, que tous les médecins spécialistes admettent, mais dont les auteurs renferment peu ou point d'exemples, l'épilepsie excepté, sont assez rares pour s'empresser de les recueillir avec soin lorsqu'il s'en présente quelques-unes.

Pour ma part, depuis quinze ans que je m'occupe avec un certain intérêt, des maladies syphilitiques, c'est le premier cas de névrose vénérienne que j'observe. Celui-ci a cela de remarquable, que l'influence de la diathèse syphilitique est palpable, que tous les accidents vénériens, depuis ceux de transition jusqu'aux secondaires les plus reculés, se sont développés sous mes yeux, malgré un traitement méthodique, en l'espace de moins de cinq mois.

Pendant longtemps on avait considéré la chorée comme une maladie essentielle ; elle n'est le plus souvent, d'après l'excellent travail de notre confrère et ami le docteur Sée (mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine en 1850), que consécutive ou symptomatique d'une maladie générale ; en un mot, elle reconnaît pour cause une diathèse (trois fois sur quatre) ; elle n'est névrose essentielle qu'une fois sur cinq.

Notre observation vient confirmer et compléter le cadre que l'étude de cette maladie avait fourni à M. Sée. Il faudra donc ajouter la diathèse syphilitique, la seule que M. Sée n'ait pas eu l'occasion d'observer sûrement (1), aux diathèses rhumatiques, goutteuses, tuberculeuses et scrofuleuses.

Quoi qu'il en soit, voici le fait :

OBS. — La nommée Picard, âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament lymphatique, d'un certain embonpoint, blanchisseuse, demeurant à Paris, rue de Vaugirard, 21, entre à Saint-Lazare, dans mon service, le 20 avril 1852.

Cette jeune femme est habituellement bien réglée ; elle a eu un enfant il y a deux ans, mais elle n'a jamais eu ni affections convulsives, ni rhumatisme, ni scrofules. Ses parents, assure-t-elle, n'ont eu aucunes maladies dépendant d'une diathèse quelconque.

Picard se rappelle avoir été atteinte, en septembre 1851, d'un écoulement jaune-verdâtre dont elle était parfaitement guérie, lorsque, dans les premiers jours de mars 1852, elle vit apparaître aux parties génitales des chancres nombreux et douloureux.

Six semaines après, elle entrait à Saint-Lazare, affectée de plaques muqueuses nombreuses et ulcérées situées aux parties sexuelles. En même temps elle portait sur la face interne des amygdales des plaques de même nature, mais non ulcérées. Une syphilide papuleuse commençante, avec

(1) La première observation, p. 47, de M. Sée est relative à une jeune fille qui avait été violée et atteinte de syphilis, mais en même temps de rhumatisme.

engorgement des ganglions cervicaux, se dessinait sur la surface cutanée. Aucune trace d'adénite suppurée. A l'examen du spéculum, le col présente une ulcération non granulée, légèrement sanguinolente; écoulement leucorrhéique peu abondant. (Pilules de proto-iodure d'hydrargyre de 0,05, une pilule d'abord; tisane et sirop sudorifiques; cautérisation des plaques avec l'azotate d'argent fondu; pansements avec chlorure oxyde de sodium.)

Cette malade était sur le point de sortir guérie de ces accidents, quand vers la fin de juin elle est prise de malaise, de mouvement fébrile intense, de céphalalgie vive, surtout frontale et oculaire. Ces symptômes généraux sont bientôt suivis d'une éruption vésiculo-pustuleuse de forme herpétique, avec une coloration cuivrée caractéristique, ayant pour siége la région lombaire, les fesses et les parties externes des cuisses. Plus tard il lui survint dans le cuir chevelu une syphilide pustulo-crustacée de même nature, pendant que les ganglions cervicaux latéraux et postérieurs se tuméfiaient.

Dans cette occurrence, je remplace les pilules de proto-iodure, qui n'ont pu empêcher cette nouvelle manifestation syphilitique, par la liqueur de Van-Swieten (une cuillerée à dessert le matin, puis bientôt soir et matin) et par une solution d'iodure de potassium (eau distillée 150,00, iodure de potassium 6 grammes) à la dose d'une cuillerée à soupe chaque jour. Je fais, en outre, appliquer sur l'éruption une pommade au calomel (1 gram. pour 30 gram. d'axonge). Cette pommade aide puissamment à la guérison des syphilitiques, comme du reste la plupart des préparations mercurielles. Bain de vapeurs quotidien par l'enveloppement au moyen du drap mouillé, pour remplacer les bains de vapeurs que Saint-Lazare ne possède pas encore.

Sous l'influence de ce traitement, la syphilide pustuleuse ne tarde pas à se modifier, les pustules pâlissent, s'affaissent; cependant, de nouvelles pustules se montrent encore, mais elles avortent rapidement.

Dans la soirée du 25 août, Picard se plaint d'une céphalalgie intense, d'une *douleur occipitale très vive*, éprouve des vomissements, de l'insomnie, des étourdissements; la face est vultueuse, les yeux injectés et saillants; parole brève, saccadée.

Je combats ces symptômes cérébraux par une application à l'anus de 25 sangsues qui procurent un soulagement presque immédiat. (La malade ne voit pas ses règles depuis quatre mois.)

Le 29 août dans la matinée, Picard, qui n'a eu ni agitation nocturne, si ce n'est quelques rêvasseries, ni le besoin de se mouvoir, ressent dans le bras gauche d'abord des mouvements involontaires, des contractions spasmodiques saccadées, puis dans la jambe du même côté. Elle éprouve en même temps un affaiblissement notable dans toutes ces parties, avec douleur assez intense depuis le coude jusqu'au bout des doigts. Même douleur dans les muscles antérieurs de la jambe, avec sentiment de faiblesse dans le genou, au point que, dans la progression, la jambe fléchit sous le poids de son corps, pendant que le pied exécute un mouvement de rotation en dedans. Il lui est impossible de manger avec la main gauche; la cuillère, lorsqu'elle l'approche de sa bouche, est aussitôt jetée loin du corps. Je remarque que la langue est déviée à droite, et que l'œil droit est plus saillant que le gauche; que les muscles de la face sont pris aussi de mouvements convulsifs. La sensibilité cutanée est normale; il n'existe aucun ganglion cervical.

Le côté droit ne présente rien d'anormal.

Dès que ces accidents nerveux, que l'on peut regarder à bon droit comme syphilitiques et arrivés à la période tertiaire, ont apparu, la céphalalgie occipitale a bientôt cédé, grâce à la solution iodurée potassique (eau distillée 500,00, iodure de potassium 20,00 à la dose de trois cuillerées à soupe par jour).

Le 1er septembre, la chorée hémiplégique était à son apogée. Ce jour-là, j'eus la satisfaction de montrer la malade à mon excellent confrère M. Beys de Loury, chirurgien de Saint-Lazare, ainsi qu'au savant syphiliographe M. Ph. Ricord, qui se trouvait à Saint-Lazare comme membre de la commission instituée par M. Piétri, préfet de police, et chargée de vérifier les expériences d'inoculation de M. Auzias Turenne. M. Ricord trouva ce cas très remarquable, et m'engagea beaucoup à le publier.

A partir du 3 septembre jusqu'au 10 septembre, les phénomènes choréiques ont diminué notablement; elle est tombée plusieurs fois pendant la nuit du haut de son lit.

12 septembre. Il ne reste plus qu'un léger tremblement dans les membres supérieurs gauches; absence complète de mouvements involontaires.

15 septembre. Je remarque un léger mouvement involontaire dans la paupière inférieure gauche dont elle n'a pas connaissance. Tous les autres phénomènes précités ont disparu.

20 septembre. Guérison complète. Continuation de la solution d'iodure de potassium.

Maintenant il me reste encore à dire un mot sur l'affection du col de l'utérus. Le 25 septembre, après avoir cautérisé depuis plusieurs mois l'intérieur du col et ses lèvres, soit avec l'azotate d'argent, soit avec la solution d'iode ioduréo (teinture d'iode, 10,00; iodure de potassium, 1,50; eau distillée, 15,00), après avoir prescrit les pilules de Vallet, la tisane de feuilles de noyer, les bains, etc., le col reste toujours rouge.

Je fais alors tous les jours une injection à l'eau froide, alternativement avec une solution concentrée d'alun; sous l'influence de ce dernier mode de traitement, la cicatrisation est complète le 1er décembre, jour de la sortie de Saint-Lazare.

J'ai gardé cette malade en observation pendant deux mois; sa guérison m'a paru alors complète et définitive. Picard m'avait promis, du reste, de venir me trouver si quelque chose d'anormal survenait. Aujourd'hui, j'ai tout lieu de croire qu'elle est radicalement guérie.

Réflexions. — Comme dans les autres chorées, nous trouvons ici le tempérament lymphatique qui prédispose à ce genre de maladie.

Notre observation vient, en outre, corroborer cette remarque, à savoir: que les variations atmosphériques ont une influence incontestable sur les diverses chorées; que c'est dans les mois de septembre et octobre que l'on observe le plus de choréiques. Ajoutons encore que M. le docteur Sée a noté que les six mois d'automne et d'hiver réunissaient les trois quarts de la totalité des cas observés.

Mais ce qui tout d'abord frappe dans cette observation, c'est la rapidité avec laquelle cette chorée a parcouru sa marche; en vingt et un jours la guérison a été définitive.

Cette chorée, pourra-t-on m'objecter, que vous attribuez à la syphilis, mais c'est une chorée essentielle survenue intercurremment; ou bien encore, cette maladie ne serait-elle pas due à l'influence de la chlorose? car vous dites que cette femme était chlorotique, qu'elle ne voyait pas ses règles.

A ces deux objections, je répondrai d'abord que les chorées simples, essentielles, sont rares, puisque, ainsi que je l'ai déjà dit, on ne les observe qu'*une fois sur cinq*; qu'ensuite les chorées essentielles durent, en moyenne, soixante jours, tandis que dans ce cas il a suffi de vingt et un jours pour la guérir complétement.

Quant à la chlorose, ou chloro-anémie, cette objection a une certaine apparence de vérité. Je sais bien que cette malade est aménorrhéique, que la chlorose occasionne quelquefois la chorée; cela est vrai, incontestable. Toutefois, cette cause est beaucoup plus rare qu'on ne le pense; en effet, M. Sée a noté quatre cas seulement de chorées, suites de chlorose confirmée, les seuls connus dans la science; mais ces chorées ont toutes duré au moins deux mois; de plus, les chorées chlorotiques ont, comme du reste les autres chorées, une période d'augment d'un mois, une période d'état de quinze jours au moins, et enfin une période de déclin d'un mois.

Eh bien! dans notre fait, rien de semblable. Son apogée se montre du quatrième au cinquième jour; le dixième, les accidents convulsifs diminuent, et le vingt et unième jour la guérison est complète. Il y a donc dans ce cas particulier quelque chose de spécial, de caractéristique, qu'on n'observe dans aucune autre chorée. Toutefois, ce quelque chose de spécial, n'est-il pas permis de le rapporter à l'influence d'un état constitutionnel? Le tempérament de cette malade n'est-il pas devenu syphilitique? N'a-t-il pas produit une chlorose temporaire (la guérison de la chorée n'a pas même fait revenir ses règles)? Les éruptions diverses spécifiques n'en sont-elles pas des preuves suffisantes?

J'en dirai autant de la diathèse rhumatismale. Peut-on l'invoquer dans ce cas? Mais n'avons-nous pas vu que Picard n'a jamais eu aucun signe d'affection rhumatique générale ou locale, et qu'il en a été de même de ses parents?

En définitive, de ce qui précède, et par voie d'exclusion, il est rationnel de penser que cette hémichorée reconnaît pour cause le virus syphilitique.

Émulsion au chloroforme. — Note sur la formule la plus convenable à l'administration du chloroforme à l'intérieur, par M. G. Dannecy, pharmacien à Bordeaux.

L'emploi du chloroforme à l'intérieur est considéré par beaucoup de praticiens comme une ressource précieuse dans certains cas; mais à cause de sa densité et son indissolubilité dans les liquides aqueux, il est difficile de l'administrer dans les potions sans que son action s'affaiblisse; car il faut agiter celles-ci avec soin et prendre des précautions sur lesquelles le médecin ne peut que rarement compter de la part des personnes qui entourent les malades. Cette difficulté est encore bien plus grande dans les hôpitaux, où ces derniers sont eux-mêmes chargés de ce soin.

Pour obvier à ces inconvénients, plusieurs procédés ont été proposés: la solution de gomme a d'abord été employée. Si cette addition a l'avantage de rendre le mélange plus stable, elle ne suffit cependant pas pour le préserver d'une séparation complète dans un temps plus ou moins long. Il a donc fallu rechercher un autre procédé.

L'alcool, ajouté au chloroforme dans la proportion d'une partie de chloroforme et quatre d'alcool, a été proposé par quelques praticiens. Si cette addition d'alcool au chloroforme, qui a l'avantage de rendre celui-ci un peu soluble, peut être employée quand le chloroforme est prescrit à petite dose, il n'en est pas de même quand il l'est dans de plus fortes proportions. D'une part, il introduit de l'alcool dans des préparations qui ne doivent pas en contenir, et, d'un autre côté, il laisse indissoute une certaine quantité de chloroforme.

Ayant eu l'occasion, dans la pratique civile et dans les hôpitaux, de constater l'imperfection de ces deux procédés, je me suis appliqué à trouver une combinaison exempte des défauts signalés, et je crois y être arrivé.

L'emploi de l'huile, tenant en dissolution le chloroforme, m'a paru réunir tous les avantages, savoir:

1° De maintenir le mélange parfaitement homogène et stable, quelles que soient les proportions de chloroforme prescrites; 2° De ne pas introduire, dans les potions qui doivent le plus souvent agir comme calmant, une substance aussi excitante que l'est l'alcool; 3° Enfin, de dispenser le malade ou ceux qui le soignent de toute espèce de précaution avant d'administrer le remède.

Voici la formule que j'ai le plus souvent employée, et dont les proportions peuvent changer suivant les indications:

Pr. :	Chloroforme pur.	2 grammes.
	Huile d'amande douce. . . .	8
	Gomme arabique	4
	Sirop de fleurs d'oranger. . .	30
	Eau distillée.	60

Mêlez l'huile avec le chloroforme, et faites avec ce mélange une potion huileuse, en procédant de la manière ordinaire.

Je profiterai de cette occasion pour recommander à mes confrères un procédé simple et très sûr, afin de constater la pureté du chloroforme: c'est de le mêler avec de l'huile; la limpidité de celle-ci n'est nullement altérée par le chloroforme lorsqu'il est chimiquement pur, tandis qu'elle l'est d'une manière très sensible lorsque d'autres corps s'y trouvent mêlés, en quelque faible proportion que cela soit.

Le mélange avec l'éther sulfurique anhydre est le seul qui ne présente pas cette réaction, et je sais qu'une semblable altération a été signalée; mais j'avoue que jamais encore un pareil mélange ne m'est tombé sous la main. (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars 1855.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

Séance du 19 mars 1855. — Présidence de M. Regnault.

Il n'a été fait dans cette séance aucune communication relative aux sciences médicales.

Académie de Médecine.

Séance du 27 mars 1855. — Présidence de M. Jobert.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Une recette hémostatique du sieur *Poirier*. (*Commission des remèdes secrets.*) — *b*. Une nouvelle préparation préservatrice du choléra, par le sieur *Hoffmann*, de Saverne. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c*. Un mémoire de M. le docteur *Bigot*, d'Évreux, sur la *morve chronique* des chevaux, et sur sa transmission du cheval à l'homme. (*Comm.*: MM. Rayer, Renault.) — *d*. Un mémoire de M. *Decharmes*, d'Amiens, sur l'opium indigène. (*Comm.*: M. Bouchardat.) — *e*. Une demande d'analyse et d'avis relative à une source minérale située à Aurel (Drôme). (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. Un rapport de M. le docteur *Duteil*, de Saint-Lô, sur une épidémie de variole. (*Commission des épidémies.*) — *g*. Le bordereau des comptes rendus transmis à l'Académie, relativement aux épidémies qui ont régné en 1854 dans divers départements (*Commission des épidémies.*)

2. Communications de : — *a*. M. le docteur *Barrier*, de Lyon (Note sur trois opérations de lithotritie pratiquées par ce chirurgien au moyen du brise-pierre de M. Guillon). (*Comm.*: M. Ségalas.) — *b*. M. le docteur *Borel*, de Pontoise (Lettre de rappel relative à un remède contre la goutte). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c*. M. le docteur *Cousin*, du Thil (Moyen de faire disparaître l'amertume du sel de Sedlitz). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. Institut médical de Valence (pour établir des relations avec l'Académie). — *e*. M. le docteur *Pirondy*, de Marseille (Lettre relative à une communication sur le choléra épidémique). (*Commission du choléra de* 1854.) — *f*. M. *Benecki*, de Strasbourg (Lettre de rappel relative à un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde, en 1850 et 1851). (*Commission des épidémies.*) — *g*. M. le docteur *Renault*, d'Alençon (Tableau des vaccinations pratiquées dans les départements de l'Orne, de la Sarthe et de la Mayenne, de 1825 à 1855) (*Commission de vaccine.*) — *h*. M. *Kauffmann*, de Berlin (Influence fâcheuse des draps de lit de toile sur les pollutions nocturnes; nécessité de l'emploi des couvertures de laine).

Nominations. — A la demande de plusieurs membres de l'Académie, M. le *Président* désigne une commission chargée d'examiner la question relative à la démission de M. Patissier. Cette commission est composée de MM. Moreau, Cibert, Begin.

Lectures et Mémoires.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Bouchardat* donne lecture d'un rapport relatif à de nombreuses recettes pour prévenir le développement de la rage ou pour combattre ses effets.

Les conclusions négatives de ce rapport sont adoptées, après quelques observations de M. *Renault*, d'Alfort, tendant à établir que les gens qui préconisent ces remèdes étaient le plus souvent de bonne foi, mais se laissaient aveugler par leur ignorance, en attribuant ainsi au pouvoir prophylactique du remède ce qui était le résultat d'une immunité pure et simple.

Discussion sur la variole.

M. *Gerdy*. Messieurs, les questions qui se discutent aujourd'hui à cette tribune sont les plus élevées, les plus transcendantes de la médecine. On a déjà beaucoup dit, beaucoup écrit et beaucoup raisonné là-dessus, et pourtant on n'est pas encore d'accord. Je crois que la discorde vient de ce que chacun n'a pas suffisamment réfléchi, de ce qu'on n'a pas assez étudié, assez approfondi ce grave sujet.

Je viens vous apporter ici le résultat de trente années d'études et de méditations.

Qu'est-ce donc, messieurs, que la *maladie?* Autant d'auteurs, autant de définitions différentes. Et même il en est, vous le savez, qui nient l'existence des maladies, et pour lesquels il n'existe que des *états organo-pathologiques.*

Mais cette doctrine est une étrange erreur ; car rien n'est plus vrai, rien n'est plus réel que l'existence des maladies.

Et, messieurs, nierez-vous l'existence des *couleurs ?* Ce ne sont, il est vrai, que des qualités, des manières d'être des objets ; et nous ne pouvons les isoler que par la pensée de la matière dont elles constituent une modalité.

La couleur, comme les autres propriétés de la matière, dont la connaissance nous est acquise par les sens, forme donc dans notre esprit une idée nette, précise, déterminée, bien qu'elle n'existe point en réalité comme corps matériel. C'est là ce qu'on nomme une *abstraction.*

Or, rien n'est plus simple qu'une abstraction, et il n'est rien que notre intelligence conçoive aussi plus facilement. Est-il aussi simple, aussi aisé d'avoir une notion complète d'un corps, d'un objet complexe? Soit Paris, par exemple.... Certes, voilà bien une entité matérielle dont personne ne sera guère tenté de révoquer en doute l'existence. Et pourtant, je vous le demande, est-il possible d'avoir une connaissance complète, une idée parfaitement exacte de cette grande cité, de ce tout immense, composé d'éléments si divers et si nombreux?

Eh bien! messieurs, la maladie me paraît aussi simple, aussi facile à saisir et à concevoir que la couleur dont nous parlions tout à l'heure. Car qu'est-ce que la maladie? Est-ce autre chose qu'*une manière d'être des êtres vivants, qu'un état pénible, dangereux, qui apporte du trouble dans les fonctions et dure au moins quelques heures?*

Oui, messieurs, j'insiste sur les mots *pénible* et *dangereux*. Ce sont là pour moi les caractères essentiels de la maladie. Toute lésion, tout déplacement d'organe qui n'entraîneraient ni souffrance, ni gêne pour le présent, ni danger pour l'avenir, ne seraient pas à mes yeux une maladie. Il y a des atrophies, des hypertrophies, des transpositions de viscères, etc., qui laissent vivre ceux qui les portent sans leur causer le plus léger inconvénient, sans apporter le plus petit trouble dans leur santé ; pour moi, ce ne sont point des maladies. En cela, je ne serai probablement pas d'accord avec plus d'un médecin pour qui la lésion est toute la maladie.

Ainsi définie, dira-t-on que la maladie n'existe point?

Mais la maladie (comme la couleur, l'élasticité, etc., dans l'ordre des choses purement physiques), la maladie est un être abstrait dont la réalité est aussi incontestable, aussi évidente que celle de l'organisme qu'elle affecte et dont elle est une manière d'être.

Un fait n'est-il pas aussi une réalité, bien qu'il n'existe pas comme corps? Nous admettons bien volontiers les faits présents ou qui sont; mais ne croyons-nous pas également aux faits passés et aux faits à venir? Ce sont encore là des abstractions ; et ces faits abstraits, métaphysiques ne sont-ils pas de beaucoup les plus féconds et les plus nombreux?

Qu'on ne vienne donc plus nier l'existence des maladies; car autant vaudrait nier l'existence des qualités des corps, et partant, le témoignage des sens.

Les maladies, messieurs, sont essentielles ou symptomatiques.

Ces dernières sont généralement admises sans contestation ; mais tous les médecins veulent-ils reconnaître des maladies *essentielles*, c'est-à-dire des maladies qui existent par elles-mêmes, et qui ne sont ni un effet, ni un accident d'une autre maladie !

Je crois que ces maladies existent ; et l'école de Broussais, qui les avait niées, qui les avait effacées du cadre nosologique, avait consacré, en les supprimant, une erreur fatale, qui devait être et fut en effet pour la doctrine physiologique la cause d'une ruine prochaine. Est-il permis de douter que toutes les *diathèses*, ces affections générales qui répandent leur influence sur l'économie tout entière, comme la syphilis, le scorbut, la tuberculie, etc., ne soient des maladies essentielles?

On a cherché dans ces derniers temps à assigner un siége matériel, une origine sensible, pour ainsi dire, et anatomique à ces sortes de maladies. On a tourmenté le sang, on l'a analysé, on l'a soumis à l'examen du microscope, et l'on a dit, considérant le sang comme un être *vivant*, « les diathèses résultent d'une altération du sang. » Est-il raisonnable d'envisager comme *vivant* un fluide composé d'éléments indéfinis, innombrables, un amas de particules variées à l'excès, qui s'agite dans ses vaisseaux et se meut sous l'influence d'un choc, d'une impulsion étrangère ?

J'admets volontiers que le sang puisse être altéré ; mais qu'une modification dans ce fluide suffise pour rendre compte de ces états généraux dont nous avons parlé plus haut, c'est ce qu'il faudrait démontrer et ce que je ne saurais admettre.

On a fait aussi jouer un rôle important, capital même, à la richesse et à la pauvreté du sang en globules... Mais, je le demande, sur quoi sont basées ces appréciations? Et qui peut autoriser les pathologistes à voir une source de maladie dans le plus ou le moins de globules sanguins? Vraiment, ne serions-nous point portés à rire d'un homme qui, ayant un petit nez, regarderait comme une infirmité, comme une lésion, comme une maladie, tous les nez plus gros que le sien, et réciproquement?

On a été peu indulgent pour les anciens humoristes ; mais, en vérité, que dira-t-on des humoriens modernes ?

Et la preuve que le sang s'altère plus difficilement qu'on ne le pense, et que ses modifications n'ont qu'une très faible part d'influence sur la santé, la preuve, dis-je, nous la voyons tous les jours chez les ivrognes qui introduisent dans le torrent de la circulation des quantités prodigieuses d'alcool, chez ces gens qui avalent des masses de drogues, sans que les uns ni les autres voient le plus souvent survenir en eux les troubles fonctionnels qui sont généralement attribués à l'altération du fluide sanguin.

Les maladies sont, les unes *simples*, les autres *complexes*.

Les premières sont d'une extrême rareté ; presque toutes les maladies, se composant de troubles fonctionnels multiples, sont *complexes*. Cependant, ce dernier caractère n'exclut point l'unité, l'entité morbide. Je reconnais qu'il existe des maladies individuelles, sans doute ; mais ces maladies ne doivent point demeurer isolées et pour ainsi dire étrangères l'une à l'autre. Il est des symptômes qui établissent entre elles une sorte de lien, de trait d'union, de parenté, et qui permettent de les grouper en *familles*. Telles sont les inflammations, les hémorrhagies, les névroses, etc.

Ce sont là des entités génériques, des abstractions encore, j'en conviens ; mais elles n'en ont pas moins une existence réelle, et il faut les désigner, leur donner un nom.

Les idées générales se trouvent partout ; sans elles il n'est point de science possible, car sans elles il est impossible de faire des classifications.

Les idées générales sont dans la nature ; c'est par elles que débute l'intelligence de l'enfant. Pour lui, en effet, le pommier, le poirier, l'abricotier, etc., sont d'abord des *arbres ;* ce n'est que plus tard qu'il saisira les différences et qu'il distinguera les individus.

Les langues sont de véritables généralisations. Détruire les idées générales, ce serait donc détruire l'intelligence même.

La médecine, comme toutes les autres sciences, doit donc avoir aussi ses entités génériques ; elle doit avoir aussi sa classification.

Pour faire une bonne classification, il importe de bien étudier chaque corps, chaque individu en particulier ; puis on compare, on saisit les ressemblances et les différences ; enfin on groupe, on associe les choses, les objets semblables, en ayant soin surtout de tenir compte de la nature de l'être.

J'entends par *nature d'un individu* la manière d'être qui résulte de l'ensemble de ses qualités, de ses caractères.

Voilà ce qu'il est essentiel d'étudier pour établir une classification légitime et une nomenclature rationnelle.

A quelle langue faudra-t-il emprunter les termes de cette nomenclature? A notre propre langue, autant que cela sera possible, ou bien à sa langue mère, au latin, d'où elle dérive le plus directement. Une nomenclature française empruntée au grec est, à mon avis, le plus déplorable onomisme que l'on puisse imaginer.

Un dernier caractère des maladies consiste dans les lésions et les symptômes.

La plupart des pathologistes enseignent que les lésions sont le point de départ, la cause première et unique de la maladie. Une affection étant donnée, on trouve une lésion matérielle, et l'on croit tenir la cause du mal. Doctrine funeste, exagération dangereuse que Broussais a répandue avec tant d'éclat, et qui trouve encore trop de fidèles.

Combien de maladies qui n'ont point de lésions apparentes, et dont on ne saurait trouver l'explication dans une modification matérielle des organes !

Mais aussi combien de lésions matérielles qui constituent non pas la cause et le point de départ, mais les symptômes mêmes de la maladie. Les lésions de la syphilis, du scorbut, de la scrofule, du cancer, etc., ne sont-elles pas les signes d'une disposition générale de l'économie, les témoignages évidents de la diathèse?

Les maladies ont des symptômes *locaux*, des symptômes de *voisinage* (de continuité ou de contiguïté), des symptômes *sympathiques* (qui suivent la maladie, en subissent directement l'influence, mais à distance), des symptômes *diathésaux* (ou résultant d'une disposition morbide générale); des symptômes *conséquents* (qui sont la conséquence nécessaire, inévitable de la maladie même. Il est essentiel de distinguer ces variétés de symptômes dans l'étude d'une maladie, si l'on veut nettement saisir l'ensemble de ses caractères et partant sa nature.

La maladie est si peu le résultat constant d'une lésion matérielle, que dans la grande majorité des cas elle commence par un trouble fonctionnel ; et c'est ce trouble de la fonction qui amène consécutivement une modification, une altération de l'organe.

Que de maladies, comme les hypertrophies ou les atrophies, par exemple, qui reconnaissent pour cause, pour origine un trouble primitif dans la *nutrition !*

Il y a donc des lésions vitales (et elles sont nombreuses) qui précèdent les lésions matérielles et les produisent.

Il faut donc reconnaître deux grandes classes de maladies ; les unes sont le résultat d'une violence extérieure, et c'est ici par la lésion que le mal débute ; les autres sont, à leur origine, constituées par des altérations fonctionnelles, et, dans ce cas, la lésion est consécutive.

Des causes diathésales ou fonctionnelles ; ce sont les plus communes.

Il importe donc de revoir tout ce qui a été dit touchant les causes et la nature des maladies ; d'approfondir plus sainement ce grave sujet, de détruire tout ce qui n'est pas conforme à la bonne logique et à la véritable méthode, et d'établir une classification et une nomenclature qui soient le résultat d'observations et d'études mûrement méditées.

Présentation.— M. le docteur *Duclos* présente à l'Académie un fœtus anencéphale venu à terme.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 3 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le *procès-verbal* de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance. — Elle comprend :

1° Une lettre de M. Jolly, qui demande le titre de membre honoraire.

2° Une lettre de M. le docteur Moynier, qui fait hommage à la Société de sa thèse inaugurale qui a pour sujet : *De la chorée.*

M. le docteur *Pietra-Santa* donne une analyse d'un travail qu'il a lu à l'Académie de médecine : *Sur les inconvénients du régime cellulaire.*

M. *Brierre de Boismont* ne pense pas que l'isolement dans le régime cellulaire appliqué aux détenus soit la seule cause des suicides qui s'observent plus fréquemment parmi eux. En dépouillant 595 procès-verbaux de suicides, il a trouvé 68 individus, jeunes pour la plupart, qui s'étaient tués dans la première heure de leur arrestation, quoique la moitié eût été mise en liberté après un premier interrogatoire, et que les autres n'eussent été condamnés qu'à de légères peines correctionnelles. Mais ces individus arrêtés pour la première fois s'exagèrent leurs fautes et les condamnations auxquelles ils se croient inévitablement exposés.

M. *Durand-Fardel* partage l'opinion de M. Brierre, et il ne croit pas, comme M. Jacquemin, que chez les enfants le suicide soit dû aux conditions d'âge seulement ; s'ils se tuent en général au début de leur arrestation, cela tient à l'influence qu'elle a exercée sur leur esprit. La même chose se voit chaque jour dans les corps de garde immédiatement après que les individus en état d'arrestation y ont été conduits pour des causes même légères.

M. *Costilhes* donne lecture d'une observation d'*hémichorée syphilitique.* (Voir aux *Travaux originaux.*)

Discussion sur le mémoire de M. Boinet, relatif à l'emploi des injections iodées. (Voir aux *Travaux originaux.*)

M. *Forget*, à l'occasion du procès-verbal, demande la parole : Le mémoire sur l'emploi des injections iodées que M. Boinet a lu dans la dernière séance se termine, dit-il, par plusieurs conclusions dont la plus importante est celle qui constate la propriété *antiseptique* de la teinture d'iode. On ne saurait trop retenir l'attention des praticiens sur cette propriété qui simplifie beaucoup le traitement des collections purulentes, hématiques, séreuses et autres, qui se développent accidentellement au sein de nos tissus. Avec le liquide iodé, en effet, le chirurgien n'a plus rien à craindre de la pénétration de l'air à l'intérieur des foyers purulents, et toutes les précautions prescrites dans le but de les prévenir deviennent superflues. Pour ma part, l'expérience m'a souvent démontré que l'action irritante de l'air atmosphérique est complétement annihilée par les injections de teinture iodée, et que son contact avec les surfaces pyogéniques, à bon droit si redouté avant l'emploi de ce précieux médicament, a cessé d'être, grâce à lui, un accident dont le praticien doive se préoccuper.

Cette propriété conservatrice et tutélaire de la teinture d'iode, mise en contact avec les produits de sécrétion morbide, avait été depuis longtemps constatée par l'observation clinique. M. Boinet avait bien dit que par elle la viciation du pus était prévenue, mais, jusqu'en ces derniers temps, il manquait à la démonstration de ce fait important la preuve scientifique. Or, celle-ci a été donnée par M. Duroy dans un mémoire présenté en octobre 1854 à l'Académie de médecine.

Au commencement de la même année, de concert avec M. le professeur Piorry, j'avais pratiqué chez un jeune enfant atteint du mal de Pott une ponction pour un abcès par congestion proéminant, au-dessus du ligament de Fallope, dans la région iliaque droite. La densité du pus formant des grumeaux en grand nombre, et la présence de concrétions tuberculeuses, rendirent la ponction insuffisante et nécessitèrent un léger débridement qui donna issue à 2 litres de pus environ. Immédiatement après, j'injectai 100 grammes de la teinture iodée.

Pr. Teinture d'iode	. . . .	50 grammes.
Iodure de potassium	. . . . . .	2
Eau distillée	. . . .	50

Cette liqueur resta tout entière dans la cavité sans qu'il en résultât rien de fâcheux pour le petit malade. Un bandage de diachylon fut appliqué sur l'ouverture de l'abcès dans lequel l'air avait pénétré en assez grande quantité, comme je pus m'en assurer pendant la sortie du pus. Deux heures plus tard, 150 grammes environ d'un liquide séro-purulent s'écoulèrent de la plaie. Il avait une couleur rosée, offrait une grande proportion de matières blanchâtres, coagulées, et répandait une odeur safranée.

Ce liquide, recueilli par M. Duroy, membre distingué de la Société de pharmacie de Paris, fut l'objet de sa part de recherches intéressantes, qui eurent pour but de déterminer les conditions nouvelles que présentait l'iode par suite de son séjour et de son contact avec les parois du foyer et le liquide qu'elles sécrètent.

Comparant l'intensité marquée d'odeur et de couleur du liquide injecté à celles du mélange avec le pus qui sortait à peine coloré et peu odorant, il se demanda si, placé dans un foyer pyogénique, l'iode pouvait être si vite absorbé ? Dans le but de résoudre cette question, il immergea dans le mélange sorti de l'intérieur de celui-ci un papier amidonné qui, ne bleuissant pas, lui prouva que déjà il n'y avait plus d'iode libre ; mais l'odeur safranée caractéristique de quelques composés d'iode, de l'iodoforme, par exemple, devait faire croire que l'iode s'y trouvait encore, mais dans un état latent, probablement combiné avec la matière animale. En conséquence, M. Duroy multiplia ses recherches et fit une série d'expériences qui prouvent qu'il existe une remarquable affinité entre l'iode et le pus. L'une de ces expériences, qui a consisté à plonger un papier amidonné préalablement bleui par de l'eau iodée dans le mélange purulent où il est redevenu blanc au bout de quelques minutes, prouve que cette affinité de l'iode pour le pus l'emporte même sur celle qu'il a pour l'amidon.

Une autre expérience comparative a mis en évidence la propriété antiputride de l'iode. Elle a consisté à suivre la marche et les effets de la putréfaction dans deux pus différents : l'un provenait du foyer qui avait été baigné par la teinture iodée, et l'autre était le pus normal recueilli avant toute injection. Ces deux pus furent exposés à l'air ; le pus iodé ne commença à contracter une légère odeur de décomposition qu'au bout de huit jours ; on la fit disparaître en y ajoutant deux gouttes de teinture d'iode. Pendant plus d'un mois le mélange est resté dans une stabilité absolue sans offrir aucun signe de fermentation ultérieure.

Le pus normal, au contraire, avait au bout de vingt-quatre heures une odeur fétide. Traité par la potasse, il exhalait une odeur ammoniacale, et, au contact d'un tube mouillé d'acide acétique, l'ammoniaque se développait sous forme de vapeurs blanches.

Mais ce n'est pas seulement dans l'étude des produits de sécrétion pathologique que M. Duroy a cherché la démonstration de la propriété antiputride de l'iode ; on trouve dans l'excellent travail où j'ai puisé ces détails un tableau synoptique on ne peut plus intéressant dans lequel sont consignés les résultats d'expériences qui ont eu pour objet diverses substances animales telles que le lait, l'albumine, le sang, le gluten, qui établissent de la façon la plus péremptoire : que l'iode prévient et arrête la fermentation putride des solides et des humeurs de l'organisme animal, même en présence et au contact de l'air ; qu'il se combine chimiquement aux matières animales sans altérer sensiblement leurs formes ; qu'il a pour les substances protéiques une plus forte affinité que pour l'amidon. Il résulte enfin de ces expériences que l'iode élémentaire pur ou en solution aqueuse à l'aide de l'iodure de potassium, loin de produire la coagulation des liquides animaux, les fluidifie au contraire.

Si ce dernier résultat, ajoute M. Forget, ne s'accorde pas avec ce que plusieurs observateurs ont dit de la coagulation du pus par la teinture iodée, cette contradiction s'explique par la nature même de celle-ci. Si l'on donne à l'iode l'alcool pour solvant, ce qui a lieu communément, la coagulation peut provenir de l'action de l'alcool qui effectivement possède la propriété de coaguler le pus. Aussi convient-il de ne se servir que de la solution aqueuse qui n'expose pas à cette condensation de la matière purulente qui peut être à son tour un obstacle à la pénétration du médicament dans toute l'étendue des trajets fistuleux, comme aussi à la sortie du liquide de l'intérieur du kyste où il a été injecté.

Mais on peut se demander si la rétention du liquide iodé, ou son abandon volontaire de la part du chirurgien dans les cavités pathologiques constitue un accident sérieux. Cette question a été diversement résolue. Pour ma part, je crois que le dernier mot n'a pas été dit à ce sujet, et que l'on s'est peut être exagéré l'innocuité de la teinture iodée ainsi déposée sur des surfaces d'absorption. La preuve en est, entre autres, dans un fait publié par la *Gazette des Hôpitaux*, et qui relate un cas de mort à la suite d'une injection iodée dans un abcès par congestion, le liquide

n'ayant pu être retiré de l'intérieur du foyer. Le malade, qui était couché à l'hôpital des Cliniques, succomba après avoir offert à leur summum d'intensité les phénomènes d'intoxication iodique.

Dernièrement M. Nélaton me disait avoir observé des phénomènes analogues chez un jeune garçon à la suite d'une semblable injection, dans un abcès du bassin. Les anfractuosités du kyste purulent ne lui avaient pas permis d'extraire le liquide injecté. Le malade se rétablit, mais non sans avoir inspiré les craintes les plus vives au chirurgien, et avoir couru le plus grand danger.

Les faits de ce genre doivent engager, dit M. Forget en terminant, à préférer à la teinture alcoolique la teinture aqueuse qui n'a pas comme l'autre la propriété de coaguler les substances protéiques, et de pouvoir ainsi devenir elle-même un obstacle à sa sortie de l'intérieur du kyste où elle est injectée.

M. *Boinet*. La propriété antiputride de la teinture iodée en injection dans les foyers purulents ou autres m'a été révélée par les études cliniques auxquelles je me suis livré depuis longtemps sur cette substance; la démonstration physiologique de cette propriété existait dans la science, je suis heureux pour ma part qu'une démonstration scientifique, basée sur les recherches expérimentales de M. Duroy, soit venue à l'appui de la première et en quelque sorte la confirmer.

Les injections de teinture iodée ne préviennent pas seulement la viciation du pus, elles la font encore cesser quand elle existe, si bien qu'elles conjurent les accidents de la fièvre hectique, agent de consomption si puissant et si commun pour les malades qui portent d'anciens foyers purulents, source d'une sécrétion putride dont les éléments résorbés et mêlés au sang produisent l'infection générale, et par suite une sorte d'empoisonnement dont les effets sont constamment funestes.

Cette propriété de la teinture iodée, M. Boinet l'explique par l'action que celle-ci exerce directement sur les vaisseaux capillaires s'ouvrant à la surface des foyers anormaux, où ils constituent la voie d'absorption des éléments putrides qui pénètrent dans l'économie. Or, c'est en resserrant ces vaisseaux, et même en les oblitérant au moyen du sang que le liquide iodé coagulerait dans leur cavité, qu'il s'opposerait ainsi mécaniquement, en quelque sorte, à ce que l'absorption de ces éléments délétères puisse s'effectuer.

La coagulation des produits de sécrétion morbide par la teinture d'iode, et l'abandon, le séjour de celle-ci à l'intérieur du foyer, ont paru à M. Forget avoir des inconvénients. Pour ma part, je ne redoute guère la coagulation, car il est toujours possible, au moyen d'injections faites avec de l'eau tiède, de dissoudre les concrétions et les caillots qui peuvent ainsi se produire. Toutefois, je reconnais, bien que j'aie constamment employé la teinture alcoolique, que la teinture aqueuse peut, à ce point de vue, dans quelques cas, lui être substituée avec avantage.

Quant aux effets toxiques de la teinture iodée laissée à demeure dans un kyste, M. Boinet ne les a jamais vus. Il est vrai qu'il a toujours pu retirer le liquide des cavités où il l'avait injecté, et il n'admet pas qu'avec une seringue douée d'une puissance très forte d'aspiration, la position, qui peut se varier à l'infini, et des pressions convenablement ménagées, on ne puisse toujours venir à bout de retirer le liquide injecté. Aussi les accidents d'ivresse iodique, qu'il a quelquefois eu occasion d'observer, ont-ils été légers et se sont-ils promptement dissipés.

Fragmentation spontanée d'un calcul vésical.— M. *Leroy* (d'Étiolles) met sous les yeux de la Société un nouvel exemple de fragmentation spontanée d'un calcul dans la vessie. Les fragments qui en ont été le résultat offrent des surfaces qui s'adaptent avec une exactitude si parfaite, qu'on ne peut admettre qu'ils soient constitués par des calculs à facettes isolés, indépendants l'un de l'autre.

M. *Boys de Loury* demande à M. Leroy (d'Étiolles) si le mécanisme de cette fragmentation est connu.

M. *Leroy* répond qu'en regard des surfaces sur lesquelles la brisure a porté, on observe des lignes blanchâtres qui semblent formées par du mucus concret qui s'est interposé aux couches calcaires. C'est ce mucus qui, en se dissolvant, paraît être l'agent de désunion de ces mêmes couches, et produire ainsi le phénomène de fragmentation dont il s'agit.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

De l'anévrysme artérioso-veineux spontané de l'aorte et de la veine cave supérieure, par le docteur J.-E. Goupil. (*Thèse inaugurale*. Paris, 1855, 77 pp., 4 planches).

Les premiers travaux publiés sur ce sujet sont, pour la plupart, dus à des auteurs anglais. Aussi M. Goupil prend-il comme point de départ de ses recherches les résultats cliniques du docteur Thurnam. L'anévrysme artérioso-veineux est encore une affection qui se présente rarement au médecin ; aussi avons-nous vu avec grand plaisir l'auteur de ce travail ajouter quelques faits nouveaux à ceux que possédait déjà la science. M. Goupil, après avoir cité les observations de MM. Porter et Perry, insiste plus particulièrement sur les faits publiés par MM. Thurnam et Cossy. Nous avons regretté qu'il n'ait pas un peu élargi son cadre. M. Rokitansky, dans son travail récent sur les maladies les plus importantes des artères, a fait connaître un fait très intéressant d'anévrysme variqueux de l'artère et de la veine axillaire ; enfin, la *Gazette hebdomadaire* (t. I, p. 178), à propos d'un fait d'anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure, du docteur R. Mayne, a rappelé les observations publiées par MM. Adams (*Dublin Journal*, 1840), Law et Todd. Le fait du docteur R. Mayne présente la plus grande analogie, comme nos lecteurs pourront s'en convaincre, avec celui de M. Goupil.

La première observation insérée dans le travail de M. Goupil a été recueillie par lui à l'Hôtel-Dieu, en 1852, dans le service de M. Louis. Le malade était un homme de cinquante-huit ans, qui, depuis une douzaine d'années, éprouvait des symptômes d'une affection organique du cœur; pendant une colère violente accompagnée d'une perte de connaissance incomplète, on voit se développer un œdème considérable, limité à la partie supérieure du corps. Les accidents de dyspnée augmentent graduellement et deviennent très incommodes. La mort survient par syncope. A l'autopsie, on trouve un anévrysme mixte externe intra-péricardique, situé sur le bord droit de l'aorte et communiquant, par une ulcération de 35 millimètres de circonférence, avec la veine cave supérieure. La deuxième observation est empruntée au mémoire de M. Cossy (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. IX, p. 34, 1845) ; enfin, la troisième appartient à M. Thurnam, et la quatrième au docteur Peebles. Nous y ajoutons l'observation du docteur R. Mayne.

Dans tous ces cas, la tumeur anévrysmale de l'aorte appartient à cette variété qu'on a nommée anévrysme mixte externe. Le sac est toujours volumineux, et présente une ouverture qui le fait communiquer avec le canal de la veine. Les bords de la solution de continuité peuvent présenter des caractères différents : tantôt ils sont irréguliers, déchiquetés, et indiquent une déchirure brusque et récente ; tantôt, au contraire, l'amincissement des bords, la fente assez régulière, permettent de supposer que la rupture n'a eu lieu qu'à la suite d'un travail d'ulcération, de résorption lente et graduelle ; enfin, on a trouvé les bords lisses et semblant cicatrisés. Les travaux récents de M. Rokitansky, en démontrant la fréquence de la cicatrisation des ulcérations artérielles rendent cette dernière proposition très vraisemblable. Au-dessus de l'anévrysme, la veine cave supérieure et les veines qui y aboutissent sont gonflées et turgides, les parois veineuses épaissies ; au-dessous de l'orifice anormal, le calibre de la veine est notablement diminué. Nous regrettons de voir M. Goupil indiquer vaguement l'injection de la tunique interne ; à nos yeux, c'est une lésion que les faits bien observés ne nous permettent pas d'admettre. Les symptômes de l'anévrysme artérioso-veineux de la veine cave supérieure et de l'aorte sont à peu près les mêmes dans les observations diverses. Comme symptômes précurseurs, nous signalerons les accidents congestifs, tels que des étourdissements, de la céphalalgie, un peu de rougeur de la face. La rupture se fait en général d'une manière brusque et s'accompagne d'une perte de connaissance capable d'entraîner la chute ; la face et la moitié supérieure du corps se gon-

flent, deviennent violettes; la dyspnée augmente graduellement. Parmi les symptômes locaux, M. Goupil a trouvé signalées certaines différences dans les caractères morbides des bruits du cœur perçus par l'auscultation. Une fois on constata un bruit vibratoire continu. Ordinairement il y a deux bruits, et alors le premier est un bruit doux systolique, occupant le premier temps et se prolongeant pendant le petit silence; le second est plus court, plus sec; quelquefois, enfin, le premier bruit est râpeux, fort, assez prolongé. Nous ne pouvons insister ici sur les localisations diverses de ces bruits morbides; nous renvoyons, pour ces détails, au travail de M. Goupil. Nous ferons cependant observer que le bruit n'est pas toujours contenu, rémittent ou double, mais quelquefois, comme dans le fait du docteur R. Mayne, simple, et synchrone avec la systole cardiaque. Pour l'explication de ces bruits, M. Goupil fait à juste raison jouer un certain rôle aux muscles organiques des parois veineuses, muscles dont la découverte appartient exclusivement à M. Kœlliker.

M. Goupil, pour compléter la description des accidents occasionnés par l'anévrysme artérioso-veineux de l'aorte, a cherché à déterminer, par l'analyse des faits connus d'oblitération de la veine cave supérieure, les voies de rétablissement de la circulation. Un travail de ce genre avait déjà été entrepris, en 1848, par un auteur anglais, M. Hallett. Nous engageons donc nos lecteurs à comparer ces mémoires, qui, du reste, fournissent des résultats analogues. Enfin, M. Goupil a joint à ce travail un fait fort curieux d'anévrysme disséquant de l'aorte, sur lequel nous avons déjà inséré un rapport détaillé dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1853, sept.).

Nous signalerons surtout, en terminant cette analyse, le soin consciencieux avec lequel les faits ont été recueillis, et le sage discernement qui a présidé à l'appréciation et à la comparaison des faits. Le travail de M. Goupil remplit une lacune laissée jusqu'ici dans notre littérature médicale française. LEUDET.

Code médical, ou Recueil des lois, décrets et règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France, par AMÉDÉE AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. — Deuxième édition, revue et augmentée. — Paris, chez J.-B. Baillière, 1855.

Le succès de la première édition de ce livre a été une sorte d'à-propos; car précisément cette édition, qui datait seulement de deux ans, venait d'être épuisée, lorsque le régime de l'enseignement supérieur a été remanié et qu'on a entrepris la réorganisation d'un certain nombre d'écoles préparatoires. M. Amette s'est empressé, comme on le pense bien, de mettre son Code au niveau des dispositions nouvelles; et ainsi cette succession rapide d'éditions soustrait le livre au défaut de la plupart des collections de ce genre, qui est d'être toujours en retard.

Le *Code médical* est l'ensemble le plus complet que nous ayons des dispositions législatives ou administratives qui peuvent intéresser la médecine et la pharmacie, et il n'a d'autre précédent, si nous ne nous trompons, que le *Manuel légal des médecins, chirurgiens et pharmaciens*, dont la dernière édition remonte à 1820. Les autres ouvrages que nous possédons sur la matière concernent à peu près exclusivement la jurisprudence médicale et ne touchent par conséquent la position du médecin que par certains côtés. Celui de M. Amette, au contraire, est précieux tout à la fois : 1° pour les élèves en les mettant au courant de tout ce qui concerne les examens de baccalauréat, les inscriptions de faculté ou d'école, le stage dans les hôpitaux, l'externat, l'internat, les prix, la discipline des écoles, les examens, l'école pratique, les dissections, herborisations et manipulations chimiques, l'ouverture des bibliothèques et des musées, etc., etc.; 2° pour les professeurs, en offrant un choix bien entendu de toutes les dispositions et de tous les renseignements relatifs aux nouveaux aides d'enseignement, au prosectorat des hôpitaux, au chef des travaux anatomiques, à l'agrégation, au professorat, aux mutations de chaires, aux pensions de retraites, au décanat, aux écoles préparatoires, à l'enseignement du Val-de-Grâce, au costume officiel du corps enseignant, etc.; 3° pour tous les médecins enfin, par un tableau complet de la législation dans ses rapports avec l'exercice de la médecine et de la pharmacie, la médecine légale, l'aliénation mentale, les remèdes secrets, les brevets d'invention, le commerce des substances vénéneuses, les eaux minérales, les lazarets et quarantaines, la police sanitaire, le service de santé des hôpitaux, l'Académie de médecine, etc.

Ce simple exposé est la meilleure recommandation qui puisse être faite du *Code médical*.

A. D.

V.

VARIÉTÉS.

EXPOSITION UNIVERSELLE. — Le jury pour la section de l'hygiène, de la pharmacie, de la médecine et de la chirurgie est composé de la manière suivante :

Jurés titulaires : MM. RAYER, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine; NÉLATON, professeur de clinique à la Faculté de médecine; MÉLIER, membre de l'Académie impériale de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de la France; BUSSY, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie impériale de médecine, directeur de l'École de pharmacie; BOULEY (Henri), professeur à l'École vétérinaire d'Alfort.

Jurés suppléants : MM. TARDIEU (Ambroise), professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre du comité consultatif d'hygiène publique de la France; DEMARQUAY, chirurgien des hôpitaux.

— Le concours d'agrégation en chirurgie, ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, s'est terminé le 9 du courant, par la nomination de MM. Moutet et Garimond.

— Par arrêté du ministre de la guerre, tous les aides-majors stagiaires, à leur entrée à l'École du Val-de-Grâce, devront s'engager dorénavant, sur l'honneur, à se vouer au service de santé pendant cinq années au moins. Cette disposition a pour but d'empêcher les vacances trop fréquentes par suite de démissions.

— Par décret impérial du 14 mars, ont été nommés chevaliers dans l'ordre de la Légion d'honneur, MM. Duparge, médecin-major au 55e de ligne, et Rohault, médecin-major au 76e.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE. — Février. Digestion des matières amylacées, par *Blondlot*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 28 février. Du pansement emplastique des plaies et du diachylon au tannate de plomb, par *Herpain*. — Chorée guérie par l'emploi de l'oxyde de zinc, par *Barth*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — N° 13. Séances des 11 et 25 octobre, 8 et 22 novembre (fungus de la dure-mère; perforation intestinale; pleurésie et empyème; traitement de la vaginite, polyurie).

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Mars. Préparation du caustique de *Landolfi*. — Observations sur l'opium indigène, par *Roux*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Février. Traitement de l'écart, par *Delorme* — Vices rédhibitoires, par *Renault*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 28 février. Fracture du col du fémur guérie sans appareil, par *Ribes*. — Vapeurs d'eau minérale en vue de leur application à la thérapeutique, par *J. François*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Février. Accouchement prématuré artificiel, par *Augé*. — Empoisonnement par la belladone, par *Collongue*. — Cas difficile de maladie intra-utérine, par *Pagès*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 28 février. Nature et traitement de l'infection purulente, par *Bonnet*. — Homœomorphisme des cancroïdes, par *Ollier*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX.—Février. Sur la fièvre typhoïde, par *Thore* fils. — Sur les pilules d'iodure de fer, par *Perrens*. — Sur l'oxyde de fer noir, par *Barbet*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 28 février. Valeur de l'homœopathie dans le choléra, par *L. Saurel*. — Fièvre intermittente grave : saignée; guérison, par *G. Tourrel*. — Stibialisme à la suite du traitement par le tartre émétique, par *Ch. Saurel*. — Supériorité du cyanure de mercure dans la syphilis, par *T. Desmartis*. — Sur les fièvres intermittentes d'Autun, par *Guyton*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Février. Congestion cérébrale : apoplexie séreuse ; rupture du diaphragme ; asphyxie, par *Haran* et *Demeester*. — Arthrite fémoro-tibio-rotulienne ; caustique de Vienne, par *Ph. Coenraets*. — Produit pathologique rejeté par la voie rectale chez une vache.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — 1855. Janvier et février. Electricité dans les maladies, notamment dans les fièvres intermittentes, par *Kums*. — Attelles modelées en carton, par *Merchie*. — Cas d'hématomyélite, par *Herpain*. — Rapport médical sur une expédition navale, par *Durant*. — Moyen d'utiliser les raisins desséchés par l'*oïdium* ; par *Criseri*. — Traitement de l'épistaxis par l'élévation des bras, par *Jeurnez*. — Traitement du choléra, par *Geuzée*. — Néphrite albumineuse. — Carie du sternum, injection iodée. — A quelle époque convient-il d'opérer le bec-de-lièvre ? par *Herpain*. — Traitement de la fièvre typhoïde, par *Lebeau*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N°s 10. Nouvelle méthode de conservation des pièces anatomiques, par *Crocq*. — Procédé pour la réduction des luxations métacarpo-phalangiennes de Pruslo, par *Verhaeghe*. — 11. Modification du pelvimètre géométrique, par *Vanhaevel*.

VIERTELJAHRSCHRIFT FÜR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE IN PRAG. — 1855, t. I. Sur les tubercules, par le professeur *Engel* de Vienne. — Opacité congénitale de la cornée, par le docteur *Fronmüller*. — Contributions à la physiologie de l'oreille, par le docteur *A. Rinne*, avec fig. — Cas d'hermaphrodisme féminin avec position anormale de l'intestin, par le docteur *A. Wittigk*. — Description d'une nouvelle espèce d'acarus observée dans la teigne faveuse, par *le même*. — Sur l'ophthalmoscope, par le professeur *Hasner*. — Sur le bassin en carène de Kilian, contribution à la physiologie et la pathologie du bassin, par le docteur *W. Lambl*. — Appréciation exacte de la division congénitale du sternum de *H. Groux*, note du docteur *Carms*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — 1re année, 1855. N°s 1 à 8. Kystes de l'ovaire, par le professeur *Rokitansky*. — Contribution à l'étude des phénomènes de l'adhérence du cœur avec le péricarde, par *Körner*. — Nouvelle méthode pour conserver du vaccin sans altération, par le docteur *Friedinger*. — Sur la présence du chancre dans le vagin et sur la portion vaginale du col de l'utérus, par le professeur *Sigmund*. — Cas suivi de succès de résection de la moitié gauche de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure, par le professeur *Dumreicher*. — De la coloration spéciale des syphilides, par le docteur *Zeissl*. — Coup d'œil sur les mesures préventives contre les épidémies puerpérales, par le professeur *Chiari*.

ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN, von doct. *Hebra*. — Janvier 1855. Contribution à l'étiologie de l'éléphantiasis des Arabes, par le professeur *Rigler*. — Sur la gangrène des cicatrices, par le docteur *N. Hanselmann*. — Sur les renflements en forme de tubercules des troncs nerveux dans les moignons des amputés, par le professeur *Wedl*. — Sur la liaison étiologique de l'albuminurie et de l'urémie, par le docteur *L. Brücke*. — Recherches sur l'épidémie du Skerljevo et sur quelques maladies analogues, par le professeur *Sigmund*. — Février. Etude sur l'œil de l'albinos et sur les yeux étincelants, par *Stellwag de Carion*.

ZEITSCHRIFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE, von Siebold und Kölliker. — VIe vol., 3e et 4e cah., 8 pl. Contribution à la physiologie de la digestion, par le docteur *Otto Funke*. — Sur la disposition des vaisseaux chylifères dans la muqueuse intestinale, par le docteur *Zenker*. — Recherches comparatives sur la structure du corps vitré dans les animaux vertébrés, par *Friederich Finkbeiner*. — *Chordodes pilosus*, ver de la famille des gordiacées, par le docteur *Möbius*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N°s 113. Sur la hernie phrénique, par *Copeman*. — Accouchement suivi d'inversion de l'utérus, par *Borham*. — Scarlatine ; inflammation des veines jugulaires et des sinus latéraux ; mort, par *J. Cockle*. — 114. Dérangement interne de l'articulation du genou, par *Steele*. — Maladies chroniques de la peau, par *Th. Hunt*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°s 843. Sur l'éther chlorique, par *Donavan*. — 844.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°s 244. Sur quelques points relatifs à la pathologie et au traitement de l'épilepsie, par *E. Sieveking*. — Tumeur fibreuse, par *E. Rigby*. — 245. Pathologie et traitement de l'épilepsie, par *Sieveking*. — Amaurose et paralysie dans la phthisie, par *Plumptre*.

THE LANCET. — N°s 9. Cas d'ophthalmie purulente, par *J.-F. France*. — Traitement de l'*acne rosacea*, par *James Morris*. — Cas de plaie par arme à feu, par *W. Cooke*. — 10. Pathologie de l'assimilation saccharine, par *G.-D. Gibb*. — Matériaux relatifs à l'hydrophobie, par *N. Radcliffe*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL. — 1854. Novembre. Causes locales et générales de l'état endémique de la fièvre jaune, par *W. Hume*. — De l'influence lunaire, par *Lartigue*. — Empoisonnement par le stramonium, par *C.-B. Faust*. — Inflammation du col utérin, par *J.-M. Green*. — Lettres médicales sur Paris, par *Kinloch*. — Gestation prolongée, par *Chilsom*. — Nouvel instrument pour produire la compression de l'orchite, par *Ogier*. — 1855. Janvier. Sur la fièvre jaune à Charleston, par *W. Hume*. — Tétanos traumatique ; guérison, par *J.-J. Chilsom*. — Sur les maladies des deux dernières années (Rapport à la Société médicale de la Caroline du Sud), par *H.-R. Frost*. — Nouvelles médicales de France, par *Kinloch*. — Cas de chirurgie, par *J.-H. Oliver*.

Maladies de l'armée en Crimée, par le *même*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — 1854. Décembre. Blessures à la tête chez un enfant ; trépan, par *C.-T. Elliot*. — Hystérie chez l'homme, par *Ed.-N. Chapman*. — Suicide amené par des apparitions surnaturelles, par *El. Eliot*. — Cas de non-menstruation, par *K. Cairdner*. — Cas de tétanos supposé, par *P. Stewart*.

THE INDIAN ANNALS OF MEDICAL SCIENCE. — 1854. Octobre. Abus du mercure dans les maladies hépatiques, par *W.-C. Mac Lean*. — Topographie de Peshawur, par *R. Lyell*. — Le choléra est-il contagieux ? par *E.-W. Eyre*. — Caractères chimiques et microscopiques des dépôts urinaires dans les cas de calcul, par *A. Simpson*. — Maladies du cœur, par *J. Hinder*. — Maladies et thérapeutiques des Birmans, par *W.-G. Davidson*. — Affections douloureuses de l'estomac, par *Wilson*. — Choléra épidémique, par *L. Ranking*. — Topographie de Murree. — Statistiques de dysenterie, par *O'Brien*. — Epidémies du Bengale et des présidences du nord-ouest, par *Mackinson*. — Maladie tuberculeuse dans l'est, par *W. Wilson*. — Mahamurree, par *Stiven*. — Sources minérales de l'Inde anglaise, par *J. Macpherson*. — Sur la plante nommée *ægle marmelos*, par *H. Cleghorn*. — Préparation et usage des fruits du Bael, par *A. Grant*. — Traitement du choléra, par *H.-M. Greenhow*. — Sources minérales de l'Inde ; analyses.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — 1854. Novembre. Traitement de la fièvre jaune, par *Walkly*. — Sur l'administration du chloroforme, par *Fenner*. — Cas de congestion cérébrale, par *B. Brooks*. — Expériences de l'action du phosphore, par *S. Ames*. — Anatomie, physiologie et traitement du tænia, par *Bennet Dowler*. — Vers dans la vessie, par *B. Dowler*. — Lettre sur la fièvre jaune, par *Morton Dowler*. — 1855. Janvier. Eléphantiasis du scrotum et de la fesse, par *Bozeman*. — Revue critique de cas d'éléphantiasis du scrotum, par *B. Dowler*. — Dysentérie chez les nègres, par *Wooten*. — Extirpation de tumeurs du cou, par *Brooks*. — Sur l'orthopédie, par *Nott*. — Epaississement de la membrane du tympan, par *Cowling*. — Chloroforme dans les convulsions puerpérales, par *J.-R. Dowler*. — Perforation du duodénum et de l'appendice cœcal, par *Powell*. — Sur les maladies de l'utérus, par *Massey*. — Sur la fièvre jaune, par *M. Dowler*. — Ovariotomie pratiquée avec succès, par *Mercier*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N°s 8. Sur le choléra, par *G. Dujardin*. — 9. Chirurgie comparée ; liquide de la carie, par *G. Lessona*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°s 9. Usage interne et externe du chloroforme, par *Berruti*. — 10. Arsenic dans les maladies de la peau.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 9. Quelques cas de diarrhée graisseuse, par *L. Faltani*. — 10. Sur la meilleure des occupations académiques, par *Bufalini*. — Effets de la fumée du tabac, par *G. Lévi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N°s 1. Sur le choléra, par *Bertani*. — 2. Pupille artificielle par perforation, dans un cas d'atrésia compliquée de pseudo-cataracte, par *Quaglino*. — Cure des hernies par l'injection iodée, par *L. Ciniselli*. — 3. Du centre nerveux olfactif, par *P. Lussana*. — 4. *Idem*. Inoculation des bêtes bovines, par *L. Balardini*. — 5. Centre nerveux olfactif ; pneumonie puerpérale avec miliaire ; état vermineux ; emploi du sel, du citrate de quinine et de la gomme ammoniaque, par *T. Riboli*. — 6. Electricité comme moyen diagnostique de la paralysie, par *A. Scarenzio*. — 7. Action de la strychnine, par *R. Rodolfi*. — 8. Sur l'orthopédie, par *Petrali*. — 9. Sur les quarantaines et la contagion du choléra, par *C. Ferrini*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — Février. Sur le choléra de San-Genuario, par *Pogliani*.

IL PROGRESSO (Geneva). — Février. Choléra de Gênes, par *Massone*. — Sur le croup, par *Pasquali*. — Doutes sur le contagiosité du choléra, par *G. Rosse*.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 172—173—174. Abcès du foie ; opération ; guérison, par *Quijano*.

EL PORVENIR MEDICO. — N°s 137. Aphorismes sur la fièvre typhoïde, par *D. Benito*. — 138. Cas intéressants de clinique (gastrite, phlegmon, gangrène, épilepsie ; avortement, mort) ; par *V. Moreno y Lopez*. — 139. *Idem*.

EL SIGLO MEDICO. — N°s 60. Clinique médicale, par *Santero*. — Ectopie des viscères des grandes cavités, par *Martinez y Molina*. — Accouchement artificiel embryotomie, par *A. Ortiz*. — 61. Etudes sur le cancer, par *C. Olivares*. — Sur les maladies syphilitiques. — Un écoulement séreux par l'oreille indique-t-il nécessairement une fracture de la base du crâne ? par *Olivares*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — 24 février. Clinique médicale, par *Capdevila*. — Fièvres intermittentes chez les travailleurs du canal d'Isabelle. — Plaie pénétrante du ventre par arme à feu ; lésions des artères obturatrice et sciatique, mort, par *Benavides*.

Livres nouveaux.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE DE NYSTEN, 10e édition. IIe partie, GUT à fin (addenda et glossaires), pages 609 à 1485. Paris, J.-B. Baillière. 10 fr.

(Voir pour la première partie, le bulletin de la *Gazette hebdomadaire* du 30 juin 1854, pag. 044.)

MÉMOIRES D'UN BOURGEOIS DE PARIS, par le docteur *L. Véron* ; comprenant la fin de l'Empire, la Restauration, la monarchie de Juillet et la République jusqu'au rétablissement de l'Empire. Tomes V et VI, 2 vol. in-8. Paris, chez Gabriel de Gonet. 10 fr.

MÉMOIRE SUR L'APIOL (principe actif du persil), considéré comme fébrifuge et comme emménagogue, par les docteurs *Joret* et *Homolle*. Paris, Victor Masson.

SIMPLE AVIS SUR QUELQUES PRÉJUGÉS ET ABUS EN ORTHOPÉDIE, par le doct. *A. Tavernier*. In-18 de 48 pages et 2 fig. Paris, Labé.

TRAITÉ DE THÉRAPEUTIQUE ET DE MATIÈRE MÉDICALE, par le professeur *Trousseau* et le docteur *H. Pidoux*. Cinquième édition. 2 vol. in-8 de CVIII—804 et 870 pag. Paris, Béchet jeune. 20 fr.

TRAITÉ D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE, ou description et iconographie pathologique des altérations morbides, tant liquides que solides, observées dans le corps humain, par le professeur *H. Lebert*, de Zurich. L'ouvrage se composera de 2 vol. in-folio de texte, et d'environ 200 planches dessinées d'après nature, gravées et la plupart coloriées. Il sera publié par livraisons, chacune composée de 30 à 40 pag. de texte et de 5 pl. Paris, J.-B. Baillière. Prix de la livraison. 15 fr.

ERRATUM. — Dans le discours prononcé par M. Bouillaud devant l'Académie de médecine (n° 12, pag. 210, à la 46e ligne, 2e colonne), au lieu d'anatomo-pathologistes, lisez *anatomo-physiologistes*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 6 AVRIL 1855. — N° 14.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS a ouvert ses Cours d'été le lundi 2 avril 1855 ; ils continueront à avoir lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Physique médicale.	Gavarret.	Lundi, mercredi, vendredi	A 10 h. 1/2.
Physiologie.	Bérard.	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Hygiène.	Bouchardat.	Lundi, mercredi, vendredi	A 4 h.
Pathologie chirurgicale.	Jules Cloquet.	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Histoire naturelle médicale	Moquin Tandon.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Pathologie médicale.	Becquerel, agrégé.	Mardi, jeudi, samedi.	A 2 h.
Anatomie pathologique.	Cruveilhier.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Accouchements, etc.	Moreau.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Thérap. et matière médic.	Grisolle.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Clinique médicale.	Bouillaud. Piorry.	à la Charité. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Rostan. Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale.	Jobert (de Lamballe). Laugier.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Nélaton.	à l'hôp. de la Faculté	
	Velpeau.	à la Charité.	
Clinique d'accouchements.	P. Dubois.	à l'hôp. de la Faculté	

— Par décrets impériaux en date des 30 et 31 mars 1855, rendus sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé, dans chacune des villes de Nantes et de Rouen, une école préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, le 5 avril 1855.

QUESTION DU VITALISME.

La *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* est un journal bien fait, sérieusement fait..... *Doctrines : un peu flottantes.* (UNION MÉDICALE.)

Troisième et dernier article.

Nous avons établi précédemment : 1° que la force générale qui, tombée, pour ainsi dire, du sein de Dieu dans la matière

FEUILLETON.

Lettre médicale.

SOMMAIRE : Nouvelle poste aux lettres. — Le vitalisme et l'organisme à l'Académie de médecine ; M. Bouillaud, M. Gerdy, M. Rostan et M. Dubois (d'Amiens). — Les rapports sur les remèdes secrets : MM. Bouchardat et Robinet. — Remèdes contre la rage : un fanatique. — Le docteur Mandt, de Saint-Pétersbourg. — Privilége des médecins en matière d'honoraires. — Les notes détaillées : petits profits d'un médecin sensible.

Nous ne pouvons prendre la plume à votre intention, cher confrère et abonné, sans songer avec un intérêt particulier à ce projet de *transport des lettres sans facteurs, à raison de cent lieues à l'heure,* dont s'occupaient tout récemment quelques journaux scientifiques d'Angleterre. La pensée qu'il nous sera possible de vous transmettre, pour ainsi dire, en un clin d'œil, à certains moments solennels de l'année, l'expression de nos tendresses, nous remplit d'une joie indicible. Et, de votre côté, vous apprécierez certainement le curieux avantage, la bonne fortune singulière, de recevoir nos élucubrations presque au sortir de notre cerveau, à peu près comme Lucine, fille de Junon, put recevoir la Sagesse (pardon du rapprochement) quand Jupiter en accoucha par la tête. Car il va sans dire, cher confrère, que les journaux suivront les lettres dans ces désirés tuyaux où les emportera un courant d'air très rapide, entretenu par une machine *ad hoc*. Si, en raison de l'avantage susdit, vous êtes désireux de pousser à l'exécution de la chose, vous trouverez tous les détails nécessaires dans une nouvelle publication dirigée par un homme d'autant de cœur que de talent. La publication s'intitule L'AMI DES SCIENCES ; l'auteur, Victor Meunier. Vos sympathies seront bien placées sur l'une et sur l'autre.

En attendant, nous vous envoyons par l'ordinaire notre épistole mensuelle, que vous voudrez bien recevoir avec votre tolérance accoutumée.

— Que vous dire de la discussion actuellement engagée à l'Académie de médecine ? Vos réflexions auront prévenu les nôtres. La question était une des plus hautes et, on peut le dire sans jeu de mots, une des plus *vitales* qui aient jamais été portées devant une compagnie de médecins ; elle en sortira sans avoir été sondée aux entrailles. Les orateurs sur lesquels on comptait le plus en raison de leurs antécédents ont promené leur talent à la surface, sans vouloir descendre dans les profondeurs. Pourquoi M. Bouillaud, l'auteur d'une PHILOSOPHIE MÉDICALE, pourquoi M. Gerdy,

au moment de la fécondation, préside au développement harmonique de l'être et lui assigne ses caractères propres, n'est susceptible d'engendrer spontanément ou de recevoir du dehors aucune modification, affection ou maladie; que cette force est aveugle et fatale, et que le caractère de son œuvre dépend uniquement de l'état des éléments matériels dont elle dispose; 2° que les propriétés vitales, produit de l'organisation, ne peuvent être troublées qu'avec elles et par elles. Si ces principes sont vrais, ils doivent concorder avec les données de la pathologie, et ne contredire aucun des faits positifs que révèle l'observation. C'est ce que nous espérons montrer aujourd'hui, en recherchant de quelle manière, les conditions de la vie étant celles que nous venons de rappeler, la maladie s'installe dans l'organisme humain.

Le corps vivant, composé matériel, enveloppé de matière et de forces physiques; baigné d'électricité, de chaleur et de lumière; pressé par l'atmosphère; subordonné dans son mécanisme même à des lois qui ne procèdent pas du principe de vie, aux lois de la pesanteur, de l'hydraulique, des affinités chimiques; empruntant du dehors, par la peau, par les poumons, par les voies digestives, des solides, des liquides et des gaz, dont la qualité ou la quantité ne sont pas toujours appropriées à ses justes besoins; élaborant lui-même enfin des substances non assimilables, les unes conformes à l'état physiologique, mais pouvant être accidentellement retenues, comme l'urée, les autres absolument hétérogènes, comme le tubercule; le corps vivant, disons-nous, est ouvert à des causes extrêmement nombreuses de désordre. Il faut rendre au vitalisme cette justice, que c'est lui surtout qui a gardé le dépôt et en même temps travaillé au développement de ce grand et large système d'étiologie dont les bases avaient été posées de la main d'Hippocrate. C'est une gloire que M. le professeur Lordat a pu revendiquer avec justice au nom de l'école traditionnelle de Montpellier. Mais qu'a fait encore le vitalisme? Obligé par son principe fondamental, par ce principe qui attribue à la force vitale le don de vigilance et de prévision, il a transformé le rapport de l'organisme avec le monde extérieur en une opposition formelle, le second travaillant sans cesse à la destruction du premier, qui se défend avec la même opiniâtreté, quoique parfois sans succès. Et quand il est descendu dans les détails, quand il a considéré les causes morbifiques proprement dites, celles du dehors et celles du dedans, toute sa philosophie s'est épuisée dans la contemplation vague de l'*action* et de la *réaction*, c'est-à-dire de l'effort destructeur de la cause et de l'effort salutaire de la puissance vitale, devenue pour le moment *force médicatrice*. Si l'on veut voir un exposé méthodique et fidèle de cette doctrine, on n'a qu'à ouvrir le TRAITÉ DE LA SCIENCE MÉDICALE, de M. Ed. Auber, ouvrage largement conçu, où tout ce qui est de la science de la médecine, méthodologie, histoire, nature de l'homme, pathologie, se trouve condensé avec art et ramené à des principes généraux; ouvrage écrit d'hier (car il date de 1853) et qui peut ainsi servir à marquer le point d'arrêt de l'école dont il est l'organe.

Or, fidèles nous aussi à nos principes, nous rejetons le commentaire vitaliste de l'action étiologique.

En thèse générale, nous voyons dans le milieu où s'entretient notre existence un auxiliaire indispensable de la vie, non un agent prédestiné de destruction, et nous tenons la conception contraire pour démentie par les faits les plus évidents. L'atmosphère est une ennemie, et elle est nécessaire à la circulation par son poids, à la respiration par sa composition chimique! L'électricité est une ennemie, et elle constitue une des forces mêmes du corps humain, et la détermination des courants musculaires est une des conquêtes de notre temps! La lumière est une ennemie, et il est démontré qu'elle exerce une influence notable sur le développement de l'organisme et sur l'accomplissement des principales fonctions! Il n'y a qu'ennemis autour de la vie, et la vie puise autour d'elle ce qui la fait naître et ce qui la perpétue!

Cela posé, nous disons que, dans les cas où une cause morbifique se forme au dehors ou au dedans de l'organisme, cette cause, n'étant capable d'aucune action directe sur la force vitale, ainsi que nous l'avons établi (p. 234), ne peut engendrer la maladie que par deux procédés : ou en modifiant matériellement l'organisme, ou en changeant le rapport que nous avons dit exister entre les propriétés vitales et les objets extérieurs (p. 235). Les exemples du premier procédé sont, en général, trop connus en eux-mêmes et dans leurs effets pour qu'il soit nécessaire de s'y arrêter. Une atmosphère trop chaude ou trop froide, trop pesante ou trop légère, dérange les conditions générales de la circulation; la respiration de l'acide carbonique altère la composition du sang; la pénurie de suc gastrique fait obstacle à la digestion, etc. Rien de plus simple. Mais les actions morbides qui consistent surtout dans l'altération des rapports ordinaires de l'irritabilité avec les objets extérieurs méritent d'être étudiées plus spécialement, parce que cette étude donne la clef d'un malentendu élevé entre les vitalistes et les organiciens. Une épine est introduite dans les chairs; la partie s'endolorit, rougit, de-

qui s'est nourri de spéculations métaphysiques presque autant que de physiologie et de chirurgie, ne se sont-ils pas attachés de toute leur logique, de toute leur habileté, à cette proposition de M. Bousquet : « La racine de la maladie est dans l'action vitale »? Cette proposition était ferme, nette, précise; jugée dans un sens ou dans un autre, elle tranchait beaucoup de questions accessoires; elle donnait d'ailleurs ouverture à une profession de foi sur des matières qui forment, à l'autre bout de la France, le fond de l'enseignement médical, et avec lesquelles nous ne passons pas, nous autres Parisiens, pour être très familiers. M. Bouillaud a tenté une conciliation impossible entre les doctrines; il a récité fort élégamment un *Credo* vitaliste; mais d'argumentation, de ratiocination, de démonstration logique, point. M. Gerdy a argumenté — il argumente volontiers — avec une chaleur convaincue et convaincante. Mais ce qu'il a dit des droits de l'abstraction, de l'essentialité des maladies, du grec et du latin, ne décide rien quant au vitalisme et à ses dissensions intestines. Et les autres membres engagés dans cet ordre de questions par leurs travaux passés, où étaient-ils? Où étaient M. Rostan, qui a écrit une *Exposition des principes de l'organisme*, M. Dubois (d'Amiens), le savant auteur du *Traité des études médicales* et de l'*Examen des doctrines de Cabanis et de Gall?* Ils étaient à leurs bancs; et nous, incessamment, nous tournions les yeux vers l'un et vers l'autre, au risque de gagner un strabisme. Mais las! nous en sommes pour une courbature de nos muscles droits.

— Souvent femme varie et aussi parfois l'Académie, sous prétexte, sans doute, qu'elle est du sexe. Elle fait assez bon marché, comme il appert, des plus graves questions, et elle gaspille des heures en des occupations futiles. Nous voulions depuis longtemps la prier d'agréer ce compliment; le dernier rapport de M. Bouchardat nous en fournit l'occasion. La *commission des remèdes secrets ou nouveaux* se croit obligée de motiver son jugement sur toutes les visions cornues qui lui arrivent par le canal du ministre de l'agriculture et du commerce, la forme d'un rapport officiel sur ce sujet étant, dit-elle, condamnée à cette exigence. Alors, pour se venger du piteux métier qu'on leur fait faire et pour sauver en même temps l'ennui de leurs lectures, les rapporteurs de la commission, MM. Robinet et Bouchardat, ont pris l'habitude de tourner contre les malencontreux inventeurs toutes les batteries de leur savoir et de leur esprit. Chacun y passe à son tour, et vous jugez dans quel état il sort de la fête. M. Robinet, surtout, excelle à ce genre d'exercice. Or nous voyons à cela deux inconvénients : le premier est que l'Académie perd son temps en assistant à une comédie, même quand la comédie est excellente; le second, que le

vient chaude, se gonfle et suppure. Les disciples de Barthez disent : C'est la force vitale qui s'exalte et fait effort contre le corps étranger. Nous nions ce fait (car c'est *un fait* qu'on affirme en dépit de toutes les précautions oratoires) ; nous le nions, on sait pourquoi. Les disciples de Bichat invoquent l'exaltation de la sensibilité et de la contractilité organiques, des propriétés vitales enfin, et nous objectons qu'une propriété ne peut pas être modifiée sans une modification préalable du corps qui lui sert de soutien. Mais est-il nécessaire, pour que l'effet se produise, que ce corps soit positivement altéré dans sa texture, dans la disposition visible de ses parties constituantes? Et la rougeur, la chaleur, la tumeur, qui suivent l'introduction de l'épine, sont-elles antérieures au trouble de la sensibilité et de la motilité? Non; et c'est ici qu'est le nœud de la difficulté. Les propriétés vitales sont si peu inhérentes à l'agencement de la fibre, qu'elles peuvent s'éteindre sans que celle-ci ait subi d'altération appréciable. Le tissu les reçoit donc de quelque disposition cachée dont le secret est, très vraisemblablement, dans les fonctions du système nerveux. Dès lors on comprend que la présence d'un corps étranger, fragment de bois, liquide irritant, agent chimique, trouble immédiatement la propriété sans altérer réellement le tissu, bien que ce soit par l'intermédiaire d'une *modification organique*. Après quoi, tout s'explique. La contractilité s'exerce anormalement; la circulation capillaire se dérange; la fluxion s'opère et tout ce qui s'ensuit. Un grand progrès dans la pathologie serait de pouvoir déterminer, pour chaque cause morbifique, par lequel des deux procédés indiqués plus haut elle réalise la maladie.

Enfin, nous ne voyons rien dans la marche et la solution naturelle des maladies qui témoigne des intentions prévoyantes et de la force médicatrice de la nature. Et d'abord de deux choses l'une : ou la force vitale ne contient jamais le principe des maladies, et alors ce principe est dans le composé matériel; ou la force vitale le contient, et alors nous demandons ce que c'est que cette *alma mater* qui opprime et tue son produit. Il faut donc déjà qu'on nous concède au moins une de ces deux propositions : ou que toute maladie procède de l'organisme, ou que la force vitale est aveugle; et il ne reste plus alors qu'à montrer que la force vitale est aveugle dans le cas d'invasion de l'organisme par une cause morbifique. Or, qu'arrive-t-il? L'épine est repoussée au dehors; l'abcès s'ouvre; les plaies se réparent; autant de manifestations d'une puissance dont le but est marqué, mais aussi dont le déploiement n'a rien d'arbitraire. La force vitale est, en présence de la maladie, dans une situation analogue à celle où la place une altération quelconque du germe. Le travail en vertu duquel a lieu l'élimination d'un corps étranger ne diffère pas plus de celui qui produit l'organisme, que le travail d'où résulte un monstre ne diffère de celui qui réalise l'être normal. Ce qu'on sait de la réparation des os ressemble fort à ce qu'on sait de leur développement; et si les résultats des réparations qui s'opèrent dans l'économie ne sont pas entièrement semblables à ceux de l'organogénie elle-même, c'est que le travail n'est pas subordonné dans les deux cas aux mêmes conditions ; c'est surtout que le travail de réparation a ses conditions organiques particulières, passablement connues aujourd'hui. Mais cette vue même est contraire à l'hypothèse de la force intelligente; car les conditions particulières du travail appelé réparateur sont aussi fatales que les conditions générales du travail organisateur. Et voilà pourquoi la nature, avec ses bonnes intentions, ouvre assez souvent les abcès dans les cavités splanchniques, ou perfore un viscère important dans un but d'élimination. Au lieu donc de contempler éternellement l'action des causes morbifiques et la réaction de la vie, ce qu'il y a de plus urgent, de plus nécessaire au progrès de la science médicale, c'est de déplacer les termes de la question étiologique, et de rechercher par l'analyse le mode d'action réel, positif, de la cause : mode physique, mode chimique, mode organique. Quelques pas de plus dans cette voie encore peu explorée mèneraient à des perspectives qu'on chercherait en vain au bout du vitalisme. C'est ensuite de s'appliquer à déterminer la succession hiérarchique, c'est-à-dire étiologique, des lésions entre elles, des symptômes entre eux, et la corrélation de ces deux ordres de phénomènes pathologiques.

Ce qui précède explique assez clairement, ce nous semble, comment le vitalisme perd ses droits en mettant le pied sur les terres de la pathologie, et aussi comment un sage organicisme peut embrasser l'ensemble des faits pathologiques, sans en répudier aucun. Notre organicisme s'arrange du solidisme comme de l'humorisme; il s'arrange également des maladies générales, qu'elles soient le produit d'une action physique, ou d'une action chimique, ou d'une intoxication, ou d'un virus, voire d'une *diathèse*; car la diathèse n'est qu'un mot exprimant une disposition générale de l'économie, dont la généralité du système nerveux et du système sanguin suffisent à rendre compte, sans qu'on aille se perdre dans les ténèbres des causes occultes. C'est une des injustices commises envers les organiciens de les enchaîner malgré eux à la lésion locale, à l'or-

procédé n'est pas d'une équité parfaite. Bon nombre de ces donneurs d'avis qui frappent journellement à la porte du ministre ne sont autre chose que d'honnêtes citoyens, de complexion crédule, pleins de bonne foi, ne prétendant à aucun lucre, et qui croient de tout cœur rendre service à l'*humanité souffrante*. Les poursuivre de sarcasmes, les taxer d'ignorance, c'est de la dureté. Ces bourgeois raisonnent en médecine comme M. Robinet raisonnerait en hiéroglyphes, plus mal, sans doute : c'est un grand tort ; mais leur communication porte le plus souvent sur l'effet visible d'un remède, sur un de ces résultats matériels d'expérience qu'il semble que tout homme de bon sens soit apte à constater. Ils affirment que telle poudre guérit la rage ou telle potion le choléra ; vous, savant, vous leur apprenez que le remède est connu et qu'il n'a pas les vertus qu'on lui prête : très bien ; mais il n'était pas défendu de l'ignorer, et l'excellence de l'intention devrait, de bon compte, suffire à racheter une erreur involontaire.

En somme, MM. les rapporteurs feraient bien mieux de se borner, pour les communications insignifiantes, à déclarer qu'elles ne contiennent rien de nouveau ou d'utile. *Rien de nouveau, rien d'utile*, c'est un appréciation, et le rapport serait dans la forme voulue. Nous penchons même à croire qu'il serait mieux goûté par l'administration.

M. Renault, qui a laissé entrevoir, si nous l'avons compris, un sentiment semblable au nôtre, a cité, comme exemple du fanatisme de certains prôneurs de remèdes, le cas d'un individu qui, venu à Alfort pour soumettre à l'expérimentation nous ne savons quelle substance prétendue antirabique, et arrivé devant la loge d'un chien livré à tous les transports de la rage, se précipita vers les barreaux pour se faire mordre. On le retient, on le repousse ; lui, parfaitement tranquille, fait signe à son fils de se présenter à la bête furieuse, et le fils l'eût fait si on ne l'en eût empêché. Cette combinaison d'Abraham et de Daniel, où une drogue remplace l'esprit divin, est presque incroyable. Si ce sont là deux charlatans, ils sont d'espèce nouvelle, et il serait peu charitable vraiment de les bafouer ; ils ont cru à la vertu de leur remède, parce que des personnes mordues à qui on l'avait administré n'ont pas pris la rage. Mais qu'est-il arrivé à Alfort? C'est que parmi les animaux qu'on fit mordre par le chien de tout à l'heure, ceux-là seuls sont devenus enragés qui ont avalé le remède.

L'Académie pourrait bien avoir quelque jour à donner son avis sur une plante également vantée contre la rage, et que les missionnaires de l'Inde se proposent d'envoyer en France. Le père Boyer écrit du royaume de Maïssour : « Témoin oculaire depuis plusieurs années de l'efficacité des moyens que nos Indiens emploient contre cette cruelle

gane; au tissu, à la fibre, à la cellule ou au globule. Et là même où ils croient devoir assigner à la maladie un siége local, on ne se fait pas faute encore d'outrer leur doctrine en les accusant de ne pas savoir s'élever au-dessus des altérations de texture. Comme si l'organicisme était condamné à méconnaître dans sa conception dogmatique de la maladie, non plus que dans sa thérapeutique, l'enchaînement de causes dont l'altération organique est le résultat; comme s'il ne pouvait sans inconséquence distinguer, par exemple, une congestion phlegmasique d'une congestion passive ou d'origine septique! Nous ne craignons pas de le dire, au contraire, notre organicisme tend à assigner sa véritable valeur à l'anatomie pathologique en déterminant la place qu'elle occupe dans la série des phénomènes constitutifs de la maladie.

Nous pourrions terminer là ce travail qui n'avait d'autre but qu'une déclaration de principes dans la grande querelle du vitalisme et de l'organicisme. Mais puisque la discussion de l'Académie sur ce sujet est partie de la question de l'unité des maladies, soulevée par M. Piorry, on nous permettra de présenter sur cette dernière question de très courtes remarques.

L'unité morbide, bien qu'elle n'ait peut-être jamais été dans la science du temps passé l'objet d'une étude approfondie, était implicitement renfermée dans la plupart des doctrines qui se sont succédé. On peut même assurer qu'elle est une nécessité de toute doctrine un peu conséquente. En effet, une doctrine médicale n'est rien, ou elle est un essai d'explication des phénomènes morbides, de leur origine, de leur marche, de leur succession; ce qui revient à dire qu'elle les subordonne à quelque action causale, vraie ou imaginaire. Or, ce qui émane d'une cause ne peut pas ne pas refléter le caractère d'unité qui est propre à cette cause. Les phénomènes pathologiques sont nécessairement groupés par le lien qui les rattache à leur commune origine. Seulement l'unité morbide est d'autant moins définie, d'autant moins arrêtée, que la cause supposée est plus générale et plus vague. Avec l'*irritation* de Broussais ou l'*asthénie* de Brown, l'expression phénoménale des maladies garde nécessairement une grande élasticité, et la nosologie sombre dans cet océan de symptômes sortis de la même source. Les états morbides généraux, l'état phlegmasique, l'état bilieux, qui ont, au-dessous de la région des phénomènes vitaux, un théâtre circonscrit, plus accessible à l'observation, où se parle, si on peut le dire, un langage plus intelligible, fondent l'unité sur des bases moins incertaines. Il en est de même de toutes les doctrines qui croient reconnaître dans la succession des symptômes une certaine filiation nécessaire à une bonne solution, ou de celles qui font de la maladie un travail de dépuration ayant des moments distincts et une fin réglée. La crudité, la coction, les crises anciennes ont, sous ce rapport, la même signification que la préparation, l'élaboration et l'excrétion de Bordeu. L'anatomie pathologique est un autre principe d'unité morbide, mais à la condition que la lésion matérielle sera la vraie cause de l'appareil symptomatique, et qu'on n'imitera pas l'auteur de la *Nosographie philosophique* qui, voulant asseoir, *autant que possible*, sa classification sur les altérations anatomiques, s'avisa de ranger la variole et la rougeole dans les phlegmasies cutanées. Enfin, l'unité morbide peut être attestée par l'expérience thérapeutique. C'est ainsi que la nature identique de certaines fièvres, assez dissemblables phénoménalement, ressort de ce simple fait qu'elles sont également curables par le sulfate de quinine.

Nous le répétons, sous toutes ces affirmations implicites de l'unité des maladies se cache une vue étiologique, et il est d'autant plus utile de le rappeler qu'on a souvent mal compris et qu'on ne comprend pas encore très bien de nos jours l'étiologie des anciens. Que faudrait-il pour que l'unité se dessinât clairement et offrît un cadre régulier à la nosographie? Il faudrait qu'on eût réalisé le vœu que nous émettions tout à l'heure; qu'on fût parvenu à saisir, suivant une expression que nous croyons empruntée à M. Lordat, le *phénomène initial* des maladies et à suivre la génération successive des phénomènes ultérieurs. Jusque-là, il faut bien le dire, pas de nosologie possible, nous entendons de nosologie harmonique. Jusque-là la proposition de Linné: *Symptomata se habent ad morbum ut folia et fulcra ad plantam*, n'est qu'une anticipation. En attendant qu'elle devienne une vérité, nous ne connaissons d'autre expédient que le suivant: On prendra d'abord pour règle de l'unité morbide l'unité de cause quand elle sera démontrable: poisons, virus, miasmes; certaines maladies du sang; lésions anatomiques subordonnant l'appareil symptomatique, comme dans le cas d'anévrysme cardiaque; obstacle matériel à l'exercice d'une fonction, comme dans le cas d'asphyxie, etc.; puis, quand la cause échappera, on groupera les phénomènes morbides, dérangements fonctionnels ou dérangements organiques, comme paraît les grouper la nature elle-même, conformément à cette vue que ces affinités naturelles sont précisément le résultat et le témoignage de l'unité de la cause inconnue. Partant, les signes de l'état appelé phlegmasique, les symptômes de

maladie..., j'avais eu bien des fois le désir de procurer à ma patrie un remède si précieux..... J'eusse désiré faire immédiatement l'envoi du remède; mais comme la substance qui joue le principal rôle dans sa composition est une plante que je crois particulière à ce pays-ci, il me paraît essentiel que je vous expédie des graines de ce végétal, qui demande encore deux mois pour parvenir à sa maturité. » Si les graines arrivent à la rue des Saints-Pères, nous les recommandons à l'indulgence de messieurs de la commission des remèdes nouveaux.

— On lisait récemment dans *le Danube*, journal de Vienne :

« Le médecin de l'empereur Nicolas, le docteur Mandt, a quitté la Russie en toute hâte et en secret. On lui reproche d'avoir trop longtemps caché à son auguste malade que son poumon était attaqué. De plus, on le blâme d'avoir composé lui-même, en sa qualité d'homœopathe, les médicaments destinés à l'empereur, au lieu de les avoir fait préparer par un pharmacien. Une grande irritation s'est manifestée contre ce docteur à Saint-Pétersbourg, et l'empereur Alexandre lui a, dit-on, fait conseiller de quitter la Russie. »

Si ce récit est exact, il prouve de la part du peuple russe un esprit marqué d'inconséquence. Les bulletins de la santé de l'empereur portaient, on se le rappelle, que le poumon était frappé de *paralysie*. Franchement, ce sont de ces choses qu'il faut dire le plus tard possible ; en France on ne le dirait jamais, même après l'enterrement du malade. Quant à la préparation des médicaments, que demandent-ils? On est homœopathe ou on ne l'est pas. Pour notre compte, si nous avions cet honneur, nous ne nous en rapporterions à personne pour la dilution et le tour de main. Le tour de main, diable ! c'est l'*alpha* et l'*oméga* du succès. En quelque genre que ce soit, il ne faut s'en rapporter là-dessus à personne.

— Le docteur Caffe, qui s'est toujours montré si persévéramment zélé pour les intérêts moraux et matériels de la profession, a obtenu contre l'État, devant la deuxième chambre du tribunal civil de la Seine, un jugement qui règle à l'avantage du corps médical une assez importante question d'honoraires. Un sieur H... est décédé, laissant une succession embarrassée qui n'a pas été acceptée par les héritiers. Les meubles ont été vendus, et le prix en a été versé à la caisse des dépôts et consignations, pour être réparti, par voie de contribution, entre les créanciers. M. le docteur Caffe et d'autres créanciers privilégiés ont produit à cette contribution pour soins de dernière maladie ; mais, de son côté, l'État réclamait un privilége de premier ordre pour droit de succession. Le tribunal a dé-

l'asthme, de la chorée, du diabète, du scorbut, etc., etc., formeront autant de groupes distincts qu'il faudra se contenter de décrire. Il n'y a donc pas à s'inquiéter, quant à présent, de la variabilité de la base nosographique, appuyée tantôt sur les symptômes, tantôt sur l'anatomie. Cette variabilité est une nécessité du temps, qui n'a pas disparu depuis Arétée ou Cœlius. Bienvenus seront ceux qui en affranchiront la science!

Telles sont les remarques que nous désirions présenter à l'*occasion* de la discussion engagée à l'Académie de médecine. Ceux qui ont bien voulu nous lire jusqu'au bout comprendront peut-être pourquoi nous ne nous empressons pas ordinairement d'agiter de semblables questions. D'une part, elles s'enchaînent si rigoureusement dans toutes leurs parties; de l'autre, elles sont obscurcies en certain lieu par de telles confusions de langage, qu'on ne peut y toucher par un point sans les remuer dans toute leur étendue, et sans courir le risque de fausses interprétations. On voudra bien ne pas considérer si la doctrine de la GAZETTE HEBDOMADAIRE se rapproche de celle de tel ou tel auteur, ancien ou moderne; elle sort de nos méditations, elle est nôtre: c'est tout ce qu'il importe aux autres de savoir, et ce qu'il nous importe de déclarer.

A. DECHAMBRE.

FISSURE DU STERNUM; ÉTUDE DES BATTEMENTS DU CŒUR.

La Société médicale allemande a consacré la plus grande partie de sa séance du 19 mars à l'examen d'un cas curieux de fissure du sternum. Cette fissure, qui représente un sillon longitudinal, n'étant recouverte que par la peau, et ayant, au moment de l'inspiration, une largeur de 2 à 5 centimètres, offre à l'étude des battements du cœur une sorte d'expérience toute préparée. On trouvera plus loin, au compte rendu des séances de la Société, le rapport de la commission chargée de cet examen.

Le sujet porteur de cette fissure, M. Groux, de Hambourg, a déjà parcouru une partie de l'Allemagne. M. Hamernik, de Prague, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine de Vienne* (n^os 29, 30, 31, 32, 1854), et M. le professeur Forget, de Strasbourg, dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (n° 3, 1855), ont déjà entretenu le monde médical de cette rare anomalie. En ce qui concerne les déductions physiologiques qu'on peut tirer de ce fait, relativement à la question encore controversée de nos jours, des battements du cœur, l'examen de M. Groux nous paraît de nature à confirmer la doctrine harveyenne de la circulation. L'oreillette droite forme, en effet, au travers des parties molles, une tumeur dont l'*affaissement maximum* est isochrone avec le choc du cœur contre les parois pectorales et avec le pouls artériel, par conséquent avec la systole ventriculaire. Quant au mécanisme suivant lequel le cœur est projeté contre la paroi pectorale, il est évident que l'examen de M. Groux ne peut fournir à cet égard aucun éclaircissement, cette question étant de l'ordre expérimental. S'il ressort de cet examen que le choc du cœur est isochrone à la systole ventriculaire, ce fait aura contribué à redresser une théorie erronée, et ajouté une preuve de plus à l'ancienne doctrine de la circulation.

J. B.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES PRATIQUES SUR QUELQUES CAS DE VARIOLE CONFLUENTE AVEC COMPLICATION ATAXODYNAMIQUE, par M. SEMANAS, D. M. P. à Lyon.

Nous hésitons presque à publier ces recherches avec un si petit nombre de faits à l'appui : trois en tout. Un plus grand nombre eût été incontestablement nécessaire pour donner une notoriété définitive aux conséquences doctrinales et aux préceptes pratiques que nous avons cherché à déduire.

La faute est moins à nous, cependant, qu'à la rareté relative, pour un praticien limité à sa clientèle particulière, de faits spéciaux tels que ceux dont nous aurions eu besoin, savoir : variole compliquée comme il suit, chez des adultes *non vaccinés*.

Bien que cette dernière condition, l'absence de vaccine, ne soit pas absolument nécessaire, comme nous le verrons, à l'adoption ou au rejet de nos conclusions, il n'est pas moins vrai que la présence de la vaccine, si peu qu'on lui accorde un reste d'influence, obscurcit le sujet et fournit matière au moins à discussion.

S'il nous avait été possible, comme nous y parviendrons sans doute un jour ou l'autre, de réunir un certain nombre de varioles confluentes compliquées, etc., où la vaccine n'eût eu rien à faire, et où néanmoins les résultats que nous annonçons eussent été obtenus, ceux-ci seraient acquis désormais.

De tels faits étant beaucoup moins rares dans la pratique de nos hôpitaux, c'est là la considération qui nous a engagé à publier dès à présent les nôtres, dont les conséquences doctrinales et préceptes pratiques seront par là promptement confirmés, nous l'espérons du moins.

---

cidé que, la loi du 22 frimaire an VII n'ayant établi aucun privilége de cette nature en faveur de l'administration de l'enregistrement, il n'y avait pas lieu de suppléer à son silence, conséquemment de colloquer l'administration à titre de privilége pour droits de mutation.

Ce jugement a été rendu le 23 mai 1854 ; mais il ne pouvait sortir son plein et entier effet qu'après les expirations du délai d'appel. Le domaine ayant laissé périmer ce délai, M. Caffe a reçu de la caisse des dépôts et consignations la somme de 500 francs. Et afin que le motif honorable de son insistance judiciaire fût bien constaté, notre confrère a immédiatement fait don de cette somme aux bureaux de bienfaisance.

— A propos d'honoraires, point n'ignorez peut-être, sans vous offenser, les misères de la note détaillée. Le 2 du mois, une visite, 3 fr. ; le 3, deux visites, 6 fr.; le 4, visite et saignée, 5 fr. Agréable imitation d'un mémoire de menuisier : Fourni et posé un clou, 10 centimes ; déposé et reposé une tablette 50 centimes, etc. Mais vous avez beau morceler le traitement en mille menus soins, application de bande, cautérisation au nitrate d'argent, incision d'orgelet, ablation d'un poireau, pour en faire autant d'*articles* détachés, il n'est pas aisé de tirer de tout cela un gros lingot. Voulez-vous un moyen de porter à volonté un mémoire à un taux respectable? Écoutez cette histoire... Elle est de point en point véridique : nous la tenons de quelqu'un qui n'y a pas joué le rôle agréable.

Cette victime des honoraires avait eu la maladresse d'être fort malade à l'île de la Réunion, et ce, pendant un certain nombre d'années. Au moment de revenir en France, il demande sa note. On la lui donne détaillée, mais détaillée de la façon la plus ingénieuse. Dans le mois de janvier, trente visites à 20 fr., 600 fr. *Item, cinq jours d'inquiétude, à 100 fr. par jour*, 500 fr. En février quarante-cinq visites, 900 fr. *Item, huit jours d'inquiétude extrême*, à 150 fr. par jour, 1,300 fr... Et ainsi de suite. Vous jugerez aisément, cher confrère, des bénéfices que pourrait réaliser ainsi un praticien qui aurait le cœur sensible, et c'est principalement parce que je vous crois dans ce cas que je vous avise du procédé. La note de notre connaissance se montait à *soixante mille francs*, qui ont été payés!

Agréez, etc.

A. DECHAMBRE.

Obs. I. — *Variole confluente chez un adulte probablement non vacciné. Complication ataxo-dynamique très grave d'emblée, survenant le septième jour; affaissement consécutif complet des boutons. Mort le huitième jour pendant le troisième redoublement ataxo-adynamique.*

G..., vingt et un ans, ouvrier teinturier, cours d'Herbouville; sanguin bilieux; constitution de force moyenne; bonne santé. De l'aveu du sujet, il est à peu près certain qu'il n'a pas été vacciné. Nous cherchons vainement les cicatrices au lieu d'élection.

Malade depuis trois ou quatre jours; au début, frissons, céphalalgie, fièvre et douleurs lombaires. Hier, 4 février 1854, au matin, on a aperçu pour la première fois sur la figure et la poitrine de petites taches rouges qu'on suppose être la petite vérole. On nous fait appeler, et nous voyons le malade le lendemain 5 février à midi.

La figure, la poitrine et les bras sont criblés de petites papules acuminées semblables à celles de la petite vérole au second jour d'éruption, qui s'annonce devoir être confluente. Chaleur bonne, pouls *idem*. Point de céphalalgie. Langue humide. Soif. Pas d'appétit; point de nausées; constipation; point de toux. Sommeil pendant la nuit.

Prescription : Expectation, boisson, etc.

Le 6, au matin. Boutons bien formés partout. Ceux de la figure sont tellement nombreux, qu'on trouverait difficilement une place qui en fût exempte. Il y en a un peu moins sur la poitrine, le ventre, les bras et les cuisses; moins encore sur les avant-bras et les jambes; presque point sur les mains et les pieds. — Nuit tranquille. — Soif vive. — Mal de gorge. — Conjonctives rouges, surtout la gauche. — Rien de changé depuis hier à l'état général. — Expectation.

Le 7 au matin, huit heures. Hier, les boutons étaient tous globuleux et pleins; aujourd'hui, le plus grand nombre est ombiliqué; mais, loin d'avoir acquis du volume en s'emplissant davantage, ils sont tous manifestement affaissés et comme vidés et flétris. Ce changement est surtout évident pour les boutons de la figure, qui, en outre, de rouge et animée qu'elle était hier, revêt maintenant une pâleur générale comme ombrée. — Voix complétement éteinte; le malade dit souffrir du gosier.— Enfin, depuis hier au soir il tousse, et avec assez de violence pour rejeter ses boissons.

Fort surpris de ce changement, nous interrogeons la garde. Celle-ci nous raconte que le changement d'aspect des boutons s'est opéré cette nuit; que le malade n'a point fait d'imprudence, ce qui n'empêche pas qu'il ait passé une très mauvaise nuit, ayant constamment, à partir d'hier au soir, et particulièrement entre onze heures du soir et quatre heures du matin, déliré et causé avec des personnes supposées, ainsi que toussé par quintes d'une violence au-dessus de toute expression.

Actuellement, nous constatons : langue sèche au milieu, d'un brun noirâtre et rugueuse; lèvres et dents sensiblement fuligineuses; soif excessive; pas de céphalalgie en ce moment; intelligence entière; chaleur modérée, un peu sèche; pouls, 85 à 88, peu ferme, sans être précisément mou. La toux, depuis ce matin, a un peu diminué de violence.

Pronostic fâcheux. — Nous prescrivons :

Sulfate de quinine 8 décigrammes, en solution dans 60 grammes d'une potion qu'on prendra en trois fois, à une demi-heure de distance, en commençant au plus tôt.

Looch blanc, additionné d'oxyde blanc d'antimoine 2 grammes, pour être commencé deux heures après la solution.

Envelopper les extrémités de coton saupoudré de moutarde.

Continuer le reste.

Le 8 au matin, huit heures. État stationnaire. Nuit tout aussi mauvaise, avec délire, agitation, rejet des couvertures. La toux seule a été notablement moindre. La solution quinique, commencée fort tard par négligence, a passé sans difficulté.

Actuellement : Voix plus forte, mais conservant un timbre voilé et rauque; connaissance entière; tranquillité; chaleur élevée; pouls à 95, régulier, plus consistant; toux modérée et grasse, crachats muqueux et blancs; point de dyspnée.

Du côté de l'éruption il n'y a point de modification appréciable. Les boutons restent petits, ratatinés, et d'un blanc de cire; suppuration nulle chez tous. Sur les mains et les pieds sont de nombreux boutons qui ne s'y trouvaient pas hier; ils sont affaissés comme les autres.

Prescription : Sulfate de quinine, 1 gramme en solution comme hier, qu'on prendra de même, mais en commençant au plus tard dans une heure.

Continuer le reste.

Nous retournons le soir du même jour auprès du malade. Nous le trouvons *mort*, nous dit-on, à cinq heures !

Les détails suivants nous sont donnés séance tenante par la garde. Nous les transcrivons en tant que caractéristiques du genre de mort. Ajoutons que la solution quinique commencée, par négligence encore, à *midi seulement*, n'était finie qu'à deux heures à peine. Elle a passé sans difficulté.

Jusqu'à quatre heures, intelligence entière, sauf un peu d'accablement. Le malade cause sur l'amertume de sa potion et sur d'autres choses, et très tranquillement. A quatre heures il se met brusquement à déraisonner. Il dit qu'il faut qu'il se lève pour appeler un de ses amis qui doit atteler la carriole. Il se lève en effet, et lutte pendant quelques instants contre la garde, qui réussit non sans peine à le réintégrer dans son lit. Craignant de n'être pas assez forte en cas de retour d'une tentative semblable, la garde s'adjoint un homme et le place en sentinelle à la tête du lit. Cependant le malade ne bouge plus; il paraît dormir.

Elle sort alors pour chercher quelque chose. Il était quatre heures trois quarts. Rentrée peu après, la garde demande à l'homme de s'assurer si le malade dort. L'homme prend la main du malade, qui, comme sortant d'un profond sommeil, fait deux larges inspirations, retombe immobile, et meurt dans le moment même.

Cette observation est un exemple d'un cas de variole d'une épouvantable violence, ainsi qu'on le dit communément et que nous le disions alors, bien que, cependant, préoccupé déjà par la présence des redoublements nocturnes ataxo-adynamiques, nous eussions cherché à les combattre isolément par les moyens appropriés.

Notre trop timide tentative a échoué, ce qui devait arriver, le médicament administré l'ayant été à doses manifestement insuffisantes.

Aujourd'hui, prévenu que nous le sommes, nous nous croirions à peine quitte, en face d'un cas semblable, avec une dose quinique double. Ajoutez que, par une fatale négligence, la seconde dose quinique n'a été donnée que deux heures à peine avant le retour paroxystique, qui a devancé à la vérité.

Ce cas ne saurait donc permettre de rien conclure pour ou contre l'efficacité du sulfate quinique dans l'espèce. Nous ferons seulement remarquer d'une manière particulière, que, dans ce cas comme dans ceux qui vont suivre, l'éruption s'est affaissée et flétrie tout juste à partir de l'invasion nocturne ataxo-dynamique, qui ici a présenté de plus cette particularité fâcheuse, d'atteindre d'emblée au degré pernicieux.

Enfin, l'arrêt de l'éruption s'est accompli avant même que celle-ci ait eu atteint sa période suppurative, dans laquelle on ne saurait dès lors placer le point de départ de ce qui a causé la mort.

Quant à préciser la *nature* de l'invasion ataxo-adynamique survenue, nous ne pensons pas que celle-ci puisse faire doute pour les praticiens exercés, ceux surtout plus soucieux du fond que de la superficie des choses. Et, à cette occasion, nous ne sommes pas fâché d'aller au-devant d'un reproche qu'on pourrait nous faire tant à l'égard de ce cas qu'à l'égard des deux derniers, touchant l'omission par nous de l'état local pulmonaire accusé par la toux concomitante; ce qui reviendrait à soupçonner qu'une *pneumonie latente*, insidieuse et inaperçue par nous, a pu tuer le malade.

Sans vouloir entrer ici dans une discussion symptomatique minutieuse, qui nous entraînerait trop loin, nous répondrons par ce que l'expérience nous a appris depuis longtemps, à savoir, par l'inutilité de l'auscultation et de la percussion dans les cas de localisations survenues pendant le cours d'un état fébrile de mauvaise nature. Autant la percussion et l'auscultation, ou, pour parler d'une manière générale, la mensuration locale diagnostique est nécessaire, indispensable même dans les localisations pathologiques primitives, point de départ de la réaction générale, parce que là il importe d'agir sur l'état local si l'on veut arrêter l'état général; autant cette même mensuration est inutile, pour ne pas dire plus, dans les localisations consécutives à la réaction générale, et conséquemment subordonnées, marche et issue, à cette dernière. La mensuration locale diagnostique, exercée avec minutie dans ces derniers cas, et prise pour détermination des moyens de traitement, c'est, à proprement parler, la médecine locale en contemplation devant la destruction de l'ensemble.

Ce qu'il importe par-dessus tout dans ces cas, c'est d'enrayer la réaction générale en agissant sur sa nature même, si faire se peut. Cette indication satisfaite, et si les localisations persistent, on a

tout le temps alors de les constater et de les attaquer à leur tour.

Hâtons-nous d'ajouter que ce dernier cas est l'exception, et que dans l'immense majorité des cas, l'indication principale remplie, les localisations pulmonaire, abdominale, cérébrale, etc., peu importe, voire même les plus considérables, disparaissent avec une rapidité qui tient quelquefois du prodige, ce qui, après tout, est plus satisfaisant qu'étonnant.

Sous les nos 2 et 3, dont le titre ne concerne que le troisième fait, nous avons réuni les deux observations dernières, à cause des rapports intimes qui les lient, au point de vue particulier de la ressemblance comme de la contagion probable.

Obs. II et III. — *Variole confluente chez un adulte vacciné. Complication ataxo-adynamique avec redoublements nocturnes progressivement croissants. Développement un peu lent d'abord de la variole, puis rapidement complet, coïncidant avec la chute des redoublements par le sulfate de quinine. Guérison.*

1° Thomas, vingt-huit ans, rue Juiverie, bilio-sanguin, assez fort de constitution, vacciné en bas âge, avec cicatrices très apparentes, d'une bonne santé, était marié depuis quelques mois à une femme de trente-quatre ans, épicière, rue Lainerie. Cette femme, enceinte de sept à huit mois, est prise, sans cause appréciable, de douleurs d'enfantement, et accouche, d'un enfant mort-né que nous n'avons point vu, et qui, au dire de la sage-femme, ne portait rien d'appréciable sur le corps en fait d'éruption ou autrement.

Le second jour de la couche, madame T... éprouve un malaise intense, tel que frissons, vomissements, douleurs lombaires et fièvre; la sage-femme, songeant à un refroidissement, fait transpirer la malade. Le quatrième jour, nulle amélioration ne survenant, on parle de faire venir un médecin. Nous sommes appelé à titre de médecin d'une société de bienfaisance dont le mari fait partie.

Le 18 janvier, nous constatons : variole au deuxième jour d'éruption, qui s'annonce devoir être confluente. La malade, interrogée, répond qu'elle n'est pas vaccinée, et ajoute qu'on a essayé une seule fois de la vacciner lorsqu'elle était enfant, mais que le vaccin n'a pas pris.

Du cinquième jour, première visite, jusqu'au huitième environ, l'éruption suit son cours régulier. Les boutons, excessivement nombreux et très gros, sont répandus partout uniformément. La fièvre, la céphalalgie, l'insomnie et l'agitation, très marquées, jusqu'au septième jour, s'amendent un peu à cette époque.

Toutefois, et dès le début, ce cas de variole nous paraît différer des cas simples par deux phénomènes principaux, savoir : la toux et des redoublements fébriles nocturnes très tranchés quoique peu intenses d'abord, accompagnés d'agitation et de délire.

Durant la journée, en général, ces phénomènes sont presque nuls. Lorsque vient le soir, à partir de cinq ou six heures jusqu'au lendemain matin, la toux acquiert une intensité fort grande et continuelle. En même temps, la peau s'échauffe, le sujet se découvre, délire plus ou moins, veut se lever, etc., etc. C'est principalement entre onze et deux heures de chaque nuit que l'aggravation atteint son plus haut période. Ajoutons que ces redoublements, loin de se calmer et de disparaître par suite de l'éruption complète, marchent sans désemparer en atteignant du jour en jour une intensité plus grande.

En présence de tels phénomènes de nature pour nous non douteuse, nous songeons tout de suite au sulfate de quinine à haute dose, et le formulons en conséquence. Mais voici que le mari, dominé par l'entourage de sa femme, qui assure que la variole sort bien, qu'il *faut laisser agir la nature*, etc., fait la sourde oreille, et, sous divers prétextes déguisés, laisse écouler trois jours consécutifs.

Ce retard consommé, il ne devient que trop évident pour nous que le cas est désormais au-dessus des ressources humaines, et nous sommes contraint de demeurer spectateur inactif de l'agonie de cette femme.

Si nous nous fussions attendu à cette inertie calculée, bien qu'involontairement inoffensive, nous eussions certes pris des mesures capables d'assurer la médication bon gré, mal gré. Nous regretterons toujours notre manque de perspicacité soupçonneuse, qui, dans ce cas, a pu contribuer à la mort d'un sujet qu'il dépendait peut-être de nous de sauver.

Quoi qu'il en soit, voici quelles furent les phases terminales de ce cas :

Du septième au huitième jour, les boutons, jusque-là assez gros et ayant commencé à s'enflammer, s'affaissent et se dessèchent; quelques-uns prennent sur les cuisses et les jambes une teinte noire d'autant plus visible qu'elle ne s'étend pas, à beaucoup près, aux autres boutons, qui, là comme dans les autres régions, demeurent jusqu'à la fin desséchés et d'un blanc de cire.

Le pouls devient fréquent, sans vigueur ni faiblesse marquée; les lèvres et les dents s'encroûtent et deviennent fuligineuses; la langue se sèche au milieu et se brunit. A tous ces phénomènes se joignent, pendant chaque nuit, une réaction fébrile de plus en plus intense, avec toux, délire suraigu, rejet des couvertures, etc.

Enfin, du dixième au onzième jour, ces derniers symptômes s'aggravent jusqu'à la mort (cinq heures du matin). On a noté que pendant les deux derniers jours le délire, la toux, etc., étaient continuels, quoique toujours plus marqués pendant la nuit.

Comme transition à l'observation suivante, ajoutons que le mari, désolé mais trop tardivement, fut presque seul à garder sa pauvre femme qu'il ne quittait pas les nuits.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACTION TOPIQUE DE LA BENZINE DANS LES AFFECTIONS PSORIQUES.

On sait que la benzine, appelée aussi benzole, benzène, bicarbure ou quadricarbure d'hydrogène, est un liquide limpide, incolore, d'une odeur piquante, qui est produit par la décomposition, à une température peu élevée, de l'acide benzoïque et d'autres substances organiques. M. Milne Edwards avait depuis longtemps constaté que ses vapeurs causaient la mort des insectes M. Raynal, de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, a été conduit par cette propriété que possède la benzine, à l'employer dans le traitement des maladies de la peau chez les animaux. Il a trouvé qu'elle détruit les parasites, plus sûrement et avec moins de danger pour l'animal, que le jus de tabac, que les frictions mercurielles, ou que tous les autres remèdes auxquels on recourt le plus souvent. Elle détruit les épizoaires sans attaquer la peau.

On a aussi proposé d'employer la benzine dans le traitement de la gale chez l'homme. Voici un cas suivi de succès que nous empruntons au *Bulletin général de thérapeutique* du 30 mars 1855. Il est dû à M. le docteur Lambert (de Poissy). A. D.

Obs. — Le 23 décembre 1854, je fus appelé par le nommé Boudin, tailleur de cristaux, demeurant à Bethmond, commune de Poissy. Cet homme me raconta que depuis environ quatre mois il lui était survenu, ainsi qu'à sa femme et à ses deux enfants une quantité considérable de petits boutons qui occasionnaient des démangeaisons insupportables, dont l'intensité était augmentée par la chaleur du lit, de sorte qu'ils passaient une partie de la nuit à se gratter souvent jusqu'au sang. L'inspection de ces quatre personnes, dont la presque totalité du corps était couverte de boutons et de croûtes; la forme caractéristique de ces boutons au siége d'élection, ne me laissèrent aucun doute sur l'existence de la gale. Je les en prévins, et alors ils m'avouèrent qu'une des sœurs de la femme, son mari et quatre enfants, habitant la Vertesalle, commune d'Orgeval, étaient atteints de la même maladie, mais plus gravement, parce qu'elle datait du mois de juin. Leur médecin avait vainement employé plusieurs pommades.

Enfin une autre sœur, son mari et son enfant, demeurant aux Champs-des-Biens, commune d'Orgeval, étaient dans la même situation.

La certitude que j'avais du genre de la maladie fut encore augmentée par cela même que plusieurs ménages de la même famille avaient cette maladie. C'est alors que, me rappelant ce que vous avez écrit au sujet de la benzine, je voulus essayer ce nouveau médicament. En conséquence, je prescrivis une pommade ainsi composée :

Axonge	250 grammes.
Benzine	60 grammes.

Mêlez exactement.

Je ne voulus pas employer la benzine pure, pour deux raisons : la première est que je ne connaissais pas son effet sur la peau; la deuxième, c'est que je craignais que les frictions fussent mal faites, avec un médicament qui se volatilise aussi vite.

Je recommandai de faire, matin et soir, des frictions sur toutes les parties malades. Après les deux premières frictions, toute démangeaison avait cessé, et huit jours après, toute la peau nettoyée ne présentait plus aucune trace de croûtes ni de boutons.

Ceux de la Vertosalle, ayant eu connaissance de ce résultat, me firent demander à leur tour. Chez eux, le mal était plus enraciné, je leur dis qu'il leur fallait au moins trois semaines pour les délivrer de ce fléau; du reste, même pommade. Au lieu d'y retourner huit jours après, comme je l'avais promis, ce ne fut que le onzième jour que je les revis. Je fus émerveillé du résultat : plus de boutons, plus de croûtes; ces pauvres gens se croyaient, selon leur expression, dans un autre monde. En un mot, guérison parfaite d'une gale datant de sept à huit mois.

III.

REVUE CLINIQUE.

HÔTEL-DIEU. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR LAUGIER.

Luxation du pied en arrière et par rotation, sans fracture du péroné.

Il existe actuellement à l'Hôtel-Dieu, dans les salles de M. le professeur Laugier, une variété très remarquable de luxation du pied, qu'on pourrait appeler luxation en arrière et par rotation, sans fracture du péroné.

Obs. — La nommée Monchauvaux (Angélique), âgée de quarante-deux ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 17, le 17 février 1855.

Cette femme est brune, d'un tempérament sanguin, modérément grasse, assez fortement musclée ; elle n'a jamais eu ni fractures, ni luxations ; elle est vive dans ses mouvements et présume beaucoup de sa force et de son courage.

Une heure avant son entrée à l'hôpital, elle descendait un de ces escaliers droits à pente roide, qu'on nomme escaliers de meunier ; elle était chaussée de sabots, portant un seau de la main gauche, et tenait la rampe de la droite. Vers le haut de l'escalier, l'extrémité du sabot gauche s'arc-bouta sur une marche ; la malade chercha à se renverser en arrière ; mais, suivant son expression, son pied roula sous elle, et elle glissa sur le dos, jusqu'en bas de l'escalier où elle ne put se relever. Un médecin appelé immédiatement constata une luxation du pied, et sans tenter de manœuvres de réduction, la fit transporter à l'hôpital.

État de la malade à son entrée. — Ce qui frappe tout d'abord en examinant le membre inférieur gauche de cette malade, c'est la déformation qui existe au niveau de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Cette articulation est manifestement élargie dans le sens transversal. Le pied est raccourci et dans une situation tout à fait remarquable ; en effet, la jambe reposant par sa face postérieure sur un plan horizontal, le pied dans une rotation forcée en dehors, repose sur ce plan, non par le talon, mais par tout son bord externe. Une ligne partant de la tubérosité antérieure du tibia suivant la direction de la crête de cet os aboutit non plus vers le deuxième métatarsien, comme à l'état normal, mais en dedans même du bord interne du premier. Il semble, en un mot, que le pied tournant de dedans en dehors autour d'un axe vertical passant par l'articulation tibio-tarsienne, sa pointe ait décrit un arc de cercle de 90 degrés.

Un fait des plus importants à noter, c'est qu'aucun mouvement ne s'est produit autour de l'axe antéro-postérieur ; la plante du pied ne cesse pas de regarder directement en bas, c'est-à-dire de faire un angle droit avec l'axe de la jambe ; il n'y a pas la moindre élévation du bord externe du pied.

Le membre a conservé sa longueur normale, les malléoles ne sont pas plus rapprochées de la plante du pied du côté malade que du côté sain ; mais par l'examen des rapports des diverses saillies osseuses on constate les variations suivantes :

Le gonflement, quoique assez marqué, n'empêche pas de reconnaître du côté malade la saillie anormale formée par le bord antérieur de l'extrémité tarsienne du tibia et, au-dessous de ce bord, un vide à la place que devrait occuper l'astragale ; ce vide est interrompu par la saillie anormale du tendon du jambier postérieur.

Le talon forme une saillie beaucoup plus considérable du côté malade que du côté sain ; le tendon d'Achille est séparé de la jambe par un vide où l'on peut introduire les doigts.

La distance qui sépare le milieu du bord antérieur de l'extrémité inférieure du tibia de l'extrémité postérieure du premier espace interdigital est de $0^{m},09$ du côté malade et de $0^{m},13$ du côté sain.

La distance du milieu du talon au bord postérieur de la malléole interne est au contraire de $0^{m},12$ du côté malade et de $0^{m},10$ seulement du côté sain ; et du même point en arrière au bord postérieur de la malléole externe, de $0^{m},07$ du côté malade et de $0^{m},055$ du côté sain.

Enfin, du bord externe de l'extrémité inférieure du tibia au sommet de la malléole externe, on trouve $0^{m},085$ du côté malade et $0^{m},055$ du côté sain.

Il y a par conséquent une diminution de $0^{m},04$, diminution énorme, dans la longueur de la partie antérieure du pied, tandis que la portion rétro-malléollaire est augmentée de $0^{m},02$ en dedans et de $0^{m},015$ en dehors. Cette différence qui existe dans les distances du milieu du talon aux bords postérieurs des malléoles s'explique par la rotation du pied en dehors, dans laquelle la face externe de l'astragale a entraîné avec elle en arrière la malléole externe. Enfin l'élargissement du diamètre transverse de l'articulation, bien manifeste à la vue, se trouve vérifié par la différence de $0^{m},03$ qui existe en faveur du côté malade dans les distances qui, aux deux membres, séparent le tibia du sommet de la malléole péronière ; cette distance, du côté malade, suppose nécessairement une diastasis très étendue des deux os de la jambe, diastasis presque incroyable sans fracture du péroné.

Et cependant, c'est en vain qu'on a cherché à constater cette fracture. L'ecchymose est diffuse ainsi que la douleur ; ces deux signes, que M. Malgaigne regarde comme si précieux par leur localisation, ne fournissent ici aucune donnée au diagnostic ; ils n'existent pas au lieu où M. Maisonneuve place le siége constant de la fracture par diastasis (tout le tiers supérieur du péroné est parfaitement sain), et ils ne présentent rien de localisé au-dessous de la malléole, point où M. Huguier a vu se produire parfois la fracture dans la luxation qu'il a appelée par rotation.

D'ailleurs, et ceci est capital, une fracture du péroné avec un aussi grand écartement des os donnerait évidemment lieu à une mobilité anormale en travers ; or ici l'articulation résiste, on ne peut exagérer l'écartement en cherchant à imprimer au pied des mouvements de latéralité ; si l'on saisit le pied d'une main, la jambe de l'autre, l'extension et la flexion sont les seuls mouvements communiqués possibles.

Il n'est pas besoin d'ajouter ici qu'il n'existe aucune fracture du tibia.

Séjour à l'hôpital. — 18 février. On a essayé hier de mouler le pied, le moule s'est malheureusement brisé. L'état du pied, ce matin, confirme l'opinion émise par M. Laugier, que la rotation n'était ici qu'accessoire. En effet, quoique la luxation ne soit pas réduite, cette rotation a diminué d'une manière sensible. Le gonflement est de très peu plus considérable. — Compresses résolutives.

19 février. La malade préalablement anesthésiée par le chloroforme, M. le professeur Laugier procède à la réduction.

La cuisse est fléchie sur le bassin, la jambe sur la cuisse.

La contre-extension étant faite simplement par les deux mains d'un aide qui tient la jambe au niveau du mollet, M. Laugier saisit le pied par sa face plantaire ; il exagère l'extension pour dégager le col de l'astragale du bord postérieur de l'extrémité tibiale, puis, tandis qu'il attire fortement le pied en avant, repousse directement le tibia en arrière ; la luxation s'est réduite avec la plus grande facilité, en faisant entendre le bruit caractéristique.

Immédiatement après la réduction, on a essayé de nouveau vainement à produire une mobilité en travers ; de nouvelles recherches confirment l'absence de toute fracture.

Un appareil de Scultet imbibé d'eau-de-vie camphrée est appliqué sur le pied et la jambe. Dans le but de rapprocher les malléoles longtemps écartés, on ajoute à leur niveau, au-dessous des coussins latéraux, un coussin étroit placé en étrier.

20 février. Au niveau de l'articulation péronéo-tibiale inférieure, dans une longueur de $0^{m},04$ ou $0^{m},05$, on trouve un gonflement assez considérable et un peu de douleur à la pression ; on en trouve également derrière les malléoles ; en un mot, toute la loge de la luxation présente un léger gonflement ecchymotique douloureux. — Même traitement.

25 février. Le gonflement et l'ecchymose diminuent ; la malade ne souffre plus. — Il sera nécessaire, néanmoins, de lui laisser son appareil pendant un temps assez long, vu les désordres considérables qui ont eu lieu dans les moyens d'union articulaires.

M. Laugier a insisté dans sa clinique sur la différence de position du pied dans cette luxation et dans celles qui accompagnent la fracture du péroné. En effet, dans la luxation en dedans, la plante du pied regarde en dehors, et l'on trouve une fracture du péroné (où par diastasis ou par divulsion) si constante, que Dupuytren n'admettait pas la possibilité de la luxation sans la fracture. Dans la luxation en dehors, on rencontre souvent encore une fracture du péroné, et alors la plante du pied regarde en dedans. Ici la luxation s'est produite en arrière, c'est-à-dire dans le sens des mouvements normaux de l'articulation, et une luxation en arrière se compliquant de fracture du péroné, comme cela est ordinaire, ne présenterait pas cette direction fixe, immuable, de la plante du pied qui regarde directement en bas.

Il existe des luxations du pied en haut qui donnent aussi lieu à une diastasis considérable, l'astragale se plaçant comme un coin entre les surfaces articulaires inférieures péronéo-tibiales ; mais dans cette variété on constate aisément l'abaissement des malléoles qui descendent jusqu'au niveau de la plante du pied, caractère qui n'existe pas ici ; en outre, dans la luxation actuelle, la surface articulaire du tibia est parfaitement accessible en avant, et repose bien évidemment par son bord postérieur sur le col de l'astragale.

M. Huguier, dans le mémoire qu'il a publié en février 1848, a décrit, sous le nom de luxation par rotation, un genre qui présente, au point de vue des signes, beaucoup d'analogie avec celui-ci : rotation de la pointe du pied en dehors, plante du pied regardant directement en bas, talon en dedans, malléole externe en arrière. Mais si l'on suit avec attention les expériences que M. Huguier a faites sur le mécanisme de la production de sa luxation, on voit que celle-ci diffère entièrement de celle que nous avons actuellement sous les yeux : ici, en effet, la torsion du pied, phénomène unique dans la luxation par rotation en dehors, n'est que secondaire; la luxation en arrière a été le phénomène primitif et la cause réelle des autres déplacements. Aussi dans la luxation de M. Huguier ne voit-on pas le raccourcissement de la partie antérieure du pied, l'allongement de la partie située derrière la malléole, deux caractères bien manifestes ici. — En outre, et c'est la conséquence nécessaire de la manière dont elles sont produites, les fractures par rotation en dehors de M. Huguier s'accompagnent toujours de fracture du péroné en des points déterminés simplement par la situation de la jambe.

De la différence étiologique entre ces deux luxations découle nécessairement une différence dans les procédés de réduction.

Léon Provent,
interne du service.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

L'abondance des matières nous force à renvoyer l'Académie des sciences au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Plusieurs rapports sur l'épidémie de choléra dans diverses localités de la France, en 1854. (*Commission du choléra de 1854.*) — *b*. Sept rapports touchant différentes épidémies qui ont régné dans le Pas-de-Calais, en 1854. (*Commission des épidémies.*) — c. D'autres rapports d'épidémies, par MM. les docteurs *Brochard*, de Nogent-le-Rotrou, *Chéron*, de Brest. (*Commission des épidémies.*) — *d*. Une lettre de M. le docteur *Maurin*, du Luc (Var), indiquant un procédé pour conserver liquide le virus-vaccin. (*Commission de vaccine.*) — *e*. Une recette du sieur *Billot*, contre les fièvres intermittentes et les névralgies. — *f*. Une note de M. *Peire*, médecin à Void, ayant pour titre : « Le choléra est un empoisonnement par le picromel ; théorie de cet empoisonnement. » (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Communication de : — *a*. M. *Goubaux*, professeur à l'école d'Alfort (candidature à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire). (*Renvoi à la section de médecine vétérinaire.*) — *b*. M. *Bonjean*, pharmacien à Chambéry (emploi de l'ergotine chez les malades et les blessés de l'armée d'Orient ; modifications qu'elle imprime aux propriétés irritantes du perchlorure de fer). (*Renvoi à la commission pour le prix Itard.*) — *c*. M. le docteur *Gondot*, de Fresne-Saint-Mamès (rapport sur l'épidémie de choléra qui a régné dans cette localité en 1854). (*Commission du choléra de 1854.*) — *d*. M. *Delfrayssé*, de Pradines (modification et simplification de l'opération césarienne). (*Comm. :* M. Depaul.) — *e*. M. le docteur *Herpin*, de Metz (mémoire sur les bains et les douches de gaz acide carbonique). (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. M. le docteur *Jules Dubois*, d'Abbeville (observation de morve farcineuse chronique développée à la suite d'une morsure par un cheval parfaitement sain). (*Comm.:* MM. Rayer, Renault.) — *g*. M. le docteur *Massaerie-Durand* (observation de deux luxations non réduites du premier os métacarpien de chaque main, produites successivement par une hydarthrose de l'articulation carpo-métacarpienne correspondante, chez le même sujet). (*Comm.:* MM. Robert, Malgaigne.) — *h*. M. *Pouillien*, fabricant d'instruments (irrigateur vaginal à double courant). (*Comm. :* M. Robert.) — *i*. M. *Mathieu* (nouveau mode de seringue, laquelle est aspirante d'un côté et à injection de l'autre). (*Comm.:* M. Robert.) — *j*. M. *de Larnage*, de Tain (Drôme). (Lettre relative aux propriétés antiépileptiques du *Galium mollugo*). (*Commission des remèdes secrets.*) — Dans une note à propos de cette communication, M. *Guéneau de Mussy* rappelle que Murray parle de la vertu antiépileptique de cette plante. Il partage les doutes exprimés par Mérat et Delens sur l'efficacité de ce remède, et l'incrédulité de ces auteurs relativement aux guérisons merveilleuses que lui attribuait, avant l'année 1712, Jourdan, directeur de l'hôpital de Tain.

M. *Jobert*, président, annonce que la commission nommée pour délibérer sur la démission de M. *Patissier*, après avoir entendu les explications de cet honorable collègue, s'est vue contrainte d'accepter sa démission. En conséquence, l'Académie aura à procéder, dans la prochaine séance, à l'élection d'un nouveau trésorier. M. *le Président* annonce également que, jusqu'à la fin de la discussion soulevée par le mémoire de M. Piorry, l'Académie tiendra, tous les samedis, des séances supplémentaires spécialement consacrées à cette matière. La prochaine séance aura lieu samedi 7 avril.

Discussion sur la variole.

M. *Parchappe*, dans la première partie de son discours, se propose de discuter les principales opinions émises par M. Piorry dans son mémoire du 30 janvier, qui est le point de départ de ce long débat.

L'orateur s'attache d'abord à repousser la double accusation d'*inconséquence* et d'*insuffisance* formulée par M. Piorry contre le *traitement de la variole tel qu'il est généralement compris.*

Il n'y a point *inconséquence :* car distinguer et dénommer des degrés, des formes, des variétés dans une maladie, ce n'est en aucune sorte admettre, soit implicitement, soit explicitement, que ces degrés, ces formes, ces variétés, n'appartiennent pas à une même maladie ; ce n'est en aucune sorte renoncer à la doctrine de l'unité morbide en ce qui touche cette maladie.

Et pour la thérapeutique, n'est-il pas logique de voir, dans les différences que présentent ces divers états d'une même maladie, des indications spéciales de traitement, et de conformer sa pratique à cette vue?

Il est vrai que ce traitement est théoriquement fort imparfait, et pratiquement fort inefficace.

Dans l'impuissance de combattre directement la maladie dans sa nature, les médecins se trouvent réduits à faire ce qu'on appelle la médecine des symptômes, et à combattre les complications accidentelles.

Mais l'application de la doctrine des éléments organopathiques à la détermination des indications curatives dans le traitement de la variole a-t-elle fourni à la thérapeutique des bases plus solides et plus scientifiques ; et les moyens proposés par l'auteur de cette doctrine pour satisfaire ces indications, représentent-ils réellement des ressources nouvelles et plus efficaces contre ce que la variole peut avoir de plus redoutable ?

Analysant ce que contient sous le double point de vue des indications et des médications le mémoire de M. Piorry, l'orateur démontre que la méthode consiste purement et simplement dans l'emploi de ce qu'on appelle la médecine des symptômes, et que les moyens, sauf le traitement local des pustules dans toutes les phases de leur développement et le secours de la trachéotomie, ne diffèrent pas de ceux qui représentent les ressources ordinaires de la pratique usuelle.

M. Parchappe examine ensuite si l'application de la doctrine des éléments organopathiques à l'étude de la variole a vraiment éclairé la pathologie et perfectionné la thérapeutique de cette maladie, comme le prétend son auteur.

Il vient d'être prouvé que la thérapeutique n'avait rien gagné à cette doctrine.

Quant à la pathologie, M. Piorry n'y a rien ajouté de nouveau ; il s'est contenté de décomposer l'affection morbide en un certain nombre d'états pathologiques qu'il prétend élever au rang d'éléments intégrants et distincts de la maladie, et auxquels il donne des noms dérivés du grec.

Mais la pathologie peut-elle consentir à accepter une méthode analytique qui ne tient compte ni de la succession ni de l'enchaînement des phénomènes, qui ne distingue pas ce qui est cause de ce qui est effet, ce qui est essentiel de ce qui est accidentel, qui ne repose sur aucun principe philosophique, et qui consacre le morcellement arbitraire en éléments disparates de l'une des maladies qui offre au plus haut degré les caractères de l'unité ?

Enfin l'orateur termine cette appréciation du mémoire de M. Piorry en déclarant que le néologisme imaginé par cet auteur et la nomenclature organopathique n'ont été d'aucune utilité pour l'institution du traitement de la variole en particulier, pas plus que pour l'exposition du nouveau système médical.

L'orateur, passant ensuite à la deuxième partie de son discours, qui sera l'exposé doctrinal de ses opinions, déclare quo c'est sur le terrain commun des doctrines générales de la science qu'il a cherché à prendre position en dehors de touto préoccupation de luttes personnelles.

Il m'a semblé, dit-il, qu'il y avait au fond de cette discussion une question principale dont l'intérêt dominant est généralement senti, bien que les termes dans lesquels elle se pose le plus souvent ne soient pas toujours suffisamment clairs et catégoriques.

Je veux parler de la question du vitalisme.

En quoi consiste le vitalisme en pathologie?

Y a-t-il antagonisme réel entre les systèmes pathologiques qui admettent ou excluent le vitalisme comme doctrine fondamentale?

Les doctrines vitalistes en pathologie sont-elles ou non dans la voie de la vérité qui n'exclut pas le progrès?

Voilà, messieurs, les questions que je me propose d'examiner.

Et d'abord, qu'est-ce que le *vitalisme?*

Le *vitalisme pathologique*, formulé pour la première fois dans le naturisme hippocratique, c'est la conception de la maladie comme une réaction de la vie, de la force ou des forces qui la représentent, contre l'action des causes morbifiques.

En face de cette doctrine vient s'en placer une autre, pour laquelle la conception de la vie repose exclusivement sur l'idée d'un changement produit dans les organes ou instruments de la vie par l'action des causes morbifiques, et qui subordonne les altérations fonctionnelles à la nature et au siége des changements organiques.

Celle-ci, qui commence avec Asclépiade et l'école méthodique, se continue, à travers les doctrines mécaniques et chimiques, jusqu'à *l'organicisme exclusif* de nos jours.

Entre ces deux conceptions fondamentales, il n'y a pas, quoi qu'on ait pu dire, de conciliation possible.

Si la conception vitaliste de la nature de la maladie est conforme à la vérité, il faut, bon gré mal gré, que les autres conceptions s'absorbent en elle sous peine de demeurer incomplètes ou fausses.

Les deux opinions antagonistes de l'essence de la maladie qui caractérisent la pathologie vitaliste et la pathologie non vitaliste ne sont ni des questions de mots ni de pures abstractions, formulées en définitions par les penseurs dans le silence du cabinet.

Ces conceptions contiennent en puissance, comme développement nécessaire, tout un ordre particulier de conséquences théoriques et pratiques. Il est facile de démontrer que chacune d'elles a ses solutions propres et distinctes pour toutes les questions capitales de la pathologie et de la thérapeutique.

L'unité morbide est admise comme un dogme fondamental par la pathologie vitaliste, et elle conçoit cette unité principalement au point de vue de l'unité de la vie.

De là ses tendances à admettre la généralisation dans la considération des états morbides, et à ne voir en beaucoup de cas dans les altérations organiques aussi bien que dans les altérations fonctionnelles, que l'expression plus ou moins locale d'une maladie qui intéresse l'organisme tout entier.

L'unité morbide est niée par la pathologie non vitaliste ou admise seulement au point de vue de l'identité de la nature des altérations organiques.

De là ses tendances à admettre la localisation des altérations organiques comme le fait principal dans les maladies, à ne concevoir les maladies générales que comme exprimant une localisation plus large dans des organes généraux, soit le sang, le système circulatoire, le système nerveux, et à ne voir dans les troubles mêmes les plus généraux que l'expression plus ou moins étendue d'une maladie qui n'intéresse qu'une partie plus ou moins circonscrite de l'organisme.

Pour rendre plus saisissante la distinction des deux écoles, l'orateur applique tour à tour leurs vues et leurs doctrines à la conception de la variole, qui a été le point de départ de la discussion; puis il montre encore le vitalisme et l'organicisme devant les autres fièvres éruptives, les fièvres continues, les fièvres intermittentes, le tubercule, le cancer, les scrofules, etc., qui sont pour la doctrine non vitaliste des phlegmasies cutanées, des angio-cardites, des gastro-entérites, des inflammations de nature particulière, une altération du sang. etc.

Cette divergence dans les vues doctrinales ne se retrouve pas moins profonde et moins capitale dans la thérapeutique.

Les doctrines vitalistes, confiantes dans la force médicatrice de la nature, repoussent comme téméraire et impuissante la prétention de mettre obstacle au développement morbide une fois qu'il s'est évidemment établi, et ils empruntent les indications thérapeutiques principales à la convenance de seconder les efforts médicateurs de la nature, en favorisant soit la marche régulière du développement morbide dans sa tendance générale vers la guérison, soit la direction des mouvements vitaux qui produisent les phénomènes appelés critiques, et de n'intervenir très activement que pour remédier aux accidents et aux complications.

Les doctrines non vitalistes ne comptent pas sur les effets de la force médicatrice, qu'elles méconnaissent, qu'elles dédaignent ou qu'elles raillent.

Elles ont la prétention de combattre directement et positivement le développement morbide, de l'enrayer, de le supprimer.

Pour parvenir à ce but, elles recourent énergiquement aux remèdes les plus héroïques.

Elles empruntent les indications principales du traitement non pas à la considération de l'état des forces, de la marche de la maladie, des mouvements critiques, mais à la considération de la nature de la maladie et de son siége organique.

C'est dans le traitement des maladies générales localisées que les doctrines vitalistes se posent surtout à l'état d'antagonisme par rapport aux doctrines non vitalistes.

Dans ces maladies, si l'on en croit les organicistes, à raison même de leur gravité, on ne saurait trop tôt, trop énergiquement, trop longtemps agir.

En les traitant convenablement, non-seulement on guérit presque tous les malades, mais encore on abrége considérablement la durée des maladies.

Et il n'y a véritablement des insuccès un peu notables que pour les médecins vitalistes qui s'obstinent à croire que toutes ces maladies ont un développement nécessaire et une durée fatale, et sont assez aveugles pour craindre que des coups valeureusement dirigés contre la maladie puissent atteindre fâcheusement les malades.

Il y a donc bien réellement dans la pathologie deux doctrines générales qui se séparent si profondément l'une de l'autre au point de vue théorique et pratique, qu'on doit renoncer à toute pensée de confusion et même de conciliation entre elles.

Et maintenant de quel côté est la vérité?

Il est évident que la vérité ne peut être dans l'une ou l'autre de ces doctrines poussées jusqu'à l'exagération.

Le vitalisme qui supprimerait de l'appréciation de l'état morbide la considération de l'état des organes, serait aussi complétement dans la voie de l'erreur que l'organicisme qui en éliminerait la considération des forces sans lesquelles ces organes ne seraient que de la matière morte.

Ici l'orateur établissant une distinction, d'une part entre le vitalisme et l'organicisme proprement dits, et, d'autre part, certaines théories qui se sont développées intercurremment dans le sein de ces deux grandes doctrines fondementales, écarte du débat scientifique l'*animisme* de Stahl, et le *spiritualisme* moderne, aussi bien que les théories *mécaniques* et *chimiques*, bien qu'elles aient eu la prétention mal fondée de représenter au vrai leurs doctrines mères, dont elles ne sont en réalité que l'exagération.

Les exagérations et les excentricités théoriques étant mises de côté, et la question doctrinale étant ramenée à ses véritables termes, de quel côté, dans le vitalisme ou dans l'organicisme, se trouve la véritable conception de la maladie, et partant les véritables principes de la pathologie au double point de vue de la théorie et de la pratique?

A mon avis du côté du vitalisme.

Pour justifier cette opinion, je ne choisirai pas le type morbide beaucoup trop favorable aux doctrines vitalistes que, dans sa consciencieuse et honorable conviction, l'un des adversaires les plus ardents du vitalisme a pris pour exemple en vue de la glorification de la doctrine organopathique.

Je chercherai un exemple là, où il paraîtrait au premier coup d'œil que les doctrines vitalistes ne pussent trouver place, parmi les maladies qui consistent en une lésion mécanique produite par une cause mécanique dans un organe dont la fonction est mécanique; je prendrai cet exemple dans la fracture.

En quoi donc consiste ce qui fait l'essence de la maladie dans une fracture?

Serait-ce dans la cause, un coup ou une chute; serait-ce dans son effet immédiat, la rupture de l'os; serait-ce dans la suppression de l'aptitude fonctionnelle de l'os au rôle de levier? Non, car tout cela peut se produire sur un cadavre.

Ce qui constitue essentiellement la maladie, c'est ce qui se produit dans l'organisme vivant à la suite de l'action et de l'effet immédiat de la cause, c'est, conformément à la doctrine vitaliste, une réaction de la vie contre la cause morbifique et ses effets. La reconstitution de l'os fracturé dans ses conditions primitives de continuité, de formes, de relations, d'aptitude à son fonctionnement normal.

Et certes, nul ne niera que les soins du chirurgien n'aient une part importante dans le traitement et dans la cure de la maladie.

Et pourtant est-ce le chirurgien ou la nature qui guérit les fractures?

Je crois donc que la conception vraie de la maladie est celle que le vitalisme a admise dès le temps d'Hippocrate.

Je crois que cette conception n'exclut aucun des progrès réalisés ou à réaliser dans le vaste domaine de la pathologie; qu'elle n'est particulièrement hostile ni aux méthodes d'observation chimique et physique, ni à l'anatomie pathologique qui a si puissamment concouru à éclairer la

science, soit sur le siége des maladies, soit sur les altérations organiques qui font partie de leur développement.

Le vitalisme n'appartient pas en propre, malgré des prétentions illusoires, à l'école de Montpellier ; et l'organicisme, conçu comme un antagonisme par rapport au vitalisme, ne caractérise pas, quoi qu'on ait pu dire, l'école de Paris.

Aucune école n'a le privilége de la vérité et de l'erreur.

Le vitalisme a eu toujours et a encore des représentants dans l'école de Paris.

L'école de Paris, qui a résisté à la doctrine dite physiologique, même en recevant dans son sein l'illustre auteur de cette doctrine, l'école de Paris, qui a montré dans un passé peu éloigné Laënnec à côté de Broussais, et qui montre dans son présent, pour ne parler que de la pathologie médicale, MM. Andral, Cruveilhier et Louis entre MM. Chomel et Rostan, représente la médecine tout entière; elle marche réellement dans la large voie du progrès moderne, en s'appuyant sur la tradition et sans briser l'unité du développement scientifique dont l'histoire de la médecine déroule l'imposant tableau.

— M. *Piorry* proteste d'abord avec énergie contre la tendance de ses adversaires à le séparer, à l'isoler, comme un schismatique, de la communion des saines doctrines médicales. Il admet, comme les autres, les grands et féconds principes sur lesquels repose l'édifice médical. C'est en vain qu'on voudrait le montrer comme un novateur insensé, détruisant, renversant audacieusement tout ce qui a été fait avant lui. Il a cherché à perfectionner dans la mesure de ses forces, mais nullement à tout briser pour reconstruire, pour recréer ensuite. Puis, passant à la réfutation des arguments de M. Bouillaud, il s'étonne que son éminent collègue lui reproche de n'avoir rien imaginé de nouveau touchant la thérapeutique de la variole ; car, d'une part, M. Bousquet lui a adressé le reproche contraire; et, d'autre part, il suffit de lire l'article *Variole* dans la *Nosographie* de M. Bouillaud pour se convaincre qu'avant la lecture du *Mémoire sur la variole*, l'auteur ne se doutait pas de l'importance que l'on doit attacher à l'étude des divers états pathologiques qui se déclarent dans la *variosie*.

L'orateur rappelle qu'il a le premier conseillé l'usage des emplâtres et des corps gras pour empêcher le développement de la *variodermite* ; qu'il a démontré l'avantage d'ouvrir les pustules varioliques emplies de pus ; qu'il a fortement insisté sur la cautérisation des surfaces ulcérées déjà imaginée avant lui par MM. Serres et Velpeau, etc., etc.

Mais ce qui fâche bien plus M. Piorry, c'est de voir son collègue l'accuser de légèreté et lui imputer d'avoir mal précisé les cas, alors qu'il s'est agi de la trachéotomie dans la *variolaryngite*.

Ce n'est qu'après avoir mûrement médité ce point de pratique et qu'après avoir constaté sur quelques milliers de cadavres que souvent la mort reconnaissait pour cause une obstruction du conduit aérifère, que M. Piorry a formulé la proposition suivante :

« Lorsque dans la *variopharyngite* et la *variolaryngite* il se trouvera » dans l'arrière-gorge et le larynx des mucosités; lorsque la lésion pustuleuse dont ces parties sont le siége ne permettra pas d'expectorer ; » lors encore que l'*anoxémie* ou asphyxie sera imminente, il faudra avoir » recours à la trachéotomie. »

L'exemple particulier cité par M. Piorry, et dont M. Bouillaud a fait une arme contre la méthode, plaide entièrement en faveur du principe, puisque l'ouverture du larynx chez la femme dont il s'agit a fait cesser les symptômes d'asphyxie, et a prolongé la vie de la malade de trente-six heures encore.

Quant aux reproches d'exagération et d'hyperbole que M. Bouillaud lui adresse, M. Piorry ne saurait les accepter non plus. Il peut quelquefois parler avec chaleur, mais il écrit et agit très froidement et après mûres réflexions.

Abordant maintenant les questions de doctrine et de philosophie médicale, M. Piorry nie formellement qu'il ait jamais repoussé l'idée d'*unité morbide* ; ce qu'il a pensé, ce qu'il a dit, ce qu'il a écrit, c'est que cette unité, considérée comme tout le monde la comprend, avait, sous presque tous les points de vue, les plus grands inconvénients. Il appuie cette assertion de nouveaux arguments. Il cite le *rhumatisme*, la *scrofule*, dont on a fait des unités morbides, et qui sont le composé le plus bizarre, l'assemblage le plus monstrueux d'éléments complétement dissemblables, d'états pathologiques multiples invariables, qui ne présentent aucune uniformité ni de nature, ni de cause, ni de siége, ni de lésion, ni de traitement. L'orateur pourrait multiplier les citations ; il cite encore comme un type de confusion nosographique les divers états morbides, les symptômes si complexes et si différents de siége et de nature, réunis en faisceau par les partisans de l'unité sous le nom de *fièvre intermittente*.

Ne vaudrait-il pas mieux faire pour toutes les affections ce qu'on a fait pour l'inflammation? N'a-t-on pas donné un nom nouveau à la maladie, quand elle s'est présentée avec d'autres lésions ; et l'inflammation, devenue suppurative, n'a-t-elle pas été appelée *abcès?*

La *fièvre typhoïde* débute, dit-on, par une phlegmasie des plaques de Peyer, et on la nomme *entéro-mésentérite*. Mais plus tard ne survient-il pas d'autres symptômes, de nouvelles lésions qui réclameraient une nouvelle appellation ?

Avec l'unité morbide, on est contraint d'admettre un traitement unique aussi comme la maladie, une thérapeutique invariable, spécifique, en quelque sorte, comme le mal lui-même. Mais ne voit-on pas où entraîne logiquement une pareille doctrine? Car si l'on veut être conséquent, on ne tiendra compte que de l'essence, de la nature même et de la cause première de la maladie ; on négligera, ou laissera de côté les indications symptomatologiques. Est-ce là une doctrine soutenable ? Et ne voit-on pas dans quels errements et dans quelle impuissance à la fois elle précipite le médecin, et aussi combien elle est dangereuse pour le malade ! (L'heure avancée force M. Piorry à remettre la fin de son discours à la prochaine séance.)

La séance est levée après cinq heures.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 19 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

EAUX THERMALES DE NAUHEIM. — LIGATURE DE L'ARTÈRE SOUS-CLAVIÈRE. — FISSURE DU STERNUM. — ÉTUDES DES BATTEMENTS DU COEUR A TRAVERS LA PEAU.

M. E.-A. Groux, de Hambourg, portant une division congénitale du sternum, est présenté à la Société. Sur la proposition de M. le président, la société désigne une commission chargée d'examiner M. Groux. Nous reproduisons plus loin le rapport de cette commission.

M. Bode, médecin des eaux de Nauheim (Hesse-Électorale), fait quelques communications relatives à ces thermes salins. Ce n'est que depuis vingt ans environ qu'on a commencé à les employer méthodiquement pour le traitement de différents états pathologiques ; antérieurement les eaux n'étaient utilisées que pour la fabrication du chlorure de sodium.

Nauheim possède cinq sources. Les eaux des deux premières ne sont administrées qu'en bains, tandis que celles des trois autres ne sont prises qu'en boisson. L'analyse chimique a été faite par le M. docteur Bromeis de Marbourg, qui a pris la livre (7680 grains) pour base de ses opérations.

Voici les résultats qu'il a obtenus :

	DÉSIGNATION DES SOURCES.				
	I. Grosser Sprudel.	II. Kleiner Sprudel.	III. Salzbrunnen.	IV. Kurbrunnen.	V. Alk. d. Sauerling
Température (Réaumur).	26°	23,4°	18°	17,5°	15,5°
Une livre d'eau contient :	grains.	grains.	grains.	grains.	grains.
Chlorure de sodium. . .	181,248	152,458	141,822	109,923	0,556
— de potassium. .	4,024	2,073	5,479	4,047	traces.
— de calcium. . .	14,861	13,172	10,714	8,215	0,161
— de magnésium .	2,604	2,677	2,102	2,155	0,798
Bromure de magnésium.	0,077	0,084	0,400	0,295	traces.
Bicarbonate de soude. .	»	»	»	»	3,763
— de chaux. .	16,381	14,138	11,904	11,558	2,506
— de protoxyde de fer	0,507	0,290	0,199	0,199	0,076
— — de manganèse	0,154	0,070	0,061	0.027	traces.
Sulfate de chaux	0,399	0,838	0,775	0,740	0,103
Silice pure.	0,161	0,103	0,153	0,115	0,069
Gaz acide carbonique. .	7,027	12,926	17,267	14,765	6,776

En outre, M. Bromeis y a trouvé des traces de quelques autres sels, d'azote et de matière organique.

Le gaz acide carbonique qui se dégage en grande quantité de la source II, est recueilli au moyen d'un appareil très simple pour être employé en bains et en douches.

Les états pathologiques dans lesquels les eaux de Nauheim se montrent le plus souvent salutaires, sont : l'affection scrofuleuse dans toutes ses formes, les hémorrhoïdes, le rhumatisme et la goutte, les maladies chroniques des organes abdominaux et de l'appareil génital et enfin les affections chroniques de l'appareil cutané.

M. Bode communique ensuite un cas intéressant de ligature de l'artère sous-clavière. C'est M. Bode lui-même qui est le sujet de cette observation.

Au mois de juin 1831, M. Bode, qui faisait alors ses études à l'université de Marbourg, reçut dans un duel un coup de schlaeger (arme particulière aux étudiants allemands), qui coupa l'artère axillaire et les nerfs de l'aisselle droite. Un élève en médecine eut la présence d'esprit de com-

primer l'artère, pendant que d'autres coururent à Marbourg pour chercher un homme de l'art. Deux heures après l'accident, M. le professeur Buenger arriva. Les lèvres de la plaie étaient enflammées et le bout supérieur de l'artère ne put être trouvé. M. Buenger résolut de faire la ligature de la sous-clavière au-dessous de la clavicule, afin de conserver les collatérales externes. Il parvint facilement à l'isoler, mais lorsqu'il voulut serrer la ligature, l'artère se déchira et produisit une nouvelle hémorrhagie. L'ayant fait comprimer contre la première côte, M. Buenger prolongea l'incision en haut, audessus de la clavicule, et fit la ligature au point où l'artère sort des scalènes. Dans les premiers jours qui suivirent l'opération, le bras droit devint le siége d'un gonflement considérable, la peau prit une coloration noirâtre, des escharres gangréneuses se formèrent sur la face dorsale de la main ; le membre était froid. Une application soutenue de fomentations aromatiques chaudes parvint cependant à arrêter les progrès du mal, la température du bras s'éleva un peu, et douze jours après l'opération, on sentit pour la première fois une faible pulsation de l'artère radiale. A partir de cette époque, l'état du bras s'améliora progressivement. Trente-trois jours après l'opération, le fil tomba et quinze jours après la plaie était complétement cicatrisée. A cette époque le bras se trouvait dans un état d'amaigrissement extrême, l'avant-bras et la main étaient froids et insensibles et le mouvement des doigts presque impossible. Des bains aromatiques, des frictions avec des spiritueux, l'électricité même, furent employés sans beaucoup de succès ; les bains de substances animales, au contraire, amenèrent bientôt une amélioration notable. Six mois après M. Bode pouvait soulever des objets légers, et deux ans plus tard, il s'était remis à écrire avec la main droite. Actuellement le bras est revenu à un tel état de forces, que M. Bode est très peu gêné dans l'exercice de ses fonctions ; seulement les muscles de l'avant-bras et de la main, qui sont animés par le nerf médian, sont plus ou moins atrophiés, tandis que ceux qui sont animés en partie ou totalement par le nerf cubital sont revenus tout à fait à l'état normal.

Séance du 26 Mars.

Rapport de la commission chargée d'examiner le cas de fissure du sternum présenté par M. Groux.

« Au milieu de la poitrine, correspondant au sternum, on aperçoit un sillon longitudinal et fusiforme, qui est bordé des deux côtés par une lame osseuse ; ce sillon communique directement avec la région hyoïdienne inférieure. Du côté gauche, une partie osseuse, appartenant, soit à la première côte, soit à la lame qui borde le sillon, fait saillie dans ce dernier. Vers la région épigastrique, la largeur de cette fissure sternale diminue assez rapidement, les deux lames qui la bordent paraissent être unies par un pont osseux représentant un appendice xiphoïde rudimentaire. A la hauteur de la troisième et de la quatrième côte, la fissure a une largeur de 2 centimètres 1/2, lorsque la respiration est normale. Mais si M. Groux presse les deux mains l'une contre l'autre, ou qu'il serre sa tête entre elles, de manière à faire agir les grands pectoraux, la fissure s'élargit jusqu'à 5 centimètres, en même temps la tension des téguments fait peu à peu disparaître le sillon. Lorsque la respiration est normale, ce sillon a une profondeur de 2 centimètres ; si M. Groux se ferme la bouche et le nez, et fait alors un fort mouvement inspiratoire, la profondeur du sillon est de 3 centimètres 1/2, et enfin de 4 centimètres, lors d'une inspiration libre et forcée. Lors d'une expiration forcée, le sillon disparaît totalement et une tumeur fusiforme, qui dépasse le niveau de la paroi thoracique, le remplace.

» La clavicule et le mamelon du côté droit sont plus élevés que les points correspondants du côté opposé; le mamelon gauche est plus éloigné de la ligne médiane que celui du côté droit. Le grand pectoral gauche est plus développé que celui du côté opposé, quoique M. Groux prétende se servir de préférence du bras droit. Dans la région dorsale on remarque une déviation à gauche de la colonne vertébrale ; à partir environ de la dixième jusqu'à la quatorzième vertèbre, les corps de ces os sont légèrement tournés à droite, tandis que les apophyses épineuses regardent à gauche. Le faisceau formé par les muscles élévateurs de l'omoplate droite est plus fort que celui des muscles correspondants du côté opposé, en même temps l'angle inférieur de l'omoplate est plus élevé à droite qu'à gauche.

» La circonférence de la moitié thoracique droite, à la hauteur du mamelon, est de 38 centimètres, à gauche d'un peu plus de 39.

» Une inspiration profonde fait saillir les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien du côté gauche, ils s'insèrent au bout supérieur de la lame osseuse qui borde la fissure sternale ; à droite ces muscles sont moins développés, on les aperçoit cependant lorsque M. Groux exécute un mouvement de déglutition.

» La percussion de la cavité thoracique droite donne un son de longueur normale depuis le sommet du poumon jusqu'à la hauteur de la troisième côte ; à partir de là, il devient plus court ; entre la quatrième et la cinquième côte il y a matité complète, tant pendant l'inspiration que pendant l'expiration. A partir du bord gauche de la fissure sternale et à la hauteur de la quatrième côte, cette matité s'étend dans une longueur de 6 centimètres, à la hauteur de la cinquième côte, de 8 centimètres 1/2, et à la hauteur de la sixième côte de 9 centimètres. Dans la ligne axillaire on reconnaît la rate à la hauteur de la huitième côte.

» Dans la partie supérieure de la cavité thoracique droite le son est aussi de longueur normale, il devient plus court entre la cinquième et la sixième côte ; dans la ligne axillaire le foie remonte jusqu'à la septième côte, et dans la région dorsale jusqu'à la neuvième.

» L'auscultation ne donne aucun signe anormal.

» La percussion du sillon sternal donne un son plus court que celle des cavités thoraciques. Dans la partie supérieure du sillon sternal, on voit se former à des intervalles réguliers une tumeur oblongue, qui augmente de volume lors d'une expiration soutenue ; dans ce dernier cas, la percussion donne une matité complète.

» Lorsque la respiration est normale, cette tumeur s'affaisse au moment où l'on sent le pouls radial. Un petit morceau de bois d'une longueur de 6 centimètres environ, qu'on attache verticalement sur la tumeur, décrit à chaque affaissement de cette dernière, de droite à gauche et un peu obliquement de haut en bas, un segment de cercle, dont la concavité est tournée vers l'épigastre.

» L'affaissement de la tumeur est presque isochrone avec le choc du cœur dans la région mammaire ; ces deux mouvements sont cependant distincts l'un de l'autre, de sorte qu'au moment où l'affaissement de la tumeur est arrivé à son maximum, on sent le choc de la pointe du cœur ; c'est-à-dire, le mouvement de la tumeur dans le sillon sternal se lie d'une manière si intime à celui du cœur, qu'on peut dire que c'est un seul et même mouvement, qui commence dans la fissure sternale avec l'affaissement de la tumeur, et se termine dans la région mammaire avec le choc du cœur.

» Ainsi, le maximum de l'affaissement de la tumeur est isochrone avec le choc du cœur et le pouls artériel.

» Le sommet de la tumeur est éloigné de 11 à 12 centimètres du point où l'on perçoit le choc du cœur. L'affaissement de la tumeur commence dans la partie supérieure du sillon et se fait de haut en bas ; le gonflement, au contraire, a lieu en sens inverse. Au fond de la cavité formée par l'affaissement de la tumeur, le doigt perçoit un corps résistant.

» Le pouls de l'aorte abdominale, qui est, pour ainsi dire, isochrone avec le choc du cœur, est séparé de la pulsation de la tumeur par un intervalle sensible, quoique petit. Au dessus de la tumeur, dans le sillon sternal, entre les deux clavicules, une pression un peu forte fait percevoir une autre pulsation isochrone, avec le pouls de l'aorte abdominale et le choc du cœur. Immédiatement à côté du bord sternal gauche, à côté de la tumeur, on entend le double bruit du cœur gauche, dont le premier est le plus marqué, et un peu plus à gauche, à la même hauteur, les deux bruits du cœur droit, dont le deuxième est le plus fort.

» *Conclusions.* Considérant : 1° que la pulsation de la tumeur précède si immédiatement la systole du ventricule, que ces deux mouvements se réunissent en un seul ; 2° qu'il y a un intervalle sensible entre la pulsation de la tumeur et le pouls de l'aorte abdominale ; 3° que l'affaissement de la tumeur se fait de haut en bas, et 4° qu'il y a une distance considérable entre le point où commence l'affaissement de la tumeur et celui où l'on perçoit le choc du cœur, la commission se croit autorisée à conclure que la pulsation de la tumeur est produite par la systole de l'oreillette droite, qui précède immédiatement celle du ventricule droit.

» La pulsation entre les deux clavicules, qui est isochrone avec le choc du cœur et le pouls de l'aorte abdominale, appartient à l'aorte, ou à une de ses branches. La circonstance que le deuxième bruit est le plus marqué parle en faveur de cette opinion.

» Lorsque M. Groux fait une expiration forcée ou qu'il retient son haleine, il se forme une deuxième tumeur dans la région hyoïdienne inférieure, au-dessus de la tumeur dans le sillon sternal. La commission émet l'opinion que les gros troncs veineux ont une part essentielle à la formation de cette deuxième tumeur. »

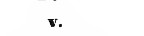
Le résultat auquel la commission est arrivé est en général le même que celui que M. le professeur Hamernik, de Prague, a publié dans la *Gazette hebdomadaire médicale* de Vienne. M. Hamernik a examiné M. Groux au mois de juin 1853, et a donné une description très détaillée de ce cas intéressant. Dr A. Martin.

Société de médecine du département de la Seine.

Ordre du jour de la séance du 6 avril. — Continuation de la discussion sur l'action des eaux de Vichy dans les affections goutteuses, à l'occasion du mémoire présenté par M. *Durand-Fardel.*

Mémoire sur l'enseignement médical, par M. *Bourguignon.*

Divers rapports.



V.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de la phthisie pulmonaire par les acides oxalique et fluorhydrique, par le docteur J. Hastings.

La thérapeutique est encore à la recherche de moyens propres à combattre ou à arrêter le développement de la tuberculisation pulmonaire. La médecine anglaise nous a fourni depuis quelques années de nombreux travaux à ce sujet, et la *Gazette hebdomadaire* a déjà rendu compte l'année dernière des recherches publiées sur ce sujet par M. Bennett à Édimbourg, et par M. Thompson à Londres. M. le docteur Hastings a cherché, dans un article récent, à attirer l'attention des médecins sur deux nouveaux médicaments, les acides oxalique et fluorhydrique. Ces médicaments sont donnés à des doses très minimes, notre confrère anglais administrant deux ou trois fois par jour la douzième ou la vingt-quatrième partie d'une goutte d'acide fluorhydrique ajouté à une petite dose de sirop de pavot, et un demi à un grain d'acide oxalique. L'auteur rapporte, à l'appui de son opinion, trois observations qui ne nous semblent pas, à beaucoup près, aussi démonstratives que l'auteur paraît le croire. Chez les trois malades, l'affection tuberculeuse du poumon était arrivée à sa période la plus avancée, celle d'excavation ; sous l'influence de la médication indiquée plus haut, on vit, suivant l'auteur, l'état des forces s'améliorer d'une manière rapide, l'expectoration diminuer de quantité, et les cavités tuberculeuses revenir sur elles-mêmes. Nous regrettons que M. Hastings n'ait pas donné de détails plus circonstanciés sur les effets physiologiques des médicaments, et sur la marche exacte de chacun des symptômes morbides. (*Lancet*, 1855, janvier, p. 31.)

De l'utilité de la compression de l'abdomen dans le traitement des kystes ovariques, par M. J. Morley.

Un des plus savants accoucheurs de Londres, M J.-B. Brown, a publié dans la *Lancet* (mai 1854) un mémoire sur le traitement des kystes de l'ovaire au moyen d'une compression méthodique exercée sur l'abdomen. M. J. Morley a de nouveau mis en pratique avec succès ce moyen fort simple chez une femme atteinte d'hydropisie enkystée de l'ovaire, chez laquelle on avait été forcé d'avoir recours à la ponction. La compression fut pratiquée au moyen de serviettes appliquées sur le ventre et de tours de bandes jetés autour de l'abdomen. Sous l'influence d'une compression ainsi pratiquée et continuée pendant plus d'un mois, on vit la tumeur demeurer stationnaire et conserver le volume qu'elle présentait à la suite de la ponction. Quoique ce moyen ne doive peut-être pas toujours réussir comme cela eut lieu entre les mains de MM. Brown et Morley, nous n'hésitons pas cependant à l'indiquer à nos lecteurs comme étant toujours d'une exécution facile et sans danger pour les malades, avantages que ne présentent pas, à beaucoup près, plusieurs des moyens nouveaux conseillés pour obtenir la cure radicale des hydropisies enkystées de l'ovaire. (*Lancet*, janvier 1855, p. 33.)

Des effets de la fièvre scarlatine sur l'oreille, par G. Pulcher, esq.

La fièvre scarlatine est une cause très fréquente de lésions de l'oreille, que cela soit dû à l'extension de l'inflammation cutanée ou muqueuse dans les conduits auriculaires, ou à une affinité particulière entre la nature spécifique de la scarlatine et la structure de l'oreille.

Ces affections de l'oreille, dont les conséquences peuvent être de la plus extrême gravité, sont souvent méconnues. Plus souvent encore peut-être les symptômes en sont négligés, et l'on attend pour les traiter que l'intensité de la scarlatine soit éteinte, ou même que la convalescence soit commencée. Cette pratique est fort dangereuse. En effet, les maladies de l'oreille qui compliquent la scarlatine sont souvent plus graves que la scarlatine elle-même, et d'ailleurs ne sait-on pas que les affections primitives sont rarement mortelles? ce sont ordinairement les affections secondaires qui sont venues se enter sur elles. Or, ce n'est que par un traitement actif et opportun surtout que l'on peut espérer de prévenir ou d'enrayer ces lésions si graves, à l'étude desquelles le mémoire de M. Pulcher est consacré.

L'auteur passe en revue toutes les formes d'inflammation qui peuvent survenir dans l'oreille externe ou moyenne, puis dans la cavité du tympan où se développent les altérations les plus formidables. L'inflammation de cette cavité retentit souvent jusque dans le cerveau et y détermine de la suppuration. Souvent il arrive que le point de départ des accidents cérébraux ne se manifeste qu'après leur développement par l'apparition d'un écoulement de l'oreille, ou bien encore après la mort On a cru quelquefois à l'existence de phénomènes typhoïdes.

M. Pulcher décrit toutes les altérations de texture et de sécrétion dont la membrane muqueuse qui tapisse le tympan peut devenir le siége.

Une condition heureuse est celle où, par suite d'ulcération ou de résorption, la muqueuse disparaît entièrement, et laisse l'oreille interne uniquement constituée par sa paroi osseuse tapissée de son périoste. Il en résulte sans doute une surdité complète ; mais le peu de vitalité que conserve cette paroi nouvelle de la cavité tympanique ne laisse plus à craindre d'otorrhée ni d'extension de la maladie aux parties profondes.

M. Pulcher a vu les osselets et des débris du labyrinthe des canaux demi-circulaires se frayer une issue à travers la membrane du tympan. C'est une cause constante de surdité, et chez les jeunes enfants de surdi-mutité. La scarlatine est, suivant M. Pulcher, la cause la plus fertile de surdi-mutité, en fournissant à elle seule un plus grand nombre que toutes les autres causes réunies, y compris les causes congénitales.

Enfin l'auteur passe en revue les complications bien plus graves encore que les lésions internes de l'oreille peuvent entraîner du côté de l'encéphale, carie des os du crâne, inflammation et décollement de la dure-mère, suppuration entre cette membrane et le crâne ou entre elle et le cerveau. Il n'a rien ajouté, sous ce rapport, aux observations de Lallemand, lesquelles sont certainement la partie la plus remarquable de l'ouvrage du célèbre professeur de Montpellier.

Ce que nous devons signaler surtout, c'est que M. Pulcher est à peu près le seul auteur qui ait attribué à la scarlatine de telles conséquences, au point de vue des altérations de l'oreille et du cerveau. Lallemand considérait surtout celles-ci comme la suite de la variole (4e lettre). Guersant et M. Blache (*Dictionnaire de médecine*, 2e édition, t. XXVIII), M. Bichard, de Nancy (*Traité pratique des maladies des enfants*, p. 313), ne mentionnent que l'otorrhée, comme pouvant compliquer la scarlatine. MM. Rilliet et Barthez n'ont observé que deux cas d'otorrhée dans la scarlatine, et malgré l'opinion contraire du docteur Heyfelder, insistent sur la rareté de cette complication (*Traité pratique des maladies des enfants*, 2e édition, t. III, p. 196). Aucun de ces auteurs n'a signalé la liaison des accidents cérébraux qui peuvent survenir dans la scarlatine aux lésions de l'oreille interne, et les rattachent beaucoup plus communément à l'hydropisie scarlatineuse. Les observations de M. Pulcher méritent donc sous ce rapport une attention toute particulière. (*Association Medical Journal*, 15 janvier 1855.)

Grossesse sine immissione membri, par le docteur Börleben, de Hildesheim.

Quoique cette question : *Une femme enceinte peut-elle présenter, dans le cours de la grossesse et au moment de l'accouchement, les signes de la virginité?* ait été résolue affirmativement par la plupart des médecins légistes, le fait suivant mérite d'être rapporté par son originalité.

Un homme de vingt-sept ans, pasteur protestant, d'une constitution sanguine nerveuse, d'une éducation chaste, et (ce qui est très rare de nos jours) tout à fait ignorant de la pratique de l'amour, s'était marié, il y a quarante-sept semaines, avec une femme de son âge, d'une petite taille, mais fortement constituée.

« L'heure sonna, comme dit le poëte, où le petit être, frappant » à coups redoublés à la porte, manifesta son ardent désir de voir la » lumière céleste. »

La sage-femme vint à la hâte, et exerça pendant trente-six heures toutes les manipulations sur la patiente. Elle en demanda une seconde, parce que la chaste épouse ne voulut rien entendre d'un accoucheur.

On redoubla les manipulations, on fit prendre à la malade force camomille. Enfin vingt-deux heures se passèrent encore, et ce ne fut qu'alors, c'est-à-dire quarante-huit heures après le commencement des douleurs, que M. Börleben fut appelé.

« Je trouvai, dit l'auteur, la malade dans un état de faiblesse extrême. Déjà depuis plusieurs heures la tête était sortie du vagin, placée devant les grandes lèvres, qui, fortement tendues, sèches et brûlantes, étaient fermées par un hymen intègre, tendu en croissant, très épais et très résistant.

» A la vue de cette faible cause de dystocie, je pris à la hâte mes ciseaux, et d'un seul trait j'incisai le *corpus delicti*. L'obstacle vaincu, la tête franchit brusquement l'orifice, et l'accouchement se termina heureusement.

» J'appris par le mari que le coït n'avait jamais été pratiqué. »

De l'état de vacuité ou de réplétion des artères après la mort, par M. W. Richardson.

Les anciens anatomistes, ayant trouvé des artères vides sur le cadavre, en avaient inféré que ces vaisseaux servent à transporter de l'air ; opinion qui contribua à retarder la découverte de la circulation.

En effet, les artères sont tantôt vides, tantôt contenant du sang en plus ou moins grande quantité. Déjà Harvey avait donné des variations de ce phénomène l'interprétation la plus rationnelle, en les expliquant par la diversité du genre de mort. M. Richardson a été conduit à adopter cette manière de voir, qu'il a vérifiée soit par des vivisections, soit en rapprochant sur l'homme l'état du système circulatoire du mécanisme selon lequel la mort a eu lieu.

Ainsi, d'après ses recherches, si la respiration cesse avant la contraction cardiaque, le système artériel est vide et les cavités gauches du cœur sont resserrées. Au contraire, cette partie de l'appareil circulatoire est remplie lorsque l'action du cœur s'est abolie avant l'arrêt final de la respiration.

Il y a cependant quelques exceptions à cette loi. Après la mort par hémorrhagie, on doit trouver les artères vides, quoique la respiration continue plus longtemps que la circulation. Quand une obstruction, telle que la présence d'une masse fibrineuse, bouche les cavités droites du cœur, ou quand la mort a lieu lentement, les artères doivent être vides, quoique la respiration persiste au delà de l'action du cœur ; même état dans le cas de mort par suspension subite de la contraction musculaire du cœur droit. Si une masse fibrineuse oblitère les cavités gauches, les artères restent pleines, quoique l'action du cœur ait survécu à la respiration. Dans le cas de mort prompte par suite de syncope, alors que les deux fonctions s'éteignent simultanément, les artères sont pleines de sang. (*Association Medical Journal*, 1er déc. 1854, p. 1079.)

Hernie étranglée ; constipation durant cinq jours après l'opération, par M. Mallett.

La *Gazette hebdomadaire* signalait récemment (nº 58, p. 1017), d'après les recherches cliniques de M. le professeur Morawek, le danger qui peut résulter, à la suite de l'opération la plus heureuse, des lésions intestinales préexistantes à cette opération ou développées par l'effet même d'un taxis trop prolongé ou trop violent. Fonctionnelles ou organiques, passagères ou persistantes, ces altérations constituent un des points les plus obscurs et les plus importants de la thérapeutique herniaire. C'est pour l'éclairer de plus en plus, et autant que possible par des faits, que nous rapprochons des travaux de M. Morawek l'observation suivante :

Obs.—M. Mallet ayant été appelé auprès d'un homme de soixante-cinq ans, constipé, et en proie à des vomissements depuis trois ou quatre jours, le trouva porteur d'une hernie ombilicale tendue et douloureuse, dans laquelle il ne reconnut, au palper, que la présence de l'épiploon. Les symptômes n'ayant rien d'extrêmement urgent, après avoir essayé le taxis, il remit l'opération au lendemain ; alors elle lui parut indispensable. Il la pratiqua, et ne trouva en effet dans le sac qu'une masse épiploïque. Mais, à peine eut-il incisé l'anneau, que la réduction s'effectua en faisant entendre un gargouillement distinct qui accusait la présence d'une anse intestinale sous l'omentum.

Le lendemain, le malade se sent très soulagé. Plus de vomissements, mais pas d'évacuations (calomel et opium toutes les trois heures, fréquents lavements).

Le second jour, les vomissements ont reparu (toutes les trois ou quatre heures une pilule composée d'une goutte d'huile de croton et de 15 centigrammes de jalap).

Le troisième jour, les remèdes ont été vomis ; même état. Craignant d'exciter une inflammation trop vive, on donne, seulement trois fois par jour, 4 grammes de sulfate de magnésie.

Le quatrième jour, nul changement.

Le cinquième, il y a plusieurs évacuations. A partir de ce moment, l'amélioration s'opère rapidement et la guérison est bientôt complète.

D'après notre propre expérience, le traitement consécutif à la herniotomie (j'entends le traitement relatif au rétablissement du cours des matières) doit être institué ainsi : D'abord, un jour de repos complet ; puis l'usage des lavements combiné avec des laxatifs extrêmement doux, administrés par le haut, tels que la décoction de tamarin ou l'huile d'amandes douces. En cas de constipation persistant le troisième jour, un purgatif salin devient indiqué. Mais les drastiques ne conviennent en aucun cas. Il est bien entendu qu'une émission sanguine locale serait le meilleur remède, si l'on avait des raisons pour attribuer à l'inflammation la rétention des matières. (*Association Medical Journal*, 17 novembre 1854, p. 1040.)

Hernie étranglée réduite, étranglement persistant ; opération, guérison, par M. Borelli.

La série successive des circonstances mentionnées dans ce titre est un fait prévu par tous les classiques ; mais elle aboutit trop rarement au dernier et heureux terme par lequel M. Borelli a pu la compléter pour que nous n'en enregistrions pas avec empressement la narration succincte.

Obs. Un homme de quarante ans, robuste, portait depuis l'enfance une hernie inguinale du côté gauche, laquelle n'avait été que depuis l'âge de vingt-cinq ans contenue par un bandage ; encore ne l'avait-il employé que défectueux et irrégulièrement.

Le 7 septembre 1854, à midi, sa hernie sortit, et aussitôt il éprouva de violentes douleurs accompagnées de vomissements. Un médecin qui le vit le 8 constata, outre la continuation de ces symptômes, l'existence d'une petite tumeur à l'aine gauche. Un traitement largement antiphlogistique n'ayant pas amené d'amélioration, M. Borelli fut appelé le sixième jour. Les vomissements continuaient, avec une prostration extrême, et les selles étaient supprimées. L'abdomen, tympanique et très tendu, offrait diverses bosselures où se dessinaient les circonvolutions intestinales. Mais l'aine gauche ne présentait nulle tumeur ; l'anneau inguinal externe était entièrement libre ; il n'y avait de ce côté, jusqu'à la fosse iliaque, aucune tuméfaction plus distincte que dans le reste du ventre. Le malade rapporta

que la hernie s'était réduite spontanément dès le second jour et n'avait pas reparu.

Dans ces circonstances graves, les purgatifs variés étant restés infructueux, M. Borelli fit dans la fosse iliaque gauche une incision divisant la totalité de la paroi abdominale. Le péritoine ouvert, il trouva une masse d'intestin grêle, du volume des deux poings. Il lui fallut enfoncer la main presque tout entière dans le ventre, pour découvrir l'étranglement, causé par un anneau très dur à travers lequel ne pouvait s'engager l'extrémité du doigt indicateur.

Le débridement, exécuté avec le bistouri de Pott, fut, à cette profondeur, très difficile à pratiquer; mais enfin, après l'avoir terminé, on put réduire la masse intestinale. Les vomissements s'apaisèrent immédiatement. Les évacuations alvines n'eurent lieu qu'à partir du quatrième jour. Le rétablissement fut complet, malgré un accès violent de fièvre pernicieuse, qui se déclara le douzième jour, et fut heureusement diagnostiqué, et coupé avec le quinquina. (*Gazzetta medica italiana, Stati Sardi*, 6 nov. 1854, p. 366.)

De la phthisie calculeuse, par le professeur FORGET.

M. le professeur Forget a communiqué l'année dernière à l'Académie impériale de médecine une note sur la phthisie calculeuse. Au dire du savant professeur de Strasbourg, on rencontre quelquefois des malades chez lesquels tous les symptômes généraux de l'affection tuberculeuse pulmonaire sont occasionnés par le développement de masses d'ostéoïdes qui, dans quelques cas, peuvent être spontanément expulsés. Ces ostéoïdes (*Union médicale*, octobre 1854) présentent des apparences d'organisation ; ils sont irréguliers, très durs, comme éburnés, difficiles à réduire en poudre ; ils adhèrent plus ou moins au tissu pulmonaire sain à l'état latent. Cettte description correspond exactement à celle de pièces qui ont été présentées plusieurs fois à la Société anatomique. M. le docteur Leudet en a lui-même observé deux exemples. Les symptômes propres à cette lésion n'avaient pas été jusqu'alors étudiés. M. Forget croit pouvoir reconnaître dans ces concrétions une production indépendante et différente dans leur nature des tubercules crétacés, de la transformation calcaire des tubercules. Nous aurions désiré que l'honorable professeur de Strasbourg n'étendît pas ses investigations jusqu'à l'étude de l'organisation de ces ostéoïdes. Quelle que soit la nature de ces corps étrangers, ce que leur existence présente d'intéressant, ce sont les symptômes généraux dont ils s'accompagnent. Nous avons déjà indiqué l'existence, dans ce cas, d'accidents analogues à ceux de la phthisie ; cette maladie peut guérir et guérit sans récidive, par l'expulsion des calculs pulmonaires lorsqu'ils sont solitaires ou en petit nombre. Telles sont, en résumé, les conclusions du mémoire de M. Forget. Ce travail renferme, en outre, deux observations. Dans la première, le malade, qui présentait les signes généraux et locaux d'une phthisie pulmonaire, fut soulagé à la suite de l'expectoration de petits ostéoïdes du volume des osselets de l'ouïe ; le malade put recouvrer sa santé, et sept ans après il ne présentait aucune trace de son affection. Dans la deuxième observation, la malade fut soulagée également par suite de cette expectoration ; mais elle quitta l'hôpital et cessa d'être soumise à l'observation au bout de trois semaines.

Dans une note nouvelle publiée dans la *Gazette médicale de Strasbourg* (janvier 1855), M. Forget a fait connaître plusieurs faits nouveaux qui lui ont été communiqués par des confrères. Les deux premiers, du docteur Conraux, ne sont, de l'aveu du professeur de Strasbourg, que des tubercules crétacés provenant d'individus affectés de phthisie tuberculeuse proprement dite ; les deux autres sont un peu trop sobres de détails cliniques pour qu'on puisse en tirer un parti suffisant. (*Union médicale*, oct. 1854, et *Gaz. méd. de Strasbourg*, janv. 1855.)

Des luxations par allongement des os, par M. PARISE.

Nouvelle espèce dans le cadre des lésions de contiguïté osseuse, cette luxation ne peut survenir qu'entre deux os parallèles comme ceux de l'avant-bras ou de la jambe. Supposer, par exemple, que le tibia se soit allongé (comme cela arrive dans le cas de nécrose), le péroné, solidement fixé à son voisin par son extrémité inférieure, ne participant pas, d'ailleurs, au travail d'élongation pathologique que celui-ci subit, l'abandonnera nécessairement dans l'articulation supérieure. La tête du péroné quittera donc la facette articulaire qui lui est creusée au-dessous et en arrière de la tubérosité externe du tibia, et elle se déplacera en bas et en dedans, en se rapprochant de l'axe de cet os.

M. Parise n'a jusqu'ici observé que des cas de luxation de cette espèce. Dans le premier, qu'il a pu constater anatomiquement, une soudure pathologique de l'articulation tibio-tarsienne inférieure avait aidé à la production de la luxation, et le déplacement de la tête du péroné en bas était porté à plus d'un centimètre. Sur cette pièce, ainsi que sur celle de la troisième observation, également terminée par l'autopsie, il a pu reconnaître que la partie du tibia avec laquelle le péroné était en contact n'était pas pourvue de cartilage et ne présentait aucun caractère d'une surface articulaire de nouvelle formation. Il n'y a là rien d'étonnant ; car, comme l'a très bien expliqué M. Parise, la luxation, dans ces cas, s'opère graduellement, au fur et à mesure de l'allongement de l'os voisin, qui en est la cause productrice. Glissant lentement, mais constamment sur le tibia, il est donc tout naturel que la tête du péroné n'ait point le temps de s'y creuser une cavité, non plus que d'y provoquer les modifications organiques qui donnent naissance à la pseudarthrose.

Il est, enfin, assez remarquable que le péroné, quoiqu'il ne fût pas lui-même le siége d'une nécrose, s'était aussi un peu allongé ; seulement, l'augmentation de cette dimension ne s'était pas faite au même degré que dans le tibia.

M. Parise termine son très intéressant mémoire en cherchant à prévoir ce qui se passerait, si les mêmes conditions pathologiques réalisaient une disproportion semblable entre les deux os de l'avant-bras.

— L'auteur, jaloux de ne parler que de ce qu'il avait vu, s'est borné à traiter des luxations par allongement. Un terme plus générique, et qu'il ne désavouerait point sans doute, eût permis de rapporter à cet ordre remarquable de luxations tous les cas particuliers qui lui appartiennent en réalité. Selon nous, c'est le nom de *luxation par inégalité d'os contigus* qu'il eût été préférable d'adopter. On aurait ainsi pu y faire entrer la variété de déplacement qui s'opère entre la tête du cubitus restée immobile et l'extrémité inférieure du radius ayant chevauché sur le corps de cet os, à la suite des fractures qui l'en détachent. Cette luxation entre les deux facettes articulaires, que M. Diday a signalée, en 1837, à l'attention des chirurgiens, est un déplacement non plus par *allongement*, mais par *raccourcissement* de l'un des os. Mais il n'en est pas, pour cela, moins digne d'attention, à cause de la roideur prolongée à laquelle il condamne ensuite les mouvements de pronation et de supination. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, novembre 1854, p. 269.)

VI.

VARIÉTÉS.

— Par décret impérial du 1er mars, M. Revel, médecin à Saint-Omer, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, à raison des services qu'il a rendus pendant le choléra en 1854.

— Par décret du 10 mars 1855, l'Empereur a nommé chevaliers de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, M. Dupont, médecin-major au 9e de ligne, et M. Vuillet, médecin-major au 32e de ligne.

— On lit dans le *Courrier de la Vienne* de Poitiers :

Les cours de la Faculté des sciences continuent à être très suivis. Dès la seconde leçon, on a été dans l'obligation de transporter dans le grand amphithéâtre le cours d'histoire naturelle, et cependant, samedi dernier, une partie des auditeurs étaient debout.

Le cours de physique et le cours de chimie sont également très suivis et très appréciés : au cours de mathématiques pures et appliquées, on comptait 36 auditeurs à l'avant-dernière leçon.

— Dans le semestre d'hiver actuel, 18,201 étudiants ont été inscrits dans les 28 universités allemandes : 847 professeurs en titre, 253 agré-

gés, 46 professeurs honoraires, 450 maîtres particuliers et quelques maîtres de langues; en tout 1,699 personnes sont chargées de l'enseignement donné dans lesdites universités. Pendant le semestre d'hiver de 1851-1852, le nombre des étudiants s'était élevé à 19,354 ; l'été suivant, à 17,810 ; pour le semestre d'hiver de 1852-1853, à 18,596, et, pendant l'été, à 17,905. Le nombre total des étrangers dans toutes les universités d'Allemagne est de 2,711. (*Gazette de Cologne.*)

— Le docteur Hoelfe (Marc-Aurèle) a succombé dernièrement à Heidelberg au typhus. Professeur distingué de pathologie médicale, et profondément versé dans les études de microscopie, M. Hoelfe était l'auteur d'un ouvrage intéressant ayant pour titre : *De la chimie et de la microscopie au lit du malade.* Il s'occupait encore dernièrement de la publication d'une deuxième édition de cet ouvrage.

— La Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris a renouvelé son bureau pour l'année 1855. Ont été nommés :

Président honoraire, M. Davenne, directeur de l'assistance publique ; président, M. Dufour (2e arrondissement); vice-président, M. Janin (3e arrondissement); vice-président, M. Labarraque (5e arrondissement); secrétaire général, M. Fontès (4e arrondissement); secrétaire, M. Thibault (5e arrondissement); vice-secrétaire, M. Caron (4e arrondissement); secrétaire-trésorier, M. Moret (1er arrondissement) ; secrétaire-archiviste, M. Machelard (11e arrondissement).

Conseil d'administration.—M. Collomb (6e arrondissement) ; M. Payen (4e arrondissement) ; M. Nicolas (1er arrondissement).

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archives générales de médecine. — Mars 1855. Trachéotomie dans la période extrême du croup, par *Trousseau.* — Sur les bruits de percussion thoracique, par *Woillez.* — Sur la théorie de MM. Andral et Gairdner concernant la formation de l'emphysème pulmonaire chez les phthisiques, par *Dechambre.* — Cure radicale de la hernie, par *Gerdy.* — Sur la tumeur lacrymale, par *Béraud.*

Archives d'ophthalmologie. — Janvier et février 1855. Méthodes d'exploration des yeux, par *Tavignot.* — Sur la cataracte noire, par *Sichel.*

Bulletin général de thérapeutique. — 15 mars. Considérations sur l'efficacité des eaux thermales de Vichy contre la chlorose, par *A. Grimaud.* — Opération césarienne, suivie de succès, par *Maslieurat-Lagémard.* — 30 mars. Traitement de la maladie de Bright par l'iodure de potassium, par *Corrigan.* — Benzine dans les affections psoriques, par *Lambert.* — Nouveaux appareils pour le traitement de la fracture de la rotule, par *Fontan.*

Revue médicale française et étrangère. — 15 mars. Principes de la trachéotomie, par *Chassaignac.* — Opération césarienne comparée à la céphalotripsie, par *Leblen.* — Méthode hémospasique dans le choléra, par *Junod.*

Gazette médicale de Lyon. — 15 mars. Six ans de pratique chirurgicale à l'hospice de l'Antiquaille, par *Rodet.*

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 3. Preuves de la doctrine Harveyenne de la circulation, par *Forget.*

Journal de médecine de Bordeaux. — Mars. Morts promptes ayant donné lieu à des soupçons de crime, par *Dégrange & Lafargue.* — Emulsion au chloroforme, par *Dannecy.*

Revue thérapeutique du Midi. — N° 5. De l'émétique à haute dose, par *Michalowski.* — Observation de fièvre putride bilieuse, par *Artaud.* — Immunité des médecins et infirmiers par rapport au choléra, par *Ch. Saurel.* — Moyen de conserver le vaccin, par *Maurin.* — Médication purgative contre la hernie étranglée, par *J. Verdier.*

Bulletin de l'Académie royale de Belgique. — N° 5. Divers rapports (fractures du col du fémur, pleuropneumonie des bêtes bovines). Notice sur la maladie du professeur Lombard, par *Heuse.*

Presse médicale belge. — Nos 12 et 13. Lois du mouvement organique (*anonyme*).

Œsterreichische Zeitschrift fuer praetische Heilkunde, herausgegeben vom Doctoren-Collegium der medicinischen Facultät in Wien. — 1re année. Nos 1—2. Sur le tubercule choroïdien, par *Ed. Jæger.* — 3—4. Observations sur le choléra, par *Moritz Haller.* — 5. Guérison de l'hydrocèle par l'incision sous-cutanée de la tunique vaginale. — 6—7—8. Sur le croup des enfants et de son traitement le plus avantageux.

Association medical Journal. — Nos 115. Hystologie des évacuations muqueuses dans la diarrhée, la dysentérie et le choléra, par *Lauder Lindsay.* — Hernie ombilicale étranglée, opération ; guérison, par *H. Lowndes.* — 116. Traitement de la rétention d'urine, par *Langston Parker.* — Charbon épidémique, par *Th. Hunt.*

Dublin medical Press. — Nos 845. Cas de bec-de-lièvre, par *Bellingham.* — Traitement du rhumatisme aigu par le bicarbonate de soude, par *Garrod.* — 846. Ulcérations des cartilages du genou, par *Bellingham.*

Medical Times and Gazette. — Nos 240. Traitement des varices, par *H.-T. Chapman.* — Changement de couleur de l'iris, indépendamment de l'inflammation de son tissu, par *R. Taylor.* — 247. Fièvre endémique d'Afrique ; emploi de la quinine, par *L.-J. Hayne.* — Traitement des varices, par *H.-T. Chapman.*

The Lancet. — Nos 11. Clinique (maladie des os du carpe ; excision du poignet ; maladies syphilitiques). — 12. Pathologie de l'assimilation saccharine, par *J.-D. Gibb.* — Occlusion du vagin empêchant la délivrance, par *M.-D. Thompson.*

Gazzetta dell' Associazione medica degli Stati sardi. — Nos 10. Revue médico-chirurgicale, par *Gatti.* — 11. Hydrothérapie dans la cure du rhumatisme articulaire, par *Guelpa.* — Emploi thérapeutique externe du chloroforme, par *Gatti.* — 12. Résumés de quarante-cinq cas de choléra, par *Tommasina.*

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 11. Délire des ivrognes, par *Botini.* — Calomel dans le traitement des inflammations thoraciques, par *Petratti.* — Inflammation pleurétique traitée par la méthode anglaise, par *Zingolini.* — Revue obstétricale, par *Olivetti.*

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 11. Sur le choléra de Pise, par *G. Puccinati.* — 12. Philosophie médicale, par *Duffalini.* — Choléra de Pise, par *G. Puccinati.*

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — 15 mars. Sur un fœtus acéphale, par *Defilippi.* — Choléra de l'hôpital Cottolengo, par *Peyrani & Perrone.*

Il Filiatre Sebezio. — Mars. Sur la grippe de Reggio, par *Manni.*

El Heraldo medico. — Nos 175. Sur la fièvre typhoïde, par *A.-R. y Linares.* — 177. *Idem.* — 178. — Contagion du choléra (*anonyme*).

El Porvenir medico. — Nos 140. Ostéite aiguë du métatarse : gangrène du pied, suite de sinapismes ; guérison, par *J.-S. Apolinario.*

El Siglo medico. — Nos 62. Etudes sur le cancer, par *Olivares.* — 63. Clinique médicale, par *Saulero.*—Sur les insectes qui peuvent se rencontrer dans le choléra, par *J.-F. Lopez.*

La Cronica de los hospitales. — Nos 5. Sur les fièvres intermittentes ; clinique médicale, par *Capdevila.* — Traitement chirurgical des tumeurs stéatomateuses, par *P.-T. Houtanon.* — 6. Clinique de l'hôpital général de Madrid, par *M. Leganès* et par *C. R. G.*

Livres nouveaux.

Bulletin de la Société zoologique d'acclimatation fondée le 10 février 1854. Tome Ier 1854. In-8 de XXXVIII — 550 pag. Paris, Victor Masson. 12 fr.

Des fluxions au point de vue chirurgical. (Thèse pour l'agrégation), par le docteur *L.-T. Saurel.* In-8 de 154 pag. Montpellier. 2 fr. 50

Etude scientifique sur la peau. Première série. Anatomie et physiologie du derme et des bulbes pilifères ; leur excitabilité sous l'influence électrique, par le docteur *Laurentius.* In-18 de IX—105 pag. Paris, Didot frères.

Anleitung zur gerichtsærztlichen Untersuchung neugeborner Kinder bei zweifelhaften Todesfællen (Guide pour l'autopsie légale de nouveau-nés dans des cas de mort douteuse), par *W.-E. de Faber.* In-16. Stuttgart, chez Hallberger. 2 fr.

Die Adergeflechte des menschlichen Gehirnes (Les réseaux vasculaires du cerveau), par *H. Luschka.* In-4 avec planches. Berlin, chez Reimer, cart. 13 fr. 50

Die Entwickelung der vergleichenden Anatomie. Ein Beitrag zur Geschichte der Wissenschaften (le développement de l'anatomie comparée), par *O. Schmidt.* In-8. Jena, chez Frommann. 4 fr.

Die Krankheiten der weiblichen Brüste und Harnwerkzeuge, so wie die dem Weibe eigenthümlichen Nerven und Geisteskrankheiten (les maladies du sein et des organes urinaires chez la femme et les maladies nerveuses et mentales, propres à la femme), par *F.-W. Scanzoni.* In-8. Prague, chez Calve. 15 fr.

A Treatise on Acute and Chronic Diseases of the Neck of the Uterus, illustrated with numerous plates, colored and plain. (Traité des maladies aiguës et chroniques du col de l'utérus), par *Ch. D. Meigs.* In-8. Philadelphia. 24 fr.

A Practical Treatise on Foreign Bodies in the Air-Passages (Traité pratique sur des corps étrangers dans les voies respiratoires), par *S.-D. Gross.* In-8 avec fig. Philadelphia. 15 fr.

Inflammation of the Breast, and Milk Abscess, with Observations on the Effects of Over-suckling. (Inflammations du sein et abcès laiteux), par *F.-W. Nunn.* In-8. Londres, chez Renshaw. 3 fr. 50

On Indolent Ulcers (Des ulcères indolents), par *J. Gay.* In-8. Londres, chez Highley. 5 fr.

On the Etiology, Pathology and Treatment of Fibro-Bronchitis and Rheumatic Pneumonia. (Etiologie, pathologie et traitement de la bronchite fibreuse et de la pneumonie rhumatismale), par *Th.-H. Buckler.* In-8. Philadelphia. 7 fr.

On the Nature, Signs and Treatment of Childbed Fevers ; in a Series of letters addressed to the students of his class. (Sur la nature, les signes et le traitement des fièvres puerpérales), par *Ch. De Meigs.* In-8. Philadelphia. 14 fr.

Erratum. Dans le dernier numéro, page 236, 2e colonne, ligne 13. *Au lieu de :* En reprenant par de l'eau distillée, on a obtenu une liqueur limpide qui a été évaporée à siccité. Le poids de ce dernier résidu était de 1gr,07. *Lisez :* Le poids de ce résidu était de 1gr,07. En reprenant par de l'eau distillée, on a obtenu une liqueur limpide qui a été évaporée à siccité. Le poids de ce dernier résidu était de 0gr,64.

Page 236, 2e colonne, ligne 62. *Au lieu de :* qu'il renfermait. *Lisez :* que le sang analysé renfermait.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

# GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 13 AVRIL 1855. — N° 15.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Quelques journaux mal informés ont annoncé que la Faculté de médecine de Paris aurait décidé, dans une de ses dernières séances, qu'il y avait lieu de rétablir le stage de trois ans pour l'agrégation. Ils en concluent que les agrégés qui seront nommés au prochain concours resteront stagiaires pendant trois années, et que ceux dont les fonctions devaient expirer en 1856, seront continués dans leur emploi pendant trois ans.

La Faculté de médecine de Paris n'a pris et n'a pu prendre aucune décision sur la question des agrégés. Elle doit exécuter les arrêtés délibérés en conseil impérial de l'instruction publique; mais il n'entre nullement dans ses attributions de promulguer des règlements, de substituer des agrégés stagiaires aux agrégés en exercice, de réduire ou de prolonger le temps de service de ces fonctionnaires. Le ministre qui, en vertu des dispositions du décret du 22 août 1854, doit reconstituer l'agrégation des Facultés, s'est borné à consulter la Faculté de médecine de Paris, comme toutes les autres Facultés de l'empire, sur cette question très complexe et très difficile. Quand elle aura été suffisamment étudiée, elle sera portée au conseil impérial qui en délibérera. Jusque-là les règlements actuels subsistent et aucune décision n'a pu intervenir. (*Communiqué.*)

Par arrêté, en date du 4 avril 1855, M. MORIN est attaché au laboratoire de perfectionnement de la Faculté des sciences de Paris, en qualité de préparateur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 30 au 31 mars 1855.

73. FRÉMOND, Désiré-Victor Auguste, né le 21 février 1827 à Grugé-L'hôpital (Maine-et-Loire). [*De la péricardite.*]

FEUILLETON.

Du service de santé en campagne,

à propos du système des ambulances dans les armées française et anglaise (1).

« Les événements politiques, dit l'auteur de la brochure que nous annonçons ici, donnent aujourd'hui un intérêt particulier à l'étude des institutions des hôpitaux militaires en campagne. A ce sujet, nous pensons qu'une description du système des ambulances de quelques armées européennes, accompagnée des instructions qui règlent cette partie du service administratif et médical ne sera pas dépourvue d'une certaine opportunité. »

Nous sommes tout à fait de l'avis du médecin en chef de l'hôpital du Roule, d'autant plus qu'outre l'intérêt du moment, son travail a encore l'avantage de combler une lacune, en groupant en un même faisceau une foule de documents épars jusqu'ici.

La brochure de M. Boudin a une sorte de cachet officiel, en ce sens qu'elle reproduit dans tous leurs détails techniques et statistiques, disposés par tableaux, la décomposition du personnel et du matériel des ambulances et des hôpitaux. Un travail de ce genre devrait plutôt être reproduit qu'analysé; nous nous bornerons à donner un aperçu de ce qu'il contient de plus général, en procédant du simple au composé, ce qui nous permettra plus de clarté dans notre exposition.

Sacs et sacoches d'ambulance. — Dans un bataillon d'infanterie, le médecin a à sa disposition, pour le service de santé, un homme choisi par lui et qui porte le sac d'ambulance à toutes les prises d'armes. Ce sac est de tout point semblable extérieurement au sac ordinaire de soldat, mais il en diffère absolument par sa composition intérieure. C'est, par le fait, un appareil à pansement, un casier de fer-blanc, dans les divers compartiments duquel se trouvent répartis tous les objets nécessaires pour faire une vingtaine de pansements.

Dans le rouleau de coutil bleu rayé placé sur le sac est un étui de fer-blanc contenant les instruments pour faire des amputations, pour arrêter

(1) *Système des ambulances des armées française et anglaise; instructions qui règlent cette branche du service administratif et médical*, par M. Boudin, officier de la Légion d'honneur, médecin en chef de l'hôpital du Roule. Brochure in-8 avec trois planches (extraite des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*). Paris 1855, chez J.-B. Baillière.

74. Rossen, Edmond, né le 24 septembre 1827 à Vesoul (Haute-Saône). [*Des congestions sanguines dans les maladies du cœur et de leurs rapports avec les hémorrhagies, les inflammations et les hydropisies.*]

75. Carre, Jean-Baptiste, né le 19 novembre 1828 à Saint-Remy (Côte-d'Or). [*De l'ascite.*]

76. Dassonville, Jules-Joseph, né le 21 mars 1832 à Herzeaux (Belgique). [*Des causes et de l'anatomie pathologique de l'engorgement de la prostate.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 12 avril 1855.

Constitution médicale. — Epidémie d'angines.

Il règne depuis quelques mois, à Paris et dans la banlieue, une épidémie d'angine maligne qui heureusement n'a pas pris jusqu'ici une grande extension, mais dont les atteintes sont fort meurtrières. Les uns désignent le mal sous le nom d'angine couenneuse, d'autres sous celui d'angine gangréneuse; il est même des confrères de la presse qui croient rendre l'expression symptomatologique de la constitution régnante en disant qu'on observe beaucoup d'*affections croupales*. Cette confusion de mots n'est pas seulement fâcheuse au point de vue de la nomenclature, qu'elle embrouille; elle tend de plus à obscurcir la nosologie et à égarer la thérapeutique.

L'angine qui sévit en ce moment est une *diphthérite* gutturale : elle est caractérisée anatomiquement par une rougeur pointillée, disposée en taches irrégulières, qui se recouvrent bientôt d'une concrétion blanchâtre, striée, lichénoïde, facile à détacher. Ce produit d'exsudation diffère entièrement de la pseudo-membrane dense, épaisse, souvent adhérente, qui appartient au croup ou à la forme de bronchite dite pseudo-membraneuse, dont notre collaborateur M. Leudet a résumé tout récemment l'histoire (*Gaz. hebd.*, nos 5 et 8, 1855). Il est vrai que des cas assez nombreux de vrai croup se sont montrés à Paris concurremment avec l'angine couenneuse, et que chez certains enfants, notamment chez celui d'un confrère distingué, le croup a succédé à l'angine; mais ce témoignage d'une analogie plus ou moins étroite entre les deux affections n'autorise pas à les confondre entièrement, surtout quand on considère les dissemblances qu'elles présentent sous le rapport du siége, de la marche et de l'appareil symptomatologique. A plus forte raison doit-on distinguer l'angine diphthéritique de l'angine gangréneuse; car si l'une et l'autre peuvent présenter à l'inspection des pertes partielles de substance, elles ne s'en différencient pas moins par la spécificité de la lésion à laquelle succèdent les ulcérations. Or, dans la première, la muqueuse s'érode sous la concrétion pulpeuse qui est simplement déposée à sa surface; dans la seconde, au contraire, c'est la muqueuse elle-même qui se détache par places après avoir été sphacélée.

Nous ne voulons pas, sous prétexte de faire l'histoire de l'angine régnante, copier les descriptions des classiques. Notre intention est seulement de tirer de l'observation des faits quelques remarques dont le praticien puisse profiter. Le lecteur prendra sans doute confiance en ces remarques, quand nous lui aurons dit qu'elles expriment, avec notre propre opinion, celle, beaucoup plus autorisée, de M. le docteur Blache, dont les conseils ont dû être et ont été souvent invoqués dans le cours d'une épidémie qui sévit plus particulièrement sur les enfants.

La maladie débute d'une manière insidieuse : un peu de picotement au fond de la gorge, de douleur pendant la déglutition; rougeur pointillée, parfois peu intense, ayant principalement son siége sur les amygdales, mais pouvant occuper également le pharynx, les piliers du voile du palais, le voile lui-même, la voûte palatine. Peu ou point de fièvre. Appétit conservé ou peu diminué. Si le diagnostic ne s'appuyait que sur ces données habituelles de l'angine la plus vulgaire, on serait d'autant moins disposé à s'inquiéter, que les cas avérés d'angine maligne se perdent, pour ainsi dire, dans une multitude de *maux de gorge*, de phlegmasies simples de la muqueuse gutturale, avec ou sans gonflement des tonsilles. On compte les habitants qui, dans les deux derniers mois, n'ont pas éprouvé quelque indisposition de ce genre. Mais il est un signe qui atteste à peu près sûrement la gravité de l'angine, et qui apparaît ordinairement dès le début, avant que l'exsudation soit encore bien marquée : c'est le gonflement des glandes sous-maxillaires. Nous avons vu des malades chez lesquels d'abondantes concrétions blanchâtres, répandues sur les amygdales et la voûte palatine, mais sans complication de tuméfaction glandulaire, ne se sont liées à aucun dérangement un peu sérieux de la santé, tandis qu'avec une tuméfaction glandulaire considérable et peu de concrétions, l'issue a été presque toujours funeste. Le premier soin donc du praticien appelé à soigner une angine est d'inspecter la région sous-maxillaire ; et s'il la trouve gonflée, si en même

---

les hémorrhagies, pour extraire les corps étrangers; des sondes, dont une œsophagienne, avec une baleine repoussoir servant de mandrin.

Lorsque ces sacs d'ambulance sont neufs, il n'y a rien à dire sur leur agencement ingénieux, qui a permis de caser avec ordre une multitude d'objets dans le plus petit espace possible. Mais, par les accidents du service, il arrive parfois que les liquides médicinaux contenus dans divers petits flacons, tels que l'ammoniaque, l'alcool camphré, l'éther, le laudanum, l'acétate de plomb liquide, venant à s'épancher, les tiroirs de fer-blanc se détériorent, s'oxydent et s'ouvrent difficilement. Il advient même que, par des chocs répétés, ces casiers ou l'étui de fer-blanc étant plus ou moins bosselés, on ne puisse plus les ouvrir à moment donné. Nous avons éprouvé ces inconvénients en campagne, et nous avions proposé l'adoption d'un casier de bois que nous signalons à l'attention industrieuse de M. Charrière, fournisseur de ces sacs.

Dans la cavalerie, les mêmes objets qui sont dans le sac d'ambulance sont répartis dans deux sacoches d'ambulance adaptées à l'arçon de la selle d'un cavalier qui a pareillement pour mission spéciale de suivre le docteur partout où l'appelle le service de santé.

Cantines d'ambulance. — Comme réserve d'approvisionnements pour les sacs et les sacoches d'ambulance, les régiments ont par bataillon ou escadron une paire de cantines d'ambulance. Ce sont des coffres ferrés portés à dos de mulet, et contenant, outre les objets à pansements ordinaires, des appareils pour fractures et les médicaments. La cantine n° 1 est dite cantine de chirurgie, la cantine n° 2 cantine de pharmacie.

Ambulances mobiles et divisionnaires.— Transport des blessés.— Dans un engagement, à mesure que les médecins des corps ont donné les premiers secours à leurs blessés, ils les font diriger sur l'ambulance la plus voisine du théâtre de l'action, et signalée par un guidon rouge. A leur tour, les ambulances mobiles font des évacuations sur les ambulances divisionnaires, qui sont les hôpitaux ambulants des armées. Les blessés sont transportés en brancard, en cacolets ou en prolonges. Récemment, on vient d'adopter pour essai, à l'armée d'Orient, des voitures suspendues à quatre roues et conduites avec un ou deux chevaux. Trois blessés peuvent être placés sur la banquette de devant. Le derrière forme une caisse fermée, disposée de manière à recevoir deux civières. Les bagages et les armes des blessés peuvent être recueillis et placés dans des coffres fermés.

Le personnel des hôpitaux ambulants, quoique réglé d'avance, subit toujours, par l'imprévu des événements, de grandes variations. On peut dire qu'en temps de guerre et d'épidémie, malgré toute prévision, la règle

temps la gorge présente la moindre trace d'exsudation blanchâtre, il doit, sans plus attendre, apporter la plus grande énergie dans son traitement.

Un autre élément de diagnostic et de pronostic qui mérite aussi la plus grande attention consiste dans l'état du pouls et des forces générales. Le malade accuse souvent de la faiblesse dès le début ; le pouls est normal ou peu fréquent ; quelquefois même il se ralentit ; dans un très grand nombre de cas il est mou et dépressible. Ce contraste d'un défaut d'exaltation fébrile ou d'un affaiblissement de la force circulatoire avec l'existence d'une rougeur plus ou moins vive et étendue de la muqueuse pharyngienne, sans avoir la même portée ni commander la même activité de thérapeutique que le signe précédent, doit néanmoins tenir le praticien en éveil, le dissuader de toute médication débilitante et surtout des évacuations sanguines, jusqu'à ce que l'observation ultérieure, éclairée par de fréquentes inspections de la gorge, ait permis à la maladie de dévoiler clairement son vrai caractère.

Quand les choses s'aggravent, quand l'état local et l'état général deviennent menaçants, quand, en dépit de tous les moyens employés, l'exsudation a continué et les forces ont tout à fait fléchi, le point de vue thérapeutique se modifie et se complique. Ce n'est plus assez de lutter sans relâche contre les progrès du mal, il importe alors de savoir de quelle manière, par quel procédé, le mal met l'existence en péril, afin de voir s'il n'y a pas moyen d'entraver ce procédé et de donner ainsi à l'organisme un répit où il trouvera peut-être son salut. L'idée commune est que la mort est le résultat de l'asphyxie, et l'on en tire la conséquence qu'il faut se hâter de pratiquer la trachéotomie. Cette idée n'est pas entièrement fausse ; mais elle est, à notre sens (et aussi, nous sommes autorisé à le dire, au sens de M. Blache), beaucoup trop exclusive. Dans la majorité des cas, l'exsudation ne s'étend pas au larynx, la voix se maintient, la respiration est tranquille, et c'est par suite de vues préconçues qu'on rapporte l'imminence d'une terminaison funeste à une obstruction matérielle des voies aériennes. Nous croyons exprimer une importante vérité en émettant la proposition suivante : *Le danger de l'angine couenneuse actuellement régnante est surtout dans la nature septique de l'affection, et la mort arrive plus souvent par intoxication que par asphyxie.*

Or, s'il en est ainsi, on ne peut que regretter vivement la facilité avec laquelle certains écrivains s'efforcent de populariser l'emploi de la trachéotomie dans la période avancée de l'angine. De semblables conseils donnés *in globo*, sans souci des indications particulières, sans aucun esprit d'analyse, avec une véritable brutalité d'empirisme, peuvent avoir des conséquences funestes.

On induira aisément des considérations précédentes le genre de médication que nous sommes conduit à préconiser. La cautérisation de la gorge et la tonification de l'organisme en sont les deux éléments capitaux. On peut cautériser avec le crayon de nitrate d'argent ou avec l'acide chlorhydrique. Le second moyen est peut-être plus sûr, mais il est plus pénible ; il produit sur toute la gorge et dans les fosses nasales une sensation extrêmement désagréable qui indispose les malades, surtout les enfants, contre la répétition de la même manœuvre. A cet égard, on se conduira suivant l'âge, la susceptibilité ou le caractère des sujets. Quant aux moyens toniques, il serait d'autant plus inutile de les spécifier, qu'on est ordinairement obligé de les varier suivant les circonstances. Le quinquina, le colombo, le quassia amara, sont des substances fort appropriées à l'indication. Il est bon parfois d'associer les stimulants (alcool, esprit de Mindererus, eau de mélisse, etc.) aux toniques proprement dits.

Indépendamment de ces moyens directement adressés aux éléments constitutifs de la maladie, à la *lésion spécifique* et à la dépression des forces, on ne négligera pas les vomitifs à deux périodes de la maladie et dans deux buts distincts : d'une part, au début, pour obtenir d'eux, s'il est possible, les effets salutaires, encore inexpliqués, qu'ils procurent souvent dans les maladies septiques ; d'autre part, pour débarrasser l'arrière-gorge des concrétions blanchâtres et des mucosités mousseuses qui les accompagnent toujours et qui, sans amener, comme nous venons de le dire, une asphyxie formelle, constituent néanmoins une fâcheuse complication. Nous avons moins de confiance dans les purgatifs. Ils commencent par débiliter ; ce qui est, dans la circonstance, un désavantage sérieux. — Quant au bicarbonate de soude, employé dans le but de diminuer la plasticité du sang (voy. page 276, une communication de M. Marchal (de Calvi) à l'Académie des sciences), nous ne l'avons pas expérimenté. Nous doutons même fortement que le sang soit moins fluide qu'à l'état normal, surtout à une période avancée de la maladie ; et l'usage de la limonade sulfurique, qui tend à augmenter la plasticité, nous a paru tout au moins exempt d'inconvénients.

A. Dechambre.

---

est que chacun doive se multiplier pour faire face aux exigences toujours si nombreuses, sinon excessives, du service de santé.

Caissons d'ambulance. — Le matériel d'une ambulance divisionnaire affectée à une division d'infanterie de 10,000 hommes a cinq caissons. Ces caissons d'ambulance sont des voitures à quatre roues, dont les plans intérieurs contiennent des caisses et des paniers garnis d'objets de pansements, de médicaments et d'instruments de chirurgie, ainsi que divers ustensiles, une table d'opérations, des brancards, des couvertures et autres objets mobiliers. Chaque chargement offre des ressources pour 2,000 pansements.

Ces caissons d'ambulance ne peuvent pas toujours être employés à la guerre, par exemple dans les pays montagneux et dépourvus de grandes routes. En Afrique, le matériel d'ambulance est d'ordinaire porté à dos de mulet, au moyen de cantines dites de chirurgie, de pharmacie et d'administration.

Cacolets. — *Litières.* — Les malades sont pareillement transportés à dos de mulet sur des cacolets, doubles siéges de fer articulés et disposés de façon à y placer un homme de chaque côté.

Si les blessés ont besoin de rester dans la position horizontale, on les porte d'une façon analogue en litière et par deux. On a soin d'affecter à ce service spécial les mulets du train les plus solides.

Tentes. — En Algérie « on ne se sert depuis longtemps, pour le service des ambulances, que des tentes du modèle d'infanterie dites tentes à 16 hommes. Ces tentes n'offrent pas, à beaucoup près, toutes les commodités qu'exigerait la bonne exécution du service : il n'est pas possible d'y faire tenir plus de 10 à 12 malades ; et pour peu qu'il se trouve des hommes atteints de blessures graves ou que l'on doive laisser coucher sur des litières ou sur des brancards, on ne peut guère en placer plus de 6.

» De là, il faut inférer qu'une petite colonne de 3,000 hommes, pour laquelle on peut se baser sur un mouvement d'ambulance d'environ 100 malades, doit traîner à sa suite environ dix tentes, ce qui exige cinq mulets, à raison de deux tentes par chargement.

» Les grandes tentes uniques dites *marabouts*, dont on se servait autrefois dans les ambulances, étaient infiniment préférables ; chacune d'elles, destinée réglementairement à 40 hommes, pouvait abriter en moyenne 30 malades. Le service administratif et chirurgical y était beaucoup plus facile, et exigeait en même temps un moindre nombre d'infirmiers. Enfin, là où il faut aujourd'hui douze tentes à 16 hommes, quatre

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

RECHERCHES PRATIQUES SUR QUELQUES CAS DE VARIOLE CONFLUENTE AVEC COMPLICATION ATAXODYNAMIQUE, par M. Semanas, D. M. P. à Lyon.

(Suite et fin. —Voir le numéro 14, tome II.)

2° A neuf jours de là, 2 février, on nous fait appeler pour le mari de la malade précédente.

Nous le trouvons au lit depuis deux jours, durant lesquels on l'a fait transpirer, pensant qu'il s'agissait d'un refroidissement. Sur la figure, la poitrine et les membres, élevures nombreuses d'une variole au premier jour environ d'éruption, quatrième de la maladie. Au début : frissons violents et répétés, vomissements, douleurs lombaires, toux et céphalalgie intenses.

Les cinquième, sixième et septième jours, l'éruption se développe avec suite.

Nous notons seulement une très grande irrégularité de volume des boutons dont les uns, les moins nombreux, sont énormes, les autres microscopiques. Leur nombre paraît devoir être considérable. Répartis uniformément, ils abondent en particulier sur la face, le nez et le front, où ils se touchent littéralement.

Mais c'est du côté de la toux et de la fièvre que se passent d'autres phénomènes non moins remarquables, et dont l'ensemble et la succession sont ici, du reste, la reproduction exacte de ce que nous avons constaté chez la femme.

Disons que pour tout observateur peu prévenu, ne voyant le malade que le jour, et négligeant les informations détaillées sur le reste, lesdits phénomènes passeraient pendant longtemps, sinon complétement, inaperçus.

En apparence, en effet, et sans en excepter même la violence des phénomènes généraux du début, tout se passe ici conformément à la règle. Ainsi l'éruption suit son cours régulier de chaque jour; la fièvre, la céphalalgie, très élevées du premier au cinq ou sixième jour, ont presque disparu à cette époque; nous constatons positivement, *le matin du sixième jour*, à dix heures, et d'après le dire même du malade, qu'il se trouve beaucoup mieux, qu'il sent sa tête dégagée. En même temps, le pouls, jusque-là plein et vibrant, est tombé presque à sa fréquence ordinaire, ni dur ni plein.

Ajoutez enfin (nous parlons du jour) dyspnée nulle, toux peu fréquente, langue humide, un peu blanche. Sauf la soif, qui reste excessive.

A côté de cela, si nous questionnons, non le malade, mais les personnes qui le gardent, voici ce qu'on nous apprend.

Le malade est généralement assez bien toute la journée, jusqu'à quatre ou cinq heures du soir. A ce moment, la toux commence sèche et quinteuse; la face s'injecte, les yeux ruissellent; enfin surviennent de l'agitation et des plaintes. Ce début se prolonge généralement sans augmentation marquée jusque vers dix heures.

De dix jusqu'à six, mais particulièrement entre onze et deux, quelquefois quatre heures, les quintes se rapprochent et s'exaspèrent avec suffocation imminente. En même temps la peau s'échauffe, le malade s'agite, tient des propos incohérents, saute en bas du lit, demande où il se trouve, etc. Lesdits redoublements n'ont pas manqué un seul jour depuis le début, à cela près que peu marqués d'abord ils ont rapidement gagné en intensité. Ils sont tels maintenant qu'on s'est vu forcé de se mettre deux pour garder le malade la nuit.

Tel est le récit qu'on nous fait le matin du sixième jour.

L'éruption restant toujours avec une allure assez satisfaisante, et désireux, avant d'agir, de constater si, par l'attente d'un jour de plus, le redoublement nocturne ne se suspendrait pas ou au moins ne s'amoindrirait pas spontanément avec la fin de la période éruptive et du mouvement fébrile variolique, nous temporisons encore un jour.

Le 5 au matin, dix heures, aggravation sensible sur hier, tant du côté de l'état général que du côté de l'éruption.

Du côté de l'éruption, irrégularité plus sensible encore du volume des boutons dont les uns, énormes, commencent à blanchir, tandis que les autres restent petits et manifestement en retard. Le derme est gonflé et rouge, mais d'un rouge sombre qui imprime à la figure une teinte ombrée peu satisfaisante.

A l'état général, le malade se dit moins bien : céphalalgie qui a persisté depuis ce matin; yeux agglutinés en brun; lèvres couvertes de pellicules sèches et noires; langue un peu sèche et brune au milieu; soif inextinguible; intelligence entière; pouls à 90, plein et dur, régulier; toux peu fréquente en ce moment; dyspnée nulle.

Pour ce qui est de la nuit, la toux, la dyspnée, le délire, etc., ont été plus forts que jamais. En présence de la persistance croissante des redoublements nocturnes, nous n'hésitons plus et prescrivons :

Sulfate de quinine, 12 décigrammes dans une solution édulcorée de 60 grammes qu'on prendra, dans l'espace d'une heure, en commençant aujourd'hui au plus tard à midi. Mêmes boissons.

Le 6, dix heures du matin. La solution quinique a passé sans difficulté. Le malade l'a eu à peine finie, qu'il s'est endormi pendant quatre heures consécutives pour la première fois depuis sa maladie.

L'après-midi d'hier, aux heures habituelles, calme parfait. Retour entre onze et deux heures seulement de loin en loin et dans des proportions bien moindres, de la toux et du délire. Ce dernier a été tranquille.

Si ce résultat est satisfaisant, un autre qui ne l'est pas moins, et plus remarquable encore, s'est opéré du côté des boutons, à savoir, que ceux-ci, comme d'un commun accord, sont *tous* arrivés à maturité, blancs et gonflés, les gros comme les petits. Ces derniers ont, en outre, notablement augmenté de volume, ce qui fait que la disproportion si marquée hier a disparu en grande partie. Par suite de ce changement, la figure en a subi un correspondant, c'est-à-dire que d'un volume au moins triple de ce qu'elle était hier, elle ressemble à une véritable tête de bœuf. Sur le tronc et les membres, le volume des boutons a augmenté en proportion. Ils sont tous entourés d'un rouge très vif.

Actuellement, et en dépit de l'état de sa tête, le malade se dit assez bien, sauf la gêne : langue humide, soif moindre, pouls à 90, développé sans dureté, point de céphalalgie.

Prescription : ce matin, avant midi, comme hier, sulfate quinique porté à 15 décigrammes dans 60 grammes de véhicule.

Le reste *ut suprà*.

Le 7, dix heures du matin. La solution quinique d'hier a passé sans difficulté. C'est un phénomène vraiment remarquable que le changement avantageux qui s'est opéré du tout au tout chez le malade. Ainsi, au lieu des redoublements nocturnes avec angoisse, suffocation, délire suraigu, etc., le malade est dans le calme le plus parfait. Toux çà et là, grasse; dyspnée nulle; au lieu de ces heures de surexcitation avec in-

---

tentes marabouts suffiraient, et pour leur transport trois mulets au lieu de six.

» L'usage des tentes coniques est abandonné depuis assez longtemps en Algérie; les magasins du campement en sont absolument dépourvus. Cependant, il serait désirable qu'il en fût formé un certain approvisionnement dans les magasins, et que désormais elles concourussent à la formation du matériel d'ambulance dans la proportion d'environ moitié avec les tentes à 16 hommes. »

A l'appui de cette partie du rapport de la commission d'Alger (1852), nous ajouterons les observations que nous avons faites ailleurs (voyez *L'Algérie médicale*, p. 490) sur l'étude comparative des tentes au point de vue hygiénique et sur les modifications qu'il conviendrait de leur faire subir.

Inconvénients de la tente à 16 hommes pendant la saison des pluies.— Le défaut capital de cette tente, c'est, lors des averses, de laisser dégoutter l'eau à l'intérieur par un très grand nombre de points. Ainsi la tente étant de bonne toile, bien confectionnée, bien dressée, hermétiquement fermée et entourée d'un petit fossé, plusieurs places seront mouillées toutes les fois qu'il pleuvra. Voici comment les choses se passent : l'eau, qui glisse sur la toile partout où elle est unie, filtre, au contraire, et tombe dans la tente partout où elle rencontre le moindre obstacle. Une simple couture, les lisières de sangle, les contre-sanglons, les boucles, etc., sont l'occasion nécessaire de tout autant de gouttières. Aussi des mares se forment-elles sur le plan recouvert par la tente, dans les points correspondants aux portes, aux fenêtres, aux ventilateurs et leurs annexes, pratiqués aux culs-de-lampe. De sorte que, par les grosses pluies, la meilleure tente humecte inévitablement la moitié environ des places occupées par les hommes.

Inconvénients de la tente à 16 hommes en été. — C'est un fait généralement remarqué dans les camps qu'à l'époque des fortes chaleurs, de neuf heures du matin à trois heures du soir, les tentes sont inhabitables. Aussi au lieu de rester dessous, où ils suffoquent, les hommes préfèrent-ils s'exposer dehors aux ardeurs du soleil. Les motifs de cette manière de faire sont faciles à expliquer. Les ventilateurs étant trop bas placés, et les obturateurs de toile qui les recouvrent diminuant considérablement les ouvertures, en même temps que par leur position ils s'opposent au mouvement ascensionnel de l'air, son renouvellement devient impossible. Mais l'air confiné d'une tente échauffée par le soleil arrive bientôt à une température supérieure à celle de l'air extérieur, et les hommes, par l'acte de la respiration, le rendent de plus en plus impropre à l'hématose.

somnie, le malade dort maintenant paisiblement deux ou trois heures de suite, et n'était la sensibilité cutanée tenue en éveil par la présence des boutons, il ne souffrirait nullement.

Actuellement, les boutons de la face sont en pleine suppuration, tous se montrent gonflés et distendus par un pus abondant et dont la couleur blanche, légèrement jaunâtre, décèle la bonne nature. Parmi eux, il en est qui, formés par la réunion de trois ou quatre, donnent lieu à une surface suppurée d'un demi-centimètre carré. Les boutons du tronc et des extrémités, quoique moins avancés dans la période suppurative, sont d'un aspect aussi satisfaisant que possible. Langue humide, peu saburrale, blanche, soif modérée, envie de boire du vin, pouls à 95, souple, ondulant, ni dur, ni mou; point de céphalalgie. Le malade, qui depuis deux jours, répétait sans cesse qu'il ferait comme sa femme, commence à reprendre espoir et courage. Notons enfin que les lèvres et les dents qui commençaient à revêtir la fuliginosité propre aux fièvres ataxo-adynamiques graves, se dépouillent et s'humectent.

Prescription : à midi comme hier, solution quinique, 12 décigrammes. La même solution sera refaite de nouveau ce soir pour être prise demain matin, dès huit heures, avant notre visite.

Le 8, onze heures du matin. Les deux solutions quiniques ont été prises conformément à l'ordonnance : celle d'hier l'a été entre midi et une heure, celle de ce matin était finie à neuf heures.

Contre l'ordinaire, nuit beaucoup moins bonne que les précédentes. La garde nous dit que déjà hier au soir le malade se plaignait d'être fatigué; elle l'a trouvé un peu rouge et brûlant. Cela a duré sans augmentation sensible jusqu'à deux heures du matin, où est survenue une aggravation brusque et considérable : face écarlate, délire, agitation ; le malade se découvre sans cesse, veut se sauver, à ce qu'il dit; et effectivement pendant que la garde va lui chercher à boire, elle le trouve les pieds sur le carreau, faisant des efforts comme pour fuir. En ce moment, la soif redevient inextinguible. Tout ceci, chose aussi singulière qu'heureuse, disparaît spontanément, à ce point qu'à quatre heures il n'y paraissait plus du tout, et le malade rentrait dans son calme ordinaire.

Pour expliquer le retour de ce redoublement, nous ne trouvons qu'une chose, à savoir, que nous sommes à l'époque du neuvième au onzième jour de la fièvre suppurative, écueil où vient se briser d'ordinaire l'existence des sujets atteints de variole confluente et compliquée au degré actuel.

Ce qui s'est passé cette nuit doit donc n'être considéré que comme un échantillon de ce qui serait survenu comme gravité ultime si la nature eût été laissée aux prises seule à seule avec la maladie.

Actuellement calme parfait : le malade dit se sentir bien ; point de céphalalgie. La dessiccation commence çà et là sur la figure, sur le tronc et les membres. La très grande majorité des boutons est en pleine suppuration. Le reste paraît devoir tourner à la densité cornée. Chaleur douce, pouls à 90-94, sans dureté, un peu déprimé ; langue humide commençant à se dépouiller à la pointe ; velléités d'appétit.

Prescription : aujourd'hui bouillon maigre, seule boisson ; demain matin, comme aujourd'hui, solution quinique, 8 décigrammes.

Le 9, onze heures du matin. L'amélioration et le calme ont reparu complétement. Le bouillon a passé très bien ; le malade en aurait pris sans cesse, mais on le lui a refusé. Nuit sans aucun instant de redoublement quelconque du côté de la toux ou de la fièvre. Actuellement, depuis l'ingestion quinique du matin, le malade dort, ainsi que cela lui est arrivé chaque fois après la solution. Nous l'éveillons : il se sent très-bien et n'accuse que beaucoup d'appétit : « Il avalerait, dit-il, une jatte de soupe. » Langue humide et à moitié nettoyée, toux absolument nulle, chaleur douce, pouls à 85, ondulant et souple, boutons de la face en pleine dessiccation, dessiccation commencée sur le tronc, densité cornée sur la majeure partie des boutons des membres. Dès à présent, et sauf imprudence, le malade est considéré par nous comme hors de danger.

Prescription : suspendez la solution quinique; aujourd'hui bouillon gras seul, trois tasses; eau vineuse de temps en temps ; tisane.

Le 10, dix heures du matin. La convalescence est franchement commencée, nuit excellente, plus de fièvre ni de toux, langue nettoyée, naturelle, appétit insatiable ; le malade a déjà ingéré une soupe en nous attendant, il en réclame une seconde avec instance.

Sur la figure, où la dessiccation est presque complète, se détachent déjà de larges croûtes. Tête libre, air de contentement et de force; le malade se lèverait volontiers. Nous sautons le reste de l'observation, qu'on peut résumer en disant : convalescence remarquablement assurée et rapide, et entièrement différente, sous ce double rapport, des convalescences longues et périlleuses, si fréquentes dans des cas analogues, trop heureux lorsqu'elles ne servent pas d'aboutissant à une affection subséquente grave et presque toujours mortelle.

Réflexions et conclusions générales. — Si l'on compare cette observation à celle de la femme principalement, on trouve entre elles deux une analogie complète. Toutes les deux concernent en effet un cas de variole confluente, de ceux qu'on a coutume d'appeler graves ou malins, sans trop s'expliquer toutefois sur la signification qu'on doit accorder à ces expressions.

Pour nous, et sans prétendre qu'il en doive être toujours de même, nous les appellerons *varioles confluentes compliquées, ataxo-adynamiques;* et par ces derniers mots nous entendons une variole dont la cause prochaine, ou *virus*, se rencontre dans l'organisme avec une cause de nature autre, déjà grave par elle-même et venant ajouter ses dangers à ceux de la variole.

Quant à la nature particulière de cette cause complicante, et si l'on en juge par les effets qui, dans les deux cas, peuvent légitimement lui être rapportés, à savoir *paroxysmes fébriles ataxo-adynamiques*, sans parler de la localisation pulmonaire pseudo-inflammatoire ou *consécutive*, si l'on en juge, disons-nous, par lesdits effets, on ne peut se dissimuler qu'il s'est agi là, dans les deux cas, d'une complication de nature *miasmatique*.

Cela posé, que s'est-il passé dans les deux derniers cas? Pour celui de la femme: marche de l'affection entièrement spontanée jusqu'à la fin ; arrêt de la variole vers le septième jour ; continuation, avec aggravation de plus en plus grande, des paroxysmes ataxo-adynamiques, et mort le onzième.

Pour le cas du mari : marche de l'affection entièrement spontanée jusqu'au septième jour ; irrégularité quelque peu insidieuse déjà de l'éruption, et accroissement progressivement fâcheux des paroxysmes ; alors, intervention du sulfate de quinine, et, tout aussitôt, développement plus complet que jamais de l'éruption variolique, qui suit sans désemparer sa marche normale, et, par contre, chute, puis disparition complète des paroxysmes ataxo-adynamiques, et guérison.

Or, du moment qu'à la raréfaction de l'air vient s'ajouter sa viciation, le besoin de respirer entraîne irrésistiblement hors de la tente. Les soldats savent bien dire alors que, même au soleil, ils peuvent du moins mieux respirer que sous la tente. Même en soulevant le pan des portes de chaque côté, l'aération n'est pas toujours suffisante, et le même motif qui fait sortir les hommes dans la journée, fait pareillement que souvent plusieurs d'entre eux passent une partie de la soirée en dehors de la tente.

Modifications à opposer aux inconvénients signalés. — Sans prétendre donner au soldat en campagne un abri qui vaille un appartement, nous pensons qu'il y a possibilité de remédier efficacement aux inconvénients de la grande tente actuellement en usage, par l'adoption d'une autre tente à peu près analogue au marabout employé comme entrepôt par l'administration des vivres.

Le marabout, tente de forme conique, n'ayant pas de fenêtres, n'offre pas en temps de pluie les gouttières qu'occasionnent celles de la tente ordinaire; et en toute saison, mais surtout lors des chaleurs, son principal avantage consiste à entretenir un air plus pur et plus frais par le ventilateur dont est percé le sommet du cône.

Par cette ouverture, recouverte à distance d'un opercule, s'établit un courant ascendant constant, soit que la présence des hommes, soit que l'échauffement solaire rendent l'air intérieur spécifiquement plus léger que l'atmosphère ; aussi le renouvellement de l'air y est-il constant. Abri plus complet, ventilation incessante, par conséquent milieu plus oxygéné, plus frais et moins chargé d'émanations, tels sont les avantages du marabout.

Il ne s'ensuit pas pourtant qu'il faille l'adopter tel quel, car il offre aussi ses inconvénients. Outre qu'il est de trop grande dimension, incommode à transporter quand il est mouillé, et difficile à dresser par défaut fréquent d'emplacement convenable, on a un double reproche à faire à sa forme de cône évidé, qui produit tout à la fois une étroitesse intérieure et une inclinaison vicieuse. D'autre part, le diamètre de sa base est trop grand par rapport à son élévation ; il en résulte un défaut de pente de ses parois, de sorte que l'eau, arrivée à 30 centimètres environ du sol, au lieu de continuer à glisser sur le tissu, le traverse et tombe à l'intérieur, précisément à l'endroit où la tête des hommes doit reposer. Enfin, les deux portes donnent exactement lieu aux mêmes gouttières que celles de la tente ordinaire.

Toutefois, il n'y aurait que quelques modifications assez simples à lui faire subir pour le transformer en un abri préférable à tout autre, même à la tente de conseil. Ce serait :

Un tel parallèle parle déjà assez par lui-même.

Avant d'interpréter son langage, nous devons répondre à une objection en apparence fondée qu'on pourrait nous faire.

On pourrait nous objecter ce qui suit : La similitude entre vos deux observations n'est pas telle que vous voulez bien le dire, puisque des deux sujets, l'un d'eux, le dernier, est vacciné, tandis que l'autre ne l'était pas ; or, pour qui connaît l'influence presque toujours considérable qu'une vaccination antérieure imprime à une variole, si confluente au début qu'on la suppose, il est évident que vos deux cas ne sauraient rigoureusement être comparés, pas plus comme marche que comme issue.

Cette objection, à propos des cas dont il s'agit, n'a pas même pour elle d'être au moins spécieuse. Pour l'être, il faudrait que la variole du cas auquel elle s'applique eût présenté les signes de l'influence heureuse qu'une vaccination antérieure imprime fort souvent, sinon toujours, aux varioles confluentes ; influence qui, on le sait, consiste le plus ordinairement en ceci, « que la variole, parvenue avec une intensité apparente, souvent fort grande, jusqu'à la période de suppuration, cette phase, ordinairement si dangereuse, manque ici complétement ; les boutons se cornent, et la convalescence commence. »

En lisant attentivement l'observation en litige, on pourra se convaincre que telle n'a pas été pour elle la marche que la variole a suivie, et que, bien au contraire, ladite observation doit, par ses détails, être rangée parmi les cas heureusement rares dans lesquels, en dépit d'une vaccination antérieure plus ou moins bien faite, l'affection variolique n'en suit pas moins sa marche jusqu'au bout et avec une intensité plus ou moins considérable.

Mais, hâtons-nous de le dire, l'objection ci-dessus eût-elle ici toute sa force, qu'elle ne changerait rien d'*essentiel* à la similitude invoquée plus haut, non plus qu'à la légitimité des conclusions que nous voulons en tirer.

C'est là ce qui va ressortir au dernier degré d'évidence, en prouvant, et c'est chose facile, que dans ces deux cas, aussi bien que dans le premier, la variole a été *annihilée* comme cause, et par suite comme marche et résultat ultime.

Pour cela, nous n'avons qu'à nous rappeler que ce n'est point seulement par le côté variolique que ces cas doivent être comparés ; qu'ici, comme nous l'avons déjà dit, outre l'élément variolique d'intensité un peu plus ou un peu moins grande, il existait un second élément excessivement grave par lui-même, et dont l'activité, comme nous allons le voir, s'est trouvée suraccrue encore par la présence de la variole agissant à un degré plus ou moins élevé.

Qu'est-il arrivé en effet ?

Les deux premières observations, où la marche a été entièrement spontanée, le disent assez. Il est arrivé que, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir de l'aggravation consécutive de la variole par l'élément miasmatique, c'est ce dernier qui, exagéré tout d'abord par la première, a étouffé celle-ci en retour ; en ce sens que, semblable à une graine semée dans un terrain bon d'abord, devenu mauvais ensuite, elle n'a pu arriver à développement complet, tant s'en faut.

Mais, la variole ainsi étouffée ou avortée, comme on voudra, ce n'est donc pas d'elle qu'a pu venir le danger ultime, vraiment grave, mais bien plutôt de l'élément compliquant, puisque celui-ci n'a pu produire l'avortement variolique qu'à la condition préalable de sidérer les conditions organo-conservatrices de l'organisme.

Veut-on la contre-épreuve de ce que nous avançons là ? On n'a qu'à se rapporter au parallèle ci-dessus des cas de l'homme et de la femme, et de rechercher dans l'énoncé du deuxième cas (troisième comme fait) en quoi a pu être utile le sel de quinine et quels ont été ses résultats probables.

On y lit d'abord que, bien loin que ce sel ait enrayé la variole, celle-ci n'a jamais pris un épanouissement plus complet qu'après l'administration quinique.

Ce qui prouve, pour le dire en passant, que si le danger couru par le malade eût dépendu de la variole, c'est bien à l'occasion du sel quinique que ce danger eût dû grandir, tandis qu'il n'en a rien été, en définitive du moins.

Cela ne signifie pourtant pas non plus que ce soit le développement variolique qui a sauvé le malade. La circonstance réelle de la guérison est plus loin ; toujours dans le parallèle indiqué on lit : « Chute, puis disparition complète des paroxysmes ataxo-adynamiques, et guérison. »

Qu'on le remarque bien, en effet : *épanouissement de la variole, chute des paroxysmes, et guérison.*

C'est précisément le contre-pied de ce qui résulte du parallèle pour la femme, où on lit : *avortement de la variole, aggravation progressive des paroxysmes, et mort.*

C'est à savoir que, chez la femme, l'aggravation des paroxysmes a été à l'avortement variolique, puis à la mort, ce que, chez l'homme, la chute des paroxysmes a été au développement variolique, puis à la guérison.

Que manque-t-il maintenant à la compréhension de ces deux séries de résultats inversement correspondants ? Il ne manque qu'une chose, le *sulfate quinique*, absent dans l'une, présent ou sous-entendu dans l'autre. En d'autres termes, et afin de donner à tout ceci une forme moins géométrique, disons que le même raisonnement qui nous a servi tout à l'heure à expliquer les circonstances du cas de la femme, ce même raisonnement, *renversé*, va nous servir à expliquer les circonstances correspondantes du cas de l'homme.

Pour cela, nous n'avons qu'à dire : Le sel quinique a accru le développement variolique, parce qu'il a, au préalable, fait cesser, en neutralisant l'élément compliquant, la dépression fâcheuse imprimée par ce dernier aux rouages organiques. Cette dépression enlevée, et l'organisme rentrant dans ses conditions ordinaires et propices, le germe variolique a pu continuer de se développer comme d'habitude.

D'un autre côté, l'organisme, replacé par le sel quinique dans

---

1° D'en faire un cône parfait, ce qui, en rectifiant son inclinaison, augmenterait aussi relativement son cubage.

2° D'augmenter encore la pente de ses parois en réduisant les dimensions de la base. Le diamètre de la base du marabout actuel étant double de la hauteur, il suffirait de le diminuer d'un cinquième, le montant articulé restant le même.

3° Enfin, de supprimer une des deux portes, pour les raisons suivantes : en temps de pluie une seule sert à l'entrée et à la sortie, et l'autre, quoique bien fermée, occasionne des gouttières ; elle est alors nuisible. Dans le beau temps, elle devient inutile, car la base mobile du marabout modifié qu'on relève circulairement, les cordes de traction restant fixées aux piquets, la porte et le ventilateur du sommet suffiraient et au delà à une ventilation convenable.

Le marabout nouveau modèle, d'un prix de revient moins élevé que ceux qui existent, plus commode à transporter et à dresser, joindrait donc à une ventilation continue l'incontestable avantage aussi de garantir de la pluie plus complétement qu'aucune des tentes actuellement en usage.

La brochure de M. Boudin se termine par une courte notice sur le service des ambulances de l'armée anglaise, dont le corps d'infirmiers est composé d'*anciens soldats en retraite*. Cette organisation ne paraît pas avoir été à la hauteur des exigences des derniers événements de la guerre en Crimée. Il est à croire que le gouvernement britannique aura déjà donné des ordres pour adopter de nouvelles mesures à l'égard d'un service dont toutes les puissances se préoccupent à bon droit en ce moment.

Nous lisons les passages suivants dans la *Revue scientifique et administrative des armées de terre et de mer* (n° 65, janvier-février 1855) sur un travail intitulé : *De l'organisation des ambulances et de la formation de compagnies pour le transport des blessés sur le champ de bataille*, par le docteur Richter, médecin général du 8e corps d'armée prussien :

« ..... Après avoir indiqué le remède à tous ces défauts (du service des ambulances), le docteur Richter fait observer qu'un service organisé pour le transport des blessés manque dans l'armée prussienne ; que l'Autriche, depuis ses campagnes d'Italie et de Hongrie, en 1848 et 1849, emploie avec grand succès des troupes de santé, et que cette institution a été imitée en Bavière, en Saxe et en Hanovre.

» L'auteur nous montre les inconvénients résultant du transport des blessés par les soldats des rangs combattants ou par les infirmiers des ambulances, dont les fonctions sont autres, d'autant que ces secours sont

ses conditions de résistance normale, a pu, du même coup, faire largement face au développement variolique et guérir.

Les considérations qui précèdent tendent à démontrer, si nous ne nous trompons, que, dans les cas de variole compliquée tels que dessus, qu'il en surgisse une issue heureuse ou malheureuse, la variole doit en être exonérée, en tant, du moins, que cause *directe*.

Ce qui ne veut pas dire qu'elle soit sans influence sur l'issue mauvaise en particulier; il ressort, au contraire, que la variole exerce sur cette issue une influence puissante, mais influence *indirecte*, c'est-à-dire s'exerçant en proportion de son intensité propre sur la complication miasmatique, qui s'en trouve exaspérée d'une manière correspondante, et devient ainsi la seule cause véritable ou *directe* de la mort du sujet.

Transportant ce raisonnement aux observations, en particulier, de la femme et du mari, qu'on dirait faites exprès pour l'appuyer, c'est de cette manière qu'on peut dire qu'il s'est agi là de deux cas de variole compliquée miasmatique, sans vaccine pour l'un, avec vaccine pour l'autre, cas ayant entraîné la mort chez l'un d'eux, non par suite de *différences* entre eux et les circonstances vaccinales, mais par suite d'une *similitude* avec complications miasmatiques d'allure mortelle, complications non combattues dans un cas, combattues dans l'autre, celui qui a guéri;

Et que, par contre-coup, il est maintenant au moins rendu très probable que, si nous avions agi dans le cas de la femme comme chez le mari, et avec plus d'énergie encore, en raison de ce que l'absence de vaccine ici rendait la complication relativement plus dangereuse, le sujet serait peut-être aujourd'hui plein de vie.

En terminant, nous déduirons comme il suit les conséquences doctrinales et les préceptes pratiques qui découlent des faits et raisonnements qui précèdent.

1° Il existe des varioles confluentes ou non, *simples*, et des varioles confluentes ou non, *compliquées miasmatiquement*.

2° *a*. Lorsque la variole est simple, et surtout lorsqu'elle atteint un sujet non vacciné, elle peut, comme on sait, acquérir une intensité extrême, laisser des traces profondes de son passage, etc., le tout sans entraîner nécessairement la mort, le sujet supposé dans de bonnes conditions d'ailleurs.

3° *b*. Lorsque la variole est compliquée miasmatiquement, et si surtout elle sévit au degré de confluence (cas des adultes *non* vaccinés), la complication miasmatique atteint à son tour, par ce fait seul, une gravité relative très grande.

4° Les résultats de cette réciproque aggravation pathogénique poussée au degré excessif, sont presque toujours, premièrement, l'avortement de la variole; (1) secondement, *la mort* du sujet, qui meurt conséquemment, non de la variole, mais de la *sur-aggravation compliquante*.

5° Lesdits résultats, en supposant qu'on puisse les généraliser, deviennent incidemment la réfutation la plus radicale du prétendu antagonisme entre la variole et les fièvres continues graves, en tant que celles-ci tendraient de plus en plus à se substituer, comme espèce pathologique, à celle-là.

Car, loin de se substituer, elles s'associent au contraire, et l'issue de cette association est d'autant plus redoutable que la variole est plus confluente, ou, ce qui est la même chose, que le sujet est moins vacciné.

6° Enfin, comme préceptes pratiques, il ressort que, dans les cas de variole compliquée miasmatiquement, il importe, par-dessus tout, de combattre la complication par les moyens appropriés, et d'employer ceux-ci avec d'autant plus d'énergie, que, pour un motif ou pour un autre, la variole peut revêtir ou revêt tout d'abord un plus haut degré d'intensité.

(1) Ce premier résultat, pour passer à l'état de *règle* générale, aurait besoin d'un plus grand nombre de faits.

En attendant, reconnaissons qu'il a pour lui outre les faits ci-dessus le raisonnement. Il suffit d'assimiler, comme nous l'avons déjà fait, le virus variolique à une graine qui ne saurait se développer dans de mauvaises conditions du terrain.

Note pour servir a l'histoire des tumeurs synoviales, de celles des doigts en particulier; par le docteur E. Foucher, prosecteur de la Faculté.

Les kystes synoviaux que l'on rencontre assez fréquemment autour de certaines articulations sous la forme de tumeurs le plus souvent arrondies, fluctuantes, mobiles, quelquefois très dures, ont été, en pathologie, désignées sous le nom de *ganglions*. Pour comprendre tout le vague de cette dénomination, il suffit de se rappeler que les chirurgiens se sont peu entendus sur le siége et l'origine de cette affection; et, pour ne citer que les auteurs les plus récents, nous voyons MM. J. Cloquet, Ollivier, dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, appeler du nom de ganglions l'hydropisie véritable des membranes synoviales non articulaires, M. Nélaton donner ce nom aux collections séreuses de la gaîne des tendons, tandis que M. Velpeau accepte comme synonyme du mot ganglion la dénomination de kystes articulaires. MM. A. Bérard et Denonvilliers, dans le *Compendium de chirurgie*, appellent *ganglions* les tumeurs formées aux dépens de la synoviale des tendons. M. Gosselin, dans son intéressant mémoire, les considère comme des tumeurs formées aux dépens des synoviales articulaires; et M. Michon (thèse de concours, 1851) les fait dépendre également des synoviales articulaires et des synoviales tendineuses.

Or, l'on rencontre toutes ces variétés de tumeurs formées par les synoviales articulaires ou tendineuses, mais chacune d'elles diffère tellement des autres par sa forme, son pronostic, ses indications curatives, qu'il est irrationnel de ne pas chercher à les distinguer et de les englober sous la même dénomination. Il faut donc définitivement rayer du vocabulaire de la chirurgie ce mot *ganglion*, qui n'indique rien, dont la signification varie suivant les

---

presque toujours insuffisants. Il prouve que le nombre des voitures pour le transport des blessés est trop peu considérable, et qu'on peut rarement compter sur les voitures à requérir par l'intendance. Le transport des blessés reste donc livré trop souvent à la merci du hasard, et le service ne sera régulier que lorsqu'un corps spécial y sera affecté. Tous ces faits sont appuyés sur les témoignages des célébrités de la médecine militaire, Percy, Larrey, Guthrie (médecin en chef anglais dans les guides), et des principaux chefs du corps de santé prussien, pendant les campagnes de 1813 à 1815.

» Les judicieuses remarques du docteur Richter ont porté leur fruit... Chaque hôpital ambulant a reçu quatre voitures pour le transport des blessés; leur construction est nouvelle et du modèle de celles en usage dans le corps de santé autrichien. On compte dans les trois hôpitaux ambulants d'un corps d'armée répondant à ses trois divisions (deux d'infanterie, une de cavalerie) douze voitures de transport, auxquelles il faut ajouter trois omnibus destinés aux hommes blessés légèrement, ce qui donne un total de quinze voitures de transport. Chaque hôpital ambulant a été pourvu ensuite d'un caisson contenant des bandages et des médicaments, une caisse à amputation, des instruments de résection, un brancard, et d'autres ustensiles et instruments nécessaires aux opérations sur le champ de bataille. Ce caisson est disposé de manière à pouvoir prendre sans recherches les objets dont on a besoin.

» Une ordonnance royale du 23 décembre 1854 crée les *compagnies des porte-malades*, établies selon les indications données par le docteur Richter dans la 2e partie de son ouvrage (p. 104).

» Ces compagnies sont ainsi composées: 1 capitaine, 3 lieutenants, 3 médecins adjoints (grade de lieutenant), 203 hommes de troupe, dont 17 sous-officiers (sergent-major et fourrier compris), 16 exempts (premiers soldats), et 6 clairons.

» Chaque compagnie est divisée en trois pelotons, c'est-à-dire un peloton pour chaque hôpital ambulant des trois divisions du corps d'armée. Chaque peloton se compose de: 1 officier, 1 médecin anglais (*montés chacun de deux chevaux*), 5 sous-officiers, 60 soldats et exempts, et 2 clairons.

» Le peloton a 15 brancards, c'est-à-dire 45 pour la compagnie. »

On ne peut qu'applaudir à une création destinée à rendre d'éminents services sur le champ de bataille, à la condition toutefois que les hommes employés comme *porte-blessés* auront force et agilité, et par conséquent ne seront pas recrutés, comme en Angleterre, parmi d'*anciens soldats en retraite*.

Docteur Armand.

chirurgiens, et étudier séparément les diverses espèces de tumeurs synoviales.

Les membranes synoviales articulaires, tendineuses, et les bourses séreuses peuvent être le siége de collections séreuses qui constituent l'hydropisie de ces cavités; ce sera, dans le premier cas, une hydarthrose, dans le deuxième, une hydropisie de la gaîne des tendons, et dans le troisième un hygroma. Voilà une première variété de tumeurs synoviales. Mais il peut se former au pourtour de l'une ou de l'autre de ces synoviales articulaires ou tendineuses de petites tumeurs enkystées communiquant ou ne communiquant pas avec la cavité synoviale, et ces petits kystes pourront reconnaître une double origine, ou bien ils seront dus au développement d'un follicule synovial, et alors ils mériteront le nom de *kystes synoviaux folliculaires*, ou bien ils seront produits par une hernie d'une portion de la synoviale, auquel cas on pourra les nommer *kystes synoviaux herniaires*.

Cela formera deux autres variétés, longtemps confondues, de tumeurs synoviales. Chacune de ces variétés offrira elle-même une distinction importante à établir, selon que le kyste sera formé aux dépens d'une synoviale articulaire ou d'une synoviale tendineuse. En résumé, donc les tumeurs synoviales comprennent, suivant les régions, 1° les hydarthroses; 2° les hydropisies de la gaîne des tendons; 3° les hygromas; 4° les kystes folliculaires d'une synoviale articulaire; 5° les kystes folliculaires d'une synoviale tendineuse; 6° les kystes herniaires d'une synoviale articulaire; 7° les kystes herniaires d'une synoviale tendineuse. Et toutes ces tumeurs, sauf l'hydarthrose, porteraient le nom de *ganglions!*

C'est surtout à propos des kystes synoviaux qui se développent à la face dorsale du poignet que les auteurs se sont occupés du mode de formation de ces tumeurs, qu'ils ont recherché le mécanisme de leur production, et depuis A. Paré, qui faisait provenir ces kystes de la substance propre du tendon, jusqu'à M. Gosselin, qui les rattache aux follicules synoviaux, un grand nombre d'opinions ont successivement pris naissance. La doctrine de la hernie d'une portion de synoviale articulaire, soutenue d'abord par Acrel, a trouvé dans MM. Bégin et Velpeau d'ardents défenseurs, tandis que celle de Boyer, qui plaçait ces tumeurs dans le tissu cellulaire, en dehors des gaînes tendineuses, et celles d'Eller (*Mémoires de l'Académie des sciences* de Berlin, 1746), qui les attribuait à un épanchement de synovie qui s'enkyste, ont été bien vite et généralement abandonnées. Aujourd'hui le mode d'évolution de ces kystes à la face dorsale du poignet, indiqué par M. Gosselin, est admis à peu près sans réserve. Ce chirurgien a décrit et figuré dans les membranes synoviales articulaires, celles du poignet en particulier, des prolongements ou culs-de-sac qu'il propose d'appeler cryptes ou follicules synovipares, et il a démontré que l'oblitération de ces cryptes et l'accumulation de synovie dans leur intérieur sont le point de départ des kystes de la face dorsale du poignet (voy. *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XVI, 1850). Depuis cette époque, tous ceux qui ont voulu se donner la peine de chercher la vérification des assertions de M. Gosselin ont pu en constater la réalité. Les deux pièces que nous avons disséquées, celles présentées à la Société anatomique par MM. Heyfelder fils, d'Erlangen, par M. Verneuil, par M. Cruveilhier et autres, ne permettaient pas le moindre doute à cet égard. Cependant toutes les tumeurs synoviales que l'on rencontre au poignet n'appartiennent pas à cette espèce, et les hydropisies des diverses gaînes synoviales de la région en constituent l'une des espèces les plus importantes.

Il nous a paru essentiel de tenir compte des diverses variétés de tumeurs synoviales, et déjà, dans un travail inséré dans la *Revue médico-chirurgicale* (1853), nous avons cherché à distinguer les différentes espèces de kystes synoviaux en ce qui concerne la région poplitée. Là, comme au poignet, nous avons trouvé l'hydropisie des gaînes tendineuses ; cette hydropisie nous a semblé avoir pour siége ordinaire la gaîne synoviale, qui se trouve sous le tendon du muscle jumeau interne, synoviale que nous avons décrite avec quelque soin, et que les auteurs ne mentionnent pas. Nous avons souvent rencontré cette variété de kystes du jarret sur le cadavre, et plusieurs fois sur le vivant, et en particulier chez un malade couché dans les salles de M. Velpeau, et dont M. Marcé a publié l'observation dans la *Gazette des hôpitaux* du 7 octobre 1854. Nous avons reconnu et disséqué dans cette même région poplitée des kystes dépendant des follicules synoviaux et formés d'après le mécanisme indiqué par M. Gosselin. Nous avons admis encore comme possible, mais comme exceptionnelle, la formation, dans le creux poplité, de tumeurs constituées par une hernie de la synoviale articulaire à travers l'une des éraillures du ligament postérieur. Cette variété, que nous n'avons pas observée, semble démontrée par les faits de MM. Cloquet, Velpeau, Bégin, etc.

Eh bien! des recherches récentes nous ont appris que l'on peut rencontrer aux doigts ces mêmes espèces de tumeurs synoviales, et nous croyons utile de donner ici quelques détails sur ces kystes des doigts peu étudiés jusqu'à présent. Les kystes synoviaux des doigts se rapportent aux quatre espèces suivantes : 1° l'hydropisie de la gaîne synoviale des tendons fléchisseurs; 2° le kyste synovial folliculaire qui offre deux variétés, selon que le follicule développé dépend de la synoviale tendineuse ou de l'une des synoviales articulaires; 3° le kyste synovial herniaire ; 4° le kyste séreux développé dans une bourse séreuse sous-cutanée normale ou accidentelle.

Les nombreux travaux entrepris dans ces derniers temps sur la disposition des gaînes synoviales de la face palmaire du poignet et de la main ont conduit à des résultats très divers. Cependant aujourd'hui l'on sait, grâce aux recherches de M. Gosselin et à la confirmation qu'a pu leur donner M. Michon, on sait qu'il existe généralement deux gaînes, l'une externe ou radiale, qui se prolonge jusqu'à l'extrémité du tendon fléchisseur du pouce, l'autre interne ou cubitale qui, d'après M. Gosselin, se prolongerait aussi jusqu'à l'extrémité des tendons fléchisseurs du petit doigt, du moins chez l'enfant, tandis qu'elle s'arrêterait souvent chez l'adulte au niveau de la tête du métacarpien, ce qui serait l'état normal, d'après M. Leguay (1837). Les trois autres doigts, index, médius, annulaire, ont chacun une gaîne synoviale spéciale qui entoure les deux tendons fléchisseurs et forme un cylindre maintenu dans la gaîne fibreuse. Cette synoviale unique se rétrécit au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne, puis se bifurque pour remonter un peu vers la paume de la main en enveloppant chaque tendon. Or, ces synoviales des doigts, qu'elles soient isolées ou qu'elles communiquent avec celles du poignet, peuvent être le siége d'une accumulation du liquide synovial. Ainsi la clinique de Dupuytren renferme un exemple d'hydropisie de la gaîne synoviale de l'annulaire (*Leçons orales*, t. II). Lisfranc en a fait publier un cas pour le doigt médius dans le *Journal de médecine et de chirurgie* (t. VIII, p. 412), et la *Gazette des hôpitaux* de mai 1848 en contient un de l'index appartenant à la pratique de M. Nélaton. On trouve, en outre, dans la thèse de M. Michon (concours 1851) la description et la figure d'une pièce pathologique offrant un bel exemple d'hydropisie du doigt médius. Dans ce cas particulier, la poche, longue de 7 centimètres, remontait jusqu'à la partie supérieure du troisième métacarpien, et était divisée par une cloison transversale en deux portions, l'une digitale, l'autre métacarpienne. Dans tous ces cas, le doigt plus volumineux était le siége d'une fluctuation manifeste, et l'on pouvait faire refluer alternativement le liquide du doigt vers la paume de la main et de celle-ci vers le doigt; et ce mouvement du liquide s'accompagnait d'une crépitation analogue à celle qu'offrent les kystes à grains hydatiformes du poignet. On conçoit, du reste, que si, dans ces sortes de tumeurs, comme l'a voulu démontrer M. Michon, les conditions de la crépitation sont l'existence de corpuscules durs, le rétrécissement de l'un des points de la poche, le passage possible d'un côté à l'autre du liquide et des corpuscules, on conçoit, dis-je, que, dans bon nombre de circonstances, cette crépitation puisse manquer. Quoi qu'il en soit, l'histoire de ces hydropisies de la gaîne des doigts se rattache trop directement à celle des tumeurs synoviales à grains hydatiformes du poignet pour que je veuille y insister ici.

La deuxième variété, beaucoup moins connue, à peine même indiquée, méritera surtout d'attirer notre attention. Le premier exemple de kyste synovial folliculaire qui ait été bien décrit appartient à M. Verneuil :

« Sur un homme d'environ quarante ans, dont les mains cal-

leuses annonçaient un homme de peine, après avoir enlevé la peau de la main, voici ce que l'on pouvait constater. A la partie antérieure de la gaîne des fléchisseurs, au niveau de la première phalange de tous les doigts, excepté le pouce, vers la partie moyenne de la bandelette fibreuse qui forme la gaîne en ce point, existaient quatre tumeurs aplaties, ayant la forme de lentilles biconvexes. Les deux plus volumineuses étaient à l'index et au médius; elles avaient 7 millimètres de diamètre environ. Celles de l'annulaire et du petit doigt n'avaient guère que 4 millimètres. Elles étaient fluctuantes, transparentes, appliquées sur la gaîne à laquelle elles adhéraient par la face profonde. En cherchant à les soulever par la dissection, il était manifeste que l'adhérence était plus forte en un point central. Elles étaient remplies par un liquide identique dans les quatre, d'une couleur rosée, onctueux et filant. Examiné au microscope, le liquide présente une quantité énorme de cellules d'épithélium pavimenteux extrêmement régulières, plus petites que les cellules ordinaires et à noyau plus grand. En fendant la gaîne des tendons par le côté, pour voir les connexions de la tumeur avec elle, on voit qu'il n'y a pas de communication, mais qu'à peu près au niveau de l'insertion du petit kyste existe un petit écartement des fibres transversales de la bandelette aponévrotique. Cette éraillure est bouchée par la membrane interne du kyste. » (Michon, thèse de concours, 1851.)

Du reste, le *Bulletin de thérapeutique* (tome XXIX, p. 294) contenait déjà l'observation d'un malade opéré par M. Maisonneuve. Ce malade portait sur la face palmaire du petit doigt une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, d'une dureté fibreuse. On l'enlève avec facilité à cause de son peu d'adhérence à la gaîne des fléchisseurs, et l'on reconnaît que c'était un véritable kyste à parois épaisses et dures.

J'ai moi-même disséqué et montré à la Société anatomique plusieurs petits kystes analogues aux précédents.

Ainsi, sur un sujet d'une quarantaine d'années, dont la peau calleuse de la main droite annonçait l'exercice d'une profession pénible, on trouvait, au niveau de la partie moyenne de la face palmaire de la première phalange du médius, une petite tumeur située entre la peau et la gaîne fibreuse des tendons, du volume d'une petite noisette, transversalement allongée, d'une teinte jaunâtre, bosselée légèrement et évidemment fluctuante. Cette tumeur était un kyste à parois minces reposant sur la gaîne fibreuse. Au niveau de la partie moyenne de la première phalange de l'annulaire, on voyait également un kyste moins volumineux, mais ayant le même aspect que le précédent ; enfin un troisième kyste beaucoup plus petit occupait la partie latérale de la gaîne recouvrant la deuxième phalange du petit doigt. Le kyste de l'annulaire incisé a donné issue à un liquide épais, analogue à de la gelée de pomme. La face interne de la paroi était revêtue d'épithélium pavimenteux. En ouvrant la gaîne tendineuse sur le côté, on constata qu'il n'existait pas la moindre communication entre le kyste et cette gaîne ; la dissection a montré que ces kystes adhéraient à la paroi de la gaîne par un pédicule étroit et imperforé qui se continuait avec la synoviale à travers la paroi fibreuse ; c'est à peine s'il existait une petite dépression au niveau de l'insertion de ce pédicule sur la synoviale. Sur ce même sujet, on remarquait, au niveau de chaque articulation métacarpo-phalangienne, une petite bourse séreuse sous-cutanée.

Il nous semble évident que, dans ce cas, comme dans celui de M. Verneuil, les petites tumeurs étaient formées aux dépens des follicules synovipares que M. Gosselin avait spécialement décrits dans les synoviales articulaires, mais qui existent bien réellement dans les synoviales tendineuses. Nous avons pu souvent en constater la présence dans les gaînes des doigts et celles des orteils, où ils offrent le plus ordinairement la forme d'une petite fente nettement délimitée et dans laquelle on peut enfoncer une soie de sanglier à 1 millimètre de profondeur. Or, de la présence des follicules synovipares dans les gaînes tendineuses des doigts et de celle de l'épithélium pavimenteux à la face interne de ces gaînes, il nous paraît légitime de conclure que les tumeurs que nous avons observées sont dues à l'oblitération des follicules synoviaux et à leur développement par le mécanisme indiqué par M. Gosselin pour les kystes du poignet. Quelle autre origine pourrait-on, en effet, invoquer? Serait-ce une hernie de la synoviale? Mais dans ces points la synoviale est tellement adhérente à la gaîne fibreuse, que ce mode d'origine ne nous paraît pas possible. Serait-ce un kyste séreux développé dans une bourse accidentelle? Mais ces bourses séreuses, lorsqu'elles se forment à la face palmaire des doigts, n'occupent pas le siége qu'ont offert nos tumeurs. Et puis ces tumeurs contenaient à leur face interne un épithélium pavimenteux.

Si, il y a un instant, dans l'énumération des variétés de tumeurs synoviales des doigts, nous avons fait entrer le kyste synovial herniaire, nous n'entendions parler que de la hernie d'une des synoviales articulaires comme exceptionnelle et comme supposant préalablement une hydarthrose.

Une autre pièce que nous avons pu disséquer, il y a quelques jours, nous a offert une autre variété de kyste synovial.

Sur une femme d'une quarantaine d'années, on rencontrait, au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du quatrième orteil, un petit kyste du volume d'un pois, très tendu et reposant sur la partie latérale interne de la gaîne des fléchisseurs. Cette gaîne étant ouverte sur son côté externe, on a pu voir que le kyste faisait bomber en dedans la paroi de la gaîne qui, du reste, n'était pas amincie en ce point. La dissection a permis d'isoler le kyste de cette paroi, excepté en un point restreint que l'on a pu reconnaître constituer un mince pédicule qui se prolongeait à travers la partie antérieure de l'articulation métatarso-phalangienne vers la synoviale, sur laquelle on voyait manifestement une petite fente linéaire au niveau de l'insertion du pédicule. Le kyste, qui offrait une assez grande dureté, n'était pas réductible par la pression.

Ici l'origine du kyste dans un follicule ne saurait être douteuse, car la synoviale est trop adhérente au ligament antérieur pour faire hernie en écartant les fibres qui forment ce ligament, et il y a trop d'analogie dans la disposition des doigts et des orteils pour que l'on puisse hésiter à accepter pour les doigts ce que l'on trouve démontré pour les orteils.

Ainsi se trouve légitimée la distinction que nous avions admise entre les kystes synoviaux folliculaires articulaires et les kystes synoviaux articulaires tendineux.

Enfin les bourses séreuses sous-cutanées sont très fréquentes sous la peau des doigts, puisque M. Velpeau n'en mentionne pas moins de quatorze à la face dorsale au niveau des articulations, et cinq à la face palmaire au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Il faut ajouter cependant que ces bourses séreuses ne s'observent pas toujours et que leur existence suppose l'exercice d'une profession pénible et coïncide avec les callosités de la peau. On comprend que l'accumulation de liquide dans l'une de ces bourses séreuses produise un petit kyste, un véritable hygroma bien distinct des variétés de kystes synoviaux que nous venons d'indiquer. Tel était le cas dans une pièce que nous avons montrée à la Société anatomique, et sur laquelle on voyait un petit kyste arrondi au niveau de l'articulation de la première phalange avec la deuxième du doigt médius. Ce kyste, situé entre la peau et le tendon extenseur, diminuait pendant la flexion et semblait augmenter, devenait plus dur et turgide dans l'extension ; néanmoins il ne communiquait nullement avec l'articulation.

Quelle que soit, du reste, l'origine des petits kystes synoviaux que l'on pourra rencontrer aux doigts, ils offriront en général des caractères qui permettront de les distinguer des autres tumeurs. Cependant on a pu, lorsqu'ils avaient un certain volume, les prendre pour des lipomes ou des tumeurs fibreuses, car ils sont souvent fort durs, et il est très rare qu'ils soient réductibles. Il était donc important, à ce point de vue, d'insister sur la possibilité de la formation de ces kystes synoviaux. Nous ajouterons, parce que nous l'avons vu, que quelquefois les doigts sont le siége de petites tumeurs érectiles qui pourraient en imposer pour des kystes. Nous avons fait voir à la Société anatomique (*Bulletin* de mai 1852) le doigt indicateur d'un homme qui offrait sur la face antérieure de la gaîne fibreuse, au niveau de la deuxième phalange, une petite tumeur qui nous sembla de nature érectile, et qui, en effet, examinée par M. Lebert, fut trouvée formée à sa surface par des veines dilatées, et dans l'intérieur par un tissu grenu, rougeâtre, paraissant com-

posé de vaisseaux dilatés. Au microscope, on trouvait des éléments graisseux entourés de capillaires, et sur le trajet de ces vaisseaux de petits sacs qui constituaient autant de petits anévrysmes véritables.

PRÉPARATION DE L'ONGUENT MERCURIEL DOUBLE, par M. POMONTI, de Bastia.

Un nouveau procédé relatif à cette préparation, imaginé par M. Pomonti, de Bastia, nous semble bon à faire connaître. Ce procédé repose sur l'emploi, comme intermède, d'une solution de nitrate de potasse : 6 grammes de ce sel, dissous dans quelques grammes d'eau, suffisent à l'extinction de 1 kilogramme de mercure. Voici le mode d'opérer :

On met dans un mortier 250 grammes d'axonge *récente*, et l'on y verse peu à peu, et en triturant sans cesse, une solution faite avec 6 grammes de nitre dans le moins d'eau possible. On ajoute alors à la graisse ainsi préparée 1 kilogramme de mercure que l'on verse par petites portions et en agitant continuellement. Le mercure disparaît presque aussitôt, mais il reparaît au bout de quelques minutes. On triture de nouveau pendant quelques instants, au bout desquels on voit le mercure s'éteindre comme dans le premier cas ; mais cette fois il a disparu sans retour. On ajoute alors le complément de la graisse, c'est-à-dire 750 grammes ; on mêle avec soin, et l'onguent est terminé. L'extinction du métal est si complète, qu'il est impossible, même à l'aide d'une forte loupe, d'en apercevoir le moindre globule. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 janvier 1855.)

DES PROPRIÉTÉS RUBÉFIANTES DE LA POUDRE DE RAIFORT SAUVAGE, OU CRAN DE BRETAGNE (*Cochlearia armoracia*, Lin.), ET DE SON EMPLOI COMME SUCCÉDANÉ DE LA FARINE DE MOUTARDE, par P.-H. LEPAGE, pharmacien à Gisors.

Dans un mémoire (1) présenté à la Société de pharmacie de Paris et qui a été l'objet d'un rapport favorable au sein de cette savante compagnie, nous avons, en 1844, démontré, contrairement aux idées encore généralement reçues à cette époque (2), que plusieurs crucifères employées jusque-là exclusivement à l'état frais, et notamment la racine de raifort sauvage, ne perdaient pas *par la dessiccation* toutes leurs propriétés médicinales, ou mieux la faculté de développer de l'huile volatile, lorsqu'on les plaçait dans des conditions favorables, c'est-à-dire au contact de l'eau froide.

Nous avons également fait voir qu'on pouvait accélérer et rendre plus abondante cette production d'huile volatile, en ajoutant au macératé de ces plantes un soluté de myrosine (émulsion de graine de moutarde blanche) (3).

Enfin nous avons encore constaté qu'en versant dans un décocté *refroidi* de raifort sec, lequel est complétement inodore, une émulsion de moutarde blanche, il s'y développait incontinent une odeur piquante due à la production d'huile essentielle, qu'on pouvait obtenir en soumettant le liquide à la distillation.

Ces diverses expériences, et notamment la dernière, sur la *racine sèche* de raifort, confirmaient, du reste, les résultats de celles qu'avaient antérieurement exécutées, sur le même végétal à l'état récent, deux éminents chimistes, MM. Boutron et Fremy (4), à savoir, la *non-préexistence* de l'huile volatile dans cette racine (5).

(1) Ce mémoire a été publié *in extenso* dans le *Journal de chimie médicale* en 1846.

(2) Les propriétés des crucifères résidant principalement dans un principe volatil, la dessiccation seule suffirait, dit M. le professeur Soubeiran, dans la première édition de son excellent *Traité de pharmacie*, pour leur faire perdre *toutes leurs propriétés*.

(3) Un grand nombre de fruits des crucifères renferment de la myrosine, et peuvent remplacer la moutarde blanche dans cette circonstance. (Voir à ce sujet notre premier travail.)

(4) *Journal de pharmacie*, t. XXVI, Note sur les huiles volatiles de moutarde et de raifort.

(5) Cependant M. Liebig admet (*Traité de chimie organique*, t. III, p. 490) la préexistence de l'huile volatile dans le raifort ; mais les expériences ci-dessus rapportées démontrent, comme on le voit, péremptoirement le contraire.

En réfléchissant sur quelques-uns des faits consignés dans notre premier travail, il nous est venu à l'idée de faire essayer la poudre de raifort en pédiluves et en sinapismes concurremment avec la farine de moutarde ; et disons-le tout de suite, les résultats que nous avons obtenus nous ont démontré que la poudre dont nous donnons plus loin la préparation possède une action révulsive au moins égale, sinon supérieure, à celle de la *meilleure* farine de moutarde (1).

Les révulsifs sont, sans contredit, dans certaines circonstances, des agents dont la médecine obtient des résultats extrêmement précieux, et si, en pareille occurrence, il était toujours possible au médecin de pouvoir compter sur les effets de la farine de moutarde, nous n'aurions peut-être pas songé à faire connaître les avantages qu'on peut tirer du raifort comme succédané de cette dernière, que nous n'avons cependant pas la prétention de vouloir détrôner complétement.

Non-seulement, chacun le sait, la farine de moutarde, dont la préparation et le débit devraient, dans l'intérêt des malades, être exclusivement réservés aux pharmaciens, est, dans le commerce, sujette à de nombreuses falsifications (2) ; mais encore on emploie fréquemment pour la préparer des graines qui ont peu d'énergie : telles sont, par exemple, celles de Flandre, de Picardie, voire la graine de moutarde sauvage ou sauve (*Sinapis arvensis*). De là les fréquents mécomptes que les médecins obtiennent de cette préparation.

Si l'usage de la poudre dont nous proposons l'emploi venait à être adopté, nous pensons que la médecine pourrait désormais compter sur un révulsif énergique et toujours identique dans sa composition comme dans ses effets, car sa préparation et son débit ne pourraient guère avoir lieu que dans les pharmacies.

Dans toutes les expériences que nous avons faites ou que nous avons fait faire comparativement avec la bonne farine de moutarde préparée avec la graine d'Alsace, la seule, selon nous, qui devrait être employée pour les usages de la médecine, l'avantage a toujours été, répétons-le, pour le raifort, dont l'effet est d'ailleurs plus instantané.

L'huile volatile du raifort $C^8H^{10}N^2S^2$ étant, comme on le voit, chimiquement identique avec celle de moutarde, l'action plus prompte du premier dépend vraisemblablement de la plus grande quantité d'huile essentielle qui s'y développe, et peut-être aussi de ce que cette racine ne renferme pas, comme la graine de moutarde, d'huile fixe capable de mitiger ou de retenir une partie de l'huile volatile.

Selon le célèbre chimiste de Giessen, M. Liebig, déjà cité, 50 kilogrammes de racines récentes de raifort ne donneraient que 15 à 20 grammes d'huile essentielle brute Si cette donnée est exacte, une expérience que nous avons faite avec la poudre de racine sèche, mais que nous voulons répéter sur une plus grande échelle avant d'en faire connaître positivement le résultat, nous ferait pressentir qu'il y aurait un grand avantage à employer cette dernière dans laquelle, à poids égal (3), cela se comprend maintenant, le principe propre à former l'huile essentielle se trouve beaucoup plus concentré.

C'est à l'automne ou au printemps, avant le développement des feuilles et dans la seconde année de sa végétation, qu'il convient de récolter la racine de raifort.

Pour en opérer la dessiccation, nous conseillons de la couper en tronçons assez longs (de 8 à 12 centimètres, selon la grosseur des racines), afin d'éviter la déperdition d'une notable quantité d'huile volatile qui se forme toujours dans cette circonstance par le dé-

(1) Il n'y aura pas que la médecine humaine qui pourra tirer parti des propriétés révulsives de la poudre de raifort. La médecine vétérinaire pourra aussi en faire son profit, car il résulte d'expériences comparatives faites à notre instigation par un médecin vétérinaire, M. Morin, sur divers animaux de l'espèce chevaline, que les sinapismes au raifort ont toujours montré une action bien plus puissante que ceux à la farine de moutarde.

(2) Voir à ce sujet le *Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales*, de M. le professeur Chevallier.

(3) La racine de raifort perd sensiblement les deux tiers de son poids par la dessiccation.

chirement ou la section des cellules sous l'influence de l'eau de végétation.

Pour préparer la poudre révulsive dont nous proposons l'emploi, nous prenons :

Racine de raifort sauvage convenablement séchée. . 4 parties.
Graine de moutarde blanche (*Sinapis alba* (1)). . . 1 —

On pulvérise ensemble les deux substances, on passe au tamis fin à moutarde, on mélange exactement et l'on conserve dans un vase bien bouché.

Pour faire usage de cette poudre, il est important de se conformer aux règles prescrites pour l'emploi *rationnel* de la farine de moutarde, c'est-à-dire qu'il ne faut jamais la délayer que dans de l'eau *froide* ou tout au plus tiède, afin d'éviter la coagulation de la myrosine *indispensable* à la production du principe révulsif ou huile volatile. Pour les pédiluves, après vingt-cinq ou trente minutes de contact de la poudre avec une certaine quantité d'eau froide, on peut ajouter l'eau chaude, et prendre le bain de pieds.

Le révulsif de raifort absorbe sensiblement moitié plus d'eau que la farine de moutarde pour prendre la consistance de cataplasme. En effet, 100 grammes de farine de moutarde donnent à peu près 250 grammes de sinapisme, tandis que la même quantité de poudre de raifort en donne 400 grammes.

La préparation suivante pourrait aussi, nous le croyons du moins, remplacer économiquement l'épithème rubéfiant de M. Fauré (alcoolé d'huile volatile de moutarde).

♃ Poudre révulsive au raifort. . . 1 partie.
Eau distillée. . . . . 2 —

Laissez en contact pendant douze heures dans un flacon bouché, puis ajoutez :

Alcool à 90 centièmes. . . . 3 parties.

Agitez fréquemment le mélange pendant l'espace de cinq à six heures, puis exprimez et filtrez.

L'alcoolé qui résulte de ce *modus operandi* est doué d'une saveur excessivement mordicante. Appliqué sur la peau avec un linge que l'on a soin d'humecter, il y détermine au bout de peu de temps une vive irritation. (*Journal de pharmacie et de chimie*, 15 avril 1855.)

(1) L'addition de la graine de moutarde blanche a pour but ici, on le comprend, de fournir la matière albuminoïde particulière (myrosine) propre à la plupart des semences des crucifères, celle qui existe naturellement dans le raifort paraissant avoir perdu de sa solubilité par la dessiccation de la racine.

III.

CORRESPONDANCE.

Propagation de la syphilis par la vaccination.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Depuis plus de dix ans je remplis les fonctions de conservateur du dépôt de vaccin pour le département du Calvados, et de médecin cantonal pour la ville de Caen. J'ai, à ce titre, pratiqué déjà au moins 3,000 vaccinations.

Sans nul doute, et à mon insu, je n'ai pas été sans reprendre parfois du vaccin sur des sujets chez lesquels, plus tard, des affections scrofuleuses, syphilitiques ou autres, héréditaires, congénitales et latentes, auront fait plus tard explosion, mais dont le germe existait déjà dès le jeune âge. Tout ce que je puis affirmer, c'est que jamais, jusqu'ici, il ne m'a été adressé le reproche d'avoir inoculé autre chose que le virus vaccin chez aucun des sujets sur lesquels j'ai opéré. Je suis loin de regarder cela comme un privilége, car je pense qu'il devra en être ainsi toutes les fois que l'on se servira de virus vaccin de belle nature et de bel aspect. Aussi le fait rapporté dans la *Gazette hebdomadaire* (t. II, n° 10, 9 mars 1855, p. 176), ayant pour titre : *Propagation de la syphilis par la vaccination*, me paraît-il inexplicable.

Permettez-moi de lui en opposer un autre, que j'extrais du rapport que, chaque année, j'adresse à l'Académie impériale de médecine, et que je vais, d'ici à peu de jours, lui transmettre, en même temps que le compte rendu de mes actes pour 1854. J'ai intitulé ce chapitre de mon travail, qui était fait avant la publication de l'article de la *Gazette* que je viens de citer :

Innocuité du virus vaccin recueilli sur un sujet atteint d'une affection éminemment contagieuse.

Mon opinion sur le point suivant est positivement arrêtée : Je pense que, toutes les fois que le vaccin est beau et normal, il est bon ; que le meilleur est celui qui se présente sous le plus franc et le plus bel aspect ; et je pense que ce virus (comme du reste bien probablement tous les autres virus), jouit de propriétés éliminatoires; qu'il s'isole, reste toujours uniforme, identique avec lui-même, pur de tout mélange avec les autres virus qui pourraient exister dans l'économie, en un mot *sui generis*, quelles que puissent être d'ailleurs les conditions de santé ou de maladie du sujet sur lequel, naturellement ou artificiellement, il s'est développé. Et, fort des expériences faites à ce sujet par Devèze, entre autres, des faits observés et rapportés par lui, et que ne peuvent infirmer, pour moi, quelques autres faits contradictoires que l'on rencontre épars dans les annales de la science, je ne puis balancer à regarder comme parfaitement inoffensif le vaccin recueilli sur des sujets atteints d'affections générales ou contagieuses, et bien positivement reconnues comme telles par tout le monde, si ce vaccin est d'ailleurs beau.

Mais ce n'était pas assez pour moi que d'avoir, en faveur de ma conviction, l'expérience des autres ; je désirais ardemment pouvoir la corroborer par quelques observations personnelles.

En juillet 1854, le hasard m'a servi à souhait. Je rencontrai un jeune homme désirant être vacciné, et remettant à subir cette petite opération comme étant présentement atteint d'affection vénérienne.

Obs. — Le sujet de la présente observation était un remplaçant militaire, âgé de vingt-huit ans. — Il n'avait jamais été vacciné. — Deux ou trois ans auparavant, à deux reprises différentes, il avait été affecté de mal vénérien, blennorrhagie et chancres, d'après son aveu, assez mal soignés d'ailleurs ; et, pour le moment, il était sous le coup d'une nouvelle maladie de cette nature. — Il portait à la verge quatre magnifiques chancres vénériens, étendus, de nature muqueuse et rongeante. Leur invasion remontait à quatre semaines environ.

Depuis dix ans, j'étais à la recherche d'un fait de ce genre, et c'était pour moi une bonne fortune que je ne laissai pas échapper.

Je le vaccinai aux deux bras, et j'obtins sur chacun cinq belles pustules de superbe vaccin ; autant que de piqûres.

A la huitaine, j'inoculai le virus extrait de ces pustules sur moi-même. Je me pratiquai dix piqûres à chaque bras. — J'inoculai aussi mes deux enfants. — Tous les trois, nous avions été dès longtemps vaccinés.

Je surveillai attentivement le résultat de l'insertion du virus, toujours prêt à neutraliser, par une prompte et énergique cautérisation, ce qui aurait pu apparaître de suspect vers les points d'insertion.

J'étais, du reste, aussi complétement rassuré qu'on peut l'être lorsqu'on a la foi et qu'elle est basée sur une conviction profonde.

Le résultat fut tel que je m'y étais attendu. Les piqûres se desséchèrent; il ne survint à leur place, ni dans leur voisinage ni ailleurs, rien qui ne ressemblât à ce que l'on observe dans les revaccinations radicalement infructueuses. Les plaies, après un peu de picotement et de démangeaison, étaient complétement cicatrisées au bout de quarante-huit à soixante heures.

Comme complément de mon expérimentation, j'eusse dû pratiquer avec ce même virus-vaccin une vaccination primitive, et observer de quelle manière il se serait comporté. Mais, comme je n'avais à ma disposition que de jeunes enfants sur lesquels je n'avais aucun droit, je n'ai pas voulu le faire.

Quel que soit mon amour pour la science, et malgré ma conviction profonde, intime, qu'il ne pouvait en résulter aucun accident, j'eusse regardé comme un abus de confiance, comme un acte d'improbité médicale, de le faire sans en avoir prévenu les parents; et une telle proposition, qui, bien probablement, n'eût pas été agréée, n'eût pas manqué d'avoir les conséquences les plus pénibles, et même les plus désastreuses au point de vue moral. Je ne l'ai pas tenté.

Je rapporte ce fait tel qu'il s'est passé l'été dernier, sans me dissimuler les objections par lesquelles il est vulnérable ; aussi je le relate sans l'accompagner d'aucune objection, d'aucun commentaire. Je désire simplement qu'il vienne grossir le nombre de ceux que la science possède déjà ; heureux s'il peut offrir quelque intérêt, et aider à lever, sur le présent sujet, quelques-uns des doutes qui, chez d'aucuns, pourraient exister encore.

Recevez, cher et honoré confrère, la nouvelle assurance de mes sentiments de cordiale confraternité.

J. LECŒUR, D. M. C. P.,
professeur à l'école de médecine de Caen.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — Rapport sur un mémoire de M. *d'Escayrac de Lauture*, relatif au *ragle*; ou hallucination du désert. (*Comm.*: MM. Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards, Duméril, rapporteur.) Le *ragle* (expression empruntée et traduite littéralement de la langue des peuples arabes) est une altération spéciale des facultés mentales, qui se manifeste pendant la veille chez des individus bien portants, mais à la suite de fatigues sous un climat chaud, quand il s'y joint la privation prolongée d'un sommeil qu'on se voit dans la nécessité de combattre.

M. Duméril fait rentrer cette affection dans la catégorie des *hallucinations*.

Après quelques considérations générales touchant la nature et les causes des aberrations mentales, M. le rapporteur pense que le *ragle* est analogue aux altérations passagères du jugement, dont l'origine est parfaitement connue et peut se rattacher à une source évidente et physique, telles que le délire qui se manifeste dans les fièvres dites cérébrales, ou après l'abus des liqueurs alcooliques, dans l'ivresse et le *delirium tremens*, ou encore à la suite de l'administration intérieure de l'opium, de la belladone, de la jusquiame, du hachisch, etc.

Les Européens ont peu d'occasions d'observer le *ragle*. Il n'a guère été connu que par des soldats et dans des circonstances rares, pendant les marches de nuit ou les veilles prolongées.

Dans le ragle, les aberrations commencent par l'un des sens : le plus fréquemment c'est celui de la vue. Le cas peut se présenter pour l'ouïe ; de là toutes sortes d'illusions qui se suivent et se succèdent.

M. Duméril termine son rapport en réclamant pour M. d'Escayrac de Lauture les remercîments de l'Académie.

Deuxième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie, par M. *L. Figuier* (voy. *Gazette hebdomadaire*, t. II, n° 13, p. 236). (*Commission déjà nommée* : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Note sur un moyen pour raviver le mouvement spermatozoïde des mammifères, par MM. *J. Moleschott*, de Heidelberg, et *J.-C. Ricchetti*, de Venise. — C'est en employant les dissolutions de carbonate ou de phosphate de soude ordinaire, contenant 5 pour 100 du sel, que ces deux expérimentateurs sont parvenus à exciter tous les mouvements caractéristiques chez les spermatozoïdes du bœuf, deux, trois et même quatre jours après la mort de l'animal, à une température changeant de 5 à 20 degrés centigrades. Les mêmes sels font cesser entièrement les mouvements dans le sperme de la grenouille.

CHIRURGIE. — *Essai d'une généralisation de la méthode sous-cutanée*, par M. *Jules Guérin* (deuxième partie).

Applications chirurgicales. — L'auteur les range sous deux chefs ou *catégories*, qui correspondent aux deux grandes *catégories physiologiques* établies dans un premier travail, d'après des expériences entreprises sur les animaux vivants.

Première catégorie. — *Sections sous-cutanées.* — Elle comprend : le *décollement sous-cutané de la peau*, dans les cas d'adhérences ou de cicatrices vicieuses ; — la *section des tendons*, comme moyen orthopédique et comme moyen de faciliter la réduction des luxations anciennes et des luxations et fractures récentes ; — la *section des aponévroses*, comme moyen orthopédique, et comme moyen de débridement dans les engorgements inflammatoires ; — la *section des muscles* ou *myotomie sous-cutanée*, comme moyen orthopédique (*myotomie rachidienne*, section des muscles du dos, pour les déviations de l'épine) ; comme moyen de réduction des luxations anciennes ou congénitales (*myotomie coxale* ou *pelvienne*, ou section des muscles de la hanche et de la cuisse pour les luxations coxo-fémorales congénitales ; comme moyen de guérison du strabisme et de la myopie (*myotomie sous-conjonctivale*), ou section des muscles de l'œil). — A la myotomie sous-cutanée se rattachent la *herniotomie sous-cutanée*, ou le débridement sous-cutané des hernies étranglées, que l'auteur a toujours employée sans accidents, et qu'il a vue souvent procurer des cures radicales ; — la *section sous-cutanée des ligaments*, comme moyen de traitement des difformités *fixes* des articulations ; — la *section sous-cutanée des vaisseaux* dans les cas de tumeurs vasculaires ; — la *section des nerfs* pour des cas de névralgies ; la *section sous-cutanée des cartilages*, comme celle de la *symphyse pubienne*, pour favoriser certains accouchements difficiles ; — la *résection sous-cutanée des os* ; l'*ablation d'exostoses douloureuses* ; la *fracture sous-cutanée des os rachitiques*, comme moyen de redressement. — A cette première catégorie l'auteur rattache encore : — le *traitement abortif du phlegmon suppurant par l'incision sous-cutanée de la tumeur* ; — la *destruction sous cutanée de certaines glandes douloureuses du sein* ; — la *destruction de certaines tumeurs douloureuses* logées dans l'épaisseur des muscles.

Deuxième catégorie. — *Ponction et extraction.* — L'auteur comprend dans cette deuxième classe les opérations pratiquées pour extraire des cavités closes naturelles ou accidentelles de l'économie les liquides ou solides pathologiques qu'elles renferment. Telles sont la ponction des *abcès froids* et des *abcès par congestion* ; la ponction des *tumeurs hématiques et séreuses* ; la ponction des *hydarthroses* ; la ponction des *tumeurs synoviales* et celle des *tumeurs hydrorachitiques* chez les nouveau-nés ; la *thoracentèse sous-cutanée* dans l'empyème ; la ponction des *kystes abdominaux* ; *l'extraction des corps étrangers articulaires.*

Groupées autour du principe qui les relie et les cimente, rattachées à ce principe, toutes ces opérations s'imprègnent de sa signification ; elles se régularisent de sa règle, et complètent, par leur efficacité et la sûreté de leurs résultats, le caractère d'homogénéité, d'originalité et de généralité de la méthode. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

— *De l'endoscope, instrument propre à éclairer certaines cavités intérieures de l'économie*, par M. *Désormeaux*. — Cet instrument, qui peut permettre à la vue de distinguer les objets profondément placés dans certaines cavités de l'économie, se compose : 1° d'une sonde que l'on introduit dans les organes ; 2° d'un tube qui se fixe sur cette sonde et renferme dans son intérieur un miroir métallique ; 3° d'une petite lampe munie d'un réflecteur sphérique, qui envoie la lumière sur le miroir incliné ; 4° enfin d'une lentille pour faire converger les rayons à l'extrémité de la sonde. A l'aide de cet instrument, M. Désormeaux a pu examiner la muqueuse de l'urètre dans toute sa longueur, plonger jusque dans la profondeur de la vessie, de l'utérus, des fosses nasales, et pratiquer plus sûrement diverses opérations dans ces organes creux. (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

— MÉDECINE. — *Note sur l'emploi des carbonates alcalins dans le traitement de l'angine couenneuse*, par M. *Marchal de Calvi*. — L'auteur cite l'observation d'un malade atteint d'angine couenneuse, et chez lequel les pseudo-membranes de l'arrière-gorge ont complétement disparu en quatre heures, à la suite de l'administration de 8 grammes de bicarbonate de soude pris par petits paquets de 1 gramme toutes les demi-heures. Le même soir, le malade fut pris d'une double éruption scarlatineuse et miliaire, qui se termina plus tard par la guérison.

La disparition de l'angine couenneuse sous l'influence du bicarbonate alcalin, que M. Marchal n'admet qu'avec une extrême réserve, serait due, suivant cet auteur, à un effet local ou direct sur la diphthérite, et à un effet général du sel alcalin, qui consisterait à combattre l'excès de plasticité du sang. (*Commissaires* : MM. Andral, Rayer, Bernard.)

Des bains et douches de gaz carbonique, par M. *Herpin* (de Metz). — Après une courte relation de la guérison extraordinaire, presque miraculeuse, de M. le docteur Struve, dans un cas d'affection très douloureuse de la cuisse et de la jambe gauches, l'auteur indique sommairement le mode d'administration du gaz acide carbonique dans les établissements thermaux de l'Allemagne. On emploie le gaz tantôt pur, tantôt mélangé avec de l'air atmosphérique ou du gaz sulfhydrique, à l'état sec ou humide, avec des vapeurs d'eaux minérales, etc.

Les impressions produites par le contact du gaz, et qui varient suivant la susceptibilité du sujet et avec la durée du séjour dans l'atmosphère gazeuse, sont : d'abord une sensation de chaleur douce et agréable, un picotement et un fourmillement particulier, une chaleur mordicante à la peau, une transpiration abondante, puis une accélération du pouls, de la céphalalgie, de l'oppression, de la stupeur, de la paralysie passagère, enfin tous les signes de l'asphyxie au début.

Pris dans des conditions convenables, un bain de gaz carbonique rend plus dispos, plus léger et plus éveillé pendant plusieurs heures.

Après une courte énumération des propriétés thérapeutiques de ce gaz, dont le mode d'action est surtout caractérisé par une excitation vive de la

peau et des systèmes vasculaire et nerveux, M. Herpin exprime le vœu que des établissements semblables à ceux qui existent en Allemagne soient aussi créés en France. (*Comm. :* MM. Pouillet, Velpeau, Bussy.)

Appareil pour l'inhalation du chloroforme. — Réclamation de priorité adressée par M. *Raimbert* à l'occasion d'une communication récente de M. Mounier. (*Commission déjà nommée* pour l'examen de la note de M. Mounier.)

M. *de Grenot*, admettant le rapprochement établi par quelques médecins entre la *variole* et la *fièvre typhoïde*, propose de prévenir l'éruption pustuleuse de la muqueuse intestinale par une vaccination pratiquée sur un point accessible de cette muqueuse.

M. le ministre de l'instruction publique transmet un mémoire de M. *Billiard* (de Corbigny), ayant pour titre : *Théorie de la fièvre typhoïde, et première base de l'électro-magnétisme chez l'homme.* (*Comm. :* MM. Serres, Andral, Rayer.)

Anatomie comparée. — *Troisième mémoire sur les circonvolutions du cerveau chez les mammifères*, par M. *Camille Dareste.* — L'auteur se propose, dans cette partie de son travail, de déterminer le type que les circonvolutions cérébrales présentent dans chaque famille naturelle.

Ces types peuvent être réduits à quatre parfaitement caractérisés : un pour les *primates* (sillons peu nombreux, scissure de Sylvius très développée); un pour les *carnassiers* (chaque hémisphère est occupé par quatre circonvolutions, groupées parallèlement l'une à l'autre autour de la scissure de Sylvius, qui est moyennement développée); un pour les *ruminants* et les *pachydermes* (deux sillons antéro-postérieurs délimitent longitudinalement trois bandes de matière cérébrale); un quatrième pour les *marsupiaux herbivores* (ce type n'est point indiqué dans les *Comptes rendus*).

L'auteur, en terminant, émet l'opinion que ces types si tranchés des circonvolutions doivent correspondre à des modifications anatomiques dans la structure du cerveau lui-même. (*Comm. :* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, Milne Edwards.)

Chimie appliquée. — *De l'hydrotimétrie, ou nouvelle méthode d'analyse des eaux de sources et de rivières*, par MM. *Boutron* et *Félix Boudet.* — Cette méthode, qui a l'avantage d'être prompte, expéditive et sûre, est fondée sur la propriété que possède le savon de rendre l'eau pure mousseuse, et de ne produire de mousse dans les eaux chargées de sels calcaires et magnésiens qu'autant que ces sels ont été neutralisés par une proportion équivalente de savon, et qu'il en reste un petit excès de celui-ci dans la liqueur. L'opération se pratique au moyen d'un instrument spécial, gradué, désigné sous le nom d'*hydrotimètre* par les auteurs. (*Comm. :* MM. Thenard, Dumas, Pelouze.)

Séance du 2 avril 1855. — Présidence de M. Regnault.

Physiologie. — *Note sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte et dans le sang des veines hépatiques*, par M. *Claude Bernard.* — Dans la dernière séance de l'Académie, on a nié l'exactitude des faits relatifs à la production du sucre par le foie, constatés pourtant et vérifiés par les hommes les plus compétents et les plus habiles, et tout récemment encore par M. Lehmann.

M. Bernard croit qu'il est de son devoir de venir déclarer que les résultats annoncés par M. Figuier sont entièrement inexacts.

Par suite d'expériences très nombreuses faites depuis six années, et que M. Bernard a répétées devant des savants de tous les pays, il ne pouvait avoir aucun doute à cet égard. Il vient même encore, cette semaine, de refaire son expérience devant différents physiologistes ou chimistes, en plaçant les animaux dans les diverses conditions de digestion, et spécialement dans celles indiquées par l'auteur du mémoire, soit relativement à la nature de l'alimentation, soit relativement à l'époque de la digestion, soit enfin relativement à la manière dont le sang a été traité, pour y rechercher la matière sucrée. Or, M. Bernard déclare de nouveau qu'il a toujours obtenu le résultat qu'il avait annoncé, à savoir, que chez un chien en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans la veine porte, ni une heure, ni deux heures, ni trois heures, etc., après le repas, et qu'il y en a au contraire, dans les mêmes circonstances, constamment et en notable proportion, dans le sang des veines hépatiques.

M. Bernard prie en même temps M. le président de l'Académie de vouloir bien nommer en sa place un autre commissaire pour examiner les mémoires de M. Figuier.

Conformément à cette demande, l'Académie désigne M. *Rayer* pour remplacer, dans la commission chargée d'examiner les communications de M. Figuier, M. Claude Bernard, qui cesse d'en faire partie.

Chimie physiologique. — *Note sur une substance animale glycogène*, par M. *Lehmann* (présentée par M. *Cl. Bernard*). — L'auteur de ce travail annonce qu'il a découvert une méthode pour montrer qu'il existe une matière glycogène cachée dans l'*hématine* ou *hématosine*. Il fait dissoudre l'hématine dans l'alcool, après quoi il ajoute un peu d'acide nitrique. Faisant ensuite bouillir le mélange, il se forme de l'éther nitreux, et, par la formation de cet éther nitreux (suivant la méthode de Piria), l'hématine perd tout son azote. Il reste ensuite un acide non azoté et une autre matière qui, dans une solution alcaline, transforme le deutoxyde de cuivre en protoxyde, et qui, avec la levûre, donne de l'acide carbonique et de l'alcool. C'est pourquoi il paraît assez vraisemblable à M. Lehmann que l'hématine disparue dans le foie fournit une partie du sucre que nous voyons se produire dans cet organe.

Académie de Médecine.

Séance extraordinaire du 7 avril 1855. — Présidence de M. Jobert.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la 18ᵉ livraison de la carte militaire de la France.

2. Communications de : — *a.* M. *Guillaume Deleuda* (Un mot sur les romans, envisagés sous le rapport médical). (*Comm. :* M. Collineau.) — *b.* M. le docteur *Lebel*, de Paris (De la coagulation des muco-pus de la blennorrhagie et du chancre par le chlorure double de manganèse et de fer). (*Comm.:* MM. Chevallier, Lagneau.) — *c.* M. le docteur *Adams*, de New-York (Lettre de rappel à propos d'un envoi de sept volumes des *Transactions de la Société médicale des États-Unis*, en décembre 1854). — *d.* M. *Desgras* transmet à l'Académie trois numéros du *Boletin de commercio*, de Santander (Espagne), où se trouve décrit un nouveau traitement anticholérique employé avec succès par M. le docteur *Martinez*. (*Commission du choléra de 1854.*)

Discussion sur la variole.

M. *Piorry*, dans cette deuxième partie de son discours, se propose d'abord de faire connaître les motifs de l'opposition *acharnée* à laquelle est en butte la nouvelle doctrine. La cause lui paraît en être dans : 1° l'ignorance de ses écrits, de ses idées, que l'on condamne sans les connaître ; 2° le peu de souci que l'on prend de s'instruire en étudiant ce qui est nouveau ; 3° les préoccupations d'esprit, les préjugés, qui font qu'un respect aveugle pour les vieilles traditions, ou même une déplorable routine nous tiennent attachés à des doctrines déjà surannées; 4° un excès d'amour-propre, qui est naturel à l'homme, et qui l'empêche d'adopter les opinions d'autrui, parce qu'elles sont contraires à ses propres vues, et qu'en les adoptant il serait obligé de renier les idées dont il est le père, et de brûler les livres dont il est l'auteur ; 5° c'est une incroyable timidité, qui porte certains esprits pusillanimes à redouter, à repousser même le progrès comme une innovation dangereuse, un bouleversement coupable ou une révolution incendiaire.

Mais quelle est, en particulier, la raison de l'opposition si opiniâtre de M. Bouillaud ? Selon M. Piorry, la cause de la guerre à outrance que lui a déclarée son éminent adversaire est surtout dans l'antagonisme qui sépare le point de départ et la base de leurs doctrines fondamentales ; c'est l'esprit de système qui tient M. Bouillaud enchaîné à une école tombée dont il a voulu relever les ruines ; c'est l'enthousiasme que ce professeur a voué aux doctrines de Broussais, dont il se fait le continuateur ; c'est son culte profond pour cette idole vaine qu'on nomme *irritation*, hypothèse gratuite sur laquelle M. Bouillaud a construit tout un édifice nosographique.

1° Comparant ensuite la *nosographie médicale* à l'*organopathie*, M. Piorry s'étonne que M. Bouillaud se montre si sévère, lui qui a imaginé les saignées coup sur coup, contrairement à toutes les règles de la clinique et de la saine méthode expérimentale, et uniquement pour obéir aux exigences d'une conception systématique. Et c'est cet être de raison, cette hypothèse, l'*irritation*, qui domine toute la *nosographie médicale* : c'est sur elle que repose la classification des maladies, et non sur la véritable *nature* des affections morbides, ainsi que le prétend M. Bouillaud. Et d'ailleurs, quelle contradiction ! M. Bouillaud veut qu'une classification ait pour base et pour point de départ un principe fixe, certain, invariable, immobile ; et il choisit la nature des maladies, après avoir affirmé que rien n'était plus douteux, plus obscur, plus insaisissable, plus difficile à étudier !

Contrairement aussi à toutes les règles d'une bonne méthode, M. Bouillaud procède du complexe au simple et du difficile au facile.

En eût-il été ainsi, s'il eût accordé plus de valeur aux *lésions*, qui pré-

sentent à un si haut degré les caractères de la constance et de la fixité, et qui sont des phénomènes sensibles, saisissables, et non point des abstractions chimériques comme l'irritation et l'inflammation ?

M. Bouillaud n'a-t-il pas donné une importance exagérée à l'*inflammation*, et celle-ci n'occupe-t-elle point une trop large place dans son cadre nosographique ? N'est-il pas pour le moins étrange et presque excentrique de trouver la *fièvre typhoïde* parmi les phlegmasies, et de faire des tubercules du cancer et de la mélanose des produits d'inflammation ?

Ailleurs, M. Bouillaud se récrie très vivement contre la doctrine des *fièvres* : il trouve ce mot détestable ; il le rejette comme n'exprimant que le doute et l'ignorance ; et plus loin, il admet des *fièvres continues* et des *fièvres intermittentes*. M. Piorry ne veut pas être injuste envers son adversaire, et il reconnaît les immenses services que ses travaux ont rendus à la science. En plus d'un endroit, la *nosographie médicale* vit en parfaite harmonie avec l'*organopathie* ; et leurs auteurs, malgré de grandes dissidences, ont souvent suivi la même voie et visé au même but, en s'efforçant l'un et l'autre de continuer l'édifice commencé par les Bayle, les Laënnec, les Corvisart, les Avvenbrugger.

2° *Des abstractions en médecine.* — M. Piorry reconnaît l'utilité des abstractions en médecine, et, en dépit de tout ce qui a été dit, il affirme qu'il est loin de les rejeter et de se déclarer leur ennemi ; témoin certain petit *poëme* dont il est l'auteur, et où il a rimé quelques *mauvais vers* (*sic*) en faveur de plus d'une abstraction.

Il veut qu'on distingue les abstractions des *choses supposées*, des *hypothèses* proprement dites ; ainsi, pour lui, les *forces vitales*, les *propriétés vitales* de Barthez et de Bichat ne sont point des abstractions, mais bien des *suppositions*. Il avoue que, sans les abstractions, toute science deviendrait impossible, puisqu'il n'y aurait plus de vues d'ensemble ni de généralisation. Mais ce qu'il ne saurait combattre avec trop d'énergie, c'est la tendance de certains pathologistes à *matérialiser*, à *individualiser* les abstractions morbides, comme les poëtes ont personnifié jadis le Temps dans Saturne, l'Amour dans Cupidon, la Beauté dans Vénus, la Force dans Hercule, etc. Une pareille tendance, qu'il faut laisser aux poëtes, ne peut que précipiter la médecine dans le pays des chimères.

M. Piorry proteste de toutes ses forces contre la ridicule ambition que lui a prêtée gratuitement M. Bouillaud, d'avoir voulu naguère partager avec lui le *sceptre de la médecine*. Jamais ce projet insensé n'est entré dans la tête de l'orateur. C'est une insinuation hyperbolique dont il laisse toute la responsabilité à son adversaire.

3° *Nomenclature.* — En imaginant une nomenclature nouvelle, M. Piorry estime qu'il n'a fait que tenter de réaliser un vœu souvent exprimé par M. Bouillaud lui-même. Les tentatives d'Alibert n'avaient pas été suffisamment heureuses ; c'était pourtant un encouragement : il fallait le suivre. L'orateur a voulu contribuer pour sa part à une réforme que tout le monde jugeait nécessaire.

M. Bouillaud reproche à la *nomenclature organopathique* des mots mal construits, mal sonnants, longs d'une toise, etc. M. Piorry accepte volontiers ces reproches ; il n'a pas la prétention de bien parler la langue divine d'Homère ; cependant, sous le rapport de l'euphémisme, il ne croit pas être plus en défaut que les auteurs des diverses nomenclatures scientifiques, et de la nomenclature chimique en particulier. En prenant dans ces nomenclatures, comme M. Bouillaud l'a si bien fait pour la nomenclature organopathique, une série de mots choisis à dessein, il serait facile aussi d'assembler un *galimatias cacophonique*, dur à l'oreille, difficile à articuler, et désespérant pour la mémoire.

M. Bouillaud a créé aussi dans la pathologie quelques néologismes. On pourrait trouver peut-être dans sa *nosographie* plus d'une expression peu euphonique, qui pourtant n'a point choqué l'oreille si délicate de son auteur.

M. Piorry, d'ailleurs, avoue qu'il tient peu aux termes mêmes de sa nomenclature, surtout si on lui en fournit de meilleurs. Il s'est efforcé d'exprimer par un seul mot la cause, le degré, la forme et souvent le siége de la maladie. Il a cherché à en donner une peinture, une définition, une idée d'ensemble par un terme unique. C'est à ces principes mêmes, qui servent de base à la nomenclature nouvelle, qu'il est et demeure fortement attaché ; ce sont eux qu'il a toujours défendus et qu'il ne cessera jamais de défendre avec toute l'opiniâtreté dont il est capable. Et, après tout, sa nomenclature, quelque peu harmonieuse qu'elle soit, ne vaut-elle pas mieux encore que ce *chaos logomachique* de mots empruntés à toutes les langues, à celles des peuples anciens et des peuples modernes, des nations civilisées et des nations sauvages ?

4° *Vitalisme.* — M. Piorry, après une profession de foi où il avoue les opinions les plus sincèrement vitalistes, donne une définition de la *vie*, qui, pour lui, est une activité propre et spontanée par laquelle un être attire à lui les substances nécessaires à sa nutrition, à son développement, et repousse, rejette ce qui pourrait lui être nuisible.

M. Piorry admet l'existence de l'*âme* telle que la comprennent les métaphysiciens les plus orthodoxes : c'est le système nerveux qui est chargé du rôle merveilleux de mettre la matière en rapport avec ce principe immatériel.

Pour l'orateur, la vie est essentiellement *une*. Il lui répugne de partager les idées de Barthez et de Bichat, et de décomposer la vie, comme ils l'ont fait, en forces et en propriétés.

En pathologie, M. Piorry admet la *puissance médicatrice* de la nature, pourvu toutefois qu'on ait soin de prendre ce dernier mot dans un sens purement abstrait et qu'on ne l'individualise point, comme le font encore bien des vitalistes. A l'appui de ses convictions, il donne lecture de plusieurs passages d'une thèse latine soutenue par lui, en 1823, devant la Faculté de Paris, et où il conclut : *Ergo natura sanat.*

Il pense que la doctrine des *crises* est à la rigueur soutenable ; mais il ne saurait accepter celle des *jours critiques*, qui lui paraît, en médecine, une sorte de superstition.

M. Piorry termine son discours en proclamant la nécessité d'une réforme nosologique et d'une nomenclature basée sur les principes qu'il a déjà développés.

M. *Collineau* résume ses opinions dans les conclusions suivantes : Aucun état morbide, soit par cause interne, soit par cause externe, n'est simple. — Aucune division naturelle n'existe entre les divers états morbides. Dans leur généralité et dans leur origine, toutes les transformations, toutes les transitions s'opèrent d'une manière insensible.

La composition ou la complication des états morbides n'exclut ni leur individualité ni leur unité.

Les classifications, l'ordre systématique, sont des produits de l'intelligence auxquels elle ne peut se soustraire, à moins de tout confondre. Pas d'ordre, point de science !

La nomenclature est également indispensable, mais le choix des mots n'a pas la même importance. Il suffit qu'ils rappellent à l'esprit les faits et leurs caractères déjà connus. En ceci tout est convention, et la plus grande valeur du mot est dans l'assentiment général. Une nomenclature nouvelle peut non-seulement être inutile, mais elle peut nuire aux progrès, à la généralisation et à la propagation des connaissances, parce qu'elle fatigue la mémoire, et doit tôt ou tard rendre difficile l'intelligence des anciens auteurs, pères de la science.

En définitive, les arguments sur lesquels on se fonde pour proclamer la nécessité d'une nouvelle nomenclature tout entière, c'est-à-dire la multiplicité des états morbides dans le cours de la même maladie, et le danger de les signaler aujourd'hui par un nom commun, sont faux et ne méritent pas un examen sérieux.

M. *Bouillaud* répond en quelques mots aux arguments de M. Parchappe et à la longue réplique de M. Piorry. L'orateur écarte surtout le reproche de *broussaisiste* qui lui a été adressé par ses adversaires. Il n'aime point les exagérateurs et les fanatiques. Il a déjà déclaré qu'il était éclectique en médecine. Il s'est contenté de rendre justice à Broussais, et de partager ses idées, quand Broussais avait raison. Si quelqu'un a été broussaisiste à l'excès, c'est bien M. Piorry, qui professait autrefois pour le célèbre réformateur un enthousiasme vraiment frénétique.

M. Bouillaud n'a point exagéré la doctrine de l'irritation au point que le prétend M. Piorry ; et la preuve que l'inflammation ne joue pas dans la *Nosographie médicale* le rôle excentrique qu'on lui attribue, c'est que la classification de cet ouvrage comprend *douze classes* de maladies, dont une seule consacrée aux phlegmasies. Pour la gastrite, en particulier, M. Bouillaud n'a-t-il pas eu soin de distinguer les divers états pathologiques de l'estomac, que Broussais avait confondus sous cette appellation unique ?

M. Piorry se dit *vitaliste* ; mais il ne se doute même pas du *vitalisme*, puisqu'il refuse de voir, derrière les phénomènes morbides qui tombent sous nos sens, une force particulière qui provoque ces phénomènes, qui règle leur évolution, et que nous ne pouvons point saisir.

Il est vrai qu'il existe des maladies purement physiques, et dans lesquelles l'orateur fait entrer, quoi qu'en ait dit M. Parchappe, les fractures et les luxations.

Quant aux maladies dynamiques, leur existence est incontestable aussi, bien que leur essence échappe à tous nos moyens d'investigation.

M. *Jobert*, président, annonce la clôture de la discussion.

La séance est levée à cinq heures et demie.

SÉANCE DU 10 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics transmet à l'Académie une demande d'avis relativement à l'exploitation d'une fabrique d'*eaux miné-*

rales que possède à Lyon le sieur *Roux*. (*Commission des eaux minérales*.)

2. *a*. M. le docteur *Henri Roger*. (Candidature à la place vacante dans la section d'*anatomie pathologique*.) (*Renvoyé à cette section*).—*b*. M. le docteur *Lunier*, médecin de l'asile des aliénés de Blois. (Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée.) (*Comm.* : MM. Bouchardat, Ferrus et Grisolle.)

M. *Bérard* présente à l'Académie un exemplaire de la thèse de *Boissier de Sauvages*, au nom de M. le baron d'*Hombres-Firmas*, arrière-petit-neveu de l'illustre médecin de Montpellier. Cette thèse, soutenue devant cette école fameuse, *in augusto Monspeliensi Apollinis fano*, en l'année 1724, porte pour titre : *Dissertatio medica atque ludicra de amore.* L'auteur se propose de résoudre cette question : « *Utrùm sit amor medicabilis herbis.* »

Cette thèse, ajoute M. *Bérard*, est charmante de style et de pensées. Sauvages, alors âgé de vingt ans, nous fait déjà pressentir qu'il sera plus tard un zélé disciple d'Apollon. Séduit par les principes de la secte iatro-mécanique ou iatro-mathématique, Sauvages explique tout, même en amour, par la vibration synchrone et isochrone de fibres plus ou moins tendues. C'est ainsi que l'allongement et la tension des fibres des organes de la génération deviennent les premiers aiguillons de l'amour... (*tenduntur eorum nervi : ex quâ tensione prima prodeunt amoris irritamenta.*) Suit la démonstration mathématique, et par A + B, de cette proposition, à la manière d'un théorème de géométrie.

La partie métaphysique de la thèse est conçue d'après les mêmes doctrines. On voit qu'il y a loin des principes de Sauvages aux doctrines actuelles de l'école de Montpellier.

Après avoir décrit l'amour : *morbus ille qui inter puellas et adolescentes serpit, cum delirio circa objectum amatum, honestoque intimæ unionis desiderio*, Sauvages passe à la thérapeutique de cette maladie, et conclut, contre Apollon lui-même (*invito Apolline*) que l'*amour peut être guéri par des remèdes tirés des plantes* (*amor est medicabilis plantis*). La thèse est suivie d'une courte analyse de la discussion, où l'on voit figurer les noms d'Antoine Deidier, de Haguenot et d'Astruc.

M. *Jobert*, président, au nom de l'Académie, accepte l'hommage de cette thèse et adresse des remercîments à M. Bérard.

Lectures et Mémoires.

Thérapeutique. — Rapport sur un mémoire de M. le docteur *Blache*, ayant pour titre : *Du traitement de la chorée par la gymnastique* (*Comm.* : MM. Londe et Bouvier, *rapporteur*). Après avoir mentionné les deux mémoires de MM. Sée et Roth, présentés en 1849 à l'Académie pour le concours du prix Civrieux, M. *Bouvier* rappelle que les mots de *chorée* et *danse de Saint-Witt*, détournés de leur sens primitif par Sydenham, s'appliquaient autrefois exclusivement à une suite de sauts, de danses, de mouvements tumultueux, mais parfaitement coordonnés, liés à un égarement de la raison, et non au trouble de l'action musculaire, en un mot, à une véritable *dansomanie* ; tandis que la chorée, telle qu'on l'entend aujourd'hui, est une névrose caractérisée par des mouvements convulsifs, désordonnés, involontaires.

Bien que la chorée puisse guérir spontanément, il n'est pourtant pas inutile de la traiter ; car, livrée à elle-même, elle peut se prolonger, s'aggraver, causer le dépérissement, la paralysie, se transformer en épilepsie ou même entraîner des accidents mortels. Le médecin devra donc surtout recourir à des moyens simples, agir suivant les indications et proportionner l'activité du traitement à l'intensité du mal.

On ignore comment les anciens traitaient la chorée ; il est fort probable néanmoins que cette maladie ne leur était point inconnue ; et si l'on n'en trouve pas de description spéciale dans leurs écrits, c'est qu'ils ne l'avaient pas séparée du groupe des affections nerveuses plus ou moins analogues.

La gymnastique, si florissante chez les anciens, jouait un grand rôle dans le traitement de toutes les maladies spasmodiques qui embrassaient vraisemblablement la chorée. On ne se bornait pas à conseiller d'une manière générale les exercices du corps, comme propres à seconder ou à opérer la guérison : on affectait encore à chaque maladie des exercices spéciaux, ainsi que l'attestent les écrits de Cœlius Aurelianus, de Celse, de Galien, d'Alexandre de Tralles, d'Aétius, d'Arétée, d'Oribase, etc.

Les Arabes n'ont guère fait que copier les anciens, sauf quelques indications très vagues qui paraissent se rapporter plus spécialement à la chorée dans les écrits d'un certain *Acararius*, cité par M. Roth.

A l'époque de la *renaissance*, il n'est question que de traitements médicamenteux dans les cas de chorée assez nombreux réunis par M. Roth.

Au commencement de ce siècle, deux auteurs, Darwin, et, après lui, Mason-Gord, entrevirent le parti qu'on pouvait tirer de la gymnastique dans le traitement de cette affection.

Mais c'est véritablement M. *Bailly* qui, le premier, en 1819, a mis en relief les services que les gymnases modernes pouvaient rendre à la thérapeutique. Toutefois, ce n'est qu'en 1827 que la gymnastique joue pour la première fois un rôle dans la cure d'un cas de chorée rapporté par M. *Louvet-Lamarre*, qui imagina de faire sauter à la corde une jeune fille choréique, sans négliger d'ailleurs un traitement interne. A partir de 1836, la gymnastique devient un puissant moyen de traitement pour les affections nerveuses en général, et pour la chorée en particulier, entre les mains de M. *Jolly*, d'abord, puis de Récamier, et de M. Bonneau. Enfin, depuis 1847, elle est devenue peu à peu l'unique moyen de traitement de la chorée à l'hôpital des Enfants ; et aujourd'hui un magnifique gymnase a été construit aussi à la Salpêtrière pour le service des épileptiques.

Le rapporteur insiste sur les qualités qui doivent distinguer les hommes chargés de diriger les gymnases dans les maisons hospitalières. Il faut des professeurs intelligents, dévoués, attentifs, capables, sous les inspirations des médecins, d'observer les effets du traitement, d'en varier les moyens et de les mettre en rapport avec l'état des sujets, la période et le caractère de la maladie. Ces qualités sont surtout indispensables pour l'application de cette gymnastique, que M. Blache nomme *passive*, la seule applicable au début des chorées intenses, et consistant tantôt dans une sorte de iatraleptique, avec différents modes de frictions et de massages ; tantôt dans une suite de mouvements cadencés, communiqués aux membres de l'enfant dans des directions données, avec une mesure et des impulsions diverses.

Deux sortes de documents établissent les effets du traitement gymnastique de la chorée : 1° les relevés numériques de la durée de la maladie chez les choréiques soumis à ce traitement : 2° les observations directes propres à montrer son influence sur les symptômes et la marche de cette affection.

1° *Relevés numériques.* — Dans la première statistique publiée par M. Sée, on voit que sur 22 cas de chorée traités par les seuls exercices gymnastiques, 18 ont guéri en vingt-neuf jours, terme moyen. Sur 16 cas où la gymnastique fut associée soit aux bains sulfureux (11 cas), soit aux préparations de fer (5 cas), 11 ont été guéris en trente-trois ou quarante-huit jours.

M. Moynier a publié, en 1854, un relevé numérique de la durée du traitement par l'emploi combiné de la gymnastique et des bains sulfureux, à l'hôpital des Enfants. Sur 77 sujets des deux sexes, cette durée a été en moyenne de cinquante-trois jours, ou de quarante-trois, si l'on élague, en les considérant comme réfractaires à cette méthode, 7 enfants dont la guérison a exigé plus de cent jours.

M. Bouvier a refait le calcul de la durée moyenne du traitement, avec les observations de M. Sée, en suivant une autre méthode que la sienne, plus analogue à celle que M. Moynier paraît avoir adoptée.

Il a trouvé ainsi pour 30 guérisons, sur 29 malades presque tous du sexe féminin, une durée moyenne de 38 journées de séjour à l'hôpital, ou au moins de 35, si l'on retranche des prolongations de séjour qui n'étaient plus motivées par la chorée. Or ces chiffres ressemblent beaucoup à ceux de M. Moynier.

D'après M. Moynier, les filles guériraient beaucoup plus vite que les garçons, d'où il résulte que les statistiques dressées sur des sujets d'un seul sexe n'auront pas la même valeur que celles où l'on aura compté des malades des deux sexes.

Dans les 108 cas rapportés par M. Blache, la guérison a eu lieu dans 102 cas en 39 jours, terme moyen ; et dans 6 cas, qu'il considère comme des insuccès, en 122 jours. M. Blache ajoute que la guérison a été un peu plus prompte chez les garçons que chez les filles.

Il est à remarquer que la moyenne de 39 jours de traitement, indiquée par M. Blache, se rapproche beaucoup de celle que M. Rufz a trouvée en dépouillant les registres de l'hôpital des Enfants de 1824 à 1833.

Par ce seul fait, le traitement gymnastique se place manifestement sur la même ligne que les meilleures méthodes curatives connues, employées par les médecins de l'hôpital des Enfants dans la période dont M. Rufz s'est occupé.

On pourrait, il est vrai, inférer de cette similitude d'action de moyens si divers, que leur vertu est également nulle. Cette opinion, soutenue par Dugès, M. Gintrac, M. Roth et M. Gibert, a été réfutée habilement par M. Sée, qui a démontré qu'il est des médications qui guérissent une plus grande proportion de malades et plus promptement, et qui a fait voir, en outre, par des observations directes, corroborées par les observations antérieures de M. Rufz, qu'il n'est pas exact de dire que la chorée cède généralement aussi vite quand elle est abandonnée à elle-même que lorsqu'elle est soumise à un traitement convenable. L'influence médicatrice des maladies incidentes n'est-elle pas un fait reconnu aujourd'hui de tout le monde ? Pourquoi l'économie ne subirait-elle pas une influence analogue de la part de certaines médications qui ne la modifient pas moins profondément ?

2° *Observations directes.* — Les observations si intéressantes de MM. Blache et Sée, les descriptions que font ces deux auteurs des modifications successives apportées par la gymnastique dans les mouvements

des choréiques, ne permettent plus de douter des effets avantageux de ce mode de traitement.

Après avoir réfuté l'opinion de Dugès, qui veut que l'on ne considère comme médication réellement active que celle *qui arrête la chorée après huit ou quinze jours de durée*, M. Bouvier, pour compléter le résumé des effets du traitement gymnastique, donne l'analyse sommaire de quelques observations empruntées à MM. Sée, Blache, Axenfeld, Becquerel et Moynier.

Ce n'est pas à dire, pour cela, que la gymnastique réussisse toujours; il a fallu quelquefois lui substituer d'autres moyens de traitement qui ont été plus efficaces. Mais plus souvent cependant la gymnastique a réussi lorsque les autres méthodes de traitement avaient échoué. C'est ce que vient encore prouver un fait emprunté à la clinique de M. le professeur Bufalini, de Florence.

On ne saurait donc accorder à aucune méthode, et en particulier au traitement gymnastique, une confiance illimitée; et bien qu'il soit vrai de dire, avec M. Blache, que la gymnastique est moins souvent contre-indiquée, dans la chorée de l'enfance, que d'autres médications également efficaces, il faut néanmoins reconnaître que, pour elle aussi, il est des conditions favorables, comme il en est de contraires à son emploi.

M. Bouvier pense, avec MM. Sée et Blache, que la gymnastique, si utile dans les cas nombreux de chloro-anémie coexistant avec la chorée, doit être rejetée comme nuisible dans les cas compliqués de maladies du cœur ou d'affection cérébrale congestive.

Après avoir examiné l'opinion de quelques auteurs touchant la *chorée rhumatismale*, que M. Bouvier considère comme une chorée ordinaire, sauf les complications ou prédispositions tenant à l'état rhumatismal, s'il n'a pas complétement disparu, le rapporteur est d'avis que la gymnastique peut la guérir comme les autres chorées, ainsi que plusieurs observations de M. Sée en font foi.

L'emploi de ce moyen sera contre-indiqué par la persistance des douleurs articulaires rhumatiques, qu'il faudra bien avoir soin toutefois de distinguer des douleurs dites *de croissance*, qui se dissipent au contraire sous l'influence de la gymnastique.

Il est des chorées tellement générales, tellement intenses, qu'elles compromettent par elles-mêmes la vie des malades par l'épuisement nerveux qui en est la suite, par la gêne qu'elles apportent aux phénomènes de respiration et de circulation, et par les symptômes d'asphyxie qu'elles déterminent à la longue. Depuis 1824, M. Bouvier compte 30 cas de mort par la chorée, empruntés à MM. Roth, Sée, Rilliet et Barthez, Barrier, Leudet, Skoda, etc.

L'opium est le médicament qui compte les plus nombreux succès dans ces cas extrêmes de chorée. On a quelquefois réussi également à l'aide des inhalations de chloroforme.

La gymnastique proprement dite, ou *active*, ne peut évidemment trouver sa place dans ces chorées graves où les malades ont perdu tout empire sur leurs mouvements musculaires; mais il n'en est pas de même des exercices *passifs*, que M. Blache a vus parfois modérer les mouvements les plus impétueux.

Après avoir invoqué l'autorité de Darwin, de MM. Joulhioux et Duffossé, pour établir que ce qui s'oppose, chez les choréiques, au libre accomplissement des mouvements volontaires, c'est d'abord l'action insuffisante ou mal réglée des muscles principaux ou accessoires destinés à les produire, ensuite et surtout le défaut de mesure convenable dans l'action des antagonistes ou modérateurs du mouvement, qui, en agissant, tropjettent le trouble et le désordre dans les mouvements, M. Bouvier estime qu'il serait facile de rétablir l'action normale des muscles, si l'on pouvait accroître l'influence de la volonté sur eux à un tel point que les contractions énergiques de ceux qu'elle mettrait en jeu fissent céder ou plutôt rentrer dans leurs limites naturelles les contractions involontaires de leurs antagonistes. Or tel est précisément l'effet principal de la gymnastique.

Elle réunit tout ce qui peut augmenter l'empire de la volonté sur le système musculaire. Une fois que les malades sont parvenus à régler l'action musculaire pendant les exercices, on comprend qu'ils ne tardent pas à la maîtriser aussi dans tout autre moment. L'habitude morbide s'efface ainsi par degrés, à mesure que l'habitude physiologique reprend son pouvoir normal.

A propos de l'opinion émise par M. Blache, que la gymnastique l'emporte de beaucoup en efficacité sur les autres méthodes de traitement, M. *Bouvier* est conduit à tracer un court parallèle de cette méthode et des autres médications.

a. Bains sulfureux. — Les effets immédiats de ces deux modes de traitement se ressemblent, comme leur résultat définitif. Une amélioration souvent très prompte se voit dans l'un et dans l'autre cas. Tous deux échouent dans une proportion de cas à peu près égale : ni l'un ni l'autre ne mettent à l'abri des récidives.

b. Eau froide. — Plusieurs observations montrent l'efficacité de cette méthode dans le traitement de la chorée.

c. Remèdes internes ou généraux. — Les débilitants ou les excitants, les toniques ou les antispasmodiques, peuvent, suivant les indications, rendre quelques services à titre d'adjuvants.

d. Strychnine; noix vomique. — Les beaux résultats obtenus par M. Trousseau à l'hôpital des Enfants, et consignés dans la thèse de M. Moynier, permettent d'accorder à ce médicament une efficacité à peu près égale à celle des exercices gymnastiques, des bains sulfureux, etc. Pourtant, dans l'état actuel de la science, cette médication ne saurait prévaloir comme méthode générale, et il est sage de dire, avec M. Gaultier de Claubry, que l'on pourra recourir à la strychnine et aux préparations de noix vomique dans les cas « où le caractère de l'affection choréique » aura rendu impuissants d'autres agents thérapeutiques d'une efficacité » généralement constatée, d'une administration plus facile, et plus exempts » d'inconvénients. »

M. *Bouvier*, modifiant quelque peu les termes des conclusions dernières de M. Blache, se résume en disant que, dans la plupart des cas, la gymnastique ne le cède en efficacité à aucun des autres modes de traitement de la chorée, et qu'elle n'a point les inconvénients attachés à plusieurs d'entre eux.

Voici les conclusions de la commission :

1° Adresser des remercîments à M. Blache, pour son intéressante communication.

2° Renvoyer son mémoire au comité de publication.

3° L'engager à poursuivre ses recherches sur la chorée et sur ses divers modes de traitement, et à faire part à l'Académie des nouveaux résultats qu'elles pourront lui fournir.

Ces conclusions sont adoptées sans discussion.

Nomination. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un *trésorier*, en remplacement de M. *Patissier*, démissionnaire. Au second tour de scrutin, M. *Gimelle*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé *trésorier* de l'Académie.

La séance est levée à cinq heures.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 22 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Des lettres de M. le docteur *Pointe*, de Lyon, demandant le titre de membre correspondant; de M. le docteur *Saurel*, nommé membre titulaire dans la séance précédente.

Ouvrages offerts à la Société :

Notice historique sur la recherche de l'arsenic dans les eaux minérales, 1855, par M. Chevallier.

Monographie des thermes de Wissembourg (Suisse), par M. le docteur Pointe.

M. le docteur *Subervie*, médecin inspecteur des eaux de Bagnères-de-Bigorre, est nommé membre correspondant.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la *composition chimique des vapeurs dans les eaux minérales*.

M. *Bouquet* adresse la note suivante, relative à la *présence de l'iode dans les eaux de Vichy*.

Dans la dernière séance de la Société, M. le docteur Petit a communiqué un travail relatif tant à la composition des vapeurs spontanément dégagées par les eaux minérales de Vichy, qu'à celle des produits de la distillation de ces mêmes eaux. De l'examen chimique de ces produits, M. O. Henri a conclu qu'ils contenaient de l'acide carbonique, du carbonate d'ammoniaque, de l'iode et une matière organique, et, en outre, qu'ils ne renfermaient aucun des autres principes minéralisateurs de ces eaux. Ces résultats tendent implicitement à infirmer ceux que j'ai publiés dans mon *Étude sur les eaux de Vichy*, du moins quant à l'iode. J'ai, en effet, recherché dans toutes ces eaux, et avec les plus minutieuses précautions, cet élément, sans qu'il m'ait été possible d'acquérir la preuve positive de sa présence. Toutefois, les affirmations contraires qui se sont produites depuis la publication de mon mémoire m'ont engagé à revoir cette partie de mon travail. Ce sont les résultats de cette nouvelle étude que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

J'ai évaporé à siccité, à une douce chaleur, toujours inférieure à 100 degrés, 20 litres d'eau de la Grande-Grille. Le résidu de l'évaporation a été repris par l'alcool, et la liqueur alcoolique évaporée à sec. Le résidu desséché de la solution alcoolique, repris par de nouvel alcool et encore évaporé à sec, a été dissous dans quelques grammes d'eau distillée. Cette dernière dissolution aqueuse, mélangée d'empois d'amidon récemment pré-

paré, puis additionnée d'une goutte d'acide nitrique nitreux, ne s'est aucunement colorée ; l'acide sulfurique concentré, ajouté en très petite quantité dans cette liqueur, y a développé une couleur brune légèrement teintée de rose.

De ces faits, il est évidemment permis de conclure, ou que l'eau de la Grande-Grille ne contient pas une quantité d'iode appréciable aux réactifs, ou qu'en réalité elle n'en contient pas du tout. En effet, les remarquables expériences synthétiques de M. de Luca, publiées dans le numéro d'octobre 1854 du *Journal de pharmacie*, établissent qu'il est possible de constater facilement la présence d'un centième de milligramme d'iode dans une liqueur ; par conséquent, l'eau que j'ai examinée, si toutefois elle renferme de l'iode, en contiendrait, par litre, moins d'un demi-millième de milligramme.

Maintenant, jusqu'à quel point est-il permis de positivement affirmer l'existence d'un corps d'après un seul de ses caractères, alors surtout que ce caractère n'est pas absolument bien net et bien tranché et consiste seulement dans une coloration souvent indécise et toujours très fugace. Cette question serait certainement très intéressante à discuter ; mais cette discussion dépasserait les bornes que je dois donner à cette note : elle trouvera du reste sa place dans une prochaine publication.

En résumé, en présence des faits contenus dans cette note, je ne puis que persister dans mes premières conclusions, négatives quant à l'existence de l'iode dans les eaux minérales de Vichy.

M. *Chevallier* a répété les expériences indiquées par M. Bouquet dans un travail d'analyse sur les eaux de Vichy, et en suivant les procédés dont s'est servi M. O. Henri, il a reconnu dans cette eau minérale la présence de l'iode uni aux carbonates alcalins.

M. *Leconte* eût désiré que M. Chevallier eût fait des expériences directes en ajoutant de l'iode à un liquide contenant des carbonates alcalins, et en recherchant ultérieurement la présence de ce corps. Quant à lui, il a constaté que les carbonates alcalins ont la propriété de retenir l'iode ; de telle sorte que celui-ci ne pourrait être déterminé facilement en leur présence. Il est arrivé aussi à reconnaître, par ses propres procédés, que l'on peut retrouver l'iode, même en traces très minimes, sans addition de potasse ou de soude. Il ajoute à la liqueur de l'acide sulfurique une goutte d'acide azotique et du sulfure de carbone ; et dans cette opération, dont il donne le détail, exécutée sur une quantité de 5 litres, il a pu constater jusqu'à un millième de milligramme d'iode par litre. Regrettant qu'on n'ait pas établi la valeur des procédés indiqués pour cette recherche, et surtout qu'on n'ait pas institué d'expériences comparatives, il insiste sur ce qu'on peut retrouver l'iode dans un liquide, à un millième de milligramme près, à condition qu'on opérera sur 5 litres au moins, c'est-à-dire sur un cinq-centième de volume.

M. *Chevallier* et M. *Petit* déclarent que M. Chatin aurait démontré à M. Bouquet lui-même la présence de l'iode dans les eaux minérales de Vichy.

MM. *Leconte*, *Fermond* et *Cazin* font remarquer, au nom de M. Bouquet, que les résultats scientifiques de la recherche de l'iode dans les eaux de Vichy n'ont pas été considérés comme concluants par ce chimiste.

M. *le baron Thenard* présente quelques observations sur l'analyse qu'il a faite des vapeurs des eaux du mont Dore. L'appareil de condensation était installé dans la salle d'aspiration de cet établissement, et il est à présumer qu'aucune matière étrangère n'y a été introduite à l'insu de l'expérimentateur. M. *Thenard* ayant concentré les produits de vaporisation ainsi obtenus, les a analysés, et y a reconnu la présence des matières salines et de l'arsenic que l'on constate dans l'eau de la source elle-même.

La salle d'aspiration du mont Dore est assez vaste, et peut contenir jusqu'à cent cinquante personnes. Quatre-vingts y prennent place habituellement. On fait bouillir à gros bouillons l'eau qui lui est destinée, et, dans ce mode d'ébullition plus ou moins actif, il n'est pas surprenant que des globules d'eau minérale se trouvent entraînés par la vapeur. Les chimistes savent que, pour obtenir de l'eau distillée pure, il ne faut pas que l'ébullition soit poussée trop activement, et surtout que l'eau soit trop chargée de matières salines ; aussi M. *Thenard* n'entend-il parler que de l'eau du mont Dore, vaporisée comme il a été dit ; et insistant sur ce que ce n'est point la matière saline elle-même qui se vaporise, il représente la chaudière fortement chauffée, le projettement de l'eau qui en résulte, et les globules projetés dans le torrent de vapeur, entraînant avec eux non-seulement de l'eau en nature, mais encore des substances salines. Il rapproche ces phénomènes de ceux que détermine un courant d'air emportant avec lui des corps organiques ou autres. On devra donc, en répétant ces expériences, tenir compte de l'ébullition, des matières entraînées par son action, de celles que la vapeur tient en suspension, et de leur plus ou moins grande proportion. Quant à la présence, dans la vapeur du mont Dore, d'une certaine quantité de matières salines, arséniées, iodurées, si toutefois elle est reconnue constante, il appartient à la médecine de l'utiliser.

Les salles d'aspiration constituent un excellent mode de bain entier ; mais il faudrait les disposer autrement qu'au mont Dore, où le grand nombre de malades réunis dans une même enceinte peut être signalé comme un inconvénient grave, à en juger par les matières organiques que l'analyse de ces vapeurs a permis à M. *Thenard* de constater dans cette atmosphère. Il faudrait réduire cet espace de beaucoup, remédier aux variabilités de température, aux mauvais effets d'une réunion trop considérable, et à l'aide de perfectionnements dirigés dans ce sens, on réaliserait une très bonne méthode de médication, dont MM. Bertrand obtiennent déjà de bons résultats.

A propos de la question soulevée relativement à l'existence de l'iode dans les eaux minérales, M. *Thenard* regrette de ne pouvoir encore apporter le tribut de son expérience personnelle. Il a fait suspendre des faisceaux de fil de fer dans la salle d'aspiration du mont Dore, au moment où celle-ci était remplie de malades, et au dehors de ce local, afin de vérifier si l'iode qui peut exister dans l'eau de la source viendrait s'y fixer. L'expérience n'est pas encore complète. Quant aux résultats contradictoires avancés par MM. Chatin et Bouquet au sujet de l'existence de l'iode dans les eaux de Vichy, M. *Thenard* engage ces deux chimistes à vérifier mutuellement leur manière de procéder, et à éclairer la science sur ce point intéressant.

M. *Beaude* a visité les bains de Borcette, près d'Aix-la-Chapelle, et il a vu, dans un caveau de maçonnerie situé au-dessous de la source, en l'absence de tout courant d'air, et sous l'influence d'une température élevée, des filaments suspendus offrant un aspect d'efflorescence vraisemblablement produit par la condensation des matières salines. Il pense qu'on doit prendre en considération la forme de la vapeur, qui, si elle est vésiculaire, peut tenir certains sels en dissolution, tels que le muriate de soude, par exemple.

M. *Reveil* cite les dépôts considérables de soufre existant dans les galeries du bain de César, à Cauterets, et dus à la décomposition de l'hydrogène sulfuré par l'action des corps poreux des parois mêmes de cette enceinte. On a souvent vérifié l'entraînement des matières solides par les courants d'air, et les rivages maritimes sont conseillés aux phthisiques dans cette acception.

M. *François* s'est occupé du fait d'entraînement de l'eau en vapeur forcée. Cette question a déjà été l'objet d'études sérieuses de la part d'ingénieurs américains. On a recherché comment la vapeur se forme dans un générateur, et s'il était possible de régler la quantité d'eau vésiculaire entraînée ; on a remarqué qu'il arrive un moment où, en réglant la prise, il y a un calme parfait dans la vaporisation ; mais, si on l'augmente, il se produit un tumulte qui bouleverse toute la masse du liquide, et la formation de la vapeur se fait à l'intérieur ; d'autre part, à un certain degré de concentration, la partie supérieure de l'eau tient et resserre tous les corps mobiles, les boues calcaires, par exemple. Vient-on à donner une issue, il y a effervescence aussitôt, et toutes ces matières sont entraînées. On peut appliquer ces faits à l'administration de la vapeur des eaux minérales ; mais nous sommes loin d'être fixés sur les différentes natures de ces vapeurs, sur le meilleur mode de production, et sur l'installation qu'on doit préférer dans les salles d'aspiration. M. *François*, au nom de M. *Lambron* et au sien, en vue des grands travaux qui se préparent près des diverses sources, propose à la Société de nommer une commission qui formulerait un questionnaire motivé, tendant à provoquer et à définir les recherches qu'elle regarde comme nécessaires pour arriver le plus rapidement à étudier et à fixer les moyens d'application des vapeurs d'eaux minérales à la médecine.

M. le *Président* prononce la clôture de la discussion.

Le bureau, appréciant l'intérêt de la proposition faite par MM. *François* et *Lambron*, désigne au choix de la Société une commission composée de MM. *François*, *Patissier*, *Reveil*, *Lhéritier*, *Henri fils*, *Lambron* à titre de membre adjoint, et dont M. *Thenard* voudra bien accepter la présidence. La Société adopte.

M. *Constantin James* donne lecture d'une Note *sur les eaux minérales de Wildbad et sur celles de Gastein.*

Wildbad est situé dans le royaume de Wurtemberg, à quelques lieues de Stutgart, au fond d'une des vallées les plus pittoresques de la Forêt-Noire, que dominent de hautes collines couvertes de sapins.

Les sources sont toutes le produit de forages artésiens. Elles jaillissent du granit même ; leur nombre est aujourd'hui d'environ cinquante. Il suffit, du reste, de creuser le sol à une profondeur de 20 à 25 mètres pour en obtenir immédiatement de nouvelles.

Le Kurhaus a été édifié sur le griffon des sources ; chaque piscine en renferme plusieurs, dont le nombre varie suivant la quantité de malades qui peuvent y être admis. De même dans chaque bain particulier jaillit une source particulière. Dans tous ces bains, un fond de sable fin et léger forme une sorte de tapis moelleux sur lequel les malades peuvent s'asseoir ou s'étendre. L'eau des sources s'échappe à travers ce sable en bouillonnant. En même temps des bulles de gaz, dans une agitation continuelle, glissent le long du corps du baigneur et y produisent une légère titillation qui n'est pas sans charmes.

L'eau minérale de Wildbad a une température de 30 à 37° c.; de sorte qu'il n'est besoin, pour le bain, ni de la réchauffer, ni de la refroidir. Cette eau est remarquable par sa transparence et sa limpidité parfaite. Elle n'a aucune odeur; sa saveur est presque nulle. Analysée, elle n'a fourni par litre que 0gr,4 i de principes fixes, dont :

Chlorure de sodium. . .	0gr,19
Carbonate de chaux. . .	0 ,11
Id. de soude. . .	0 ,06

Gastein est situé sur les confins du duché de Salzbourg, de la Styrie et du Tyrol, et comme perdu à l'extrémité d'une des vallées les plus sauvages des Alpes noriques.

Les sources minérales, au nombre de six, ont une température qui varie de 39 à 47° c. Elles jaillissent du granit même à travers un lit d'ardoise, et paraissent avoir toutes la même composition chimique et la même action médicinale. Cette eau est brillante et pure comme la plus belle eau de roche. Sa saveur est nulle ; elle n'a également aucune odeur, au point qu'elle défierait les palais les plus impressionnables.

La chimie, malgré la délicatesse de ses procédés actuels d'analyse, n'a constaté, dans l'eau de Gastein, que des traces à peine sensibles des sels alcalins les plus insignifiants. Quelques centigrammes par litre de carbonates de soude et de chaux ! Autant dire, par conséquent, qu'elle n'y a rien rencontré. Cette eau ne contient non plus aucun gaz. Aussi Berzélius, qui l'avait analysée, et, après lui, le professeur Wolf de Salzbourg, déclarent-ils que, chimiquement parlant, l'eau de Gastein est de l'eau distillée. Et cependant combien elle en diffère au point de vue médical!

Les effets physiologiques des eaux de Wildbad et de Gastein, expérimentés par M. C. James lui-même, sont cependant parfaitement tranchés et témoignent d'une activité particulière dont la composition chimique de ces eaux ne saurait rendre compte. Ce sont des phénomènes d'excitation portés à un haut degré, dont le système nerveux paraît subir particulièrement l'atteinte, et qui ne permettent pas de prolonger sans danger la durée des bains.

C'est principalement dans les affections du système nerveux que ces eaux médicinales sont employées. M. James a vu traiter avec succès à Wildbad des paraplégies à toutes sortes de degrés, et assure que l'on peut en obtenir la guérison dans des cas même en apparence très graves. Les eaux sont employées avec beaucoup de ménagements, les bains très courts d'abord, successivement prolongés, les douches très discrètement usitées ; enfin on paraît s'attacher à diriger le traitement de manière à ne solliciter ni crises ni phénomènes de réaction.

On prescrit Gastein contre ces états morbides que caractérisent la langueur et l'atonie générale, et auxquels il est impossible d'attribuer d'autre cause qu'un défaut d'innervation. Plus actives que les eaux de Wildbad, elles offrent également des ressources précieuses dans la paraplégie. Mais ce qu'elles offrent de particulier, c'est une influence toute spéciale sur l'appareil génital qui subit très directement leur action excitative, laquelle est comparée par M. James à celle des cantharides. Ce sont, dit-il, des eaux aphrodisiaques. Les animaux eux-mêmes subissent d'une manière très prononcée cette action spéciale.

« En résumé, dit en terminant M James, les eaux de Wildbad et de Gastein offrent cela de particulier que, bien que leur minéralisation soit à peu près nulle, qu'on les emploie en bain à une température un peu basse, qu'on ait rarement recours à la douche, elles agissent comme un stimulant des plus énergiques du système nerveux rachidien. Aussi, d'après leurs bons effets dans le traitement de la paraplégie, je les regarde comme exerçant une action spécifique sur la moelle épinière. »

SÉANCE DU 9 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÊLIER.

La correspondance comprend :

Des lettres de remercîment de M. le professeur *Filhol*, membre honoraire, qui adresse à la Société une note sur la sulfhydrométrie, et de M. le docteur *Subervie* (de Bagnères-de-Bigorre), membre correspondant ; de M. *Bouloumié*, qui propose un nouveau mode de fermeture des vases destinés au transport des eaux minérales et en demande l'examen. Cette proposition est renvoyée à une commission composée de MM. *O. Henry* fils, *Gobley* et *Fermond*.

Ouvrages offerts à la Société :

Études physiques et chimiques des eaux minérales et thermales de Châteauneuf (*Puy-de-Dôme*), par M. Lefort.

Balneologische Zeitung, nos 1, 2 et 3.

Sur la proposition du bureau, la Société adopte l'addition de l'article suivant au titre 1er de son règlement :

« La Société d'hydrologie médicale de Paris a des membres *associés* » *résidents*.

» Le nombre de ces membres est fixé à dix.

» Ils seront nommés suivant le même mode que les correspondants na- » tionaux, et recevront un diplôme aux mêmes conditions. »

Avec l'assentiment de la Société sont nommés par acclamation membres associés résidents : MM. *Fauconneau-Dufresne*, *Dechambre*, *Alfred Becquerel* et *Barreswil*.

Une proposition est faite par M. *V. Gerdy* sur la publicité à donner au rapport rédigé par une commission et lu en séance, dans la session dernière, à propos du projet de loi sur les eaux minérales. Après avoir entendu les réflexions de M. *le Président*, basées sur des motifs de convenance et d'opportunité, la Société renvoie l'appréciation de cette proposition à la commission déjà instituée.

A propos du procès-verbal, et après avoir entendu la lecture faite par M. *Ch. Petit*, d'une lettre de M. *Chatin*, M. *Bouquet* rappelle les nombreuses expériences qu'il a poursuivies pour rechercher la présence de l'iode dans les eaux de Vichy, et qui l'ont porté à conclure à la non-existence de ce corps dans ces sources. Il expose que s'étant mis en rapport avec M. *Chatin*, et ayant comparé les résultats de leurs expériences communes, il s'est tenu dans une réserve complète en face de caractères de coloration qu'il ne saurait considérer que comme des indices, sans signification définitive. S'en rapportant aux principes proclamés par l'Académie des sciences à propos de la recherche de l'arsenic, il croit devoir en référer à ses propres expériences, jusqu'à ce qu'on apporte des preuves positives et inattaquables du contraire.

Après quelques observations présentées par MM. *O. Henri* et *Gerdy*, sur la détermination des meilleurs procédés à employer pour la recherche de l'iode, et à la demande de MM. *Lhéritier* et *Chevallier*, une commission est nommée à l'effet de comparer les résultats contradictoires dont la Société a été entretenue sur la présence de l'iode dans les eaux de Vichy; elle se compose de MM. *O. Henri père*, *Chevallier*, *Bouquet*, *Lefort*, *Lecomte* et *Gerdy*. Elle invitera M. *Chatin* à bien vouloir se rendre dans son sein.

La Société décide qu'il ne sera pas donné suite au résumé de la discussion sur le traitement des maladies de l'utérus par les eaux minérales.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la *sulfhydrométrie*.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement de l'hydropisie scarlatineuse, par le docteur J.-W. TRIPE.

Le docteur Tripe admet deux formes principales d'hydropisie scarlatineuse : celle qui ne s'accompagne pas d'albuminurie, et

celle qui se caractérise par la présence de l'albumine dans l'urine ; cette dernière peut affecter une marche aiguë ou chronique. La première forme est de beaucoup la moins grave ; sa durée est en général assez courte ; jamais l'auteur n'a vu dans l'hydropisie simple non compliquée d'albuminurie, des phlegmasies viscérales, du coma, des convulsions, ou bien les autres symptômes de l'urémie.

La première question agitée dans cette partie du mémoire de notre confrère anglais est la prophylaxie. Les moyens propres à prévenir le développement de l'hydropisie sont tous les agents capables de rétablir l'activité de la peau ; dans ce but, l'auteur conseille le bain tiède avec addition d'un sel alcalin, de soude, de carbonate de potasse, qu'on fera prendre deux fois la semaine ; le malade pourra encore être frotté avec un linge sec et rude. Le régime le plus convenable est une alimentation peu excitante ; tous les soins tendront nécessairement à empêcher l'action d'une température froide et humide.

Le traitement de l'hydropisie sans albuminurie est très simple ; les indications que le médecin doit remplir sont de rétablir l'état des forces, d'augmenter la quantité des globules rouges du sang, et de diminuer la proportion d'eau du liquide circulatoire. Les médicaments qui réussissent dans ce cas sont les diurétiques associés aux toniques, et quelques purgatifs hydragogues.

Le traitement qui convient à l'hydropisie avec complication d'albuminurie est plus varié, différant suivant l'époque de la maladie, sa période fébrile ou apyrétique. L'urine fournit dans l'hydropisie fébrile les meilleures indications ; en effet, l'urine peut être : 1° peu abondante et sanguinolente, 2° peu abondante et non sanguinolente, 3° de quantité presque ordinaire, sans mélange de sang. La première qualité de l'urine est, en général, l'indice d'une congestion intense des reins ; on doit donc, dans ce cas, essayer d'abord de diminuer la congestion par des saignées locales sur les régions rénales, faites en général au moyen de ventouses scarifiées ; on cherchera, en outre, à rétablir les fonctions de la peau en maintenant le malade dans une atmosphère de température tiède, en lui donnant quelques bains tièdes avec addition d'une substance alcaline. Enfin les purgatifs, tels que le jalap, le calomel, etc., tendront à diminuer l'hydropisie. L'auteur vante également le sesquichlorure de fer uni à la digitale. Lorsque l'urine excrétée par le malade est peu abondante mais non sanguinolente, M. Tripe proscrit les émissions sanguines locales, et conseille les bains alcalins tièdes, les frictions sèches sur la peau, les sudorifiques, les préparations ferrugineuses, quelquefois combinées avec les diurétiques végétaux, les purgatifs hydragogues. Enfin, lorsque l'urine offre presque sa quantité ordinaire et qu'elle ne contient pas de sang, le médecin, évitant les émissions sanguines locales, peut avoir recours plutôt aux diurétiques, aux préparations ferrugineuses, aux purgatifs hydragogues répétés deux ou trois fois la semaine.

Les complications exigent un traitement spécial. Survient-il une méningite, alors il convient de pratiquer une petite émission sanguine locale, de couvrir la tête de compresses fraîches, de mettre des vésicatoires, et enfin d'avoir recours au mercure jusqu'à ce que l'on ait produit un commencement de salivation. Le même traitement convient aux complications phlegmasiques qui apparaissent quelquefois du côté du larynx, et peuvent se terminer par l'œdème de la glotte. M. Tripe recommande spécialement, dans ce cas, l'usage de révulsifs énergiques sur la peau, de même que sur la muqueuse du larynx, au moyen d'une forte solution de nitrate d'argent. La pneumonie consécutive sera traitée par de petites doses de mercure combiné avec l'ipécacuanha, par de petites doses d'iodure de potassium, d'opium et d'ipécacuanha.

Les accidents urémiques exigent un traitement rapide et énergique ; l'auteur conseille des bains tièdes, l'enroulement dans des draps trempés dans l'eau tiède ou froide, les purgatifs hydragogues, les émissions sanguines locales aux régions lombaires, et quelquefois les diurétiques. M. Tripe signale, sans insister sur sa valeur, l'acide chlorhydrique, que M. Frerichs, de Breslau, administre à l'intérieur dans le but de neutraliser le carbonate d'ammoniaque qui, d'après sa théorie, se développerait dans le sang et serait la cause des accidents graves auxquels il a donné le nom d'urémiques ; enfin il termine en indiquant le peu d'avantage qu'on retire, en général, dans ces cas, des saignées locales pratiquées à la base du crâne. (*British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, n° XXIX, janvier 1855, p. 229.)

Traitement du diabète sucré par la créosote, l'huile de proto-iodure de fer et le lait caillé, par MM. MICHALSKY, D. NELSON et E. DUCHESNE.

Malgré les nombreux travaux publiés dans ces dernières années sur le traitement du diabète, il faut malheureusement reconnaître que la thérapeutique est encore dépourvue d'agents sûrement propres à enrayer cette maladie et à amener la guérison. Aussi insérons-nous avec grand plaisir toutes les expériences thérapeutiques nouvelles.

Le docteur Michalsky, de Kreuzburg, rapporte un fait qui prouve à ses yeux l'heureuse influence de la créosote dans cette maladie. Le malade, homme de vingt-huit ans, présentait depuis un an et demi les symptômes de cette affection. La quantité d'urine avait considérablement augmenté, et l'analyse chimique y démontrait la présence de plus de 1 once de sucre sur 20 onces de liquide ; l'embonpoint avait considérablement diminué. Le malade fut mis à un régime exclusivement animal ; on donna, en outre, des pilules contenant de la créosote. Comme les forces du malade avaient subi un affaiblissement notable, on supprima pendant quelque temps la créosote pour la remplacer momentanément par une décoction de quinquina ; on revint ensuite à l'usage de la créosote. Après un traitement de six semaines, l'urine avait repris, sous le rapport de sa quantité et de sa qualité, ses caractères normaux, et le sucre avait complétement disparu. — Comme on peut le voir par le résumé de ce fait intéressant, la médication a été mixte, comprenant, outre la suppression des amylacés, les toniques ; on aurait donc tort de rapporter à la créosote tout l'honneur de la guérison. Cependant ce fait n'en offre pas moins de l'intérêt, eu égard à la terminaison rapide et heureuse de la maladie. (*Sanitaets-Bericht des Reg.-Bezirks Oppeln*, et *Preuss. Vereins Zeit.*, 1855, p. 4.)

—Les observations que rapporte le docteur D. Nelson pour démontrer l'efficacité du lait caillé dans le diabète ne sont pas non plus très probantes. D'autres médicaments dont l'action est beaucoup moins douteuse ont, en effet, été associés à l'agent thérapeutique nouveau ; tels sont les alcalins, les amers, etc. Trois observations sont apportées à l'appui des propositions émises par l'auteur. Le premier malade présenta une amélioration marquée, et succomba, un an après la cessation du traitement, à une bronchite intense. Le deuxième malade n'offrit qu'une légère amélioration, et succomba aux progrès d'une tuberculisation pulmonaire. Enfin le troisième guérit complétement ; malheureusement, l'auteur a négligé de nous dire si la guérison s'est maintenue longtemps. Le docteur Nelson administre le lait caillé aux repas. (*Lancet*, 1855, p. 61.)

—Enfin, le malade dont M. Duchesne nous a fait connaître l'histoire était un homme de cinquante-quatre ans, qui, dans le cours de l'année 1850, fut atteint des accidents les plus graves du diabète. Soumis à un traitement convenable, il vit la quantité de sucre diminuer considérablement dans les urines ; mais les forces ne reprirent pas leur degré ordinaire. En 1851, un anthrax apparut, et fut suivi d'une éruption furonculeuse opiniâtre. Confié, à cette époque, aux soins du docteur Duchesne, le malade fut traité par l'huile de proto-iodure de fer. Sous l'influence de ce traitement, on vit l'éruption furonculeuse disparaître, ainsi que la petite quantité de sucre qui persistait dans l'urine. Continué pendant plusieurs mois à la dose de trois cuillerées (0gr.,15) par jour, le médicament fut suspendu en avril 1854. Depuis cette époque, on n'a vu reparaître aucun signe de diabète. (*Moniteur des hôpitaux*, 1854, n° 145, p. 1159.)

Des fractures chez les rachitiques, par M. LLOYD.

L'opinion générale n'est pas fixée à l'égard du rachitisme considéré comme cause de non-consolidation des fractures. Il est cependant facile de concilier les avis les plus divergents en apparence ; car, pendant que le rachitisme est à son début ou dans son milieu, les os, ramollis et flexibles, ne peuvent guère se rompre. Lors-

qu'ils viennent à se fracturer, c'est donc ordinairement après que l'affection osseuse a disparu ou diminué; et, dans ce cas, elle ne peut empêcher ni retarder beaucoup la consolidation. Il importe donc, si l'on veut se former une idée juste sur ce point, de distinguer les fractures survenant *chez les rachitiques* d'avec les fractures survenant *chez ceux qui ont été rachitiques*.

L'expérience vient confirmer ces données de l'induction. L'auteur a vu, depuis peu d'années, dans les hôpitaux de Londres, vingt cas environ de fractures diverses chez des enfants porteurs de vestiges non équivoques de rachitisme, et la soudure des bouts osseux n'a demandé, pour s'accomplir, ni plus de temps, ni plus de soins que des sujets du même âge exempts de ces antécédents. Il cite notamment trois cas de fracture de cuisse chez des enfants de quatre, cinq et huit ans, autrefois atteints de rachitisme, et qui en portaient aux tibias la déformation caractéristique. Le membre fracturé ne nécessita que l'appareil et l'espace de temps ordinaires pour guérir et reprendre l'intégrité primitive de ses fonctions. (*Medical Times and Gazette*, 11 nov. 1854, p. 494.)

Bougie de gutta-percha rompue dans la vessie, par M. Ch. Cotton.

Cette observation manque des détails nécessaires pour savoir si l'instrument était ou non de bonne fabrique. Elle est intéressante à un autre point de vue, en prouvant, une fois de plus, la possibilité d'extraire par débris, lorsqu'on n'a pu le retirer entier, le fragment abandonné dans la vessie.

Un droguiste, âgé de vingt-quatre ans, se sondait lui-même pour un rétrécissement de l'urètre. En retirant la sonde, elle se rompit, et une portion, longue d'environ 1 pouce 1/2, resta dans la vessie. Deux jours seulement après l'accident, on essaya de l'extraire; mais les instruments lithotriteurs dont on se servait dans ce but furent impuissants pour l'atteindre.

Néanmoins, M. Cotton, remarquant que le lithotriteur ramenait chaque fois entre ses branches quelques débris de la sonde écrasée, réitéra à plusieurs reprises les mêmes manœuvres, et retira ainsi directement une certaine longueur du corps étranger.

D'autres morceaux furent évacués spontanément avec les urines. Deux derniers séjournaient dans l'urètre qu'ils obstruaient; il fallut les extraire. Bref, trente fragments sortirent, les uns d'une manière, les autres de l'autre. On constata alors que la vessie était entièrement vide, et la guérison fut complète et définitive. (*Association Medical Journal*, 24 novembre 1854, p. 1053.)

Fréquence des entozoaires en Égypte; accidents qu'ils occasionnent, par le professeur Griesinger.

M. Griesinger, actuellement professeur de clinique médicale à l'Université wurtembergeoise de Tuebingen, autrefois directeur de l'École de médecine du Caire en Égypte, a publié dans le journal allemand de son collègue M. Vierordt des notices médicales sur l'Égypte. Le dernier de ces mémoires contient de curieux détails sur des entozoaires qui sont fréquents dans ce pays et rares chez nous; on y trouve également la description d'accidents sérieux, souvent mortels, que ces entozoaires peuvent occasionner.

M. Bilharz, collègue de M. Griesinger en Égypte, a enrichi la science de descriptions de nouveaux entozoaires jusqu'alors inconnus. L'*Anchylostomum duodenale*, appartenant au genre des nématodes, décrit d'abord par M. Dubini, de Milan, avait été observé déjà en Égypte par M. Pruner. M. Bilharz le rencontra de nouveau en 1851 avec M. Griesinger dans les autopsies faites au Caire; il existait parfois en grand nombre dans la partie supérieure de l'intestin grêle; l'animal s'attache à la membrane musculeuse en traversant la membrane muqueuse; la perte de substance s'étend jusque dans le tissu cellulaire, et quelquefois même on trouve l'animal gonflé, enfermé dans une petite cavité pleine de sang, au milieu du tissu cellulaire sous-muqueux. La présence de l'*Anchylostomum duodenale* serait, suivant MM. Bilharz et Griesinger, la cause d'une maladie qui attaque toutes les classes de la société en Égypte, et que nos confrères allemands nomment *chlorose d'Égypte*. Cette affection est d'une fréquence telle, que M. Griesinger estime que le quart de la population en est atteint. Les symptômes de cette affection sont ceux de l'anémie; les téguments, la peau, les muqueuses pâlissent, le pouls s'accélère, les veines du col deviennent le siége d'un bruit de souffle continu; il s'y joint de l'affaiblissement et des accidents dyspeptiques. La marche de cette maladie peut être assez lente; les accidents atteignent graduellement toute leur intensité, et les malades finissent par succomber. Longtemps M. Griesinger chercha vainement dans les cadavres des sujets morts de la maladie une lésion quelconque; enfin il parvint à rapporter à la présence de l'*Anchylostomum duodenale* la cause de ces accidents. Les symptômes anémiques sont dus aux hémorrhagies peu considérables, il est vrai, mais presque continues que provoque la fixation de ces vers à la muqueuse de la partie supérieure du tube digestif.

M. Bilharz a aussi fixé son attention sur un hématozoaire curieux que l'on rencontre en Égypte : c'est le *Distomum hæmatobium*. Cet animal, qui a 3 à 4 lignes de long, a été trouvé par l'auteur dans le sang de la veine porte, des veines de l'intestin et des parois vésicales. Le médecin allemand a montré le rôle que jouait la présence de ces vers dans les parois du réservoir urinaire comme cause productrice de maladies de la vessie qui sont fréquentes au Caire, et qui se terminent par des cystites chroniques et par des épaississements partiels de la muqueuse vésicale.

Nous rappellerons en terminant que M. Bilharz a publié déjà antérieurement en Allemagne des détails intéressants sur une certaine forme de dysentérie d'Égypte causée par la présence d'une espèce particulière d'entozoaires. (*Vierordt's Archiv fuer physiol. Heilk.*, année XIII, liv. 4, p. 554.)

Oblitération complète par adhérence des parois du vagin chez une femme âgée, par M. Saurel.

Ce fait, fort bien observé et raconté par M. le docteur Saurel, offre un vif intérêt pour la pathologie des membranes muqueuses, et présente une nouvelle variété de ces oblitérations vaginales complètes dont la science offre peu d'exemples authentiquement constatés.

Obs. En examinant une femme de soixante et un ans, qui était venue pour le consulter sur une irritation des voies urinaires, M. Saurel reconnut que le vagin ne subsistait, chez elle, que dans l'étendue de quelques lignes. Au delà, les parois antérieure et postérieure de ce conduit adhéraient ensemble, non d'une manière régulière, mais comme si on l'eût intercepté au moyen d'un lieu circulaire. Ni le doigt, ni une sonde, même très ténue, ne purent découvrir le moindre passage pour pénétrer plus avant.

Aucune inflammation apparente, aucune douleur durant ces manœuvres n'indiquaient une altération de date récente.

Cette femme a eu sept enfants, le dernier il y a dix-neuf ans. Son mari, homme des plus salaces, lui a communiqué un chancre il y a vingt-sept ans, et depuis lors plusieurs blennorrhagies. Il n'a jamais cessé d'avoir des rapports avec elle. Il est donc très probable que c'est sous l'influence de phlegmasies réitérées et de distensions incessantes que la muqueuse est devenue le siége de modifications pathologiques qui lui ont permis de se prêter à un travail d'agglutination réciproque de ses parois.

En poussant le doigt avec une certaine force dans le cul-de-sac vaginal, M. Saurel put déchirer quelques-unes de ces adhérences, et il provoqua un léger écoulement sanguin. Il aurait pu, en persévérant, espérer de rétablir la perméabilité du canal; mais, vu l'âge de la malade, qui d'ailleurs n'en faisait point la demande, il ne jugea pas à propos de donner suite à ce projet. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 novembre 1854, p. 301.)

Asphyxie par suite de l'arrêt dans le larynx d'un ganglion bronchique introduit dans les voies aériennes, par M. Edwardes.

Les traités des maladies des enfants contiennent tous des renseignements sur les accidents causés par la compression exercée sur les bronches par les ganglions bronchiques volumineux hypertrophiés ou tuberculeux. On cite même, comme une des conséquences

de cette action compressive prolongée, l'ulcération des canaux bronchiques; mais il est tout à fait exceptionnel de voir l'asphyxie causée par l'altération que nous fait connaître M. Edwardes. Voici, en résumé, l'analyse de cette observation, qui nous semble unique dans la science, et qui est d'autant plus précieuse que l'examen du ganglion a été fait par des anatomo-pathologistes du plus haut mérite.

Obs. Un enfant de huit ans présenta tout à coup, en jouant, des signes de suffocation. Ces symptômes augmentèrent rapidement. On pratiqua la trachéotomie. On put ainsi faire pénétrer un peu d'air par l'ouverture. Le malade fit deux inspirations seulement après l'opération, et mourut. A l'ouverture du cadavre, on trouva, à la face postérieure et inférieure de l'épiglotte, un corps étranger, qui en bas touchait l'ouverture de la glotte. Ce corps étranger était couvert de mucus, et présentait exactement l'apparence d'un ganglion bronchique. En fendant la trachée, on découvrit que le ganglion avait pénétré par une ouverture anormale qui existait à droite en arrière, immédiatement au-dessus de la bifurcation. L'ouverture anormale présentait des bords irréguliers et frangés. Le corps étranger trouvé dans le larynx fut examiné par M. Quekett; il offrait une forme irrégulière, une coloration d'un bleu clair, et était maculé de taches blanches et noires. A la surface on constatait la présence d'épithélium. La masse, à son intérieur, présentait exactement la même structure anatomique qu'un ganglion bronchique sain qui fut pris comme terme de comparaison. (*Medico-chir. Trans.*, vol. XXXVII, 1854. — *Ranking's Half yearly Abst.*, vol. XX, p. 69, 1854.)

Gangrène de toute la membrane muqueuse de la vessie, par le professeur H. Luschka (de Tuebingen).

On rencontre quelquefois, dit le savant professeur de l'université de Tuebingen, des altérations d'une partie de la muqueuse vésicale consécutives à la stagnation de l'urine dans l'intérieur de la vessie; mais il est tout à fait exceptionnel de voir la membrane interne se détacher simultanément dans toute son étendue. M. Luschka nous rend compte d'un fait de ce genre, dont l'histoire a été présentée par M. le docteur Bauer à la Société des naturalistes de Wurtemberg.

Obs. Le sujet de cette observation était une femme de vingt-six ans, morte au troisième mois de la grossesse. Depuis trois semaines la malade avait une rétention d'urine que l'on essaya en vain de combattre par les médicaments et le cathétérisme. Des efforts violents n'amenaient l'expulsion que de quelques gouttes d'urine; enfin, les accidents devinrent si urgents, que, ne pouvant soulager la malade par le cathétérisme, on eut recours à la ponction vésicale. L'urine fut évacuée; mais la malade tomba dans un état typhoïde qui persista jusqu'à la mort, survenue au bout de douze jours. On dut se borner à l'examen des organes génito-urinaires. L'utérus, qui renfermait un fœtus de trois mois environ, ne présentait aucune trace de lésion quelconque. En ouvrant la vessie, on la trouva distendue par un liquide purulent, sale, mêlé de flocons fibrineux, et par une poche close de toutes parts. La paroi vésicale, épaissie dans toute son étendue, présentait par places une épaisseur de 7 millimètres; elle était dépourvue, à son intérieur, de membrane muqueuse; on voyait presque partout la tunique musculaire à nu, et ailleurs elle paraissait recouverte d'une substance caséiforme jaunâtre. L'orifice interne de l'urètre était bouché. Le sac clos contenu dans l'intérieur de la vessie présentait, à l'état frais et à l'œil nu, une coloration d'un gris jaunâtre sans structure. Sa surface externe était parsemée de petites villosités. Dans un point, on retrouvait l'ouverture faite par le trocart lors de la ponction vésicale. La surface interne du sac était, par places, lisse et d'une couleur gris sale; ailleurs, elle était recouverte par un dépôt grenu d'acide urique. C'était dans l'intérieur de ce sac qu'était renfermée l'urine. La sonde, introduite par le canal de l'urètre, s'engageait entre la tunique musculaire et la paroi du sac; aussi ne put-on, par ce moyen, évacuer le liquide urinaire.

L'examen histologique de la paroi du kyste a fait reconnaître à M. Luschka les éléments normaux de la muqueuse vésicale. On retrouvait le tissu cellulaire sous-muqueux des fibres musculaires organiques. La paroi du kyste était formée de fibres de tissu cellulaire mêlées de fibres élastiques, de ramifications nerveuses et de vaisseaux; mais toutes ces parties avaient subi une altération plus ou moins prononcée. Ainsi, les parois des vaisseaux étaient opaques, infiltrées de matière granulo-graisseuse; leur cavité était remplie d'une matière granuleuse colorée en brun; les nerfs offraient un affaissement marqué des parois des tubes primitifs; ailleurs, les tubes contenaient des granules graisseux irrégulièrement disposés. Dans les fibres musculaires organiques situées à la surface externe du kyste, on reconnaissait à peine les noyaux allongés qui les caractérisent; ils étaient remplacés par des granules graisseux. M. Luschka n'a retrouvé, dans aucun point de la surface interne du kyste, de revêtement épithélial. Dans toute l'épaisseur de la paroi du sac, on retrouvait un grand nombre de cellules granulées, de granules graisseux, de pigments brunâtres.

A quelle cause doit-on rapporter cette singulière lésion? — M. Luschka, après avoir démontré, par l'étude histologique, que ce sac n'était autre chose que la membrane muqueuse de la vessie détachée dans toute son étendue, croit y reconnaître le résultat d'une inflammation diphthéritique. Cette maladie aurait, suivant lui, donné lieu à l'épanchement d'une exsudation dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-muqueux; les modifications survenues dans ce tissu, entraînant un trouble dans la nutrition de la muqueuse, auraient déterminé sa séparation dans toute son étendue.

L'habitude des recherches microscopiques, et le soin que le professeur de Tuebingen apporte à ses travaux scientifiques (nous en avons été témoin), ne nous laissent aucun doute sur la réalité des résultats auxquels l'ont conduit ses recherches histologiques. Le fait qu'il nous a fait connaître est sans contredit fort rare dans les annales de la science : nous n'en connaissons aucun analogue. Cette observation offre en outre un intérêt pratique : elle fait connaître une cause fort rare de rétention d'urine, et de nature à induire en erreur le médecin relativement au diagnostic de la maladie. En effet, l'absence d'écoulement de l'urine par la sonde introduite dans l'urètre semblait éloigner l'idée d'une collection de liquide contenue dans son intérieur, et pouvait faire croire à l'existence d'un kyste situé dans le voisinage du réservoir urinaire. (*Virchow's Archiv. für pathol. Anat., etc.*, 1854, vol. VII, livr. 1, p. 30.)

Moyen propre à prévenir le développement des maladies des ouvriers qui se livrent à la fabrication des allumettes chimiques, par M. Faraday.

On connaît depuis pulsieurs années l'influence funeste exercée par la manipulation du phosphore nécessaire à la fabrication des allumettes chimiques sur la santé des ouvriers qui les préparent. MM. Th. Roussel, Pasquier (de Lyon), et en Allemagne surtout MM. Bibra et Geist, ont éclairé, par de nombreux travaux, la cause et le mécanisme du développement des névroses des os maxillaires. Sans entrer ici de nouveau dans la discussion soulevée par notre savant compatriote lyonnais, nous devons dire qu'aujourd'hui on admet généralement que les vapeurs phosphorées sont la cause immédiate de ces affections des os. Le célèbre physicien et chimiste, M. Faraday, dans ses leçons au *Royal Institution* de Londres, a fait connaître un moyen qui éviterait aux ouvriers ces dangereuses émanations. On sait que parmi les corps simples il en est plusieurs qui peuvent affecter diverses formes et jouir alors de propriétés très différentes; tels sont, par exemple, l'oxygène, le soufre et le phosphore. Ce dernier corps simple est, en général, incolore, presque transparent, c'est le phosphore employé dans les arts, celui dont les vapeurs affectent si dangereusement les os maxillaires; l'autre forme sous laquelle on le possède est le phosphore d'un rouge foncé, qui exige pour s'enflammer un frottement assez intense, et surtout qui n'est pas toxique. On pourrait, suivant M. Faraday, substituer avec avantage cette forme de phosphore à celui qu'on emploie en général. Nous ajouterons que, grâce aux recherches de nos deux savants confrères MM. Geist et Bibra, il semble que les moyens prophylactiques conseillés par ces deux auteurs ont réussi à éteindre la maladie. Dans son dernier *Mémoire sur la régénération du maxillaire inférieur*, M. Geist nous annonçait que depuis plusieurs années, et depuis l'application des moyens prophylactiques employés en Bavière et indiqués par lui, aucun nouveau cas de nécrose des os maxillaires par le phosphore n'avait été observé. En France, nous sommes malheureusement moins heureux qu'en Allemagne, et nos hôpitaux contiennent toujours des cas de cette nécrose des maxillaires. (Faraday, *Leçons sur les métalloïdes*, recueillies par le docteur Scoffern. — *Ranking. Half. Yearly Abstr.*, v. XX, 1854.)

Utilité du quinquina dans le traitement de la phthisie pulmonaire, par le docteur Muntendam.

Le quinquina, le fer ont été proscrits, par quelques médecins, du traitement de la phthisie pulmonaire ; d'autres, moins exclusifs, ont réservé ces agents thérapeutiques pour remplir quelques indications spéciales propres à certaines formes ou à certaines phases de la maladie. C'est cette opinion qui nous paraît, nous devons l'avouer, la plus raisonnable. Un médecin hollandais, M. Muntendam, a publié récemment un mémoire pour démontrer que le quinquina, seul ou associé à la morphine, peut, dans beaucoup de cas, prolonger la vie des phthisiques ou même les guérir. Cette indication n'est pas contreindiquée par l'appareil fébrile pas plus que par la dyspnée, la diarrhée, etc. C'est surtout au sulfate de quinine que M. Muntendam a recours presque à titre de spécifique. (*Medical Times and Gazette*, 1855, p. 119.)

Mort subite par suite de pneumonie latente, par le docteur Ashton.

M. Ashton a rapporté, dans une séance de la Société pathologique de Londres, l'histoire d'un individu, de condition assez misérable, qui, après avoir été indisposé quelques jours, fut trouvé mort dans son lit. Il y avait une double pneumonie, et le poumon droit était hépatisé. Le docteur Quain ajoute à ce récit l'observation d'un individu qui, sans avoir paru malade auparavant, tomba comme frappé d'apoplexie. Un médecin, aussitôt appelé, le saigna, mais la mort survint pendant l'opération. Le corps fut ouvert juridiquement, et l'on trouva une pneumonie étendue du poumon droit, de forme subaiguë, forme dans laquelle, ajoute l'auteur, la pneumonie existe souvent sans le cortége des symptômes qui lui sont propres.

— MM. Hourmann et Dechambre et M. Durand-Fardel ont rencontré souvent de ces pneumonies latentes chez les vieillards, et les ont étudiées avec soin. Cependant il faut bien savoir que ce mot de pneumonie *latente* n'exprime jamais que quelque chose de relatif. Il est des individus chez qui, par suite du grand âge ou d'un état constitutionnel, suite de cachexie ou de misère, les affections locales ne développent pas de réaction. Or, comme les symptômes de la pneumonie sont, pour la plupart, constitués par des phénomènes de réaction, il en résulte que l'absence de ceux-ci amène de ces pneumonies dites latentes. Mais il est fort rare que la santé n'ait pas été dérangée en quelque chose. D'ailleurs, les signes physiques de la pneumonie existent toujours, pour déceler à l'observateur soupçonneux le véritable état des choses. Aussi les pneumonies latentes, assez fréquentes dans les hospices de vieillard, dans les campagnes ou chez les individus d'habitudes misérables, deviennent-elles beaucoup plus rares dans la classe où l'on s'observe et se soigne. En un mot, sans prétendre qu'il faille supprimer l'expression de pneumonies latentes, laquelle signale un ordre de faits qu'il importe de connaître, nous devons faire remarquer qu'il n'y a guère de pneumonies qui, avec une certaine attention de la part du malade et de celle du médecin, ne puissent être reconnues pendant la vie. (*The Lancet*, 27 janvier 1855.)

De la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau, par M. Baillarger.

Quelque mince que puisse paraître la portion grise des circonvolutions cérébrales, elle n'en est pas moins composée de six couches alternativement grises et blanches. Ce fait, annoncé d'abord par M. Baillarger, est aujourd'hui parfaitement établi ; MM. Foville et Gratiolet veulent même que l'on comprenne dans la substance corticale une septième couche, composée de fibres blanches et placée à la face interne des précédentes. Une pièce pathologique, décrite sommairement par M. Baillarger, viendrait à l'appui de cette manière de voir. Il s'agit d'une malade morte à la Salpêtrière par suite d'une paralysie générale.

» A l'autopsie, je trouvai l'hémisphère gauche du cerveau ramolli dans toute son étendue. Quand je tentai d'enlever les membranes qui étaient épaissies, j'entraînai avec elles non pas une couche mince de substance grise, mais toute la couche corticale, et des portions assez considérables de substance blanche. A la partie antérieure et supérieure, les membranes enlevèrent ainsi d'une seule pièce tout un groupe de circonvolutions qui s'était séparé nettement de la substance blanche. En examinant cette pièce par sa partie interne, j'avais sous les yeux de véritables circonvolutions, mais dont le sommet était formé par le fond des anfractuosités.

» Ces circonvolutions renversées étaient, à leur sommet, lisses et d'un blanc bleuâtre ; en les incisant, on voyait que la couche blanche qui recouvrait ainsi la substance grise, était très mince, d'une épaisseur uniforme et assez adhérente. Dans le fond des anfractuosités qui répondait au sommet des circonvolutions, la réparation ne s'était pas faite complétement, une partie de la substance blanche était restée adhérente. »

Il nous a semblé intéressant de rapprocher de ces faits les résultats de l'investigation microscopique. Voici ce que dit à ce sujet Kölliker, *Eléments d'histologie humaine* (2e édition, traduite par MM. Béclard et Sée).

« La substance grise des circonvolutions, eu égard à sa structure intime, est aujourd'hui connue assez bien. On peut y distinguer parfaitement trois couches, une couche externe blanche, une moyenne d'un gris pur, et une interne, d'une coloration rouge jaunâtre. Cette dernière couche, dont l'épaisseur est égale à celle des deux autres réunies, et circonscrite ordinairement, à sa face externe, par une ligne plus claire, quelquefois presque blanche, présente plus en dedans, par places, une deuxième couche blanche, plus mince et plus faible. Il existerait donc quatre ou même six couches, qui sont :

1° Une couche rouge jaunâtre, partie interne ; 2° une couche blanche ; 3° une couche rouge jaunâtre, partie externe ; 4° une deuxième couche blanche ; 5° une couche d'un gris pur ; 6° une couche blanche superficielle. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire de physiologie humaine, comprenant les principales notions de la physiologie comparée, par M. J. Béclard. — 1 vol. in-8 de 988 p., avec 144 gravures intercalées dans le texte. Paris, 1855, chez Labé, place de l'École de Médecine.

Tant de génies ardents, tant de travailleurs dévoués, tant de nouveaux instruments de découvertes ont récemment concouru aux progrès de la physiologie, qu'on entrevoit presque aujourd'hui les limites de son domaine, dont nos prédécesseurs ne connaissaient guère que la féconde étendue. Mais toute culture commence par un bouleversement ; à plus forte raison celle qui doit porter des fruits. Aussi, que de débris amoncelés, à côté des progrès accomplis ! Que de traditions, jusqu'alors fidèlement conservées, a vu jeter au vent l'ère positiviste qui, après de louables mais presque stériles tendances, se signale depuis quelques années par tant de conquêtes réelles !

Cependant, au milieu de chaque rénovation fondamentale en voie de se constituer, un besoin se révèle, d'autant plus pressant que le mouvement en avant a été plus rapide : celui de s'arrêter quelques instants, afin de dresser l'inventaire des bénéfices réali-

sés. Aussi voit-on, à toutes les époques et pour les notions intellectuelles de tout ordre, l'agent mystérieux qui a décrété la perfectibilité humaine, susciter, en quelque sorte, un esprit qui, se mêlant au progrès sans le ralentir, compulse les archives, contrôle les opinions, répète les démonstrations, construit, avec les épaves du passé englouti, non moins qu'avec les acquisitions modernes, un vaste tableau où se résume l'actif de la science contemporaine.

Ce travail immense, ardu, et qu'on entend si souvent taxer d'ingrat par ceux qui l'entreprennent sans avoir *reçu l'influence secrète*, nul n'était plus que M. Béclard en mesure de l'accomplir avec éclat. Classique par hérédité, si je puis ainsi dire, il n'a cessé de cultiver dans ce but les brillantes et spéciales facultés qui semblent avoir conféré à ce nom respecté la mission de l'enseignement scientifique. Aussi, ce que nous avons à signaler, avant tout, dans ce volumineux in-8°, c'est un livre écrit d'un bout à l'autre avec plaisir, quoique avec conscience; première garantie qui, bien qu'accessoire, ne laisse pas que d'avoir son côté rassurant, en plaçant l'ouvrage de M. Béclard hors de la classe de ceux où l'obligation d'être complet paraît être pour les auteurs un fardeau dont le lecteur est toujours sûr de porter sa part.

D'ailleurs — et c'est par là surtout qu'il se distingue avantageusement de plus d'un de ses collègues en physiologie — M. Béclard n'est point un étranger au milieu des problèmes qu'il soulève. Profondément initié au maniement des moyens d'investigation que la chimie, le microscope et les vivisections ont mis entre nos mains, il ne se borne point, quand il faut opter entre deux avis contraires, à consulter ce qui, sous les apparences du vraisemblable, trop souvent, dans les sciences naturelles, est en réalité le faux. A son tour, il expérimente, ou, scrutant l'exécution et la valeur des expériences faites, y découvre une signification capable de jeter sur la solution une lumière que, parfois, ses auteurs directs, trop intéressés à en forcer le sens, n'y avaient point eux-mêmes entrevue.

N'omettons pas de mentionner dans cet ouvrage *les divisions ;* car c'en est là un des caractères distinctifs. Je ne veux point parler du classement général des matières : celui-ci a été, selon l'usage, fait en examinant l'une après l'autre les fonctions ; ordre méthodique et naturel, bien que, à la rigueur, ces divers actes de l'organisme vivant, qui s'enchaînent entre eux par tant d'étroits liens, ne puissent être séparés que pour céder aux exigences de l'enseignement. Ici l'auteur a suivi les précédents qui font loi dans tout traité de ce genre. — Mais nous appelons notamment l'attention sur les coupes multipliées qu'il a eu l'art d'intercaler dans l'exposé des phénomènes qu'on s'était jusqu'ici attaché à présenter, pour ainsi dire, tout d'une pièce. La physiologie, dans ce cas — elle doit se le laisser dire — avait souvent été dupe de la méthode qui lui a valu de si remarquables écrivains. Après avoir scindé la vie en fonctions, de bonne foi elle prenait chacun de ces grands actes comme constituant un fait séparé. La digestion, la respiration, l'innervation, une fois extraites par le professeur de l'ensemble vivant, redevenaient à ses yeux un *petit tout* distinct, dans lequel, avec une inconséquence singulière, il cherchait à mettre le plus d'unité possible, sans doute afin d'en rendre l'histoire plus attachante. — Loin de là, partout où il voit un fait complexe, M. Béclard le décompose en ses éléments constituants, l'étudie ainsi non-seulement dans toutes ses causes, mais dans ses modes divers, sous ses nombreux rapports, relativement à ses conséquences prochaines ou éloignées. Autant de points de vue, autant de paragraphes. Et après cette patiente et minutieuse investigation, si propre à soutenir l'attention, à remédier aux oublis, le lecteur, qui possède les matériaux nécessaires, voit, sans effort ni fatigue, recomposer devant lui la théorie générale de la fonction, dernier mot du problème, auquel il s'intéresse d'autant plus que, la plupart du temps, en le lui faisant pressentir par ces explications préalables, l'auteur lui laisse l'encourageante satisfaction de croire qu'il l'avait déjà deviné.

La digestion nous offrirait d'emblée un exemple propre à justifier la vérité de cette remarque. M. Béclard a d'abord étendu à son étude la division, si anciennement et si heureusement appliquée à la respiration, en phénomènes mécaniques et phénomènes chimiques y relatifs. Quant à ces derniers, voici la marche qu'il adopte. Tous les aliments propres à l'homme sont d'abord examinés quant à leur origine animale ou végétale, leur solubilité, leur composition chimique (bornée à la détermination des principes immédiats). Il indique, chemin faisant, la nourriture convenable et celle qui, à la rigueur, peut suffire ; celle qui est destinée à la rénovation des tissus et celle qui n'a trait qu'à la chaleur animale. Touchant alors au fond de la question, il précise l'origine, le siége d'action, la nature et la propriété des différents réactifs digestifs ; de la salive, du suc gastrique, de la bile, du liquide pancréatique, et montre en même temps à la modification nutritive de quels principes immédiats chacun de ces agents concourt. Leur rôle étant ainsi défini, il reprend les choses dans l'état le plus naturel, le plus vulgaire même, et passe en revue ce qu'il advient, par exemple, d'un repas ordinaire composé de divers mets. Dans ce but, et la même méthode en main, il y distingue, à travers leur apparence culinaire, de l'amidon, de la dextrine, de la graisse, de l'albumine, des matières réfractaires, et fait voir comment chaque substance assimilable étant tour à tour attaquée par un réactif approprié, finit par se transformer en véritable aliment. — Si nous ne nous trompons, c'est là une manière bien supérieure aux dissertations savantes sur les théories de la trituration, de la macération, etc., qu'on trouvait infailliblement dans chaque nouvelle publication sur ce sujet ; ingénieuse et simplifiante, élémentaire et profonde tout à la fois, cette analyse pénètre jusqu'au cœur de la question, et satisfait pleinement l'esprit sans l'avoir un seul instant lassé.

Avec un pareil plan, avec un sentiment aussi vif des exigences de la science moderne, l'auteur ne pouvait écrire un traité calqué sur les livres de ses devanciers. Aussi offre-t-il, en effet, des caractères tout différents. Plus de ces subtiles disquisitions sur l'essence vitale ou mécanique d'un phénomène ; plus de ces prolixes chapitres, vrais morceaux de résistance, où semble s'étaler avec orgueil le long historique des opinions qui n'ont plus cours. Peut-être même la concision que je signale est-elle parfois empreinte de quelque exagération. Si l'on ne peut regretter les dissertations jadis obligées sur la théorie du vomissement, sur le principe des battements du cœur, sur l'instrument de musique qui est l'analogue du larynx, etc., etc., d'autres sujets demandaient évidemment à être moins abrégés. On aimerait, par exemple, à connaître les expériences qui assignent soit dans l'artère hépatique, soit dans la veine porte, les sources de la sécrétion biliaire. L'opinion de l'auteur sur le nerf spécial de la sensibilité gustative se cache sous une formule vague, qu'il eût pu éclairer par la mention de certains faits pathologiques décisifs. Enfin, il n'est guère présumable que, dans sa seconde édition, M. Béclard se borne, sur le phénomène intéressant de la voix sombrée, à dire « qu'elle dépend de causes à peu près inconnues. »

Nous avons tout à l'heure parlé de vitalisme. M. Béclard, malgré l'éclatante distinction de son esprit élevé, qui pouvait le faire pencher vers ce côté, nous semble peu disposé à augmenter le nombre des partisans exclusifs de cette école. Il a sagement compris que, à notre époque de positivisme et de perfectionnement industriel, en face des conquêtes journalières que la méthode expérimentale arrache aux résistances du rationalisme pur, l'option entre les deux doctrines anciennement rivales ne pouvait être douteuse. Expliquer jusqu'aux bornes logiques, aussi loin que possible, les phénomènes de la vie par l'application des lois physiques, telle a été sa devise. Elle ne constitue ni une concession, ni même une tendance au matérialisme ; car, au bout de toute explication de ce genre, se dresse toujours l'inconnue inéliminable, faite pour rappeler à l'homme ce qui existait avant son origine, et restera éternellement au-dessus de ses forces. Mais enfin, un pouvoir doit-il abdiquer ou renoncer à agir, par cela seul que ses moyens d'action ne sont pas illimités ? Et l'intelligente analyse qui nous vaut chaque jour un pas de plus fait vers le centre de la place où nous assiégeons le grand mystère de la vie, ne vaut-il pas cette foi débonnaire qui, sur parole, admettait jadis l'influence de l'âme jusque dans la prétendue modification que les parois des vaisseaux chilifères feraient éprouver à la composition du liquide qui les traverse ?

On devine dès lors quelles parties, dans ce livre, ont reçu une

élaboration plus attentive. Partout où l'investigation directe peut suffire à résoudre le problème, la prédilection de l'auteur se traduit en développements d'une importance supérieure. Sous sa pénétrante poursuite, l'obscurité s'efface, le sujet devient accessible à tous ; plus d'une fois même de nouveaux aperçus jaillissent comme fruit de cette méthode si parfaite. Citons, à titre d'exemple, la détermination du rôle distinct dévolu aux veines et aux lymphatiques dans l'absorption ; quelques pages vraiment remarquables sur l'endosmose soit liquide, soit gazeuse, qui jettent une vive lumière sur le mécanisme des fonctions absorbante et respiratoire ; enfin, la théorie de la vision, chef-d'œuvre de science profonde et de lucide exposition.

Loin de nous cependant la pensée de borner à l'interprétation des seuls phénomènes matériels la part honorable qui revient à M. Béclard dans la publication de ce traité. A cette insinuation, si quelqu'un voulait l'étayer sur ce qui précède, ce n'est pas notre parole qui seule donnerait un démenti formel. Les lecteurs de ce journal trouveraient aisément dans leurs souvenirs de quoi la réduire à néant. Peut-être même serait-il plus vrai de dire que, entraîné par la nature de son esprit vers les questions abstraites de psychophysiologie, il a voulu maîtriser cette propension, lutte fructueuse pour la science qu'elle a dotée d'un traité où les deux tendances contraires, qui se partagent tous les esprits, se sont heureusement combinées pour donner naissance à un enseignement aussi homogène dans son plan que complet par ses détails. Justifions comme tout à l'heure notre opinion, en citant d'abord le premier chapitre sur *les limites* de la physiologie ; puis une controverse des plus péremptoires sur l'inopportunité d'admettre à côté de l'âme un principe vital distinct ; enfin, une distinction délicatement conçue et habilement justifiée entre les sentiments et les instincts.

Parvenu à la fin de l'espace qui nous est réservé, aurions-nous fait une omission grave en ne cherchant pas à mieux caractériser la quantité et la qualité des matériaux que M. Béclard a su rassembler ? Il nous le pardonnera sans doute ; car son nom et sa juste réputation suppléeront notre insuffisante analyse. Le sujet qu'il a embrassé est le domaine même de la physiologie, sans aucune exception ; il l'a considérée dans toute son étendue, ne s'imposant ni recherche inutile à son but, ni luxe fastidieux d'érudition, ni répétitions déplacées, mais ne négligeant pas le moindre de ces soins de rédaction qui rendent un traité complet. Ajoutez à cette intention, toujours visible et toujours couronnée de succès, des qualités de style qui épargnent autant de pages à l'éditeur que d'efforts au lecteur, et vous comprendrez comment, dans un compact mais unique volume, M. Béclard a pu réunir toutes les notions nécessaires pour en faire l'expression irréprochable de l'état présent de la science la plus cultivée et la plus progressive.

P. Diday.

VII.

VARIÉTÉS.

— Par décret du 31 mars 1855, l'Empereur a confirmé les nominations au grade de chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur, faites à titre provisoire par le commandant en chef de l'armée d'Orient, en faveur des officiers de santé dont les noms suivent :

MM. Ving, médecin aide-major de 1re classe ;
Billon, médecin aide-major de 2e classe ;
Roger, pharmacien aide-major de 1re classe.

— Trois médecins de la 1re division de l'armée d'Orient ont été enlevés par le typhus. Ce sont MM. Ancinel, médecin-major, Foucault et Vernon, aides-majors. MM. Culman et Ving, évacués mourants, sont sauvés. Le typhus a disparu.

Muséum d'histoire naturelle. — Cours de zoologie. — M. C. Duméril, professeur, membre de l'Académie des sciences, sera suppléé par M. le docteur Aug. Duméril, aide naturaliste, professeur agrégé de la Faculté de médecine, qui ouvrira ce cours le lundi 16 avril, à onze heures et demie, dans les galeries du Muséum. Les séances suivantes auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

— M. le professeur Piorry commencera, le lundi 16 avril, à huit heures précises du matin, sa clinique à l'hôpital de la Charité, et la continuera tous les jours à la même heure.

Les leçons, qui auront lieu à neuf heures, se feront les lundis, mercredis et vendredis.

Les leçons du mercredi seront consacrées à l'étude du plessimétrisme.

— M. le professeur Jobert commencera son cours de clinique chirurgicale le mercredi 11 avril, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Annales d'oculistique de Bruxelles. — Mars. Cas remarquable de guérison d'une fistule lacrymale, par *Quadri*. — Leçons de W. Bowman de Londres.

Allgemeine Medicinische Central Zeitung. — Nos 21 à 24. Diarrhée, son traitement par la poudre d'os calcinés, par *Mecklenburg*. — Sur l'ictère typhoïde, par *Lebert*. — Tumeur carcinomateuse dans le corps calleux, par *Meyer*. — Emploi de la chaîne galvano-caustique dans l'extirpation d'un polype du larynx.

Deutsche Klinik. — No 9. Des ambulances et des hôpitaux provisoires des armées françaises, par *Henschel*. — 10—11—12. Ophthalmie puerpérale, par *Santlus*.— Atrésie de l'anus, par *Bartscher*.

Medicinische Zeitung vom dem Vereine in Preussen. — Nos 9. Chloroforme chez les animaux, par *Jeckel*. — Quinine dans la dysentérie, par *Heer*. — 10. Gangrène du pénis, par *Heer*. — Ulcère perforant dans le duodénum, par *Keyl*. — 11. Inhalation de chloroforme contre les inflammations du poumon. — 12. Sur les maladies de l'armée du Caucase, par *Popoff*.

Monatsschrift fuer Geburtskunde und Frauenkrankheiten. — Mars. Tumeur du sacrum dans un accouchement prématuré, par *de Wittig et Wohlgemuth*. — De la prétendue dégénérescence graisseuse du placenta, par *Helfft*.

Wiener medicinische Wochenschrift. — Nos 8—9. Sur une réaction microchimique, sur la cholestésine et les corpuscules amylacés, par *Moleschott*. — Perforation de la cloison des ventricules du cœur, par *Hauska*. — 10—11. Spasme de la glotte, par *Lederer*. — 12. Hydatides de la vessie, par *Fleckles*.

Wochenblatt der Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien. — Nos 9 à 12. Eléphantiasis des parties génitales, par *Al. Reyer*.

Zeitschrift fuer Klinische Medizin, von Günsburg. — Mars. Contribution à la pneumométrie, par *Voltolini*. — Sur les tubercules crétacés, par *Lichtenstein*. — Sur la péricardite, par *Fr. Günsburg*.

Zeitschrift fuer Staatsarzneikunst, von Behrend. — 2e trimestre 1855. Sur la question de la superfétation ; pour, par *Santlus* ; contre, par *Albert*. — Observations sur la nature de la rage, par *Faber*.

Livres nouveaux.

De l'hystéro-épilepsie. Observation d'un cas très rare, par le docteur *H. Legrand du Saulle*. In-8 de 44 pag. Paris.

Die Haemophilie oder die Bluterkrankheit (Tendance aux pertes de sang), par *L. Grandidier*. In-8. Leipzig, chez O. Wigand. 4 fr.

Lehrbuch der Geburtshuelfe. (Traité des accouchements), par *A.-F. Hohl*. In-8. Leipzig, chez Engelmann. 22 fr. 75

Maximen der Kriegsheilkunst (Maximes de thérapeutique militaire), par *L. Stromeyer*. 2 parties, in-8. Hanovre, chez Hahn. 15 fr. 50

On Stricture of the Urethra and Fistula in Perineo (Sur le rétrécissement de l'urètre et les fistules du périnée), par *J. Syme*. 2e édit. in-8. Edimbourg, chez Simpkin. 6 fr. 50

Pathological and Clinical Observations respecting Morbid Conditions of the Stomach (Observations pathologiques et cliniques sur l'estomac en état de maladie), par *C.-H. Jones*. In-8. Londres, chez Churchill. 12 fr. 50

Pneumonia : its supposed Connection, Pathological and Etiological with Autumnal Fevers ; including an Inquiry into the Existence and Morbid Agency of Malaria, par *R. La Roche*. In-8. Philadelphia. 16 fr.

The Diagnosis of surgical Cancer (the Liston Prize Essay for 1854) ; by *John Zachariah Laurence*. In-8 de VIII—78 pag., cartonné avec 2 planch. London, John Churchill.

The Pathology and Treatment of Leucorrhoea. (Pathologie et traitement de la leucorrhée, par *W.-T. Smith*. In-8. Londres, chez Churchill.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 20 AVRIL 1855. — N° 16.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Rouen.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,
A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841, relatives aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'ordonnance du 14 février 1841, qui constitue l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen ;

Vu la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en date du 11 juillet 1854 ;

Vu le décret du 31 mars 1855 qui crée dans la ville de Rouen une École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres ;

Vu la délibération du conseil municipal de la ville de Rouen, en date du 6 octobre 1854,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie ; 2° pathologie externe et médecine opératoire ; 3° clinique externe ; 4° pathologie interne ; 5° clinique interne ; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants ; 7° matière médicale et thérapeutique ; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints de ladite école est fixé à trois qui seront attachés : à la chaire de clinique externe ; à la chaire de clinique interne ; à la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite ; aux chaires de chirurgie et d'accouchements ; à la chaire d'anatomie et physiologie ; aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie : un chef des travaux anatomiques ; un prosecteur ; un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

ART. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 14 avril 1855. NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. FORTOUL.

FEUILLETON.

Les Facultés de médecine d'Allemagne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN.

Les noms de Dieffenbach, des professeurs Langenbeck, Romberg, Schœnlein, J. Müller, ont, depuis longues années, jeté un grand éclat sur l'école de Berlin. En effet, chacun de ces professeurs a joué ou joue encore un rôle important dans les progrès de la science ; quelques-uns, cependant, retirés pour ainsi dire de la vie scientifique, sont arrivés à une époque où le savant a droit, dans une appréciation, à une évaluation impartiale de ses travaux antérieurs, accomplis à une période de la vie où l'homme dispose de toute son activité corporelle et mentale.

Les établissements d'instruction médicale à Berlin sont : l'École anatomique, l'Université, où sont donnés quelques-uns des cours théoriques, la Clinique et la Policlinique, l'hôpital de la Charité, la Maternité ; en tout, cinq établissements séparés, mais peu éloignés les uns des autres. On doit ajouter qu'à Berlin, comme à Gœttingue, quelques cours sont faits par des professeurs particuliers, ou même titulaires dans leurs demeures ; ces cours, qui sont inscrits sur le programme officiel de l'enseignement universitaire, portent, en général, sur des sujets démontrés par des expériences. Tel est le cours sur les infusoires avec démonstrations microscopiques, par M. le professeur Ehrenberg, et celui de toxicologie du docteur Ascherson. Enfin, on trouve à Berlin une clinique particulière, celle du docteur de Graefe, dont l'importance surpasse celle des cliniques officielles. Héritier d'un nom célèbre dans les annales chirurgicales, doué d'un grand talent professoral, M. de Graefe, quoique très jeune encore, jouit aujourd'hui d'une réputation sans rivale à Berlin et dans tout le royaume de Prusse.

L'hôpital de la Charité de Berlin est aujourd'hui l'un des premiers hôpitaux de l'Allemagne ; considérablement augmenté et amélioré depuis quelques années, il comprend une série de bâtiments bien aérés, reliés par de vastes couloirs et séparés par de grands jardins bien plantés. La position de la Charité dans un endroit un peu éloigné du centre de la ville, plus élevé que la plus grande partie de Berlin et ouvert de tous côtés, le place dans des conditions de salubrité très convenables. Sous ce rapport, cependant, la Charité ne vient qu'en second rang à Berlin, et l'on doit citer tout d'abord l'hôpital de Bethanie, situé dans une autre partie de la ville. Comme ce dernier n'entre nullement dans les éléments d'instruc-

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 14 avril 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. PATIN.
Pathologie et médecine opératoire. — M. GODEFROY.
Clinique externe. — M. LEUDET père.
Pathologie interne. — M. CANEAUX.
Clinique interne. — M. LEUDET fils.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants.—M. COURONNÉ.
Matière médicale et thérapeutique. — M. POUCHET.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. MORIN.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. FLAUBERT.
Clinique interne. — M. MÉRIELLE.
Anatomie et physiologie. — M. MELAYS.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. LÉVESQUE.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements. — M. HÉLOT.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. GRESSENT.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. EMM. BLANCHE.

Art. 4. M. DUMESNIL est nommé chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. COURONNÉ, professeur d'accouchements et des maladies des femmes et des enfants, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

Art. 6. M. le recteur de l'académie de Caen est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 14 avril 1855. H. FORTOUL.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 18 avril 1855, MM. BÉNARD, pharmacien de 1re classe, et JAMES, docteur en médecine, ancien chef des travaux anatomiques de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens, sont nommés professeurs suppléants près ladite École.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté de médecine de Paris a été invitée par M. le Ministre de l'Instruction publique à faire une présentation de candidats pour la chaire de pathologie interne vacante par le décès de M. le professeur REQUIN.

MM. les docteurs qui ont l'intention de se présenter comme candidats pour cette chaire sont invités à déposer leurs titres au secrétariat de la Faculté avant le 1er mai prochain.

Le secrétaire de la Faculté de médecine,
AMETTE.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies le 18 avril 1855.

77. CHAMPETIER, Charles Aimé, né le 22 juillet 1827 à Lorient (Morbihan). [*De la coqueluche.*]

78. DUCOIN, Louis-Catherine-Marguerite, né le 25 octobre 1818 à Beaumont (Tarn-et-Garonne). [*Recherches sur les matières albuminoïdes.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 19 avril 1855.

VARIÉTÉ D'AFFECTION MENTALE, APPELÉE *Ragle*. — NEUTRALISATION DU CURARE PAR L'IODE ET LE BRÔME. — ORIGINE DU SUCRE DANS L'ÉCONOMIE. — EMPLOI DU CHLOROFORME DANS LA PNEUMONIE. — DESTRUCTION DES CALCULS VÉSICAUX A L'AIDE DE L'ELECTRICITÉ. — MŒURS DE LA PRESSE MÉDICALE EN ANGLETERRE. — DIGNITÉ DE LA PRESSE MÉDICALE.

— Notre dernier compte rendu de l'Académie des sciences (voy. GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 15, t. II) mentionne une variété mentale sur laquelle nous reviendrons en peu de mots. Quelques soldats européens en auraient éprouvé les symptômes à la suite de marches forcées de jour et de nuit. Mais elle s'observe surtout dans les contrées chaudes et désertes de l'Asie et de l'Afrique, où, d'après M. d'Escayrac de Lauture, elle a reçu des Arabes le nom de *ragle*. Elle consiste dans une agitation maniaque provoquée par de fausses sensations, notamment de la vue et de l'ouïe.

C'est vraisemblablement la même affection qu'a décrite Prosper Albin en la qualifiant de *phrénésie du désert*, par cette double raison qu'en Égypte elle se manifeste lorsque soufflent les vents brûlants de la Nubie et de la Thébaïde, et qu'elle a pour principal caractère un délire phrénétique fréquemment suivi de mort; la même aussi que d'autres auteurs nomment *hallucinations du désert*, et que le vulgaire, dans certains lieux, désigne par l'expression *dem el muia* (sang et eau).

Dans son savant rapport, M. Duméril range cette maladie parmi les hallucinations; et très justement, selon nous, il la rapproche d'une foule d'états analogues, tels que le délire nerveux, celui des fièvres dites cérébrales, les troubles

---

tion et que les cliniques y sont défendues, nous n'en parlerons pas ici en détail. L'hôpital des Cliniques proprement dit (*Clinicum*), beaucoup plus petit que les deux précédents, n'est destiné qu'aux cliniques officielles; nous parlerons plus loin de la policlinique de M. Romberg et de la clinique chirurgicale de M. Langenbeck, ayant l'une et l'autre leur siége dans cet établissement. La Maternité, établissement nouvellement construit dans le centre de la ville, est confié au professeur Busch. Enfin l'École anatomique comprend les éléments d'enseignement physiologique, d'anatomie normale et pathologique. Le musée anatomique est situé dans l'Université, établissement où les facultés de théologie, de philosophie (sciences et lettres), de médecine et de droit sont toutes centralisées comme dans les autres villes universitaires d'Allemagne. Ce musée est surtout riche en pièces d'anatomie comparée et pathologique; les lésions y sont classées par ordre d'appareils. Sous le rapport de son étendue, on doit dire cependant qu'il ne répond pas à l'importance de l'école de Berlin, et que, sans sortir des limites de l'Allemagne, il ne pourrait être avantageusement comparé à ceux de villes plus petites, de Giessen, de Marbourg, et à plus forte raison du célèbre Musée huntérien du Collége des chirurgiens d'Angleterre, le plus beau, sans contredit, des musées existant aujourd'hui en Europe.

La Faculté de Berlin possède quatre professeurs titulaires de clinique, deux de clinique chirurgicale et deux de clinique médicale. La Faculté de Vienne seule possède trois professeurs de clinique médicale. Dans toutes les autres facultés, chacune des cliniques ne compte qu'un titulaire.

M. Langenbeck a eu l'honneur de succéder au célèbre Dieffenbach, mort subitement il y a peu d'années à Berlin. Jeune encore, M. Langenbeck possède deux grandes qualités pour un professeur de chirurgie : une habileté incontestable d'opérateur, et un diagnostic chirurgical sûr. On remarque surtout dans ses leçons le soin qu'il apporte à faire reconnaître aux élèves la nature de la maladie, à leur faire préciser les indications thérapeutiques et les moyens d'y satisfaire. La réputation du professeur attirant dans son service beaucoup de malades, il est facile de faire un choix, et d'admettre de préférence ceux dont l'affection peut offrir quelque intérêt à l'enseignement; aussi des malades atteints d'affections chirurgicales sérieuses fournissent-ils au professeur le sujet de remarques intéressantes portant sur le diagnostic et la médecine opératoire, qui tiennent la plus large place dans les leçons cliniques. Nous avons regretté seulement que M. Langenbeck confiât trop souvent les pansements et le traitement ultérieur médical proprement dit des malades à ses adjoints. L'élève ne suit pas, il nous semble, suffisamment

mentaux résultant des abus alcooliques, de l'intoxication saturnine, de l'ingestion d'opium, de belladone, de jusquiame, de hachisch, etc. En effet, malgré la diversité de leurs expressions, qui sont corrélatives aux diverses conditions auxquelles elles sont dues, ces affections reposent sur un fond commun : toutes naissent de conditions ostensiblement matérielles, par lesquelles elles se distinguent des folies et se rattachent au domaine des maladies ordinaires. Le ragle, en particulier, se développe sous l'influence d'une chaleur trop forte, de la fatigue, de l'insomnie. Sans doute, les médecins mentalistes peuvent être appelés à traiter de telles affections ; les délires ébrieux et saturnin, entre autres, sont nombreux dans les asiles d'insensés. On aurait tort, néanmoins, de ne pas les différencier des simples dérangements intellectuels et moraux, et surtout de s'en faire un argument, comme cela a été tenté, pour édifier théoriquement en médecine mentale une doctrine pathogénique unitaire.

On trouverait d'ailleurs aisément, dans les symptômes et la marche, des motifs importants de séparation. Les délires précédemment énumérés, comme d'autres semblables, la calenture, par exemple, dont nous citions récemment des cas curieux où les malades, fascinés, se précipitaient dans les flots, s'accompagnent habituellement de malaise et de fièvre ; l'évolution en est à peu près régulière, et presque tous se caractérisent par des pseudo-perceptions, mobiles exclusifs de l'agitation et des actes. Dans ses types, au contraire, l'aliénation proprement dite, compatible avec la santé corporelle, consiste seulement dans le décousu des pensées ou dans des convictions dominantes. Sans l'aberration mentale, il n'y aurait point de maladie, tandis que, dans le cas opposé, le trouble cérébral n'est qu'un des accidents d'un désordre plus complexe.

Et non-seulement les hallucinations sont, dans la folie, beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'a supposé ; mais lorsqu'elles s'y rencontrent, elles se présentent le plus souvent avec une uniformité, un enchaînement et une filiation logiques, qu'elles n'offrent que bien rarement dans les délires organiques, où elles participent, par leur multiplicité et leur incohérence, du chaos cérébral ; différence qu'explique l'opposition existant entre un symptôme et une cause.

— Nous avons fait connaître, en temps et lieu, les expériences de MM. Brainard, Green et Reynoso (GAZETTE HEBD., t. I, p. 367, 669 et 676), relatives à l'action de l'iode et du brôme sur le *curare*. L'attention toute particulière que nous avions donnée aux recherches de M. Reynoso se trouve justifiée par le rapport dont nous insérons aujourd'hui l'analyse au compte rendu de l'Académie des sciences. Il paraît à la commission que ce laborieux et habile expérimentateur a complétement résolu le problème de la neutralisation du curare par un agent chimique. Le brôme, mêlé au poison, le décompose et en empêche complétement l'effet, alors même que le brôme libre a été détruit, et que par conséquent les tissus n'ont pas souffert d'action caustique. Il nous semble que ces expériences en appellent d'autres, qui n'auraient pas moins d'utilité. Trouver un contre-poison spécial à chaque venin, quel sujet de recherches plus digne d'exciter l'émulation ? Après quoi, il s'agirait de chercher, non plus comment le poison peut être détruit sur place, mais comment il peut-être atteint et neutralisé quand déjà il a passé dans le courant de la circulation.

— Que la commission de la même Académie, désignée pour étudier l'origine du sucre dans l'économie, veuille bien ne pas trop différer son travail ! Car l'opinion ne peut que flotter entre les affirmations contradictoires d'expérimentateurs également habiles, également dignes de confiance. M. Figuier affirme qu'il a trouvé, contrairement à la théorie de M. Bernard, du sucre dans la veine porte d'animaux nourris exclusivement avec de la viande. M. Bernard nie formellement ce résultat des expériences de M. Figuier. Et voici maintenant M. Poggiale, qui, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, vient se ranger du côté de M. Bernard. Il s'agit pourtant d'un fait chimique, d'un fait matériel, rien que de ce fait. Il ne doit pas être difficile à des experts de s'éclairer et d'éclairer les autres sur ce point capital. La chose importe, car, depuis bien des années, la physiologie et la pathologie n'ont pas proposé de question plus importante à la sagacité des expérimentateurs.

— Avis à ceux qui n'ont pas assez, pour combattre la pneumonie, des saignées, des contro-stimulants, des vomitifs, des purgatifs, des vésicatoires, etc. Les inhalations de chloroforme, comme moyen d'apaiser la phlegmasie pulmonaire, sont maintenant en cours d'expérimentation dans plusieurs contrées de l'Europe, plus spécialement en Espagne et en Allemagne. Il y a déjà longtemps qu'un des directeurs d'EL SIGLO MEDICO a appelé l'attention sur ce moyen de traitement, dont il disait avoir retiré de notables avantages ; seulement, si notre mémoire est fidèle, il ne le considérait que comme un

toute l'évolution de la maladie. Il est difficile, du reste, d'adresser quelque objection sur la manière dont se fait un enseignement comme celui de M. Langenbeck ; peu de professeurs, surtout dans les grandes villes, avec les préoccupations d'une riche et opulente clientèle, consacrent plus de temps aux malades d'hôpital. Comme professeur, M. Langenbeck a le grand mérite de savoir frapper l'esprit de l'élève par des considérations intéressantes et surtout pratiques ; son enseignement pathologique est, en un mot, celui d'un clinicien. Ce caractère de l'enseignement se retrouve, du reste, dans beaucoup d'autres écoles où les professeurs sont chargés simultanément des leçons médicales ou chirurgicales théoriques et pratiques. Comme opérateur, M. Langenbeck succède dignement à Dieffenbach ; ses procédés, toujours discutés avant leur mise à exécution, sont modifiés avec sang-froid, suivant les conditions que n'a pu toujours prévoir le diagnostic le mieux raisonné. Sa manière d'opérer est peut-être une des plus rapides et des plus élégantes que nous ayons rencontrées. Enfin M. Langenbeck possède une qualité moins essentielle peut-être, et dont beaucoup de chirurgiens semblent trop peu jaloux : c'est l'urbanité et la politesse avec leurs élèves et leurs malades.

M. Juengken, professeur de clinique chirurgicale, possédait autrefois en Allemagne une réputation d'ophthalmologiste ; son enseignement pratique et sage est celui d'un clinicien vieilli dans l'exercice de son art. M. Wolff, professeur de clinique médicale, est resté fidèle dans son enseignement et dans sa pratique aux règles de l'antiquité ; c'est un des rares professeurs allemands qui ne soient pas entrés avec ardeur dans la voie nouvelle ouverte par les travaux d'anatomie et de chimie pathologique.

M. Schoenlein, professeur de clinique médicale à l'hôpital de la Charité, un des praticiens les plus répandus de Berlin, a exercé une grande influence comme professeur sur les tendances médicales, plutôt par ses leçons et par ses élèves que par ses écrits ; ses travaux principaux, bien connus, ne peuvent qu'être signalés ici, et l'*achorion Schoenleinii*, nom adopté dans la science, rappelle les progrès qu'il a imprimés à l'étude du favus en découvrant le champignon de la teigne. Ces recherches, déjà anciennes, ont été le signal d'une foule d'autres travaux intéressants sur les parasites végétaux chez l'homme ; notre confrère et ami M. Ch. Robin a donné, dans son ouvrage récent sur les végétaux parasites qui croissent chez l'homme, un résumé succinct de ces différents travaux : nous y renvoyons ceux qui voudraient être renseignés sur ce végétal, aujourd'hui généralement admis comme cause du favus. Les recherches de M. Schoenlein ont aussi porté sur la plupart des maladies cutanées. Les leçons cli-

adjuvant, qui ne dispensait en aucune manière des autres médications. Mais, plus tard, un médecin hongrois, le docteur Stohandl, a rapporté trois cas de pneumonie grave, dans lesquels l'inhalation de la vapeur fournie par 30 ou 40 gouttes de chloroforme ne manquait jamais d'amener une rémission considérable des symptômes. Cette rémission durait cinq ou six heures. Dès que l'effet était épuisé et que la recrudescence se faisait sentir, on répétait l'inhalation. Dans les trois cas la guérison a été complète, et tous les signes stéthoscopiques ont disparu du cinquième au huitième jour. Enfin, le Medicin. Zeitung du 14 mars dernier nous apporte le récit trop succinct de nouvelles expériences qui paraissent avoir été suivies sur une grande échelle par le docteur Hutawa. M. Hutawa essaya d'abord, il y a environ trois mois, les inhalations chloroformiques dans un cas de pneumonie double, dont les symptômes locaux et généraux avaient pris une intensité inquiétante. L'amendement fut si rapide, la marche ultérieure du mal si bénigne, la terminaison si heureuse, que notre confrère se décida à poursuivre son expérience; et comme les résultats ont continué à être satisfaisants, il a fini par adopter les inhalations répétées de chloroforme comme unique moyen de traitement antipneumonique. Les malades inspirent, toutes les heures, la nuit comme le jour, la vapeur de 20 à 30 gouttes de chloroforme, suivant la gravité des cas. On éloigne les doses à mesure que l'amélioration se prononce. Chaque sujet consomme ainsi environ demi-once de chloroforme en douze heures, pendant les premiers jours de la maladie. Nous le répétons : pas d'évacuations sanguines, pas de tartre stibié ou d'ipécacuanha; et l'auteur attribue principalement à cette absence de déperditions sanguines ou autres la rapidité de la convalescence.

Certes, il faudrait des renseignements précis sur la date, le degré, l'étendue de la lésion pulmonaire, sur l'appareil symptomatique, pour pouvoir juger de la valeur réelle de ces expériences. Nous sommes, pour notre part, médiocrement disposé à voir dans les vapeurs de chloroforme un antiphlogistique direct, capable d'influencer formellement la résolution de l'engorgement pulmonaire; et même nous ne pouvons nous défendre de songer aux propriétés asphyxiantes de la vapeur qu'on introduit ainsi dans des poumons où l'hématose s'opère déjà difficilement. La pneumonie, d'ailleurs, a des espèces distinctes qui ne sauraient s'arranger également d'une même indication; et cela seul autoriserait à condamner en bloc ces méthodes de traitement qui ont la prétention de suffire à tout. Toutefois, la rémission des symptômes généraux, la détente de l'orgasme fébrile, l'apaisement de la toux, sont des avantages que promet assez rationnellement le moyen indiqué, et qu'affirment d'ailleurs des expérimentateurs éclairés et consciencieux. Que l'amendement soit l'effet d'une action topique sur les nerfs des voies aériennes, ou qu'il résulte d'un effet anesthésique général, si cet amendement est aussi réel qu'on l'affirme et ne s'achète par aucun inconvénient sérieux, il vaut la peine qu'on le signale. L'exposé qui précède suffit au moins pour rassurer le praticien sur les chances des tentatives qu'il croirait pouvoir se permettre.

— La presse médicale de Londres s'occupe beaucoup en ce moment d'une brochure de M. George Robinson, intitulée : *Électro-lithotritie*. C'est une idée déjà assez ancienne que celle d'appliquer la force électrique à la destruction des calculs vésicaux. Tantôt on les a plongés dans une dissolution saline dont on dégageait ensuite, au moyen de l'électricité, des acides et des alcalis, qui devaient agir chimiquement sur le composé; tantôt on a fait passer directement le courant à travers la masse lithique. Dans ces divers procédés on avait en vue la décomposition moléculaire et la disparition graduelle de la pierre. Ce qui distingue le procédé de M. Robinson, c'est d'être tout mécanique. L'auteur propose de désagréger le calcul par l'action de fortes décharges de la bouteille de Leyde. Une bouteille de grande dimension est mise en rapport, de la manière ordinaire, avec des fils métalliques préalablement introduits dans la vessie au moyen d'une sonde élastique. Les extrémités vésicales des fils sont séparées par un intervalle de quelques millimètres ; il suffit, pour provoquer une décharge, de les appliquer à la surface du calcul. En répétant l'opération à des intervalles rapprochés, celui-ci ne tarde pas à éclater et à se diviser en plusieurs morceaux ; mais il faut pour cela, dit la brochure, qu'il soit plongé dans un liquide; car à l'air libre la désagrégation n'a pas lieu.

Hâtons-nous de dire que M. Robinson n'a encore obtenu la *cure* du calcul que dans des vessies de cadavres, des verres et des petits pots. La verrerie et la poterie ont le plus souvent cassé en même temps que le calcul ; quant à la vessie, qui est plus endurante quand elle est morte, elle n'en a éprouvé aucun dommage.

Assurément, l'espoir de désagréger une pierre vésicale au moyen d'ébranlements électriques n'a rien de déraisonnable en soi, mais à condition qu'on se sera assuré que l'ébranlement se communique exclusivement à la pierre et non aux tissus vivants. Or, le procédé suivi par M. Robinson est, sous

niques qui portent son nom ont été publiées par un de ses élèves, et par conséquent le professeur de Berlin ne peut être rendu personnellement responsable des propositions qui y sont énoncées ; nous savons même que quelques-unes ont été désavouées par lui. Par sa tendance médicale, M. Schoenlein se distingue de beaucoup de ses confrères allemands; parfaitement au courant des recherches modernes, le professeur de Berlin est l'auteur d'une doctrine que ses sectateurs avaient adoptée en la décorant du nom d'école de la nature. Aujourd'hui abandonnée, la doctrine que nous venons d'indiquer a fait place à une tendance aux idées constitutionnelles, à la considération d'éléments immatériels ou du moins échappant à nos sens dans les maladies. Ce *quid ignotum*, dont nous ne voulons pas, à beaucoup près, mettre en doute la réalité, est ce qui fait le sujet de prédilection des leçons de M. Schoenlein. Renonçant, par exigence de santé, nous le savons, à l'examen local au moyen de l'auscultation dans les affections des organes respiratoires, M. Schoenlein sait toujours faire suivre l'exposé de chaque cas de remarques intéressantes sur les résultats de sa propre expérience ; malheureusement, une parole très rapide, une articulation difficile et une respiration sifflante, empêchent fréquemment de suivre sans fatigue les remarques du professeur.

La policlinique, clinique des malades consultants et en ville sur les pauvres, a un titulaire spécial à Berlin, M. le professeur Romberg. Praticien aussi répandu que son collègue M. Schoenlein, M. Romberg a su utiliser d'une manière remarquable les éléments d'étude mis à sa disposition pour l'avancement de la science et l'instruction des élèves. C'est à Berlin surtout, et au cours de M. Romberg, que nous avons été frappé et convaincu de l'utilité de cette sorte d'enseignement pratique; son utilité est, du reste, appréciée par les élèves, comme le démontre leur assiduité aux leçons de M. Romberg. Les hôpitaux consacrés aux leçons cliniques ordinaires, en France comme à l'étranger, ne peuvent recevoir de malades atteints d'affections légères ou de longue durée ; les frais qu'entraînerait le séjour de ces malades dans les hôpitaux seraient beaucoup trop considérables. De plus, beaucoup d'individus atteints d'affections légères, comme de tics de la face, etc., ne veulent point suspendre leurs travaux et séjourner dans un hôpital. C'est donc surtout pour ce genre de malades que la consultation externe, érigée en clinique, devient une source précieuse d'instruction pour les élèves. Les cours de M. Romberg témoignent de l'attention que ce professeur concentre sur les maladies chroniques, et en particulier sur les névroses. Dans son livre sur les maladies des nerfs, dans ses comptes rendus cliniques, publiés à des intervalles malheu-

ce rapport, des moins prévoyants ; il a vraiment l'air d'avoir été imaginé pour l'avantage particulier du cadavre. On ne s'y prendrait pas avec moins de précautions pour décomposer de l'eau sur une table à expériences. Aucun moyen, par exemple, d'assurer entre les fils métalliques et la pierre un contact immédiat, qui est la condition essentielle de la réussite et, en même temps, une condition d'innocuité pour la vessie. Rien ne serait pourtant plus facile, à ce qu'il nous semble : il suffirait de transformer les deux fils en une pince à deux branches. Mais, même avec ce perfectionnement, la vessie sera-t-elle garantie? C'est ce qui est loin d'être démontré. Supposons encore cette difficulté levée. La vessie est sauve, la pierre est brisée ; voilà dans la poche vésicale trois, quatre, six petites pierres au lieu d'une grosse. Que ferez-vous de ces morceaux? comment leur appliquerez-vous la décharge électrique? Et si vous ne pouvez vous en débarrasser que par la lithotritie, autant valait y recourir tout d'abord.

Ajoutons que les expériences de M. Robinson n'apprennent réellement rien. Qu'on puisse faire éclater une pierre quelconque par une décharge électrique, c'est ce qu'il n'était guère nécessaire de prouver ; mais est-il possible d'en faire éclater une dans la vessie d'un homme vivant, sans amener des accidents sérieux? Voilà réellement la question. S'abstenir d'y répondre, c'est ne rien innover.

•

— Puisqu'il est question de la presse médicale anglaise, signalons un exemple singulier de cette liberté d'humeur et de ce sans-gêne d'appréciation qui lui est propre. On connaît l'histoire toute récente de la femme d'un praticien éminent de Londres, accusée d'avoir commis un vol dans un magasin de nouveautés. Si un pareil malheur arrivait chez nous, aucun journal de médecine n'oserait seulement y faire allusion. On se conterait la chose à l'oreille, le plus bas possible. En Angleterre, c'est tout différent : l'aventure est du domaine public ; la presse la raconte et la commente à sa guise. Le MEDICAL TIMES AND GAZETTE contient un article en deux colonnes, orné de ce titre en gros caractères : « AFFAIRE DE MISTRESS RAMSBOTHAM. » Et l'article, sans se soucier du tribunal, devant lequel la cause est pendante, s'applique tranquillement à prouver que cette dame est folle. C'est peut-être une consolation à l'adresse d'un confrère malheureux ; mais elle est, il faut en convenir, de nature assez désagréable (1).

— Enfin nos confrères d'outre-Manche sont aussi très émus d'un autre genre d'incident. A la dernière réunion de la SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LONDRES, M. Travers s'est montré fort irrespectueux envers les *Medical Weeklies* (feuilles médicales hebdomadaires) de la Grande-Bretagne, où il a déclaré ne plus jeter les yeux depuis longtemps. « Je suis, a-t-il dit, directement opposé à l'esprit du *petit journalisme*. Ce n'est pas un bienfait, mais un fléau, et il a fait plus de mal qu'il n'est capable de faire de bien. *Je regarde comme également utile de délivrer la voie publique de la prostitution et de mettre fin au journalisme périodique.* »

Cet homme, assurément, n'aime pas..... les journaux !

Pour notre part, nous jugeons cette boutade exactement comme ceux à qui elle a été plus spécialement adressée. Nous sommes en grande défiance contre la sincérité des plaintes qu'élèvent parfois contre la presse médicale des hommes qui lui doivent une partie de ce qu'ils sont. Il n'y a, pour certaines natures, rien de plus lourd à porter que le poids d'un bienfait, et il vaut mieux avoir affaire à un ennemi qu'à un obligé. La presse médicale a ses vices ; mais le plus grand de tous, au point de vue de sa considération, ou du moins le plus général, ce n'est pas l'agression, c'est au contraire l'excès d'indulgence. On la traiterait de moins haut, si elle savait se montrer envers tous digne, juste, ferme, et aussi mesurée dans la louange que dans le blâme. Il faudrait qu'on fût mieux persuadé dans le public que la presse n'est la protégée de personne, que c'est elle qui protége, et qu'elle pourrait, si elle le voulait bien, amener beaucoup de changements, et des changements équitables, dans le partage actuel des réputations. La presse a le droit d'être respectée, car elle est l'œuvre la plus considérable du temps, celle où se dépense le plus de science, d'esprit et de talent ; et nous ne craignons pas de la mettre infiniment au-dessus d'un habile coup de bistouri ou d'un gros recueil d'observations.

DELASIAUVE et A. DECHAMBRE.

(1) Nous annonçons avec plaisir que Mrs Ramsbotham a été déclarée *non coupable*.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

OPHTHALMOLOGIE. — OBSERVATION DE PSEUDOCHROMIE, par M. le docteur LEMBERT (de Lyon).

Depuis que Dalton a fait connaître l'altération de la vue qui porte son nom, l'attention des observateurs s'est portée sur ce point in-

reusement trop longs, on pourra se convaincre du parti fructueux qu'il a su tirer de ses matériaux. Dans les maladies des nerfs, qui font le sujet le plus fréquent de ses leçons, il insiste, comme dans ses écrits, sur l'importance des connaissances anatomiques et physiologiques. En effet, cette étude a dû être réformée presque complétement depuis les travaux de Ch. Bell, ce Harvey du XIXe siècle, comme il l'appelle. On sait le rôle que le professeur de Berlin fait jouer aux phénomène réflexes, et quelles conséquences il déduit de la découverte de M. Marshall-Hall dans l'interprétation et même dans le traitement des maladies des nerfs ; c'est d'après ce principe qu'il conseille, dans le tic de la face, la section des filets du trijumeau. Cette opération est souvent suivie de succès, comme il en a vu plusieurs exemples dans sa pratique ; cependant, il est juste d'ajouter qu'il n'a recours à ce moyen qu'après avoir constaté l'insuccès des agents thérapeutiques et autres, et en particulier de la liqueur de Fowler, dont il vante les bons effets. Nous regrettons que les limites auxquelles nous nous sommes astreint dans ces articles ne nous permettent point d'exposer comment ce savant classe toutes les maladies du système nerveux dans un cadre dont les divisions sont toutes physiologiques. Nous dirons seulement que ces maladies sont divisées en : 1° névroses des nerfs sensitifs, hyperesthésies, anesthésies ; 2° névroses des nerfs moteurs ; 3° paralysies. Chacune de ces grandes affections peut frapper ou les cordons conducteurs exclusivement, ou l'appareil central, ou l'un et l'autre simultanément. L'auteur insiste, dans ses leçons et dans ses écrits, sur l'erreur physiologique et médicale qui, dans maint livre d'outre-Rhin, fait rapporter à l'*irritation spinale* des phénomènes morbides appartenant à une foule de maladies différentes. Quand on étudie les ouvrages ou qu'on écoute les leçons de M. Romberg, on demeure convaincu que chaque progrès fait par cet auteur est dû à une discussion attentive des lésions pathologiques, éclairée par la physiologie normale ou morbide ; aussi chacune des propositions est-elle appuyée de l'exposé d'observations rapportées très en détail. La plupart de ces faits, observés à la policlinique ou dans la pratique particulière de l'auteur, offrent un grand intérêt. Dans les comptes rendus cliniques qu'il publie, M. Romberg s'est occupé d'autres maladies ; nous citerons, par exemple, une série de faits curieux relatifs à une maladie dont il nous a lui-même présenté l'exemple dans sa clinique : c'est la coexistence de l'exophthalmie avec l'hypertrophie du cœur, et la relation de cause à effet qui existe entre ces deux ordres de lésions. Cette théorie, d'origine anglaise, a trouvé des partisans dans l'école berlinoise. Cette coïncidence, au contraire, n'aurait pas été, que nous sachions, fréquem-

téressant de pathologie, et beaucoup d'observations ont été recueillies. Ces observations, jusqu'alors stériles, viennent d'acquérir une certaine importance, par suite des conséquences graves qui peuvent résulter de l'emploi des signaux colorés sur les chemins de fer, conséquences signalées à l'attention des savants par MM. Tyndall, Wilson et Thompson, et sur lesquelles la presse périodique a fixé l'attention du public.

Mais, mettant à part ces considérations, et prenant la question au point de vue de la nature et de la curabilité de la maladie, disons d'abord qu'elle a été et est encore regardée comme simple dans sa nature, et complétement au-dessus des ressources de l'art. Je ne sais même pas si jamais l'idée est venue à un médecin de tenter de la guérir, ou seulement d'améliorer l'état du malade. En effet, M. Potton, de Lyon, dans un travail récent à ce sujet, s'exprime ainsi : « Dans l'état de la science, il est aussi difficile d'expliquer ces étranges anomalies que de se rendre compte de quelques accidents du système nerveux dans d'autres points de l'économie; *nous ne pouvons que les étudier dans leur manière d'être, que constater les suites plus ou moins fâcheuses qu'ils entraînent.* » Cependant, je puis affirmer, d'une part, que cette affection n'est pas toujours un simple accident du système nerveux, et, d'autre part, qu'on peut quelquefois faire autre chose que de l'étudier dans sa manière d'être, c'est-à-dire prévenir, dans une certaine mesure, les suites plus ou moins fâcheuses qu'elle entraîne. C'est, du reste, ce que je crois devoir prouver par l'observation suivante :

Obs. — Dans l'été de 1845, un M. F... me fut adressé par une personne de connaissance, qui pensait qu'étant professeur de chimie appliquée à la teinture, je pourrais mieux qu'un autre porter remède à l'affection dont il était atteint.

M. F... commença par me dire qu'il s'adressait à moi pour que je lui apprisse à connaître les couleurs, et en même temps il se plaignit amèrement de la négligence de ses parents, qui ne lui avaient pas appris à les connaître, ce qui l'humiliait beaucoup, surtout lorsqu'il voyait de petits enfants parfaitement renseignés à ce sujet.

Ce début, qui avait quelque chose d'assez plaisant, me surprit un peu, et, quoique l'idée de pseudochromie se présentât immédiatement à mon esprit en même temps que l'incurabilité de l'affection, la curiosité, ainsi que l'étrangeté de la plainte formulée par mon visiteur, me fit prolonger l'entretien et multiplier mes questions. Voici donc ce que j'appris :

M. F... a trente-cinq ans; il est d'un tempérament lymphatique sanguin ; il est sujet à de légères ophthalmies; il a, comme on dit, les *yeux tendres*. Tous les objets se présentent à lui avec des teintes diverses, plus ou moins foncées, parfaitement distinctes les unes des autres, mais il ne sait pas le nom de ces nuances. — Ainsi, me disait-il, je ne sais pas la couleur de l'habit que je porte.— Il est employé dans un magasin d'étoffes peintes, et il lui arrive à chaque instant de présenter une pièce d'une couleur différente de celle qu'on lui demande. Pour ne pas se tromper, il mettrait volontiers une étiquette indicative de la couleur, mais sa mémoire supplée en partie à cette étiquette pourvu qu'on ne change pas les pièces de place, car il sait que telle couleur est dans telle case, telle autre couleur dans telle autre case. C'est de cette manière qu'il se guide pour le choix de l'étoffe demandée, bien plus que par la sensation visuelle chromatique. Parmi les couleurs, celles qui lui causent le plus de difficultés sont le bleu et le violet comparés l'un à l'autre, mais surtout le vert et le bois également comparés l'un à l'autre.

Toutes ces explications ne pouvaient que me confirmer de plus en plus dans l'idée que j'avais sous la main un cas de pseudochromie ; néanmoins, l'intérêt qui s'attache toujours à l'observation d'un fait rare me fit poursuivre mon exploration.

M. F..., comme je l'ai dit, éprouve beaucoup de difficulté à distinguer le bleu du violet, et surtout le vert du bois ; cependant il reconnaît une différence bien nette entre deux couleurs quelles qu'elles soient, même celles que je viens de nommer, et accouplées comme je l'ai dit. Ceci paraissait impliquer une contradiction. Pour avoir la clef de cette énigme, je lui dis : —Vous avez bien vu des arbres avec leurs feuilles, des prés? Il me répondit qu'il avait été élevé à la campagne. Eh bien, lui dis-je, vous savez bien la couleur de l'herbe? — Je ne me la rappelle pas, telle fut sa réponse. Cette réponse, bien inattendue, m'engagea davantage à continuer mes investigations, et j'arrivai à constater chez M. F..., indépendamment d'une mauvaise appréciation des couleurs : faiblesse de la mémoire pour les couleurs en général, très faible mémoire pour le bleu et le violet surtout comparés entre eux, enfin absence à peu près complète de mémoire pour le vert et le bois également comparés entre eux.

En effet, M. F... avait apporté, en venant chez moi, un grand nombre d'échantillons d'étoffes imprimées, et, en en prenant deux de même étoffe et de même dessin, mais de couleurs différentes, voici ce que j'observai. Si je lui en montrais un bleu et un violet, il les distinguait quant à la nuance, mais il était indécis pour savoir lequel était le bleu ou le violet; alors je lui indiquais la couleur, puis je les lui cachais pendant un peu de temps, et quand je les lui remontrais il était de nouveau embarrassé pour se prononcer. La même expérience étant faite avec le vert et le bois, il ne pouvait plus les reconnaître quand je les lui avais soustraits à la vue, ne fût-ce que pendant deux ou trois secondes.

Cet examen me donna immédiatement l'espoir, sinon de redresser complétement, du moins d'améliorer beaucoup la vue de M. F... En effet :

1° M. F... distingue l'une de l'autre deux couleurs quelles qu'elles soient, quoiqu'il les apprécie assez mal. 2° La difficulté d'appréciation des couleurs tient en partie à un défaut de mémoire des couleurs. 3° La mémoire, généralement faible pour la plupart des couleurs, est, il est vrai, très faible pour le bleu et le violet et à peu près nulle pour le vert et le bois ; mais la faiblesse de mémoire ne porte que sur une seule couleur primitive, le bleu, et l'absence à peu près complète ne comprend que deux couleurs composées. 4° Les trois couleurs primitives jaune, rouge et bleu, sont assez bien distinguées les unes des autres.

Avec de tels éléments, on doit obtenir un résultat; aussi je ne balançai pas, et je lui donnai rendez-vous pour le lendemain.

Voici comment je m'y pris. Je lui fis d'abord bien apprendre à distinguer les trois couleurs primitives comparées entre elles. Cela fait, je mêlai devant lui, méthodiquement, ces trois couleurs primitives, pour lui montrer l'origine et la formation des couleurs composées, y compris le noir. Ensuite, je lui enseignai ce que l'on entend par couleurs complémentaires; puis je lui fis remarquer que le bleu était une couleur simple qui différait du violet en ce que cette dernière contenait du rouge. Je lui montrai, par des mélanges, que l'on pouvait arriver insensiblement du bleu au rouge en passant par toutes les teintes du violet plus ou moins bleu ou rouge, et ainsi des autres couleurs composées. Enfin, je lui fis

---

ment observée à Paris ; elle est généralement niée par les professeurs de l'école de Vienne. Telles sont les principales sources auxquelles il faut s'adresser pour juger M. Romberg comme auteur et comme savant. Comme professeur, sa diction lente et correcte est aussi précise et aussi claire que celle du professeur Skoda, de Vienne ; et il y aurait, nous le croyons, plus d'un rapprochement à établir entre les tendances scientifiques et l'enseignement de ces deux hommes, qui marchent en tête de la clinique médicale de l'Allemagne.

L'utilité de l'enseignement de la policlinique pourrait encore être démontrée par les œuvres des élèves de M. Romberg; nous citerons au premier rang M. Henoch, dont le *Traité des maladies du bas-ventre* a été l'objet d'une de nos analyses dans la *Gazette hebdomadaire* (1854, n° 47). Nous n'y reviendrons donc pas.

A côté des cliniques des professeurs titulaires, on en trouve plusieurs autres faites dans les hôpitaux par des professeurs particuliers ou extraordinaires. Ainsi, à l'hôpital de la Charité, M. Traube enseigne les règles de l'exploration physique des organes dans le service du professeur Schoenlein, dont il est l'adjoint. Deux autres cliniques plus suivies sont faites par deux chefs de service de la Charité : l'une est celles des maladies des enfants, par M. Ebert, l'autre celle des maladies syphilitiques, par M. de Baerensprung. Le service de M. Ebert, peu considérable, de 40 lits au plus, est occupé indistinctement par des enfants atteints d'affections chirurgicales ou médicales; mais c'est surtout sur cette dernière variété que le jeune professeur insiste dans ses leçons, qui ont lieu deux fois la semaine et sont suivies par un nombre d'élèves considérable. Parfaitement au courant des opinions professées par les auteurs allemands ou étrangers, M. Ebert insiste beaucoup dans ses cours cliniques sur la thérapeutique si difficile et encore si obscure des maladies de l'enfance : c'est ainsi que nous l'avons entendu entretenir ses élèves de maladies qui frappent fréquemment les jeunes sujets à Berlin, le choléra des enfants et la gastro-entérite. Contre cette dernière affection, il conseille, dans les cas aigus, une solution de nitrate d'argent ; dans les cas subaigus, une goutte de créosote en solution. Parmi les opinions de ce médecin, nous en devons citer une qui n'est pas, à beaucoup près, partagée par le plus grand nombre des médecins : c'est la contagion possible et fréquente même de la varicelle. M. de Baerensprung, chargé, à l'hôpital de la Charité, de la clinique des maladies syphilitiques, professe la plupart des doctrines de M. Ricord. Nous aurions tort, néanmoins, de laisser supposer que M. de Baerensprung n'a aucune spontanéité, aucune idée personnelle dans ses écrits ; on pourra se convaincre du contraire en lisant

voir, par le même procédé, que, d'une part, le bois et toutes ses nuances ne sont que des mélanges de jaune avec du rouge lui-même plus ou moins mélangé de noir, et que le vert avait une couleur commune avec le bois, et que cette couleur commune est le jaune.

Après cette synthèse des couleurs, surtout de celles qui l'embarrassaient le plus, je lui en fis faire l'analyse, c'est-à-dire que, lui montrant du bleu et du violet, je lui faisais chercher laquelle contenait du rouge, laquelle n'en contenait pas. Pour le vert et le bois, je lui faisais faire, par la pensée, abstraction de la couleur jaune commune à ces deux nuances, et je lui faisais porter son attention sur le bleu et le rouge brun qui restaient comme teintes dominantes, et qu'il distinguait bien quand elles étaient isolées. Malgré la difficulté de cette abstraction, quinze jours après sa première visite, il reconnaissait assez bien toutes les couleurs. Je dois dire pourtant que le vert et le bois l'embarrassaient toujours par rapport au travail intellectuel qu'il était obligé de faire pour les distinguer ; et quand il voulait se prononcer trop vite, il lui arrivait souvent de se tromper encore. Certainement, la vue de M. F... laissait encore bien à désirer, mais il y avait une très grande amélioration. Il était, du reste, enchanté du résultat obtenu, et m'en a toujours témoigné beaucoup de gratitude. Il est resté dans la même maison, dans laquelle plus tard il passa aux écritures et n'eut plus à s'occuper des couleurs, ce qui lui fit plaisir.

Je ferai remarquer, pour terminer, que M. F... avait trente-cinq ans quand il se présenta chez moi, et je ne doute pas que si ce que j'ai fait pour lui à cette époque eût été fait vingt ans plus tôt, le résultat n'eût été encore plus satisfaisant.

Conclusions. — Je crois que cette observation prouve suffisamment que, comme je l'ai avancé :

1° La pseudochromie n'est pas toujours une affection simple ;

2° On peut quelquefois apporter une très notable amélioration dans l'état des personnes qui en sont affectées.

SUR LES MÉDICAMENTS FERRUGINEUX. — Fragments de leçons professées à la Faculté de médecine, par M. E. SOUBEIRAN.

Les composés de fer employés en médecine sont très nombreux ; ce sont : le fer métallique, ses trois oxydes, les sels de protoxyde et de deutoxyde de fer à acide minéral ou végétal, et d'autres combinaisons plus complexes ; en outre, chacun de ces médicaments peut être administré sous diverses formes. Tout se réduit pourtant à des sels : les uns qu'on ingère tout formés, les autres qui se font dans l'estomac, sous l'influence des acides sécrétés par cet organe.

De grandes discussions ont eu lieu sur la valeur relative de ces composés, dans lesquelles chacun a pu se donner un triomphe facile, et prôner celui qu'il vendait ; qui son carbonate, qui son lactate ; celui-ci sa poudre ferrée, celui-là son chocolat ferrugineux ; chacun s'appuyant sur des succès, comme si les préparations de fer n'étaient pas toutes bonnes quand la médication par les ferrugineux est indiquée, comme si les observations particulières à l'un de ces médicaments avaient quelque valeur pour établir sa supériorité sur les autres, quand les expériences n'ont pas été comparatives.

Les expériences faites par M. Costes, de Bordeaux, nonobstant la prédilection de ce médecin pour le fer réduit, témoignent des ressources que l'on peut tirer de préparations différentes du fer : sur 95 malades (chlorose, anémie et aménorrhée), sur lesquels portent ses observations, 45 ont été guéris par le fer réduit, et 50 par d'autres composés ferrugineux.

Les composés de fer ne sont pas cependant employés tous avec le même avantage ; il s'agit d'apprécier leur valeur relative.

On a dit que les sels de protoxyde étaient les seuls bons, en se basant sur ce que les eaux minérales, dont l'efficacité n'est pas contestée, contiennent le fer sous cet état, et sur quelques phénomènes de réduction que l'on a pu observer dans l'économie. La théorie est venue en aide, car quelle est l'opinion qui ne trouve pas une théorie à son service? Le protoxyde de fer va, dit-on, se charger d'oxygène dans les poumons, le transporte dans les capillaires, où le peroxyde est réduit pour aller repasser dans les poumons à l'état de protoxyde, et s'y charger une nouvelle fois d'oxygène ; théorie qu'il suffit de retourner pour l'appliquer également au peroxyde, qui irait d'abord se désoxyder dans les capillaires, pour aller ensuite se réoxyder dans les poumons.

Pour M. Mialhe, au contraire, c'est le peroxyde qui est bon. Le sel ferrique, arrivé dans le sang, y est décomposé par l'albuminate de soude ; il se fait de l'albuminate ferrique, qui, contenant les deux éléments essentiels des globules, matière protéique et peroxyde de fer, doit être dans les conditions les plus favorables pour s'organiser en globules sanguins. Il est vrai qu'il reste à prouver que le fer est contenu dans la matière colorante du sang à l'état de peroxyde. Quoi qu'il en soit, et en dépit de l'une ou de l'autre théorie, les composés de protoxyde et de peroxyde sont employés les uns et les autres avec avantage.

Des influences diverses concourent à l'effet plus ou moins avantageux des préparations ferrugineuses. Nous considérerons d'abord l'état de vacuité ou de plénitude de l'estomac : quand il est vide, il ne s'y trouve qu'un peu de liquide mucoso-alcalin ; quand il est rempli d'aliments, alors il se garnit de suc gastrique acide.

Dans l'état de vacuité de l'estomac, les composés insolubles, fer métallique, carbonate et oxydes, restent inactifs jusqu'à ce que l'estomac sécrète des sucs acides qui puissent les dissoudre ; aussi c'est un précepte adopté en thérapeutique et sanctionné par la chimie, d'administrer les composés insolubles en même temps que les aliments. Quant aux composés solubles, M. Mitscherlich nous a appris ce qu'ils deviennent en pareil cas ; ils réagissent sur les liquides et sur les tissus, et s'y unissent sous la forme d'une combinaison basique, insoluble par elle-même, mais soluble dans les acides faibles, et qui peut être facilement absorbée par toute surface qui sécrète un acide libre. Il faut compter ici avec l'acide du sel ferrique, car le précipité se dissout mieux quand il résulte d'un

---

parfois dans la *Gazette hebdomadaire* l'analyse des travaux originaux que ce médecin publie dans les recueils périodiques allemands. Nous devons enfin signaler une dernière clinique, celle de M. Ideler sur les maladies mentales.

En parlant des leçons cliniques, nous avons presque épuisé ce que nous avions à dire de l'enseignement de la pathologie ; en effet, comme dans les autres écoles de l'Allemagne, chacun des cliniciens joint à son enseignement pratique celui de la partie théorique de la science. Nous avons parlé plus haut des cours de pathologie chirurgicale de M. Langenbeck ; nous devons également citer ceux de M. Romberg. Enfin, plusieurs professeurs particuliers enseignent plus spécialement plusieurs branches de la science. Ainsi M. Simon, déjà connu depuis de longues années par son *Traité des maladies de la peau*, ouvrage classique en Allemagne, fait à l'Université un exposé malheureusement trop bref de cette partie de la nosologie médicale. M. Leubuscher est chargé, dans le même établissement, de l'enseignement de la pathologie interne ; les œuvres de ce jeune médecin, son mémoire excellent, publié en collaboration avec B. Reinhardt, sur le choléra de Berlin, mais surtout son *Traité des maladies du cerveau*, actuellement en cours de publication, sont la preuve de connaissances étendues et solides en pathologie ; aussi n'avons-nous été nullement surpris de retrouver ces mêmes qualités dans les leçons de notre confrère berlinois.

M. Casper, auteur de travaux nombreux de médecine légale, rédacteur d'un journal sur cette partie de la science, est chargé de l'enseigner à la Faculté de Berlin. La chaire de thérapeutique et de matière médicale est occupée par M. Mitscherlich. L'histoire de la médecine est enseignée par M. Ehrenberg, dont tous les savants connaissent les beaux travaux sur une partie de l'histoire naturelle, qu'il a, pour ainsi dire, étudiée le premier. Son cours sur les infusoires, s'adressant nécessairement à peu d'élèves, a, par là même, l'avantage d'être surtout un cours pratique.

M. J. Müller tient à Berlin le sceptre de toutes les sciences anatomiques et physiologiques. En même temps chargé de l'enseignement de l'anatomie normale, comparée, pathologique, et de la physiologie, on comprend difficilement comment il peut suffire à des occupations professorales si nombreuses, d'autant mieux que plusieurs de ces cours ont lieu quatre ou cinq fois par semaine. Peu d'hommes autres que ce savant confrère seraient capables d'enseigner des matières si diverses avec une autorité égale à la sienne ; c'est que peu d'hommes aussi ont publié des travaux aussi importants sur chacune de ces parties de la science. Depuis de longues années, on connaît en France les titres physiologiques de

sel à acide organique; il faut compter encore sur l'impression de stypticité produite sur l'estomac, qui est plus grande avec les sels à acide minéral, et qui l'est toujours assez pour engager à administrer souvent de préférence le fer mélangé avec les aliments.

Quand l'estomac est plein d'aliments, les matières qu'il contient sont devenues acides; les composés de fer insolubles se dissolvent et agissent sur la bouillie alimentaire comme si les sels avaient été introduits tout formés. Ici leur état de cohésion et leur composition ont une influence marquée; ceux qui ont peu de cohésion et qui sont très divisés, comme le fer réduit, le carbonate de fer, les pilules de Vallet, se dissolvent aisément; ceux qui ont une grande cohésion, comme le colcothar ou l'éthiops martial, sont lentement et difficilement attaqués. Quand le composé contient en même temps de l'oxyde ferreux et de l'oxyde ferrique, le premier, en raison de son affinité plus puissante, est dissous le premier; c'est ce qui arrive pour l'éthiops martial et les safrans de Mars Tout se réduit, en définitive, à un sel soluble plus ou moins vite formé, qui, réagissant sur le mélange de suc gastrique et d'aliments, le précipite, comme le dit M. Mitscherlich, et se redissout en partie. M. Quevenne a fait à ce sujet d'intéressantes observations; il a fait à des chiens une fistule artificielle à l'estomac, les a nourris, et a retiré d'heure en heure une portion de liquide qu'il a soumise à l'analyse.....

M. Quevenne est arrivé au résultat suivant. La plus grande partie de l'oxyde de fer des sels solubles est précipitée dans l'estomac par les matières organiques. Une partie du composé se dissout; mais cette dissolution est limitée et différente pour chaque composé. Le meilleur est celui qui, se dissolvant davantage, offre le plus de fer aux vaisseaux d'absorption. L'expérience a donné, comme quantités de fer dissoute, celles portées sur le tableau suivant. Dans chaque expérience, une même quantité de matières médicamenteuses, 50 centigr., avait été administrée aux chiens.

	Fer dissous.
Fer réduit................	0,051
Limaille de fer............	0,0359
Ethiops martial............	0,0326
Protosulfate..............	0,0284
Persulfate................	0,0234
Protocarbonate............	0,0250
Lactate de fer............	0,0208
Protochlorure.............	0,0186
Tartrate ferrico-potassique...	0,011
Safran de Mars............	0,008

Chaque matière se trouve ici rangée dans l'ordre de la plus grande proportion de fer dissoute par le suc gastrique, et si la valeur du médicament dépend de cette proportion de fer, la série du tableau indique le rang qui appartient à chaque composé ferrugineux.

Les résultats de ces expériences ne sont pas contestables; mais les conséquences que M. Quevenne en a tirées ne peuvent pas être acceptées.

Quand on administre des poids semblables de différents composés ferrugineux, on introduit dans l'estomac des quantités très différentes de fer, et ceux qui en contiennent moins ne peuvent pas en fournir autant en dissolution. Or, si M. Quevenne a vu dans ses expériences qu'à poids égal le fer réduit fournissait plus de fer en dissolution que tous les autres composés solubles qu'il est permis de lui comparer, c'est que ces derniers, à poids égal, contiennent moins de fer. L'expérience, envisagée ainsi, met à néant la prééminence que l'habile observateur avait cru pouvoir attribuer au fer réduit par l'hydrogène.

Le professeur montre que, selon les tableaux mêmes de M. Quevenne (voy. *Gaz. hebd.*, t. I[er], p. 778), *la quantité de fer dissoute augmente réellement avec la quantité de fer ingérée, qu'il s'agisse de fer réduit ou de tout autre composé, tel que le lactate, et continue ainsi :*

Mettons en regard la proportion de fer qui se serait dissoute si la dose de chaque préparation ferrugineuse avait été portée assez haut pour que chacune contînt 50 centigrammes de fer métallique. Nous supposons ici, pour plus de commodité, que la proportion de fer qui se dissout augmente proportionnellement à la quantité de fer ingérée.

Préparation employée.		Fer contenu.	Fer dissous.	Poids égal de fer.	Fer dissous.
Fer réduit..............	0,50	0;50	0,051	0,50	0,051
Ethiops martial.........	0,50	0,36	0,032	0,50	0,042
Protosulfate............	0,50	0,10	6,028	0,50	0,140
Persulfate..............	0,50	0,14	0,023	0,50	0,090
Protocarbonate..........	0,50	0,25	0,025	0,50	0,050
Lactate.................	0,50	0,10	0,020	0,50	0,105
Protochlorure...........	0,50	0,21	0,018	0,50	0,043
Tartrate ferrico-potassique.	0,50	0,11	0,011	0,50	0,050

La première et la troisième colonne sont la reproduction des résultats que j'ai rapportés, savoir, la quantité de fer trouvée dans le suc gastrique, en faisant prendre aux chiens 50 centigr. de chaque préparation. La deuxième colonne indique la quantité de fer réellement contenue dans les 50 centigr. employés; puis la quatrième colonne, supposant l'expérience faite avec des quantités de matières contenant chacune 50 centigr. de fer métallique, la cinquième colonne nous montre quelle devrait être, proportionnellement à cette augmentation de dose, la quantité de fer que l'on trouverait dans le suc gastrique. Or il résulte de ce tableau que *la supériorité accordée au fer réduit, et basée sur la plus grande quantité de fer dissoute, n'est qu'une illusion ;* que d'autres composés, comme le protocarbonate et le tartrate ferrico-potassique, l'égalent sous ce rapport, et que les sulfates et le lactate lui sont supérieurs.

En résumant ce que nous avons dit sur les ferrugineux, nous

M. Müller; nous n'avons qu'à rappeler ses recherches sur les sensations, la vue, l'ouïe, etc. Ses travaux anatomiques et d'anatomie comparée ont été surtout nombreux dans ces dernières années. On pourra s'en convaincre en parcourant la riche collection connue sous le nom d'*Archives de Müller*. La fondation de ce célèbre recueil a fait époque dans l'histoire et le développement des sciences anatomiques en Allemagne; aujourd'hui encore, les *Archives* sont un des meilleurs journaux d'anatomie allemands. On connaît moins en France les travaux d'anatomie pathologique de M. Müller, et surtout l'influence considérable qu'il a exercée sur cette partie de la science; nous n'en voulons comme preuve que son beau mémoire sur la structure intime des tumeurs, travail qui a été l'origine de beaucoup d'autres, où des caractères physiques exacts ont remplacé ces signes anatomiques obscurs, aujourd'hui presque oubliés, tels que le cri des tissus sous l'instrument tranchant comme signe du cancer. C'est de Berlin, et de M. J. Müller surtout, qu'est parti le signal de l'insurrection contre les dogmes anciens en anatomie pathologique; c'est à cette école que se sont formés la plupart des anatomo-pathologistes modernes : nous citerons surtout MM. Lebert et Virchow. Le progrès a donc débuté à Berlin et dans le nord de l'Allemagne; ce n'est que plus tard que le midi de l'Allemagne a suivi la même direction, qui est aujourd'hui celle de toutes les villes universitaires. Comme professeur, M. Müller est toujours une autorité dont on écoute attentivement les paroles, sûr d'y puiser des connaissances nombreuses et surtout certaines.

MM. Schlemm et Peters font à Berlin des cours sur divers points d'anatomie descriptive. Il faut placer à côté d'eux, comme professeurs d'un vrai mérite, deux jeunes savants, Meckel de Helmsbach et M. Meyer. Le premier a malheureusement, depuis notre séjour à Berlin, succombé à une tuberculisation pulmonaire; son travail sur les corps gras, publié il y a peu de temps, suffisait pour donner une juste idée de son talent d'investigateur. M. Meyer, plus jeune et appartenant à une famille de savants, a publié depuis quelques années des travaux histologiques qui sont faits dans les idées et d'après les principes de M. Virchow; c'est dire que ces travaux s'appuient sur des observations rigoureuses et des faits soigneusement observés. La place occupée il y a peu de temps encore par Meckel, et aujourd'hui vacante, est assez importante pour que nous en disions quelques mots : c'est celle de prosecteur à l'hôpital de la Charité. Le prosecteur de ce grand établissement y dispose seul du droit de faire les ouvertures des cadavres des malades morts dans l'établissement; toujours cet examen est fait par le prosecteur lui-même, en présence du chef de service auquel le malade était confié.

pouvons constater d'abord que les différentes préparations de fer qui sont ou qui ont été employées en médecine ont cela de particulier, que, si elles n'ont pas toutes une valeur égale, elles peuvent être toutes un moyen assuré de guérison, quand elles sont maniées par un médecin intelligent.

Si l'on doit prendre en considération la quantité de fer qui est contenue dans chaque préparation, cependant cette circonstance, qui semblerait devoir fournir la base la plus sûre pour établir la valeur comparative des divers ferrugineux, se trouve écartée et dominée dans son importance par des considérations d'un autre ordre : la solubilité des composés, qui rend leur action plus prompte, leur cohésion, qui facilite ou retarde la dissolution, et l'état d'oxygénation du fer, le protoxyde étant plus facilement attaquable que le peroxyde; enfin, il faut tenir compte de l'action locale qui est exercée à divers degrés par les sels à acide minéral ou à acide organique.

Je vous ai dit quelle influence avait l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac. Les matières insolubles par elles-mêmes, et qui ne deviennent solubles que dans les acides, restent en dépôt dans l'estomac jusqu'à ce que le travail de la digestion ait provoqué la formation d'un liquide acide. Dans l'estomac vide, les sels solubles de fer exercent directement leur action sur l'organe lui-même, et forment un composé basique, qui ne se dissout que peu à peu sous l'influence des sucs que le tissu est susceptible de produire; de là la nécessité d'administrer ces sels en dissolutions toujours très étendues, pour ménager la susceptibilité de l'organe. Cette nécessité n'est plus la même quand l'estomac est rempli d'aliments, parce qu'alors le sel de fer se porte sur eux, et que l'action sur l'estomac est presque nulle.

Le nombre des composés de fer qui peuvent suffire à la pratique médicale n'est pas considérable, et chacun d'eux se présente avec des caractères particuliers d'utilité. Le sulfate de protoxyde est employé de préférence, quand il s'agit d'ajouter à l'action générale du fer un effet astringent qui combatte quelque flux séreux ou hémorrhagique (Costes). Le lactate de fer à acide végétal, à saveur moins styptique, lui est préféré dans les cas ordinaires; mais sa solubilité même devient un inconvénient chez quelques malades, qui supportent mieux le carbonate ferreux des pilules de Vallet ou le fer réduit, lesquels, ne se dissolvant qu'avec plus de lenteur et cédant le fer pied à pied aux sucs acides dissolvants, ne chargent jamais à la fois l'estomac d'une aussi forte quantité de sel ferrugineux. Le fer réduit a même, sous ce rapport, l'avantage sur le carbonate, mais il a contre lui la production de rapports gazeux désagréables, qui sont la conséquence inévitable de la production du gaz hydrogène, et qui lui font souvent préférer, dans les cas ordinaires, les autres ferrugineux. Chez les individus qui ne supportent le fer qu'avec une extrême difficulté, vous pourrez user avec profit de la limaille de fer porphyrisée et de l'éthiops martial, qui jouissaient, à juste titre, d'une grande considération chez les anciens médecins. Le premier lentement dissous, parce que sa division n'a pas été poussée à l'extrême, le second lentement dissous aussi, parce qu'il a de la cohésion, et parce que le protoxyde de fer qu'il contient est engagé dans une combinaison qui contrebalance en partie l'action dissolvante du suc gastrique.

Les sels ferriques sont, en général, trop acerbes pour être supportés à des doses un peu élevées; mais parmi eux, par une singulière exception, le tartrate ferrico-potassique se montre presque insipide, et il est, parmi les composés de fer, un de ceux qui sont le mieux supportés. Il n'en est aucun qui pourrait, comme lui, être administré sans accident à cette dose élevée que nécessite le traitement des ulcères phagédéniques. A lui encore l'avantage de relâcher le ventre au lieu de produire la constipation, qui est un des effets ordinaires des préparations de fer.

Vous vous rappellerez encore, quand vous trouverez dans votre pratique des malades absolument rebelles à toutes ces préparations, que le phosphate ferreux, que le pyrophosphate ferrique, le tannate ferrique et le sulfate albumino-ferrique, ont pu être supportés par des malades trop impressionnés par les autres ferrugineux.

Enfin, vous ajouterez à cette série l'iodure et l'arséniate de fer, qui joignent à l'effet particulier aux ferrugineux celui non moins énergique de l'iode ou de l'arsenic. (*Bulletin général de thérapeutique* du 15 avril.)

III.

REVUE CLINIQUE.

Deux cas d'opération césarienne.

Deux opérations césariennes, qui se recommandent à l'attention des praticiens à des titres différents, ont été pratiquées, dans le courant de janvier, à l'hôpital des Cliniques, par M. le professeur Paul Dubois.

L'une de ces opérations, nécessitée par un rétrécissement extrême du bassin, dû au rachitisme, n'ajoutant rien de nouveau à l'histoire générale de cette affection ni aux applications obstétricales, ne mérite guère d'être mentionnée que pour prendre place dans la statistique de ces opérations, singulièrement altérée par la disposition, bien naturelle d'ailleurs, à publier tous les cas heureux et à laisser souvent dans l'ombre ceux qui ne le sont pas. Ces données inexactes, qu'on ne saurait trop signaler, donnent en faveur de l'opération césarienne des présomptions erronées de chances de salut qui trompent encore des hommes éclairés qui s'efforcent de ramener la pratique aux errements du siècle dernier, dont elle est à peine sortie.

Obs. I. — Voici en quelques mots l'histoire de cette opération et de ses particularités qui méritent attention. Le sujet est une femme de trente-deux ans, primipare, à terme, d'une stature extrêmement petite (1 mètre

---

Le médecin qui occupe cette position, à laquelle on ne peut comparer, pour la richesse de matériaux, que celles des professeurs d'anatomie pathologique de Vienne, Prague et Würzbourg, y trouve l'occasion d'examiner une foule de lésions diverses; aussi cette place a-t-elle suscité depuis quelques années des hommes qui tous ont un nom déjà célèbre dans la science allemande. Nous citerons surtout MM. Virchow, Reinhardt et Meckel.

A Berlin, les cours de chimie et de physique n'ont point de titulaires dans la Faculté de médecine, mais uniquement dans celle des sciences. Le plan que nous nous sommes tracé ne comprenant pas l'exposé de cet enseignement, nous n'y insisterons pas.

Docteur Leudet.

M. le professeur Jules Cloquet a ouvert son cours de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine, mardi dernier. Il le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à trois heures.

— M. Baillarger, médecin à l'hospice de la Salpêtrière, commencera son cours de clinique sur les maladies mentales, le dimanche 22 avril, à 9 heures du matin, et le continuera tous les dimanches, à la même heure.

— La médecine lyonnaise vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. Dubouchet, membre de la Société de médecine de Lyon, inspecteur adjoint de l'établissement thermal de la Mothe. M. Dubouchet était un confrère aussi distingué qu'honorable.

— M. le docteur Omer Colomiès vient également de succomber à Toulouse. Il n'était âgé que de trente et un ans, et donnait déjà les gages d'un brillant avenir.

— Banquet de l'internat. MM. les internes et anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices civils de Paris sont conviés à un banquet, le samedi 12 mai 1855. On se réunira aux Frères Provençaux, à six heures du soir. La cotisation est de 15 francs.

On souscrit à l'Hôtel-Dieu (M. Remilly, commissaire), à la Charité (M. Parrot), à la Pitié (M. Tarnier), à Saint-Louis (M. Garreau), à Lariboisière (M. Cadet). On peut souscrire de province, par un mandat sur la poste adressé à un des commissaires.

La liste des souscriptions sera close le mercredi soir, 9 mai 1855.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

16 centimètres); les membres inférieurs étant proportionnellement plus réduits que le reste du corps, elle est plus petite par le tronc que par les membres. Cette petitesse des membres tient moins à leur déformation qu'à l'arrêt de développement. C'est un exemple remarquable de rachitisme, où l'arrêt de développement des os a prédominé sur leur ramollissement. Le diamètre sacro-pubien, de 6 centimètres environ, mesuré avec le doigt, n'avait en réalité à peine 5 centimètres et demi. Cette différence sensible d'appréciation provenait de l'épaisseur insolite de la symphyse des pubis, qui était ossifiée dans toute son étendue et faisait saillie dans le bassin. Le diamètre transverse était de 12 centimètres, et les obliques de 11 centimètres. Cette malheureuse créature, dont la grossesse avait été exempte d'accidents, présentait un œdème remarquable des extrémités inférieures lié à une albuminurie qui faisait craindre une attaque d'éclampsie, et venait expliquer l'aptitude plus grande des femmes rachitiques à cet accident, signalée depuis longtemps par M. Dubois. Le 25 janvier, à son entrée à la clinique, elle était déjà en travail. Le lendemain matin, l'orifice utérin était notablement dilaté; dans l'après-midi, les membranes furent rompues, et les contractions étant devenues dès ce moment plus énergiques, M. Dubois se décida à agir immédiatement, n'ayant pas à choisir entre l'opération césarienne et la céphalotripsie, dont le degré de rétrécissement du bassin rendait les manœuvres impraticables. La patiente, soumise aux inhalations du chloroforme, subit l'opération suivant le procédé ordinaire, sans paraître en avoir conscience, bien que l'action anesthésique fût incomplète et se traduisît par de l'agitation et de l'excitation pendant toute la durée de l'opération. L'enfant, comme le faisaient espérer les battements du cœur entendus avant l'opération, était vivant, résultat d'autant plus heureux que c'était le seul sur lequel on pût sérieusement compter. Au lieu de sutures, on employa de fortes serre-fines pour maintenir unis les bords de la plaie abdominale. Ces pinces qui, dans une circonstance analogue, avaient paru un bon moyen d'union pour ce genre d'opération, se sont montrées infidèles ici. Le lendemain matin, on s'aperçut qu'elles s'étaient détachées pendant la nuit; les bords de la plaie s'étaient écartés, et une anse intestinale faisait issue à travers la plaie béante. L'anse intestinale de la hernie était fortement distendue par des gaz; il fallut y pratiquer quelques ponctions pour évacuer ces gaz et la réduire. Cette réduction opérée, on réunit cette fois les lèvres de la plaie à l'aide de la suture entortillée. La première nuit fut assez bonne; il y eut même un peu de sommeil. Mais, dans l'après-midi, la malade fut prise d'efforts de vomissements et de toux qui ont été suivis d'une défaillance, et elle s'est éteinte. On ne trouva à l'autopsie aucune trace d'inflammation, pas même d'injection sur le péritoine, ni traces d'hémorrhagie interne, à l'exception d'un tout petit caillot dans l'une des fosses iliaques, bien que l'abondance de l'écoulement de sang qui avait eu lieu après l'incision des parois utérines et pendant l'extraction du placenta eussent pu faire craindre qu'il en fût autrement. (*Gazette des hôpitaux*, 6 février 1855.)

A cette occasion, le professeur de clinique obstétricale a rappelé les opinions qui ont régné relativement aux conditions qui exigent l'opération césarienne. Jusqu'à une époque très rapprochée du temps présent, il était admis en principe que, toutes les fois qu'on avait affaire à un bassin trop étroit pour qu'il fût possible d'espérer la terminaison de l'accouchement, soit par les efforts naturels, soit par des manœuvres inoffensives pour l'enfant, il fallait avoir recours à une opération sur la mère qui pût avoir pour effet d'agrandir les voies naturelles ou de pratiquer une voie artificielle pour le passage de l'enfant; on devait, en d'autres termes, pratiquer la symphyséotomie ou l'opération césarienne. On se préoccupait bien plus du sort de l'enfant que de celui de la mère. On se faisait d'ailleurs illusion sur le sort de celle-ci, en admettant, sur des données qui n'avaient pas été soumises à une analyse sévère, que l'on avait la chance de sauver une femme sur trois ou quatre opérations césariennes. M. P. Dubois rappelle qu'à l'époque où il a soutenu sa thèse de concours sur ce sujet, il était encore sous l'influence de l'opinion dominante; mais, depuis, l'expérience l'a pleinement confirmé dans l'opinion contraire. Il s'agit, en effet, de choisir entre la céphalotripsie et l'opération césarienne, c'est-à-dire entre une opération qui fait périr sûrement l'enfant, mais avec de très grandes chances de sauver la mère, et une opération qui fera très probablement succomber la mère, sans donner la certitude de sauver l'enfant. Or, la question étant posée dans ces termes, y a-t-il une comparaison à établir entre un être qui vit, qui a des liens nombreux avec la société, et un être qui n'est pas encore né, qui n'a par conséquent aucun lien avec la société, et dont l'existence est soumise à tant de chances aléatoires. Considérée ainsi, la question ne lui paraît pas discutable, et il déclare que, pour sa part, toutes les fois que ces difficultés se sont présentées, il n'a pas hésité. Guidé par les lumières de la conscience et de l'observation, il a toujours cherché à sauver la mère par le sacrifice de l'enfant. Il croit devoir d'autant plus insister là-dessus, qu'à l'occasion d'une discussion récente qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie de médecine, il s'est produit en dehors de Paris, dans quelques départements et à l'étranger, notamment en Allemagne et en Belgique, des opinions opposées, très chaleureusement défendues, et qu'on est allé même jusqu'à vouloir en quelque sorte imposer.

Parmi les idées émises récemment au sujet de l'opération césarienne rendue inévitable par le degré extrême du rétrécissement du bassin, il en est une que quelques médecins ont accueillie avec faveur, et que nous croyons devoir signaler. Frappés du résultat constamment funeste à la mère jusqu'à ce jour, des opérations césariennes pratiquées dans les hôpitaux de Paris, et des succès assez multipliés obtenus en province et à la campagne, ils forment des vœux pour qu'on éloigne des hôpitaux les femmes qui sont condamnées d'avance à subir l'opération, et pour qu'on les place dans les conditions où celle-ci offre des chances de réussite inespérée ailleurs. Cette pensée est très louable, mais d'une application pratique extrêmement difficile. Inapplicable aux femmes qui ne se présentent à l'hôpital que lorsque le travail s'est déjà déclaré depuis plus ou moins de temps, presque impossible à réaliser pour les autres par voie administrative, elle est sans doute condamnée à rester longtemps à l'état de vœux généraux; mais il n'importe pas moins de la propager, afin que chaque médecin s'efforce de retenir ces malheureuses où elles sont, au lieu de les envoyer, comme on a coutume de le faire, chercher dans un hôpital un secours presque inévitablement funeste.

Le second fait est plus curieux, en ce sens qu'il nous montre une opération césarienne rendue nécessaire par des obstacles de nature à être surmontés par des moyens moins dangereux, et qui n'avaient pas jusqu'à ce jour conduit à un parti aussi extrême. Il s'agit en effet de la rencontre simultanée, comme cause de dystocie, de l'induration du col et de l'état emphysémateux du fœtus, obstacles de nature à être levés par des incisions multiples sur le col, par des ponctions du crâne et des autres cavités splanchniques, et, si ces moyens devenaient insuffisants, par l'action du céphalotribe. Les détails de l'observation, l'habileté de l'opérateur, sa répugnance bien connue à pratiquer l'opération césarienne, la mort du fœtus, tout doit faire supposer qu'il y avait bien réellement ici impossibilité absolue de terminer l'accouchement par les voies naturelles, et danger de porter plus loin qu'il ne l'a fait les incisions sur le col dans les limites des insertions vaginales sur l'utérus.

OBS. II. — Une femme âgée de trente ans, enceinte pour la première fois, envoyée, le 20 novembre, à la Clinique, par un médecin de province qui jugeait qu'elle accoucherait difficilement, parce qu'elle avait eu dans son enfance une fracture avec enfoncement des os du bassin, fut prise à terme, le 7 janvier, des premières douleurs du travail. Dans la nuit du 7 au 8, les membranes se rompirent, et il s'écoula une énorme quantité d'eau. Le 9, cet écoulement devint fétide et prit une teinte verdâtre due à la présence du méconium dans le liquide amniotique. Dès ce jour, les mouvements de l'enfant cessèrent de se faire sentir. On avait lieu de penser, d'après un examen antérieur, que la conformation du bassin n'empêcherait pas l'accouchement d'être naturel. Ce n'est pas là, en effet, que l'obstacle existait. Le toucher ne donna d'abord que des notions vagues; mais, à force de recherches, on finit par découvrir, au fond d'une anfractuosité, l'orifice de l'utérus, étroit, déjeté en arrière et à gauche, et circonscrit par une bride de consistance aponévrotique. En portant le doigt profondément dans cette ouverture, on atteignait un corps solide qui n'était autre que la tête de l'enfant. Le 12, M. Dubois fit, à l'aide d'un bistouri boutonné et légèrement courbé, quatre incisions sur des points opposés de l'orifice utérin. Deux de ces incisions étaient même assez considérables; et si le diaphragme sur lequel elles étaient pratiquées avait été moins dur et moins épais, elles se fussent agrandies, comme il arrive communément. Mais il en résulta une dilatation à peine capable de permettre l'introduction de deux doigts. Le 13, les choses n'ayant pas changé, M. Dubois se décida à tenter la perforation du crâne, ce qui ne fut pas sans difficulté, en raison de l'étroitesse de l'orifice utérin et de l'élévation des parties sur lesquelles l'instrument devait agir. Il n'y parvint même qu'en faisant pousser par

des aides l'utérus de haut en bas. Au moment où le perforateur fut retiré, il s'échappa par la vulve une quantité de gaz fétides qui répandirent dans la salle une odeur insupportable. M. Dubois pensa qu'ils venaient de la cavité crânienne, et qu'il s'en était probablement développé de pareils dans le thorax, l'abdomen, et peut-être même jusque dans le tissu cellulaire des membres de l'enfant.

La position de cette femme devenant de plus en plus critique, à la dépression croissante des forces se joignait un état fébrile, et la coarctation du col, accompagnée de l'inextensibilité des parties paraissant insurmontable, M. Dubois se décida à recourir, comme ressource ultime, à l'opération césarienne. Malgré sa faiblesse, la malade fut soumise à l'action du chloroforme, avec l'intention de diminuer seulement la sensibilité et non de l'éteindre tout à fait ; mais l'inhalation était si bien tolérée, qu'on put la prolonger jusqu'à ce que l'anesthésie fût complète. Les divers temps de l'opération furent exécutés avec les précautions et suivant les règles ordinaires, sans particularités dignes d'être notées. La réunion des lèvres de l'incision fut faite avec de fortes serres-fines, dont l'action était soutenue par des bandelettes agglutinatives placées entre chacune d'elles et par le bandage unissant. Les serres-fines ne portaient d'ailleurs que sur les deux tiers supérieurs de la plaie, le tiers inférieur de celle-ci ayant été laissé béant pour que les liquides s'écoulassent en toute liberté. La perte de sang, qui constitue un des phénomènes les plus constants de l'opération, a été pour ainsi dire nulle dans ce cas. Quant à l'opération elle-même, elle a été courte et bien supportée. On plaça la malade dans un cabinet particulier, et la journée se passa d'une manière satisfaisante. Mais dans la soirée il survint de l'agitation qui augmenta pendant la nuit, et le lendemain 14, elle succombait à une sorte d'épuisement des forces produit par une infection putride ; car l'odeur forte attribuée à la putréfaction du fœtus persista après l'extraction de celui-ci, dont le volume était monstrueux et offrant au plus haut degré les caractères de l'emphysème prévu et annoncé avant l'opération. A l'autopsie, on trouva que l'utérus était gangrené dans la moitié interne de son épaisseur. Le bassin présentait une disposition curieuse : la branche horizontale d'un des os pubis avait été fracturée dans les premières années de la vie, à peu de distance de la symphyse ; mais il n'y avait point eu de réunion directe : la nature avait réuni les fragments en rapport par l'intermédiaire d'un tissu ligamenteux de plusieurs centimètres d'étendue. Il en résultait une mobilité remarquable, et cependant la malade, qui avait boité jusqu'à l'âge de douze ans, ne boitait plus. Il est probable aussi qu'à la suite de cet accident il y avait eu arrêt de développement des os ; car le diamètre bi-ischiatique n'avait que 8 centimètres et demi, au lieu de 11 qu'il doit avoir. Toutefois, ce fait seul n'aurait pas suffi pour autoriser la section césarienne ; car, sauf un peu d'étroitesse du bassin, la malade était bien conformée. (*Journal de médecine et de chirurgie*, février 1855.)

JACQUEMIER.

Angine de poitrine, autopsie.

Quand, à la suite d'une affection aussi peu commune que l'angine de poitrine, on a pu pratiquer l'autopsie, il est bon, je crois, d'en faire connaître les résultats. Dans le cas actuel, l'examen cadavérique a permis de constater l'existence de quelques-unes des lésions qui ont été données par divers auteurs comme appartenant en propre à la maladie en question ; telles sont : l'accumulation de graisse sur le péricarde et sur le cœur, et l'ossification des artères coronaires, à laquelle un auteur allemand, Kreysig, attache une si grande importance comme cause organique de l'angine de poitrine. D'autres auteurs, et parmi eux M. Grisolle, pensent que l'angine de poitrine n'est essentiellement liée à aucune lésion organique. Pour M. Grisolle, ces altérations, quand elles existent, doivent être considérées comme des complications qui rendent la maladie presque nécessairement incurable. Je ne me bornerai pas à relater ici les résultats de l'autopsie ; mais je donnerai l'observation complète, afin que la réalité du diagnostic ne puisse être contestée.

OBS. Le 8 décembre 1854, est entré au n° 16 de la salle Saint-Benjamin (Hôtel-Dieu), le nommé B..., âgé de quarante-six ans, coutelier, né à Coulommiers.

Cet homme est grand, bien constitué, assez coloré, doué d'embonpoint ; il a toutes les apparences d'une bonne santé. Il a toujours vécu dans une certaine aisance. A sa profession de coutelier il joignait celle de suisse dans une église. Quoiqu'il semble jouir d'une belle santé, il est cependant atteint, depuis un an, d'une affection cruelle qui se manifeste sous forme de crises extrêmement douloureuses.

Dans le mois de novembre 1853, il a été pris subitement, au milieu de son travail, d'une douleur très vive dans la région du cœur. Cette douleur, accompagnée d'un sentiment de constriction et de suffocation, s'est irradiée au bras *gauche* principalement, un peu au bras droit, et a duré pendant dix minutes environ. Au bout de ce temps il s'est trouvé un peu fatigué.

Quelques jours avant cette première atteinte, il était sorti de ses habitudes de sobriété. On l'avait ramené, à moitié ivre, d'un dîner où l'on s'était fort animé.

Depuis lors, ces crises se sont renouvelées un grand nombre de fois ; d'abord à des intervalles assez éloignés : tous les mois, puis tous les quinze jours, enfin toutes les semaines. Elles ne revenaient jamais d'une façon régulièrement périodique, se montraient la nuit comme le jour, jamais à une heure réglée ; elles ne semblaient être influencées en rien par le repas. Le malade n'a pas remarqué qu'elles lui arrivassent plutôt lorsqu'il marchait *contre le vent*.

Depuis trois mois ces crises se sont rapprochées de plus en plus et sont devenues de plus en plus longues. Depuis trois mois, en effet, il a de trois à six crises dans les vingt-quatre heures, et leur durée ordinaire est d'une demi-heure.

Il n'en a jamais eu, jusqu'ici, qui aient duré plus d'une heure.

Quoiqu'il ait des couleurs et de l'embonpoint, il dit avoir perdu de sa mine, et surtout avoir maigri, depuis que ses crises se sont tellement rapprochées. Les fonctions digestives restent bonnes. Il ne vomit jamais pendant ses crises. Il tousse un peu depuis quelque temps, sans cracher. Il dit ne pas éprouver de palpitations. Depuis trois mois, il a de la peine à monter les escaliers, à faire une longue course à pied.

La percussion de la poitrine donne un son normal dans toute l'étendue des poumons. La matité précordiale, très prononcée, dépasse un peu les limites ordinaires. La respiration s'entend bien partout. Quelques râles sibilants dans le côté gauche, en arrière et vers la base.

L'auscultation du cœur ne fait pas constater de bruits de souffle ; l'impulsion du cœur n'est pas exagérée ; le pouls est régulier ; sa force et sa fréquence sont normales.

Plusieurs médecins ont déjà été consultés ; le malade porte les traces d'un large emplâtre stibié qui a été récemment appliqué sur le devant de la poitrine, et que, dans une de ses crises, il a enlevé avant le temps prescrit.

D'après les renseignements fournis par le malade, à la visite du soir, je diagnostique une angine de poitrine, et me trouvant de garde ce jour-là, je recommande qu'on vienne m'appeler dès qu'une crise se montrera.

A dix heures du soir, on m'appela. J'arrivai auprès du malade qui venait d'être pris de sa crise.

Il était assis sur son lit, poussant des gémissements continuels. Le pouls n'était en rien modifié. La face exprimait une vive douleur ; elle n'avait point pâli.

La respiration *n'était pas accélérée*; le malade ne faisait pas d'efforts pour respirer comme aurait fait un asthmatique, mais poussait seulement, comme je l'ai dit, des gémissements continuels, comme ferait, par exemple, une femme en travail après les cris et les efforts violents qui ont accompagné de grandes douleurs. Il avait d'ailleurs toute sa connaissance, et put, dans sa crise même, répondre à mes questions. Il éprouvait une douleur déchirante vers le milieu du sternum. Cette douleur s'étendait au bras *gauche*, et était presque nulle dans le bras droit. La douleur du bras gauche était surtout marquée à l'avant-bras, où elle occupait principalement le *côté cubital*, ayant son maximum d'intensité au niveau de l'épitrochlée.

Cette crise dura vingt minutes environ, et vers la fin, au moment où les douleurs devinrent moins vives, le malade fut pris d'une éructation presque incessante, qui, me dit-il, accompagnait presque toujours ses crises, mais qui, habituellement, n'arrivait pas plus spécialement vers la fin qu'à un autre moment de la crise.

La douleur cessa en même temps dans la poitrine et dans le bras. Une douleur de tête très vive, qui avait débuté avec la crise, ce qui était chose assez habituelle, cessa avec la douleur sternale. Après quoi le malade dit se trouver seulement très fatigué.

Il y eut, dans la même nuit, deux nouvelles crises un peu plus longues.

Le lendemain, 9 décembre, on prescrivit deux pilules d'opium de 0,05 centigr. chacune ; frictions laudanisées sur la région du cœur ; deux portions.

Il y eut six crises dans la journée du 9 et la nuit du 9 au 10.

Le 10 décembre, on prescrit 20 centigr. d'opium en quatre pilules ; le reste comme la veille.

Le 11 décembre, M. Grisolle est témoin, à huit heures du matin, d'une crise qui a débuté vers minuit, et qui a duré sans interruption depuis cette heure. Jusqu'ici leur durée n'avait pas dépassé une heure. Mêmes symptômes que dans la dernière crise ; éructation presque continuelle.

A dix heures, la crise n'a pas cessé ; le malade, qui s'est assis à côté de son lit, pâlit tout à coup et tombe à terre sans connaissance.

On le couche, et il se ranime au bout de quelques minutes.

Une demi-heure après, le malade étant couché, nouvelle syncope, dans laquelle il succombe.

Autopsie. — Le tissu cellulaire sous-cutané est très abondamment pourvu de graisse. L'épiploon et le mésentère en sont aussi fortement chargés. Les poumons sont engorgés dans les parties déclives. Quelques adhérences aux deux sommets ; pas de tubercules ; un peu de sérosité citrine dans les deux plèvres.

Le péricarde est entouré d'une grande quantité de graisse. Il contient très peu de sérosité. Le cœur est aussi fortement chargé de graisse, et paraît volumineux, même en tenant compte de la haute stature du sujet. Le ventricule droit n'a guère que ses dimensions normales. L'augmentation de volume porte surtout sur le ventricule gauche, dont les parois sont peu épaissies, mais dont la cavité a subi une dilatation assez considérable Dans le ventricule droit, un caillot fibrineux assez volumineux, enlacé dans les colonnes charnues; *idem* dans le ventricule gauche.

Les orifices de l'aorte et de l'artère pulmonaire, et les deux orifices auriculo-ventriculaires n'offrent rien d'anormal. Il y a seulement, à la surface des valvules sigmoïdes de l'aorte et des valvules mitrale et tricuspide, de petites taches blanchâtres. Ces taches se trouvent aussi sur l'origine de l'aorte. Cette artère est notablement dilatée au niveau de sa courbure.

Enfin, *l'ossification des artères coronaires* est ici on ne peut plus manifeste.

L'artère coronaire gauche, à 1 centimètre environ de son origine, est ossifiée dans tout son pourtour et dans l'étendue de 3 centimètres environ ; elle est d'ailleurs perméable.

L'artère coronaire droite ne présente d'ossification qu'en un point très limité, à 1 pouce de son origine ; mais il y a, en ce point, oblitération presque complète de l'artère.

Les symptômes offerts par le malade ont bien été ceux de l'angine de poitrine. Le début brusque de l'affection, une douleur vive et lancinante au niveau du sternum, la propagation de cette douleur au bras gauche et particulièrement au côté cubital ; le sentiment d'angoisse et de constriction qui accompagnait les crises, la cessation de toute douleur après l'accès, voilà de quoi caractériser l'angine de poitrine. On peut y joindre l'éructation gazeuse, qui a été souvent observée, et qui quelquefois annonce la fin des accès. La marche de la maladie a été ce qu'elle est habituellement. Les crises, assez courtes et assez éloignées d'abord, se sont rapprochées et sont devenues de plus en plus longues.

Enfin, la mort est arrivée dans une des crises, et elle a été causée par une syncope, ce qui est la terminaison la plus ordinaire.

Si les accès s'étaient reproduits d'une façon périodique, on aurait dû tenter l'emploi du sulfate de quinine, qui, dans un cas analogue, a parfaitement réussi entre les mains de M. Grisolle.

M. Duchenne (de Boulogne), qui a pu, un certain nombre de fois, suspendre un accès d'angine de poitrine en appliquant l'électricité au niveau du mamelon, avait été prévenu de la présence du malade dans les salles de M. Grisolle. Il est arrivé trop tard pour que l'expérience pût être tentée : le malade avait succombé la veille.

O. MASSON,
Interne à l'Hôtel-Dieu.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE. — Rapport sur un mémoire de M. *Alvaro Reynoso*, intitulé : *Expériences pour servir à l'histoire de l'empoisonnement par le curare.* (*Comm. :* MM. Duméril, Magendie, Pelouze, Rayer, Bernard, et Flourens, *rapporteur.*) — M. Flourens rappelle d'abord les expériences de M. Brainard sur l'*iode, considéré comme contre-poison du curare.* Les recherches de ce savant paraissaient établir que l'iode agit à la fois, et comme empêchant l'absorption du *curare*, c'est-à-dire comme *caustique*, et comme détruisant le venin.

M. Alvaro Reynoso a repris les expériences de M. Brainard, et, dans une première série de faits, il s'est assuré que l'*action des ventouses* se borne à suspendre l'absorption du venin, mais aussi qu'elle la suspend ou l'arrête complétement. La ventouse enlevée, l'absorption du venin reprend aussitôt sa marche rapide.

M. Reynoso s'est ensuite appliqué à déterminer le mode d'action particulier et précis de l'*iode*.

Deux expériences décisives, faites devant la commission, ont prouvé que l'iode altère le curare, en affaiblit l'énergie délétère, mais aussi que l'altération ne va pas jusqu'à détruire ses effets toxiques; et le succès qu'on obtient, lorsqu'on l'emploie après avoir injecté le curare, ne doit être attribué qu'à son action caustique.

Il restait donc à chercher un agent qui décomposât le *curare*, en même temps qu'il empêcherait l'absorption comme *caustique*, et prévînt ainsi l'empoisonnement par une action multiple et doublement assurée.

M. Reynoso a trouvé cet agent dans le *brome*.

Après avoir injecté sous la peau d'un chien 2 décigrammes de *curare* délayés dans de l'eau, il a immédiatement cautérisé la plaie avec du *brome*, et l'animal n'a point été empoisonné.

Le *brome* prévient donc l'empoisonnement par le *curare;* mais comment le prévient-il?

Pour résoudre cette dernière difficulté, M. Reynoso a mêlé, devant la commission, 1/2 gramme de *curare* avec quelques gouttes de *brome.* Il a fait disparaître ensuite le *brome* libre, en ajoutant du *carbonate* et de l'*hyposulfite* de soude à dose assez forte pour que la liqueur donnât une réaction franchement alcaline.

Ainsi débarrassé du *brome* libre, le mélange a été injecté sous la peau d'un chien, et n'a produit aucun effet.

Le *brome* détruit ou décompose complétement le *curare*.

M. Reynoso a voulu voir, en outre, quelle pouvait être l'action du *brome* employé seul.

Il a injecté sous la peau d'un chien jusqu'à 8 grammes de *brome;* l'animal n'a point été empoisonné; il n'y a eu d'autre effet que celui qu'aurait produit un caustique très énergique.

Tels sont les principaux résultats des expériences que M. Reynoso a répétées devant la commission.

Elle pense que des recherches si bien conduites, où toutes les circonstances sont démêlées et appréciées, où chaque progrès dégage une idée nette et précise, ne sauraient être trop encouragées, surtout dans une matière où les données théoriques peuvent devenir d'une application si utile.

Notre conclusion est que le mémoire de M. Reynoso est digne d'être inséré dans le *Recueil des savants étrangers*.

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées.

MÉDECINE. — *Observations et réflexions sur le travail intitulé* : Observations sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes paludéennes, par MM. *Fuster* et *Girbal.* (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*) — Voici les principales conclusions de ce travail :

L'acide arsénieux a une action fébrifuge contre les fièvres intermittentes dues à une intoxication paludéenne profonde, et contre les fièvres intermittentes paludéennes récentes.

Dans quelques cas, il a une action favorable sur l'état général et sur les engorgements viscéraux, malgré la persistance des accès.

L'administration de l'acide arsénieux doit avoir lieu par la bouche, pendant les intermissions ou au déclin des paroxysmes, de manière que la dernière dose soit ingérée quatre heures au moins avant le retour de l'accès, et qu'il y ait au moins un intervalle de deux ou trois heures avant et après le repas.

Il convient de débuter par 1 centigramme par jour, pris en deux fois, et d'augmenter, au besoin, progressivement la dose. Il est prudent de suspendre ou tout au moins de réduire considérablement les doses, dès l'apparition de l'épigastralgie, des coliques, des nausées, de la diarrhée, et, à plus forte raison, des symptômes cérébraux.

L'irritation phlogistique du tube digestif et un éréthisme nerveux général contre-indiquent le plus souvent l'emploi de l'acide arsénieux. La médication arsénicale doit être exclue du traitement des fièvres intermittentes et rémittentes pernicieuses. *Toutes choses égales d'ailleurs, la médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.*

— Divers mémoires sont adressés à l'Académie pour le concours des prix de médecine et de chirurgie, par : M. *Deshaux* (Des ulcérations du col de la matrice et des maladies vagues de cet organe); — M. *Durieau* (Essai sur l'action physiologique des bains); M. *Graü*, de Bogota (Mémoire sur les fistules vésico-utérines); — M. *Leroy*, d'Étiolles (Traitement des anévrysmes et des varices par les injections coagulantes. — Extraction artificielle du détritus des calculs urinaires après la lithotritie); — M. *Junod* (Observations sur l'emploi du bain d'air comprimé); — M. *Niepce* (Mémoire sur l'action de l'eau sulfureuse et iodée d'Allevard); — M. *Mollard* (Nouvelle méthode de traitement du croup); — M. *Ver-*

neuil (Recherches anatomiques pour servir à l'histoire des kystes de la partie supérieure et médiane du cou).

Physiologie. — *Note historique sur la présence du sucre dans l'organisme animal*, par M. *Schnepf*. (*Commission nommée* pour les mémoires de M. Figuier.)

Chimie appliquée. — *Essai sur l'existence de l'iode dans les eaux de Vichy*, par M. *Poirier*. (*Comm.* : MM. Thenard, Pelouze, Balard.)

Tératologie. — *Sur la monstruosité double chez les poissons*, par M. *Lereboullet*. — L'auteur a fait ses observations sur les œufs de brochet, dans lesquels il a constaté la duplicité embryonnaire quatre-vingts heures après la fécondation. Dans tous les cas, il n'existait bien évidemment qu'un seul vitellus, et partant qu'un seul germe embryonnaire ; la réunion s'était opérée par le raccourcissement et par la fusion des divisions vertébrales intermédiaires aux deux corps. Bientôt chacun des poissons se développait de son côté en même temps et à peu près de la même manière ; enfin l'œuf s'entr'ouvait vers le milieu du neuvième jour pour laisser sortir un poisson double parfaitement sain, qui vivait quelques jours seulement.

M. Lereboullet pense que cette duplicité des embryons chez les poissons est due à ce que le germe, en se développant dans deux directions au lieu de se développer dans une seule, donne lieu à deux corps embryonnaires plus ou moins séparés.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Une notice de M. le docteur *Blouquier* sur les eaux minérales de Vonsauche (Gard). — *b*. Un grand nombre de comptes rendus d'épidémies qui ont régné en 1854 dans le département de la Moselle. (*Commission des épidémies*.)

2. Communications de : — *a*. M. le docteur *Maslieurat-Lagémard* (opération de trachéotomie par un procédé particulier). (*Pour le concours du prix Itard*.) — *b*. M. le docteur *Philippe* (Quelques considérations pratiques sur l'épidémie de choléra qui a régné à Batna (Algérie), province de Constantine, pendant l'été de 1854). (*Commission du choléra de 1854*.) — c. M. le docteur *Mangin*, de Lamarche (maladie singulière des os de l'avant-bras droit ; résorption lente et presque complète du phosphate calcaire ; amputation du bras). (*Comm.* : MM. Gerdy, Barth.) — *d*. M. *Lecoq*, élève en médecine (modifications apportées au trocart pour son emploi à la cure radicale des hernies par les injections iodées). (*Comm.* : MM. Velpeau, Jobert.) — *e*. M. le docteur *Sabatier*, de Bordeaux (résorption du placenta). (*Comm.*: M. Depaul.) — *f*. M. le docteur *Lanelongue*, de Casseuil (lettre de rappel relative à un mémoire sur l'*infection purulente*, présenté en janvier 1849). (Renvoyée à M. Bérard.) — *g*. M. le docteur *Adde-Margras* (nouvelles observations sur la *revaccination*). (*Commission de vaccine*.) — *h*. M. le docteur *Brierre de Boismont* (candidature à la place vacante dans la section d'hygiène, avec présentation de titres à l'appui). (*Renvoi à la section d'hygiène*.)

Lectures et Mémoires.

Hygiène publique. — M. *Collineau* donne lecture d'un rapport relatif à un mémoire de M. le docteur *Piétra-Santa*, ayant pour titre : *De l'influence du système cellulaire des prisons sur la santé des détenus.*

Les conclusions de la commission, qui condamnent le système cellulaire comme antinational, antipathique à notre caractère et à nos habitudes, et surtout contraire à l'hygiène, sont rejetées par l'Académie, après une courte discussion à laquelle prennent part MM. *Moreau*, *Guéneau de Mussy*, *Londe*, *Baillarger*, *Gibert*, *Ségalas*, *Desportes* et *Dubois* (d'Amiens).

L'Académie décide, en conséquence, que le rapport sera renvoyé à la commission primitive, composée de MM. Londe et Collineau, auxquels seront adjoints MM. Adelon, Guéneau de Mussy, Ferrus, Ségalas et Baillarger.

Matière médicale. — Pharmacie. — *Rapport sur une note de* M. Berthé, *relative aux falsifications de l'huile de foie de morue.* (*Comm.*: MM. Bussy, Bouchardat, Robinet, *rapporteur*.) — Après avoir répété un très grand nombre des essais qui avaient conduit M. Berthé à penser que la réaction de l'acide sulfurique constituait un caractère suffisant pour déterminer les degrés de pureté des huiles du commerce, la commission a reconnu que le caractère donné par l'acide sulfurique n'offrait pas assez de précision pour suffire dans tous les cas ; cependant elle est d'avis que cette réaction (qui consiste dans la formation d'une auréole du plus beau violet qui passe bientôt au cramoisi) peut donner des indications utiles.

Elle propose donc à l'Académie d'adresser des remercîments à M. Berthé. (*Adopté*.)

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet* donne lecture de plusieurs rapports relatifs à des remèdes nouveaux. Leurs conclusions défavorables sont adoptées par l'Académie, après quelques observations présentées par M. *H. Larrey*, et tendant à prévenir M. le ministre des travaux publics que la plupart de ces recettes sont imaginées et *appliquées* par des empiriques étrangers à la médecine, en dépit des lois qui interdisent l'exercice de cette profession à ceux qui manquent des titres nécessaires.

Obstétrique. — M. le docteur *Rousseau*, chirurgien de l'hôpital d'Épernay, donne lecture d'une *observation de grossesse extra-utérine abdominale primitive, guérie par la gastrotomie.* L'auteur résume cette observation de la manière suivante :

Dans les premiers temps de la grossesse, douleurs intenses dans le côté gauche de l'abdomen, disparaissant après une heure de repos au lit, pour reparaître trois autres fois à des intervalles variables ; un peu plus tard, ténesme vésical très intense qui dure vingt-quatre heures ; menstruation supprimée. Douleurs d'accouchement, neuf mois après la conception ; cessation des mouvements du fœtus, qui s'étaient fait sentir plus tôt et d'une manière plus pénible pour la femme que dans une grossesse antérieure. Peu de temps après, écoulement de sang par la vulve pendant quinze jours ; augmentation de la sécrétion du lait, qui avait commencé au moment où les mouvements de l'enfant s'étaient fait sentir.

A dater de cette époque, altération des digestions et de la santé générale ; fièvre ; amaigrissement ; vif désir d'être débarrassée de l'enfant, dont la présence causait tous ses maux.

Entrée à l'hôpital d'Épernay le 31 octobre 1852.

Dans le courant de novembre, six cautérisations avec le cautère cultellaire rougi à blanc, dans la région iliaque gauche, où l'on sentait la tête de l'enfant, dans le but de provoquer l'adhérence des deux feuillets du péritoine, et d'éviter ainsi les dangers résultant de l'ouverture de la cavité séreuse, l'introduction de l'air dans cette cavité, et surtout l'épanchement des liquides que la tumeur doit fournir.

Le 6 décembre, section avec le bistouri du placenta, qui fournit une certaine quantité de sang noir ; ouverture des membranes, et issue d'une grande quantité d'un liquide brunâtre et très fétide. La tête du fœtus est ouverte au niveau de la suture sagittale ; les os de la voûte du crâne, puis l'encéphale sont enlevés ; enfin l'enfant est extrait par l'ouverture abdominale. Le placenta et les membranes sont laissés en place. Une vessie, que l'on emplit d'eau tiède, est introduite dans la cavité de l'amnios, dans le double but d'empêcher le collapsus qui suit quelquefois les déplétions brusques du ventre, et de s'opposer à une hémorrhagie consécutive. Cette vessie, qui se désemplit petit à petit, est retirée le lendemain soir.

Nul signe de péritonite ; mais plus tard, symptômes de résorption purulente, phlébite des veines des deux bras. (Injections répétées dans la cavité de l'amnios, d'abord simplement émollientes, puis chlorurées ; administration du sulfate de quinine.)

Amélioration graduelle de l'état général, à partir du 10 janvier 1853 ; cessation de la fièvre, retour de l'appétit, digestions excellentes.

Diminution rapide de la cavité de l'amnios ; continuation de la vie du placenta, qui prend part à la cicatrice ; rétrécissement prompt de la plaie extérieure, qui finit par se réduire à une petite ouverture fistuleuse qui fournit de temps en temps encore un peu de suppuration.

De cette observation, M. Rousseau conclut : 1° à l'utilité des cautérisations au fer rouge de la paroi abdominale, dans les cas où la gastrotomie est indiquée ; 2° à l'innocuité du séjour dans la cavité abdominale des membranes et du placenta, qui sont résorbés à la longue. (*Comm.* : MM. Moreau, Depaul.)

Chimie physiologique. — M. *Poggiale*, professeur de chimie au Val-de-Grâce, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Origine du sucre dans l'économie animale.*

Des expériences nombreuses consignées dans ce travail, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Le sucre peut se former dans l'économie aux dépens des aliments azotés, et peut-être des corps gras ;

2° L'alimentation absolue à la graisse ne semble pas diminuer la proportion du sucre dans l'organisme ;

3° Les aliments amylacés se transforment en sucre par l'action digestive ;

4° Chez les animaux nourris avec des matières amylacées, le sang de la veine porte contient une proportion considérable de sucre ;

5° Chez les animaux nourris avec de la viande, il n'existe pas de sucre dans le sang de la veine porte; on en trouve, au contraire, une quantité notable dans les veines hépatiques, dans la veine cave inférieure, et même dans le sang artériel;

6° Le sang de la veine porte des animaux soumis à l'abstinence complète ne contient pas de sucre;

7° Par conséquent, on est bien obligé d'admettre que, chez les animaux nourris avec des matières azotées et de la graisse, la production du sucre a lieu dans le foie. (*Comm.* : MM. Bussy, Chevallier.)

La séance est levée avant cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 20 AVRIL.

Mémoire sur l'enseignement médical, par M. Bourguignon.

Du liquide méningo-rachidien, mémoire par M. le docteur Foltz, de Lyon. (Rapport de M. Durand-Fardel.)

Observation d'un kyste du foie et observation de scorbut, par M. Guibourt.

Une communication de M. Devilliers.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Inflammation aiguë de la langue, par M. QUAIN.

OBS. — Une femme, récemment traitée pour un rhumatisme articulaire aigu, fut prise rapidement d'accidents caractérisés par une extrême anxiété, l'impossibilité du décubitus dorsal, la face pâle et couverte de sueur, la respiration lente et pénible, le pouls à 130. La bouche ne pouvait s'ouvrir, à cause du gonflement de la moitié gauche de la langue, laquelle était rouge, sèche et lisse. Il survint des frissons. Trois incisions furent pratiquées par M. Laurence sur la langue, et il s'en écoula une quantité considérable de sang. Mais, bientôt après, la région sous-maxillaire commença à se tuméfier : 30 sangsues y furent appliquées. Le lendemain matin, le côté droit de la langue se tuméfia à son tour, et, dans l'après-midi, avait atteint le même volume que le côté opposé. Le gonflement augmenta sous la mâchoire. Les frissons se multiplièrent. Les signes d'une asphyxie lente étaient manifestes. On s'était refusé à de nouvelles incisions sur le côté de la langue qui s'était tuméfié en dernier lieu. On se refusa également à l'opération de la trachéotomie, que M. Laurence proposa avec beaucoup d'insistance. La malade mourut.

La langue était tuméfiée, pâle, ramollie par une sorte de macération dans un fluide séro-purulent qui l'infiltrait. L'ouverture supérieure du larynx était fort rétrécie, et la glotte à un moindre degré, par une infiltration séreuse. Au-dessous, la trachée était parfaitement libre. Toute la région sous-maxillaire se trouvait infiltrée d'un liquide séreux qui, dans la région sus-hyoïdienne, prenait un aspect purulent. Intégrité parfaite des poumons, du cœur et de tous les autres organes.

Cette invasion successive de chacun des côtés de la langue offre une circonstance assez singulière; mais le point capital de cette observation, c'est l'indication de la trachéotomie, qui, suivant toute probabilité, eût sauvé la malade, si elle eût été pratiquée à temps. M. Laurence recommande surtout, si un cas semblable se présentait, de ne pas attendre au dernier moment, comme on le fait si souvent, mais de pratiquer la trachéotomie dès qu'on reconnaît l'inefficacité des premiers moyens employés. (*Dublin Medic. Press.*, 17 janv. 1855.)

Induration considérable des glandes sous-maxillaires et sous-linguales, guérie au moyen d'une pommade d'oxyde noir de cuivre, par le docteur PONDMANN.

On rencontre quelquefois des engorgements sous-maxillaires anciens, durs, comme moulés au-dessous du maxillaire inférieur, lesquels résistent avec une grande opiniâtreté aux médications les mieux indiquées et les plus actives, et en particulier aux préparations iodurées ou hydrargyriques. Nous pensons donc qu'on lira avec intérêt l'observation suivante.

OBS. — Un homme portait, depuis deux ans, un engorgement dur et volumineux des glandes sous-maxillaires et sous-linguales, développées, au dire du malade, à la suite de plusieurs atteintes d'inflammation à la langue. Négligé d'abord, cet engorgement, lorsqu'il fut devenu plus considérable et qu'il commença à gêner la déglutition, fut traité par l'onguent mercuriel en frictions. Ces frictions furent continuées pendant deux mois, sans aucune amélioration; des douleurs lancinantes apparurent dans la tumeur. L'iodure de potassium fut alors prescrit en frictions et à l'intérieur, sans plus d'effet. M. Pondmann voulut alors essayer la pommade cuivreuse du professeur Hoppe (de Bâle), et il prescrivit :

Oxyde noir de cuivre.	4 grammes.
Axonge	30

Mêlez exactement, pour frictionner deux fois par jour les glandes indurées.

Au bout d'une semaine, la tumeur était non-seulement plus molle, mais elle avait aussi notablement diminué de volume, et six semaines plus tard, bien qu'il n'eût encore été fait usage que des deux tiers de la pommade, la résolution des glandes était complète. (*Annales et archives de médecine belge et étrangère*, novembre 1854.)

De l'iodure de quinine contre les fièvres périodiques rebelles au sulfate de quinine

M. Paura, professeur de chimie à Naples, propose une nouvelle préparation de quinine, l'*iodure de quinine*, contre les fièvres intermittentes qui paraissent résister aux antipériodiques sous l'influence d'une constitution scrofuleuse. C'est sous la double influence de l'altération du sang déterminée par les miasmes paludéens, et du vice scrofuleux, que l'on voit surtout les organes glandulaires du bas-ventre, destinés à la dépuration du sang de la veine porte, s'engorger et s'hypertrophier. Il était donc vraisemblable que l'association de l'iode et de la quinine trouverait une application utile dans les cas de ce genre. C'est ce que paraît avoir expérimenté avec succès le docteur Giuseppe Manfredonia (de Naples). Ce médecin a vu l'iodure de quinine, à la dose de 4 à 8 grammes par jour, triompher très rapidement des fièvres intermittentes les plus opiniâtres. (*Gazzetta medica italiana, Lombardia*, 19 fév. 1855.)

Folie à double forme; guérison par l'emploi du sulfate de quinine, par M. H. LEGRAND DU SAULLE.

Nous ne reproduisons pas cette observation pour en faire remarquer la forme double ou la forme circulaire, au point de vue de la nosologie mentale, mais pour signaler un résultat thérapeutique fort intéressant. L'intervention efficace de la thérapeutique ordinaire dans les maladies mentales n'est pas assez commune pour qu'on n'y apporte une attention toute particulière.

OBS. — Il s'agit ici d'une femme de trente-quatre ans, mère de famille, douce, très religieuse, et d'un genre de vie simple et modeste, bien réglée, n'offrant point d'antécédents héréditaires. Cette femme est prise d'abord d'un accès de mélancolie religieuse qui dure sept jours, puis, sans transition, fait place à une manie aiguë, avec vociférations, blasphèmes, voies de fait. Cette période d'excitation ne dure que cinq ou six jours, et une intermittence de onze jours lui succède, complète pour l'état intellectuel comme pour l'état physique, et pendant laquelle la menstruation s'effectue. Puis tout à coup, réapparition de la mélancolie pendant six jours, de l'excitation maniaque pendant une semaine, et enfin de l'intermittence, pendant laquelle les règles se manifestent de nouveau. Pendant tout ce temps, affusions froides sur la tête, bains prolongés, acétate de morphine à faible dose, opium, ferrugineux, avaient été employés sans résultats, comme on le voit.

Le sulfate de quinine est prescrit alors et continué sans interruption, du 3 mars au 10 avril, en élevant graduellement la dose de 20 centigrammes à 2 grammes. Parfaitement toléré, sauf peut-être un peu de céphalalgie, ce médicament parut déterminer la guérison. A l'époque où l'on devait attendre le retour de la mélancolie, on ne remarqua qu'un peu de tristesse, que rien de plus grave ne suivit. Depuis trois ans, la guérison ne s'est pas démentie. (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1855.)

Fistule recto-vaginale.

OBS. — Madame R..., âgée de vingt-cinq ans, eut son premier enfant avant l'âge de vingt ans. Le travail fut très laborieux, et nécessita l'emploi des instruments. Il fut suivi d'une déchirure complète du péri-

née, avec impossibilité de retenir les matières fécales. En octobre 1853, une première opération fut pratiquée, dans le but de réparer cette infirmité, qui excluait la malade de toute société; la réunion n'eut lieu que superficiellement; elle laissa au-dessus du plancher périnéal une large ouverture permettant le passage facile des matières du rectum dans le vagin, de sorte que l'état de la malade fut plutôt empiré qu'amélioré. Deux nouvelles opérations furent tentées pour fermer cette ouverture, et n'amenèrent aucun bénéfice bien évident.

A l'examen, on trouva toujours, au-dessus du périnée, entre le rectum et le vagin, une ouverture de communication admettant l'extrémité du doigt indicateur. L'opérateur jugea convenable, pour être plus certain du résultat, de diviser de nouveau complétement le périnée. Il aviva les bords avec beaucoup de soin, et fit la suture des lèvres de la plaie, en remplaçant avec avantage, dit-il, les bouts de sonde par des pièces métalliques.

Le reste du traitement n'offrit rien de remarquable. Le quatrième jour, les sutures profondes furent enlevées, et les jours qui suivirent, la malade se plaignit de sentir quelquefois des gaz passer par le vagin, bien que la plus grande partie suivît la voie naturelle.

Le huitième jour, un examen fait avec soin permit de voir une petite ouverture restée à la partie la plus reculée de l'ancienne fistule, et laissant passer un stylet. Il n'était pas douteux que cette ouverture ne fût comblée par les bourgeons charnus; en tout cas, le cautère actuel aurait suffi pour l'oblitérer. En effet, le vingt-sixième jour, on ne retrouva plus la moindre fistule, et la malade affirma que depuis trois jours elle n'avait rien senti passer dans le vagin. Une injection d'eau tiède dans le rectum ne fit pas constater de communication entre les deux organes. Quinze jours plus tard, la malade s'en retournait chez elle parfaitement bien portante, et retenant très bien ses matières fécales.

Le résultat qui a suivi la première opération n'est que trop fréquent dans les opérations de déchirure du périnée; aussi ne saurait-on mettre trop de soin à appliquer parfaitement l'une contre l'autre les parties profondes de la solution de continuité. Le procédé de suture que nous avons décrit dans un des derniers numéros de ce journal sous le nom de *suture en coulisse* nous semble remplir parfaitement, sous ce rapport, toutes les indications; et s'il restait après l'opération une fistule trop étendue pour être fermée au moyen de la cautérisation, nous pensons que les incisions latérales pourront être d'un grand secours, dans les cas où l'on aurait une certaine répugnance à procéder comme l'a fait l'auteur de cette observation. (*Medical Times and Gazette*, 20 janv. 1855.)

Nouvelle méthode pour introduire les médicaments dans l'économie; ses applications immédiates au traitement des affections locales douloureuses des nerfs, par le docteur Alexandre Wood.

Le docteur A. Wood introduit dans le tissu cellulaire, aussi près que possible du nerf douloureux, une solution de morphine ou une petite quantité du sédatif anglais bien connu sous le nom de *Batley's sedative solution*, au moyen d'une petite seringue à extrémité piquante, inventée par M. Ferguson d'Edimbourg, dans le but d'injecter du perchlorure de fer dans les artères. A la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, M. A. Wood exposa les résultats qu'il avait obtenus par cette méthode chez neuf malades; dans tous les cas, la petite opération qui ne fut suivie d'aucun accident, eut pour effet de diminuer ou de faire cesser immédiatement les douleurs. L'absorption se fait avec une grande rapidité. M. A. Wood croit qu'on pourrait user du même procédé pour faire pénétrer d'autres médicaments dans l'économie. Le docteur W. T. Gairdner ajouta aux faits de M. Wood, un autre qui résultait d'une expérience faite dans son service à l'infirmerie royale d'Edimbourg. L'opération cause peu de douleur; le malade éprouva, presque immédiatement, un peu de vertige. L'affection contre laquelle cette médication fut tentée, était un lumbago déjà en voie d'amélioration. (*Medico-Chirurgical Society of Edinburgh. — Monthly Journal of Medicine*, 1855. Février, p. 183.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Précis d'analyse chimique qualitative, par MM. Ch. Gerhardt et C. Chancel. — Grand in-18, avec 48 figures dans le texte. Paris, 1855; librairie de Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Voici un petit volume, de format portatif, de prix réduit, de style simple, à la fois élémentaire et complet, que le sujet, le mode de rédaction et les conditions matérielles d'exécution rendent à la fois indispensable à un grand nombre de lecteurs, utile à plus encore, accessible et instructif pour tous. La chimie moderne a réalisé de tels progrès, que plus d'un ami de la science, malgré tout son zèle, se sent presque hésiter avant d'ouvrir les archives, trop respectables de dimension, qui en renferment le précieux dépôt. Il n'était donc rien moins qu'inopportun de renfermer dans un cadre de proportions moins décourageantes l'ensemble des règles qui aboutissent au but essentiel de toute recherche chimique, savoir, la détermination de la nature des parties constituantes d'un corps composé.

Ce problème éminemment pratique, que les besoins sociaux, hygiéniques, judiciaires posent à chaque instant aux experts, aux médecins, aux pharmaciens, dont la solution précise forme à juste titre l'une des épreuves les plus sévèrement exigées de tout aspirant aux grades universitaires; ce problème, MM. Gerhardt et Chancel nous paraissent l'avoir résolu de la manière la plus simple et la plus heureuse. Versés l'un et l'autre dans l'art du professorat, ils en connaissent les difficultés, les exigences et les ressources. Aussi, pour eux, faire preuve de savoir semble n'être pas même un but accessoire, tellement tout a été subordonné au désir d'initier l'élève aux notions positives que cette partie de la science comporte.

Cette louable tendance, qui fait les bons classiques, on la trouve, dès les premières pages, dans la division même par laquelle commence le livre. D'autres en eussent sans doute choisi une plus méthodique, dont les différents chefs, émanés d'un même principe et se correspondant dans une proportion exacte, eussent mieux satisfait aux conditions scolastiques exigées de cette partie du discours. MM. Gerhardt et Chancel se sont, eux au contraire, placés dans la situation du jeune homme qui a besoin, non pas de lire un exposé académiquement irréprochable, mais de s'élever, sous la direction d'un guide habile, du peu qu'il sait à tout ce qu'il lui importe de savoir.

En conséquence, ils lui enseignent d'abord à se familiariser avec les réactifs qu'il aura à employer, à en reconnaître la pureté, les principaux usages, le mode de conservation; à les préparer lui-même au besoin, etc. C'est là l'objet de la première section; c'est, pour ainsi dire, l'introduction dans le laboratoire.

Il s'agissait, en second lieu, de faire comprendre comment ces réactifs se comportent à l'égard des corps simples, ou plutôt de leurs composés les plus usuels, des acides, des bases et des sels. Cette indication indispensable forme le sujet de la seconde partie, qui est complétée par l'énumération des substances dans lesquelles se rencontrent le plus ordinairement ces composés binaires ou quaternaires.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude des procédés d'analyse, soit par la voie sèche, soit par la voie humide. C'est là que les auteurs, sans se laisser entraîner à aucun développement oiseux, ont le plus multiplié les descriptions d'instruments, les recommandations propres à assurer le succès de ces opérations délicates. Les figures intercalées dans le texte montrent, principalement en cette circonstance, l'utilité de ce secours, sagement prodigué par l'éditeur, et si capable, à lui seul, de transformer le timide débutant en praticien consommé. — Enfin, mettant immédiatement à profit les données qu'il vient d'acquérir, le lecteur verra avec intérêt, à la suite de ces préceptes sur les manipulations, le moyen de les utiliser pour la recherche soit des bases, soit des acides.

Application réglementée des trois précédentes, la quatrième partie

embrasse les cas spéciaux auxquels la méthode générale d'analyse se trouve appelée à répondre, soit qu'on l'emploie dans toute sa simplicité, soit qu'il faille la modifier. Les auteurs y ont annexé un exposé plus détaillé de la marche à suivre dans l'examen des principales matières végétales et animales, gommes, sucre, huiles, farines, lait, sang, urine, etc., solutions particulièrement intéressantes pour le médecin.

Nous n'avons pu qu'esquisser à larges traits le plan de cet ouvrage ; à plus forte raison nous a-t-il été interdit de faire apprécier, même par de courts extraits, le mérite de son exécution. Mais ce qu'il nous est permis d'affirmer — parce que nous ne le faisons qu'après lecture attentive de son contenu — c'est que, par la lucidité parfaite du style aussi bien que par l'intelligente prévision de toutes les difficultés de l'analyse qualitative, ce traité mérite le suffrage des nombreuses classes de lecteurs qui y chercheront, soit une satisfaction à ce goût du vrai simplifié, si répandu aujourd'hui à tous les degrés de l'échelle sociale, soit une réponse précise aux questions que l'art et la science formulent, avec le légitime besoin de les voir élucidées dans les termes positifs que comporte l'état actuel des connaissances chimiques.

P. DIDAY.

Éléments de physique thérapeutique (*Elemente der Therapeutischen Physik*), par le docteur HEIDENREICH. Leipsig, 1854. Otto Wigand, p. 288.

M. Heidenreich est déjà connu dans la science par ses analyses consciencieuses insérées chaque année dans l'*Annuaire de Canstatt*. Des monographies spéciales sur divers sujets de physique médicale ont été en outre publiées par ce médecin dans divers autres recueils. Dans ce nouvel ouvrage, M. Heidenreich a eu surtout pour but de signaler les progrès dont la médecine pratique et la thérapeutique sont redevables à la physique. Ce livre s'adresse donc plutôt aux médecins qu'aux physiciens. L'étude des agents thérapeutiques qui ont pour base et pour cause d'efficacité l'influence de la pesanteur est entreprise tout d'abord. Après quelques prolégomènes concernant l'influence de la pesanteur sur la circulation sanguine, l'auteur apprécie le mode d'action des divers bandages compressifs, de celui de Baynton, des ingénieuses et célèbres expériences de M. Gerdy ; plus loin, nous trouvons la description des diverses espèces de spiromètres, de ceux de MM. Hutchinson, Simon, J. Vogel, Jeffreys, Nasse ; la pompe à air indiquée par Clémens pour la réduction des hernies ; la pompe stomacale, et enfin, comme basées sur le même principe, les diverses variétés de sangsues artificielles, celles de MM. Hübschmann, Sarlandière, Lafargue, Alliot, Montain, Hassenstein, Reichart, etc. L'hémospasie de M. Junod, les expériences sur l'influence de l'air raréfié dans le traitement des maladies, de M. S. Vogel, les divers travaux de Pravaz sur les effets de l'air condensé, sont soumis à une critique érudite. Cette rapide énumération donne une faible idée des détails nombreux et intéressants que contient chacun des chapitres. Nous avons surtout remarqué les sections consacrées à l'influence de la lumière, de la chaleur et de l'électricité. Depuis quelques années, la chirurgie oculaire s'est enrichie d'un nouveau moyen de diagnostic, de l'ophthalmoscope. Cette invention de nos confrères d'outre-Rhin ne pouvait manquer de figurer dans l'œuvre analytique et critique de M. Heidenreich. L'auteur a en effet consacré de longs développements à cette nouvelle application de la physique à la chirurgie oculaire. Cette matière a été, dans ces derniers temps, étudiée avec grand soin dans un excellent ouvrage de M. Ruete, professeur à Leipsick. A côté de ce chapitre sur l'ophthalmoscope, nous en signalerons un autre, très savant et très pratique en même temps, sur les lunettes ; nous l'indiquons plus spécialement, car il comble un vide qui existe malheureusement trop souvent dans les connaissances d'un grand nombre de chirurgiens. Les applications de la chaleur à la thérapeutique sont très nombreuses ; dans cette catégorie se range l'étude des bains, des eaux minérales, etc. La balnéologie est en Allemagne une science beaucoup plus cultivée que chez nous. Avant la fondation de la *Société d'hydrologie* dont la *Gazette hebdomadaire* publie les comptes rendus, l'étude des eaux minérales ne comptait que peu d'adeptes ; en Allemagne, au contraire, chaque recueil périodique est rempli, submergé, pour ainsi dire, par les communications des médecins hydropathes, qui viennent dernièrement de se créer un organe spécial *Balneologische Zeitung*), dont nous avons reçu les premiers numéros. Ces articles si nombreux répondent en effet à un besoin véritable. On a varié à l'infini les espèces de bains en Allemagne, et la pratique des bains médicamenteux, des eaux minérales, est devenue un besoin réel pour les populations de toutes les localités de l'Allemagne. Nous citerons les bains salins, résineux, de boues minérales, etc. M. Heidenreich en donne une description qui pourra renseigner à cet égard ceux qui n'oseraient scruter les traités nombreux d'eaux minérales de l'Allemagne. Nous aurions enfin à insister sur le chapitre consacré aux applications de l'électricité à la médecine. Sans négliger les travaux de ses compatriotes, de MM. Bunsen, du Bois-Reymond, etc., M. Heidenreich rend justice aux recherches si intéressantes de notre compatriote, M. Duchenne (de Boulogne).

Le traité de M. Heidenreich nous a paru d'une utilité et d'un à-propos incontestables. Très au courant des diverses questions de physique médicale, l'auteur a fait un livre qui doit occuper une place importante dans la littérature médicale de notre époque.

Docteur LEUDET.

— La Société de médecine de Bordeaux a mis au concours pour 1856 la question suivante :

« Déterminer, par des expériences faites sur les animaux et par l'observation clinique, la valeur respective de l'électricité et des agents chimiques considérés comme hémoplastiques dans les maladies dites chirurgicales. »

Le prix est de 300 fr.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Avril. Lésions élémentaires des reins dans la maladie de Bright, par *Becquerel*. — Tubercule comparé à quelques autres produits pathologiques, par *Mandl*. — Bruits de percussion thoracique, par *Woillez*. — Sur une altération spéciale de la glande mammaire, par *Lorain & Ch. Robin*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Avril. Études physiques et chimiques sur les eaux thermales de Chateauneuf, par *Lefort*. — Falsification du safran, par *L. Soubeiran*. — Propriétés rubéfiantes de la poudre de raifort sauvage, par *Lepage*. — Sur la présence du manganèse dans le sang, par *Bonnewyn*. — Concrétion du pancréas, par *Henry*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Mars. Traitement de l'écart, par *Delorme*. — Stomatite chez un cheval, causée par de l'onguent vésicatoire administré par erreur, par *Palat*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 mars. Sur la doctrine vitaliste par *Sales-Girons*. — Opportunité et simplification de l'opération césarienne, par *Lebleu*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 31 mars. Six ans de pratique chirurgicale à l'Antiquaille, par *Rodet*. — Anévrysme de la crosse de l'aorte ; mort par asphyxie, par *Devay*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 6. Sur des fièvres intermittentes qui ont régné à Autun, par *Guyton*. — Imperforation congénitale du vagin ; incision ; guérison, par *Cortieu*. — Nouveaux cas de fièvre éclamptique, par *Liégey*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Mars. Sur une affection ayant quelque analogie avec le choléra, par *Lecoulurier*. — Hernies abdominales dans l'espèce bovine, par *Serres*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 22e livraison. Suture mixte et en faufil, par *Bertherand*. — Sur la peine de mort par décapitation, par *Moll*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 14. Lois du mouvement organique (*anonyme*).

EL SIGLO MEDICO. — N° 64. Sur la théorie cosmogénique du choléra, par *Acevedo*. — Emploi thérapeutique de la ciguë, par *A. Blanco*. — Clinique médicale, par *Santero*. — Études sur le cancer, par *Olivares*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 52. Visites préventives dans l'épidémie du choléra, par *Alvarenga*. — Clinique (contracture musculaire ; cancer encéphaloïde).

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 27 AVRIL 1855. — N° 17.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 20 avril 1855, MM. MOUTET et GARIMOND sont institués agrégés près la Faculté de médecine de Montpellier pour la section de chirurgie.

— Par arrêtés en date du 20 avril 1855, M. VIARD, docteur ès sciences, chargé de la chaire de physique à la Faculté des sciences de Montpellier, et M. LORY, professeur de botanique et de zoologie à la Faculté des sciences de Grenoble, sont nommés officiers de l'instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le concours pour la place d'aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris commencera le mardi 15 mai, à 1 heure. Dans cette première séance, les candidats inscrits recevront le sujet de leurs préparations anatomiques.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies le 19 avril 1855.

79. COUROT, Félix-Gustave-Godefroy, né le 15 janvier 1824 à la Chapelle-Saint-André (Nièvre). [*Recherches sur la revaccination.*]

80. MAYNIER, Jacques-Hippolyte, né le 21 mars 1824 à Champdeniers (Deux-Sèvres). [*Études sur la nature de la grenouillette et sur son traitement*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 26 avril 1855.

LES ANGINES RÉGNANTES AU POINT DE VUE PRATIQUE. — FUMIGATIONS DE FOIE DE MOUTON CONTRE L'HÉMÉRALOPIE; MAUVAISE TENDANCE DE LA THÉRAPEUTIQUE. — LE *Bulletin de l'Académie de médecine*. — FIN DE LA *Gazette médicale de Montpellier*.

— On trouvera à la *Correspondance* plusieurs communications relatives à l'angine épidémique, et l'on remarquera que deux de nos honorables correspondants insistent sur la nécessité de relier l'une à l'autre l'angine gangréneuse et l'angine diphthéritique, comme provenant d'une souche commune. De notre côté, nous avons émis, dans un précédent article (n° 15), l'opinion qu'il serait convenable et utile de distinguer les diverses formes d'angine et de les séparer elles-mêmes du croup proprement dit. On nous permettra de nous arrêter un instant à une dissidence qui n'est pas sérieuse au fond et tient uniquement à la différence des points de vue; et nous le faisons d'autant plus volontiers, que le défaut où tombent beaucoup d'écrivains, de ne pas approprier leur point de vue scientifique aux termes de la question qu'il s'agit d'examiner, est une source féconde de malentendus et de discussions sans objet.

M. Ancelon et M. Chaparre sont parfaitement fondés à établir une parenté étroite entre les diverses angines, simple, pultacée, couenneuse, gangréneuse, qui apparaissent dans un même lieu, sous l'influence d'une même constitution médicale, et à n'y voir que des manifestations variées et plus ou moins expressives d'une même cause morbifique. Ce n'est pas nous qui nous mettrons jamais en travers de cette saine et large manière de considérer les maladies régnantes. Mais nous ne saurions y voir une raison de ne pas distinguer, et très soigneusement, les formes morbides. D'abord, elles peuvent se montrer, et se montrent d'ordinaire, isolément. Certaines constitutions médicales ne produisent que des angines simples; d'autres des angines pultacées bénignes; et si l'angine couenneuse et l'angine gangréneuse coexistent souvent, elles peuvent aussi se séparer, comme il arrive en ce moment à Paris, où nous entendons beaucoup parler de la première et pas du tout de la seconde. Chacune de ces formes a ses caractères propres, qui ne sont pas ceux des autres. Donc déjà, sous le rapport de la pathologie, il n'est pas plus permis de les confondre qu'il ne le serait de confondre l'homme avec le singe, parce qu'ils sont tous deux quadrumanes, ou, si l'on veut, de confondre tous les singes entre eux, parce qu'ils appartiennent au même genre de mammifères. Mais c'est surtout

sous le rapport pratique que la distinction est importante, et c'est à ce point de vue que nous l'avons recommandée. Doit-on, nous ne disons pas à de certains moments et de certains lieux, *mais dans le cours d'une même constitution médicale*, appliquer une médication uniforme à toutes les angines? Faut-il traiter l'angine simple, franchement inflammatoire, comme l'angine pultacée? Non : à la première, les émollients et les astringents; à la seconde, l'union des mêmes moyens avec la cautérisation légère. Faut-il traiter l'angine pultacée bénigne, sans gonflement des amygdales, sans prostration, sans hémorrhagies, comme l'angine diphthéritique maligne? Non : l'une guérit par les moyens les plus simples, quelques laxatifs, un collutoire ou un gargarisme chloruré, et, nous venons de le dire, quelques attouchements avec le crayon de nitrate d'argent; l'autre réclame impérieusement le traitement local et général le plus énergique, les fortes cautérisations, les toniques, les stimulants diffusibles. Faut-il enfin traiter l'angine couenneuse comme l'angine compliquée de sphacèle? Non; on ne portera pas, dans la dernière, un pinceau chargé d'acide hydrochlorique sur une portion de muqueuse gangrenée, et l'on promènera de préférence le fer rouge sur les limites de l'eschare. Tout cela ne veut pas dire qu'il n'y ait aucune indication à tirer de la communauté d'origine de ces formes multiples; on tiendra compte du génie adynamique de la constitution; on s'abstiendra, dans le traitement des formes bénignes, de tout ce qui pourrait favoriser le développement des caractères de malignité; on débilitera le moins possible les malades; on les tiendra pendant plusieurs jours à l'usage d'une tisane légèrement stimulante et acidulée, telle que la limonade à l'eau de Rabel, etc.; mais il ne faut pas non plus que cette vue générale s'étende jusqu'à faire oublier les indications positives qui peuvent ressortir de l'individualité de la forme.

Quant à l'emploi des alcalins dont il est question dans la lettre de M. Lorne, nous n'en dirons qu'un mot, et c'est pour engager notre confrère, dont l'esprit pratique nous est connu, à fournir quelques détails sur les caractères symptomatiques de l'affection qu'il a eue à traiter. Les quelques renseignements qu'il veut bien nous transmettre ne permettent pas de décider s'il s'est agi réellement, dans les deux cas observés par lui, de l'angine couenneuse maligne ou d'une angine simplement compliquée de concrétions pultacées; il serait utile surtout de mentionner l'état des glandes sous-maxillaires.

— Un honorable confrère de la Haute-Garonne publie, dans la Gazette médicale de Toulouse l'observation d'un cultivateur héméralope qui, après avoir employé inutilement les vomitifs, les purgatifs, les fumigations ammoniacales, fut guéri par l'usage des *fumigations de foie de mouton*. Nous ne sommes pas assez mauvais plaisant pour vouloir tirer parti de la provenance de l'observation pour en suspecter l'exactitude; tout au contraire, il ne nous en coûte pas de rappeler que les bons effets de la vapeur d'une décoction de foie ont été déjà constatés par un ophthalmologue célèbre, par Dupont. Mais on nous permettra de profiter de cette occasion pour protester contre une tendance vicieuse, fausse, illusoire, où quelques médecins voudraient engager la thérapeutique médicale.

On parle beaucoup d'expérience, et ce mot a le singulier bonheur d'être prononcé chapeau bas par tout le monde. Les esclaves du fait et les amis de la spéculation en appellent également à la décision de l'expérience. C'est que les uns et les autres, en se rencontrant sur l'expression, ne s'entendent aucunement sur la chose; et, il faut le dire, ce n'est pas en général de ceux qui se disent expérimentateurs qu'on doit attendre l'interprétation la plus juste. Qu'est-ce qu'une expérience? C'est la démonstration d'un fait. Mais qu'est-ce qu'un fait? Il y en a de simples, il y en a de complexes. Celui-ci est purement objectif et ne dépasse pas la notion d'*existence*, comme : *tel remède a été employé, telle maladie a guéri*. Celui-là implique la notion de cause : *telle maladie a guéri* par l'action *de tel remède*. Ici l'expérimentation est beaucoup moins commode qu'on ne se l'imagine; elle exigerait, pour avoir quelque valeur, une analyse déliée des termes entre lesquels il s'agit de constater un rapport de causalité, afin de savoir positivement en quoi ce rapport consiste et où il réside. Au lieu de cela, il est de mode d'expérimenter en gros. On prend un remède exhumé d'un vieux livre et on le présente successivement, et de la façon la plus arbitraire du monde, à une foule de maladies; et si le remède est compliqué, s'il comprend plusieurs agents, ou divers, ou même opposés, on déclare qu'il n'y a pas lieu de s'enquérir du rôle particulier de chacun d'eux : ainsi le veut la sagesse. En deux mots, on *encuisine* la thérapeutique. On appelle cela l'observation, la pratique; nous l'appelons confusion, chaos, incertitude. Nous prétendons même que la plupart des résultats auxquels aboutissent ces sortes d'expériences ne peuvent pas même être formulés avec exactitude. En effet, pour être en droit d'affirmer que la guérison a été obtenue par l'action directe d'un médicament, il faut avoir prouvé que c'est l'agent constitutif du médicament qui a guéri, et non les agents accessoires. Dire, par exemple, qu'une héméralopie a cédé à des fumigations de foie de mouton, c'est assurer tout ensemble que l'affection a disparu parce qu'elle a été soumise à des fumigations, parce que ces fumigations provenaient d'une décoction de foie, et parce que ce foie était celui d'un mouton. Si donc on venait à prouver que l'agent de la guérison a été la simple vapeur d'eau chaude, la proposition serait erronée; il ne serait plus vrai que l'héméralopie a été guérie par le foie de mouton. Or, quand on se rappelle l'influence du froid humide sur la production de cette maladie, influence attestée par la plupart de ceux qui l'ont observée à l'état endémique ou à l'état épidémique, en France, dans les Indes, en Chine, en Russie, etc., on ne peut guère douter qu'une fumigation chaude quelconque ne vaille pas, pour le traitement, autant qu'un bouillon de foie. Et quand le foie donnerait à la masse d'eau des qualités résolutives, manque-t-il de plantes aromatiques? Pourquoi s'adresser à la boucherie quand on a l'herbier? Et convient-il à un homme de l'art d'encourager cette médecine occulte des commères qui introduit déjà dans le peuple tant de pratiques ridicules ou dangereuses?

Tout ceci soit dit sans porter atteinte au savoir connu de notre confrère du Midi, non plus qu'à la publication sérieuse et consciencieuse où il a déposé son observation. Nos remarques ont une portée générale et n'ont que celle-là.

— Un incident s'est élevé à la dernière séance de l'Académie de médecine au sujet de la publication des discours dans le *Bulletin*. Il paraît que le dernier discours de M. Piorry sur l'organicisme et le vitalisme doit subir des retranchements assez considérables. Le bureau allègue le défaut d'espace. M. Piorry réclame un supplément et met la main au gousset, tout prêt à solder les frais. Cette offre d'un cœur magnifique écartée, — car une Académie ne peut consentir à vivre de la générosité de ses membres, — la question mérite d'être examinée sérieu-

sement. En l'état des choses, le bureau ne peut répondre de tout imprimer. Il sent, comme M. Chevallier, comme M. Londe, qu'il serait plus convenable de publier intégralement tout ce qui sort de la bouche arrondie — *ore rotundo* — des membres titulaires; mais il sait mieux qu'eux où en est le budget. L'Académie est liée par un traité envers l'éditeur du *Bulletin*; elle n'a droit qu'à un certain nombre de pages, de format, de caractère et de *justification* déterminés. Pour avoir plus, il faut payer davantage. Ce n'est pas précisément du bureau que cela dépend, mais de la caisse. La caisse a des arguments formidables, qui défient la logique la plus serrée et les sentiments les plus tendres. Il ne faut pas d'ailleurs comparer les publications officielles des corps savants au *Moniteur universel*. Le *Moniteur* ressemble au Juif Errant: marchant comme lui à travers tous les temps et tous les gouvernements, comme lui aussi il a toujours de l'argent dans sa poche.

Néanmoins il est à souhaiter que le conseil d'administration, à qui la question a été renvoyée sur la proposition de M. Mêlier, parvienne à rendre à l'avenir l'empêchement un peu moins rigoureux qu'il n'a été jusqu'ici. Il importe particulièrement d'aviser à ce que les retranchements, s'ils sont inévitables, soient supportés, et dans une mesure égale, par tous les orateurs. C'est de cela surtout qu'il s'agissait mardi. Nous croyons savoir que, conformément à ce principe, il sera fait droit à la réclamation de M. Piorry, sauf à établir pour l'avenir telle règle qu'on jugera convenable.

— La Gazette médicale de Montpellier a cessé de paraître. Dans le dernier numéro, le rédacteur en chef de ce journal, M. le docteur Chrestien, fait ses adieux au public dans les termes suivants :

« Pourquoi continuerions-nous une publication qui nous a empêché, par son indépendance, d'arriver au professorat, et qui même nous a fait assigner devant le Conseil académique? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, a été exclue de la bibliothèque de notre Faculté de médecine? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, nous a empêché d'être présenté au Ministre de l'instruction publique comme candidat à la modeste place de *conservateur* des collections de notre Faculté? Pourquoi continuerions-nous une publication qui, par son indépendance, nous a attiré tout récemment le double affront de voir notre modeste place d'*agrégé en exercice* mise au concours avant que notre temps fût écoulé, de n'être que *juge suppléant* dans le concours où devait être nommé notre successeur, et de nous voir préférer comme *juges* deux de nos collègues dont l'un avait été vaincu par nous dans un concours de 1842-43, et dont l'autre est encore bien plus jeune que nous dans l'*agrégation?* »

La Gazette médicale de Montpellier, en se retirant, laissera un vide sensible dans le journalisme. Elle était l'organe le plus fidèle des doctrines du lieu, bien que perpétuellement en guerre avec la Faculté. Les autres feuilles médicales de Montpellier, plus spécialement consacrées à la clinique et à la thérapeutique, ne peuvent donner autant de soin qu'elle en donnait à la partie dogmatique de la science.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De la goutte sous le rapport de la pathologie, et de son traitement par les eaux de Vichy, par le docteur Max. Durand-Fardel. — Lu à la Société de médecine.

Il n'est pas nécessaire, pour disserter utilement sur une maladie ou sur une médication, de posséder une théorie complète de l'une ou de l'autre. Le champ de nos communications, sinon de nos études, se trouverait dans ce cas singulièrement restreint, ou bien on se croirait obligé de se lancer dans ces théories qu'il est si agréable de construire, mais qu'il serait prudent d'abandonner quand on a pu se convaincre qu'elles sont inhabiles à se soutenir d'elles-mêmes. Ces réflexions sont entièrement applicables au sujet sur lequel je me propose de présenter quelques observations.

La goutte et les eaux de Vichy : assurément, s'il nous fallait vous définir ce qu'est la goutte comme maladie, et ce que sont les eaux de Vichy comme médication, nous nous trouverions aussi embarrassé que chacun le serait sans doute à notre place. Mais de ce que nous ne sommes à même, ni les uns ni les autres, de définir avec précision la maladie goutteuse ou la médication thermale de Vichy, cela ne veut pas dire que nous ne puissions pénétrer jusqu'à un certain point dans l'un et dans l'autre de ces sujets, et formuler ce que l'observation clinique et ce que l'étude nous a appris à leur endroit. C'est sur ce terrain que se tiendra la communication que nous allons avoir l'honneur de vous faire. Cependant, comme nous allons rencontrer sur ce sujet des théories qui n'ont pas été présentées avec la réserve dont nous venons de signaler l'opportunité sur une matière aussi obscure encore, nous serons naturellement obligé de les discuter.

Nous entrerons immédiatement en matière. La goutte est une maladie suffisamment connue, sinon dans son essence, du moins dans sa forme, pour qu'il soit inutile d'insister sur les différents points de son histoire auxquels nous aurons à faire allusion.

L'idée qui, pour beaucoup d'esprits, relie l'application des eaux de Vichy au traitement de la goutte, réside dans l'opposition de la nature alcaline de ces eaux avec les acides que l'on suppose constituer l'élément dominant de la goutte. M. Petit n'est pas le seul qui ait écrit que l'existence d'acides en excès dans l'économie constitue la cause déterminante de la goutte. Nous connaissons beaucoup de médecins distingués qui n'en voient pas davantage dans la pathogénie de cette maladie ; mais il faut, il nous semble, une certaine inattention pour s'arrêter seulement devant ce qu'on nous permettra peut-être d'appeler une pareille hérésie médicale. D'abord il nous paraît inexact de considérer les acides comme constituant la matière de la goutte ; ce sont des produits azotés qui forment les dépôts articulaires et urinaires qui ont surtout attiré l'attention dans l'étude de cette maladie.

Les phénomènes vitaux qui constituent les maladies à leur principe entraînent des modifications dans la texture de nos tissus ou dans la composition de nos humeurs, lesquelles modifications donnent naissance à des combinaisons nouvelles; ces combinaisons réfractaires à l'assimilation, ou étrangères aux transformations normales, sont par conséquent destinées à être éliminées par une voie quelconque, ou bien résorbées par un mécanisme peu connu, sous peine de créer dans l'organisme des produits morbides, organisés ou non, qui deviennent à leur tour un des éléments de la maladie elle-même.

Ce qui sépare surtout l'école dite organicienne des écoles vitalistes, c'est que la première base toute sa nosologie sur la considération de ces modifications de texture ou de composition, au point de vue soit de leur siége, soit de leur nature, attendant ainsi que la maladie se soit matérialisée pour la caractériser. Mais jamais l'école organicienne n'a commis cette faute de prendre pour des causes ce qu'elle envisageait seulement, et par nécessité, comme des caractères. Ce que nous constatons ici, ce ne sont, il faut bien

le remarquer, que des erreurs, du moins que nous tenons pour telles, isolées et qui ne sont imputables à aucune doctrine.

Il est donc bien entendu que : dire que c'est un principe acide qui est la cause déterminante de la goutte (Petit), ou bien que l'urate de soude est la cause matérielle de la goutte (Cruveilhier), c'est emprunter à une doctrine à part la pathogénie de cette maladie.

A-t-on jamais dit que la cause de l'inflammation était un principe albumineux, parce que l'inflammation fournit des produits albumineux? Pourquoi donc, de ce que la goutte fournit des produits d'une certaine composition chimique, en conclurait-on que la goutte reconnaît pour cause un excès d'acides ou de principes azotés? Pourquoi ce qui serait un contre-sens ailleurs deviendrait-il ici une vérité?

De même que, dans l'inflammation, l'élément albumine qui existe dans nos organes pour les besoins de la nutrition, s'amasse, s'agrége et revêt les formes d'exsudation ou de suppuration que l'on sait; de même dans la goutte, les principes azotés que renferment soit le sang, soit les tissus, et qui sont destinés soit à s'incorporer avec eux par le phénomène de l'assimilation, soit à être éliminés, spécialement par l'appareil rénal, se réunissent vers les points d'élection de la maladie, en vertu des phénomènes fluxionnaires qu'elle détermine, et peuvent à la longue engendrer ces produits que l'on connaît. Maintenant, pourquoi ce départ de l'albumine dans un cas, de l'azote dans l'autre ? C'est le secret de la vie, secret dans lequel nous pénétrerons sans doute plus avant que nous ne l'avons fait jusqu'ici, mais qui, sans doute aussi, ne se révélera jamais complétement à nous.

Sans contester donc qu'il y ait aucune utilité à s'efforcer de modifier ces produits de la maladie, nous dirons que ce serait une puérilité que de s'y attacher, au point de vue de la guérison de la maladie elle-même. Si les eaux de Vichy n'avaient d'autre effet que de détruire, à mesure qu'ils s'accumuleraient, ces produits de la diathèse goutteuse, il faudrait encore les employer sans doute ; mais ce ne serait assurément qu'une médication bien accessoire, puisque ne touchant en rien à la diathèse, elle laisserait le malade incessamment en proie aux retours des accidents qu'elle ne serait propre ni à conjurer ni à atténuer. Mais la médication thermale de Vichy fait mieux que cela. C'est à la diathèse goutteuse elle-même qu'elle s'attaque, non pas sans doute à la manière d'un spécifique, dont les effets peuvent se mesurer en quelque sorte d'avance, et surtout s'annoncer avec une certitude relative, mais comme un modificateur salutaire dans les limites qu'il lui est donné d'atteindre, et précieux encore, malgré ce qu'il a d'imparfait.

Voici maintenant dans quel sens nous pouvons comprendre que les eaux de Vichy atteignent le principe diathésique de la goutte.

Que nous enseigne l'hygiène au sujet de la goutte, ou, si l'on veut, que nous apprend la physiologie de la goutte? C'est qu'un individu chez lequel les fonctions digestives, cutanée ou urinaire, s'exercent normalement et avec un certain degré d'activité, paraît le plus possible à l'abri des atteintes de la goutte. Or comme ce sont là précisément les fonctions qui sont le plus directement afférentes à la nutrition, c'est-à-dire à l'assimilation, il est permis de croire que la goutte consiste spécialement dans une altération de la nutrition, peut-être pourrait-on dire dans une erreur de l'assimilation. De ce désordre dans l'assimilation, résulte un départ anormal des principes azotés, et une direction vicieuse de ces mêmes principes, destinés à être éliminés. Entrons dans quelques courts développements à ce sujet.

Il peut être considéré comme acquis à la physiologie, que l'oxygène, introduit dans le sang par l'acte de la respiration, est nécessaire à l'accomplissement des deux ordres de phénomènes qui constituent la nutrition, c'est-à-dire l'assimilation d'une part, et de l'autre l'élimination des divers éléments apportés à nos tissus, lesquels, réduits à leur dernière expression, sont représentés par carbone, azote et hydrogène. Il est donc permis de faire jouer, dans l'analyse intime de ces phénomènes, tel rôle que l'on voudra, à la prédominance des principes azotés introduits, par exemple, eu égard à la proportion d'oxygène abordant nos tissus, ou bien à l'insuffisance de l'oxygène eu égard à la proportion des principes azotés introduits, ce qui revient au même, et peut se traduire ainsi : introduction d'une alimentation azotée excessive, alors que l'activité de la respiration, et l'exercice qui en est un des principaux régulateurs, n'atteignent pas le degré nécessaire pour introduire une proportion d'oxygène équivalente ; ou bien, inactivité absolue de la respiration, de l'exercice, insuffisance de l'oxygénation du sang, eu égard à la proportion d'azote nécessairement introduite par les aliments.

Et la traduction hygiénique de ces données chimiques et physiologiques est que, lorsqu'on use d'une alimentation considérable et surtout succulente (azotée), il faut faire beaucoup d'exercice. Ici, comme dans bien d'autres exemples, nous voyons l'observation vulgaire précéder la notion scientifique et l'analyse chimique.

Maintenant, puisque c'est aux dépens des combinaisons azotées de nos tissus que s'exerce le trouble de la nutrition qui paraît constituer le fond de l'affection goutteuse, il est bien évident qu'en diminuant l'introduction des aliments azotés, vous amoindrirez ou vous retarderez la marche de ces phénomènes de nutrition vicieuse, et par suite de leurs manifestations. C'est ainsi que, dans le diabète, en cessant de fournir à l'économie du sucre, vous amoindrissez les manifestations les plus graves de la maladie. Mais vous aurez beau refuser l'azote à l'économie, vous n'en détruirez pas pour cela la diathèse goutteuse, pas plus qu'en lui refusant le sucre, vous ne détruisez la diathèse glucosurique. Et de même que, si cette dernière a un certain degré d'intensité, vous avez beau soumettre vos malades à la diète animale exclusive, ils n'en cessent pas pour cela de montrer du sucre ; de même, quand la diathèse goutteuse existe à un certain degré, vous avez beau amoindrir indéfiniment l'introduction de l'azote, vous avez beau pousser à l'oxygénation du sang, vos malades n'en ont pas moins la goutte alors ; et ces gouttes sont les plus cruelles et les plus fécondes en produits, par cela même qu'elle n'emprunte rien, la maladie, en dehors de la force même, et vicieusement dirigée, de l'organisme.

Cherchons actuellement à rapprocher de ces faits ce que nous savons de l'action des eaux de Vichy. Les théories que l'on accepte si aisément, au sujet de l'action des eaux de Vichy dans la goutte, supposent deux choses qui ne sont vraies ni l'une ni l'autre : c'est que l'on posséderait la théorie pathogénique de la goutte, d'une part, et de l'autre la théorie des eaux de Vichy. Mais nous pouvons faire, pour les eaux de Vichy, ce que nous avons fait pour la goutte : essayer d'arriver jusqu'au point où nous cessons d'y voir clair.

Nous savons d'une manière générale, avons-nous dit plus haut, qu'un individu chez qui les fonctions digestives, cutanée et urinaire, s'opèrent d'une manière normale, et avec un certain degré d'activité, est le moins exposé possible aux atteintes de la goutte. Et comme ce sont là les fonctions essentiellement afférentes à la nutrition, nous avons conclu que l'intégrité des phénomènes de nutrition était la première condition préservatrice de la goutte, qu'un des principaux éléments de cette affection enfin consistait en un vice particulier de la nutrition.

Or nous pourrons établir parallèlement qu'un des effets les plus manifestes des eaux de Vichy, convenablement prises et adaptées au sujet, est de régulariser les fonctions digestives, cutanée et urinaire, et de leur imprimer une activité toute particulière, et par suite que, directement ou indirectement, les eaux de Vichy tendent à maintenir l'intégrité des phénomènes intimes de la nutrition.

Nous pouvons donc en conclure que les eaux de Vichy tendent à préserver de la goutte ou à corriger la diathèse goutteuse, en maintenant l'intégrité de la nutrition, ou en rétablissant celle-ci troublée. Et comme ce sont les phénomènes de nutrition vicieuse qui précèdent les manifestations goutteuses, nous avons raison de dire que les eaux de Vichy agissent réellement sur la diathèse goutteuse, sur le fond de la maladie, tandis que si, au lieu de s'attaquer à cette période initiale, elles ne s'adressaient qu'à la période terminale et aux produits chimiques qui apparaissent alors, elles ne constitueraient qu'un moyen palliatif à peine, et tout à fait accessoire.

Remarquons encore une chose : c'est que nous trouvons ici, comme dans certaines dyspepsies, comme dans certains états chloro-anémiques, que le traitement thermal de Vichy paraît agir exactement à la manière des conditions hygiéniques salutaires, auxquelles on peut donner la valeur de moyens thérapeutiques, en les faisant succéder à des conditions opposées : ainsi le séjour et surtout les occupations de la campagne, la chasse, les voyages, enfin l'exercice, dans le sens hygiénique du mot.

La médication thermale fait-elle quelque chose de plus? Intervient-elle plus directement dans ces phénomènes de nutrition pervertie, qui, de physiologiques, sont devenus pathologiques ? La chose est vraisemblable. Mais dans quel sens et à quel degré intervient-elle? Voici ce que nous ne pouvons dire ; voici, du moins, ce que déclarent ignorer aujourd'hui toutes les personnes qui se sont occupées profondément et consciencieusement d'hydrologie médicale. Il y a donc de bien intéressantes études à suivre dans ce sens, et nous espérons qu'elles ne seront pas absolument stériles.

On voit cependant qu'avec cette double restriction relative à la notion pathogénique de la goutte, et à ce que nous pouvons pénétrer de l'action physiologique et thérapeutique des eaux de Vichy, ce n'est pas une médication empirique que nous opposons à cette maladie. Nous suivons des indications déterminées, et nous définissons le sens dans lequel nous croyons agir ; et ceci est tout à fait important, car de ce point de vue rationalisé, ou du point de vue de dissolution chimique que nous avons exposé précédemment, dépend absolument la direction du traitement.

De la théorie chimique de la goutte et du traitement de cette maladie par les eaux de Vichy découle nécessairement l'emploi de ces eaux d'une manière banale et à la plus haute dose possible, de manière à saturer et à dissoudre le plus qu'on pourra, conséquence logique et que les malades poussent volontiers à l'absurde, et qui a rendu proverbiales les prouesses de la source des Célestins. On sait, en effet, qu'il n'est pas rare de voir les goutteux absorber de cette eau, de 6 à 10 ou 12 litres par jour, ce qui représente de 30 à 60 gram. de bicarbonate de soude. Cette théorie chimique condamne encore ses partisans à déclarer la goutte habituellement curable par les eaux de Vichy ; car celles-ci seraient alors un spécifique de la goutte, et nous ne comprenons pas une médication spécifique qui ne guérirait pas. Mais les médecins consciencieux déclarent que les eaux de Vichy ne guérissent pas la goutte, aveu qui suffit à lui seul pour prouver que la théorie est erronée. Car, puisque vous dites que la goutte est occasionnée par un excès d'acides dans l'économie, et que, d'un autre côté, vous prétendez alcaliser l'économie et la saturer au moyen de l'eau de Vichy, du moment que celle-ci est saturée, les acides devraient être neutralisés et la goutte guérie. La chose serait, comme on le voit, fort aisée, et il est bien regrettable qu'il n'en soit pas ainsi ; car il n'y aurait même plus besoin de médecin pour diriger une telle médication.

Quant à nous, procédant d'une autre façon, moins ambitieuse, mais plus conciliable en apparence avec les résultats de l'observation acquise, nous entendons simplement placer les goutteux dans des conditions de santé générale meilleure, et telle que la goutte ait le moins de raisons et d'occasions pour se manifester; faire enfin thérapeutiquement, pour les goutteux, ce que ceux-ci se font à eux-mêmes hygiéniquement, par le régime et le genre de vie; mais nous le faisons d'une manière plus favorable, plus durable, plus essentielle en quelque sorte : aussi dirigeons-nous le traitement dans le sens que les conditions individuelles nous désignent, nous gardant de chercher à alcaliser nos malades, idée chimérique heureusement, car si l'on y réussissait, on ne ferait sans doute que substituer une maladie à une autre, mais nous efforçant non-seulement de restituer à toutes les fonctions le degré d'activité qui leur est nécessaire, mais même ce surcroît d'activité qui paraît le meilleur préservatif de l'affection goutteuse, et adressant ainsi spécialement le traitement, suivant les cas, aux fonctions digestives, cutanée, urinaire; enfin, poursuivant les indications particulières et précises, au lieu de s'attacher à une indication unique et hypothétique. Et en agissant ainsi, non-seulement nous faisons une thérapeutique rationnelle, mais nous ne courons aucun des hasards qui attendent les médications perturbatrices dans le traitement de la goutte.

La goutte est une de ces maladies dont il faut respecter les manifestations, et dont on doit craindre de troubler la marche régulière, tout en cherchant à modifier graduellement les conditions organiques qui président à leur développement. Nous ne connaissons pas une médication active de la goutte qui ne présente ses dangers. Nous rangeons au nombre de celles-ci les eaux de Vichy administrées à haute dose. Ce qui, à la vérité, prévient généralement les conséquences fâcheuses d'un tel mode d'administration de ces eaux, c'est que l'élimination des principes actifs de l'eau minérale se développant proportionnellement avec la quantité introduite, préserve l'économie des dangers d'une médication exagérée. Mais il n'est pas prudent de compter sur la régularité de tels phénomènes. Sans parler de certaines circonstances dépendantes de l'état de la tête ou des organes thoraciques, communes chez les goutteux, qui, si elles ne contre-indiquent pas toujours le traitement thermal d'une manière absolue, en rendent du moins l'administration fort délicate, nous avons été maintes fois obligé de suspendre ou de modifier le traitement thermal chez des goutteux qui (malgré le terrain favorable que leur acidité prétendue offrait à l'action neutralisante des alcalins) ne parvenaient pas à le tolérer, et plus d'un exemple d'accidents graves ou mortels, consécutifs au traitement thermal, sont venus éveiller des doutes sur la part que ce dernier avait pu prendre dans leur développement.

Nous rangerons encore, parmi les conséquences d'un traitement perturbateur de la goutte, c'est-à-dire d'un traitement que son mode d'administration empêche de diriger et de maîtriser à volonté, le passage de la goutte aiguë à l'état chronique, et le changement de ces accès périodiques, douloureux sans doute, mais compatibles avec des conditions générales de santé relative, en des déformations permanentes, souvent excessives, et constituant une condition beaucoup plus grave et plus difficile à supporter.

Aussi pouvons-nous établir la proposition suivante : « que la goutte est, parmi toutes les maladies que l'on traite à Vichy, une de celles dont le traitement réclame le plus de précautions et de surveillance. »

Le complément naturel de cette étude sera d'exposer ce qu'en définitive les goutteux ont à espérer des eaux de Vichy.

Les eaux de Vichy ont pour effet d'atténuer les manifestations de la goutte. Les accès de la goutte aiguë régulière deviendront plus rares et moins sévères ; les déformations de la goutte chronique s'amoindriront, et les douleurs articulaires s'assoupliront. Mais il est impossible de préciser dans quelles limites ces différents résultats pourront s'obtenir. Sans doute le degré de la diathèse, son ancienneté, la forme des accidents, les conditions d'hérédité, de genre de vie, pourront fournir des éléments au pronostic. Mais on ne peut rien établir de certain. Il y a des gouttes aiguës ou chroniques sur lesquelles, sans qu'on sache pourquoi, le traitement thermal n'a point de prise.

Cependant on doit, dans la généralité des cas, espérer que les accès de goutte s'éloigneront et deviendront plus courts en même temps que moins douloureux. C'est là ce qui arrive habituellement. Dans quelques cas même, on a vu des intervalles de plusieurs années séparer les manifestations goutteuses. M. Petit en a rapporté des exemples. Nous en avons rencontré nous-même, mais seulement dans des gouttes commençantes. Ces cas sont rares du reste.

Dans la goutte chronique, on voit souvent des nodosités isolées disparaître entièrement ; mais il ne faut pas compter sur la résolution de déformations considérables. Des membres entièrement impotents peuvent recouvrer une partie de leurs fonctions.

Nous devons faire encore remarquer, en passant, que c'est surtout à propos de la goutte chronique et de ses déformations que la théorie de la dissolution, et de ce que nous pouvons appeler la dissolution brute, s'est exercée. La diminution, ou même la disparition des tumeurs goutteuses nous semble cependant pouvoir s'expliquer aisément sans son intervention.

Comment s'entretient ou s'accroît un gonflement ou un tophus goutteux chronique ? Par suite de la continuité insensible, ou avec

exacerbations, de la fluxion articulaire qui, dans la goutte aiguë, ne s'opérait que par accès. Si vous parvenez à diminuer ou à suspendre ce mouvement fluxionnaire, vous arrêtez naturellement le développement et, si l'on peut ainsi dire, la nutrition de ces tumeurs. Mais s'ils cessent de s'alimenter et de s'accroître, ces produits excrémentitiels déviés, si peu organisés qu'ils sont par eux-mêmes, se flétrissent et se trouvent livrés à la résorption interstitielle, commune aux molécules normales et aux molécules anormales déposées dans nos tissus. Et le traitement thermal a précisément pour effet de stimuler très activement les éléments de cette résorption. Voici comment nous comprenons la disparition ou la diminution des tumeurs goutteuses, et cette explication nous paraît plus vraisemblable que la théorie qui suppose que ces tumeurs se fondent tout simplement dans l'eau de Vichy.

Nous terminerons par une remarque qui résume l'idée dominante de toute cette étude.

Il n'est pas un traitement un peu efficace de la goutte qui n'offre par lui-même quelques inconvénients ou quelques dangers pour la santé générale. Le traitement thermal de Vichy, au contraire, à la condition indispensable, toutefois, qu'il soit administré d'une manière rationnelle, ne peut précisément modifier d'une manière avantageuse la diathèse goutteuse, qu'en exerçant sur la santé générale une action non moins favorable.

III.

CORRESPONDANCE.

COMMUNICATIONS SUR LES ANGINES RÉGNANTES.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

De la saignée à la langue, comme moyen abortif de l'angine maligne.

Aux squinances, on ouvrira les veines au travers, qui sont sous la langue. (Ambroise Paré.)

« ... Je pourrais compter par plusieurs centaines le nombre des saignées à la langue que j'ai pratiquées pour combattre l'angine sous ses formes diverses. C'est un moyen dont j'ai presque toujours eu à me louer, duquel souvent j'ai obtenu des effets merveilleux, et qui pas une seule fois ne m'a donné lieu au repentir. Pourquoi donc est-il tombé dans l'oubli le plus profond, après avoir été longtemps et à juste titre en faveur? Est-ce à la mode, est-ce au procédé opératoire qu'il faut en demander la raison? Je l'ignore.

Mais comme la désuétude n'est pas une preuve absolue d'un défaut de valeur, je veux tâcher de réhabiliter dans l'opinion de mes confrères cette saignée qui m'a rendu de signalés services.

J'affirme que dans l'angine simple (amygdalite) elle est préférable aux sangsues; car si, dans l'angine simple, les sangsues produisent parfois des effets qui sont loin d'être satisfaisants, il n'en est point ainsi de la saignée à la langue, qui est toujours plus ou moins efficace, inoffensive, et dispense de la saignée générale, quand elle est pratiquée assez tôt.

Pour être convaincu du soulagement que le plus souvent le malade éprouve à la suite de l'ouverture des veines ranines, il faut l'avoir soi-même observé.

Il est vrai que la quantité de sang obtenue est souvent très petite. Mais ce reproche, que l'on fait aussi aux sangsues, n'est pas sans réplique; car rien ne prouve que ce soit uniquement à la déplétion locale des vaisseaux sanguins que l'amélioration doive être rapportée.

Ne faut-il pas tenir compte de l'incision elle-même? Cette incision, faite sur un point très déclive, ne peut-elle pas détourner, attirer à elle, modifier le travail inflammatoire commencé vers l'arrière-bouche, après surtout les mouvements de succion qu'elle provoque et qui mettent en jeu les glandes sous-linguales?

C'est dès le début de l'angine, surtout de l'angine maligne, qu'il faut avoir recours à la saignée à la langue.

Elle est un moyen abortif très puissant; elle a moins de valeur employée autrement, et particulièrement dans l'angine maligne; cependant je n'ai jamais observé, à sa suite, cet état déplorable dans lequel toute évacuation sanguine jette, en général, les malades atteints d'angine maligne parvenue à la seconde période (période d'exsudation plastique, laquelle est souvent suivie de très près de la période d'intoxication).

Avant de passer outre, je dois dire que je désigne sous le nom d'angine maligne, l'angine gangréneuse, la diphthérite couenneuse, laryngienne, pharyngienne, gutturale, etc., dont les formes diverses sont sans doute très tranchées, mais qui toutes, parfois, s'observent dans la même épidémie; ce qui n'empêche pas que l'angine gangréneuse soit à la diphthérite ce que le croup est à l'amygdalite. Dans les épidémies d'angine gangréneuse on observe très souvent l'angine couenneuse, de même que, dans les épidémies de croup, on observe l'amygdalite.

A quelques années de distance les unes des autres, j'ai eu à combattre deux épidémies d'angine maligne.

La première était l'angine gangréneuse, c'est-à-dire l'angine avec sphacèle, avec perte de substance (une autopsie faite avec l'assistance et le concours de mes confrères et amis les docteurs Chasteauneuf et Cothereau élucide parfaitement cette question). Pendant la durée de cette épidémie, j'ai observé plusieurs cas de diphthérite et même de simple amygdalite.

La deuxième épidémie était de diphthérite, tellement bénigne parfois, qu'elle ne dépassait pas les bornes de l'amygdalite; et cependant elle a fait aussi de nombreuses victimes.

Dans toutes ces épidémies il y a donc toujours ou presque toujours plus de cas légers que de cas graves. C'est là ce qui fait la fortune de certains médecins qui, par ignorance ou par calcul, voient tous leurs malades en danger de mort, ayant tous la maladie à son summum d'intensité.

La cause de l'angine maligne est probablement une, et encore est-elle ignorée; mais l'angine elle-même diffère dans ses développements, et reçoit des influences de la famille, de la constitution, de la complexion, des habitudes, de l'âge individuels, et de l'habitation, de la localité et de la saison.

L'angine maligne est essentiellement contagieuse. J'ai lieu de supposer que sa contagion se propage principalement par l'air qui la charrie. La rougeole et la scarlatine voyagent de même.

Les premiers cas d'épidémie de rougeole, de scarlatine et d'angine maligne que j'ai eus à traiter se sont tous déclarés dans les mêmes villages, et ces villages sont construits sur les coteaux les plus élevés de la contrée.

S'il est vrai que le vent entraîne avec lui la cause de la contagion, il est facile de comprendre que celle-ci revienne sur ses pas pour frapper des localités épargnées, jusqu'à ce que le vent lui-même, devenant plus violent et agitant des couches d'air plus épaisses, dissémine la cause à l'infini et en emporte au loin les derniers germes.

Je ne donne ceci que comme une hypothèse; car mes observations sont faites sur une trop petite échelle pour que j'en fasse une loi.

D'autant plus, que la contagion a très certainement lieu d'une autre manière, et qu'elle s'opère d'individu à individu.

L'angine maligne ouvre bien des cercueils sur son passage; j'ai donc eu la triste occasion d'être témoin de ses coups mortels.

Tous les malades que j'ai perdus ont présenté les symptômes d'intoxication les plus caractéristiques, et la suffocation, qui accompagnait ces symptômes, n'a jamais été suffisante pour m'expliquer seule la cause de la mort d'aucun d'eux. Les symptômes d'intoxication se font plus ou moins attendre; ils se déclarent parfois dès le début et avec une intensité désespérante. Cependant on doit reconnaître trois périodes dans la maladie: 1° la période d'invasion ou le début; 2° la période d'exsudation; 3° la période d'intoxication.

L'invasion a lieu sans incubation, c'est-à-dire que l'on voit, dès le début, des traces de l'angine, et souvent même un couple de jours avant que le malade en éprouve le moindre dérangement. En observant mal, on peut prendre le début pour l'incubation.

La seconde et la troisième période se confondent souvent.

Je n'ai rien à proposer de nouveau contre ces deux dernières; cependant je crois que la saignée à la langue a été avantageuse dans la seconde période, employée concurremment avec les caustiques. Mais c'est sur celle d'invasion ou de début que j'appelle l'attention des praticiens: c'est contre elle que j'ai obtenu de la saignée à la langue des effets remarquables.

Si je ne savais que tel moyen qui a réussi parfaitement dans une épidémie ne réussit pas toujours d'une manière aussi satisfaisante dans une autre épidémie de même nature, je serais parfaitement tranquille sur celui-ci: je serais certain du résultat.

Cette réflexion ne doit cependant pas nous arrêter; car je ne pense pas qu'en aucun cas la saignée à la langue puisse être nuisible. Mais il est essentiel, pour sa complète réussite, qu'elle soit pratiquée dès le début de la maladie. Je ne saurais trop insister sur ce point, en prévenant que souvent le début est terminé avant que le malade ait eu l'éveil.

Coup sur coup, dans le même village, je venais de perdre deux malades, les premiers atteints d'angine maligne gangréneuse; deux ou trois autres étaient en danger. C'est alors que je saignai à la langue quelques-uns de ceux dont l'arrière-bouche, soit sur un point, soit sur un autre, offrait la moindre trace d'inflammation. Ceux-là s'en trouvèrent tellement

bien, que, dans l'espace de quelques jours seulement, j'eus à saigner presque tous les jeunes gens, les femmes et les enfants du même village.

Chez quelques-uns, je répétai deux ou trois fois la saignée. Aucun ne fut sérieusement atteint.

Tandis que, parmi le petit nombre de ceux qui refusèrent de se soumettre à cette mince opération, deux moururent.

Quelques visiteurs transportèrent la maladie de village en village. Comme toujours, les premiers malades ne réclamèrent pas assez tôt les secours médicaux, et j'ai eu la douleur, malgré le traitement le plus énergique, de voir périr, dans la même maison, jusqu'à trois enfants de la même famille.

Cependant la confiance en la saignée à la langue rentra bientôt dans l'esprit du peuple.

Dans les maisons, dans les rues, dans les chemins, on me faisait visiter sa bouche pour se soumettre à l'opération chaque fois que je le jugeais à propos.

Le plus souvent, ceux qui me priaient ainsi de les examiner ne souffraient pas et n'avaient aucun motif de souffrir; mais ils avaient vu, eux aussi, des individus au palais rouge et enflammé sans en avoir la conscience, sans éprouver ni douleur, ni cuisson, ni chaleur, pas même de gêne en avalant.

C'est par la saignée à la langue seule que je crois avoir modéré deux épidémies d'angine maligne qui s'étaient annoncées en répandant la terreur et la désolation; et la saignée à la langue est une opération si simple, si peu douloureuse, si innocente, que chacun bientôt courait au-devant d'elle et s'y soumettait en plaisantant.

Il faut conclure de ce qui précède :

1° Que le médecin appelé dans une maison pour un cas d'angine maligne doit faire la revue de l'arrière-bouche de toutes les personnes de la famille, sinon de la maison;

2° Qu'il doit pratiquer la saignée de la langue toutes les fois et autant de fois qu'il découvrira dans n'importe quelle partie de l'arrière-bouche le moindre commencement d'inflammation;

3° Que l'exsudation plastique n'est pas une raison de ne pas pratiquer cette saignée, tant qu'il ne s'y joint pas de symptômes d'intoxication;

4° Que l'exsudation plastique diminue les chances de réussite par la saignée seule, et que, se reposant trop sur elle, il ne faut pas négliger les caustiques et les autres moyens dont l'avantage a été constaté.

La saignée à la langue est tellement tombée en désuétude, que certains auteurs de pathologie chirurgicale ne donnent même pas de procédés pour la pratiquer; tandis que le seul que j'aie vu décrit est très défectueux, impraticable même sur un grand nombre de malades.

Voici le mien. Il est possible qu'il soit aussi vieux que l'opération elle-même; mais, comme je n'en réclame point la priorité, on voudra bien excuser mon ignorance, s'il est déjà connu.

Placé vis-à-vis du malade, je fais tirer la langue hors de la bouche; j'en saisis la pointe avec le pouce et les deux premiers doigts de la main gauche, entre les replis d'un mouchoir.

On se rend facilement maître de la langue; le pouce étant dessous et les deux doigts étant étendus au-dessus d'elle, entre le pouce et les doigts je comprime légèrement la langue en la relevant. J'ai soin que cette compression ne soit pas trop forte, ce qui empêcherait le sang d'affluer vers les ranines.

Par une compression modérée, celles-ci apparaissent bientôt très gonflées. La main droite étant armée d'une lancette, rien de plus facile alors que « d'ouvrir les veines au travers qui sont sous la langue. »

L'opération n'est pas douloureuse. En général, elle fournit peu de sang; parfois elle équivaut, pour la quantité, à une médiocre saignée du bras. Je ne l'ai jamais vue suivie d'aucun accident. Le parallélisme se détruit facilement : de là résulte, il est vrai, une petite tumeur sanguine; mais elle disparaît d'elle-même en peu de temps. L'opération est d'une exécution si facile, qu'il m'est arrivé de la pratiquer sans même prendre le temps ni la peine de descendre de cheval.

Chez les enfants en bas âge, elle offre plus de difficultés. Pour qu'ils ouvrent la bouche, on est parfois obligé de leur pincer le nez. Le besoin de respirer leur fait bientôt écarter les mâchoires. On se sert d'un bouchon pour empêcher celles-ci de se refermer.

Il y a aussi, chez les enfants, à surveiller les suites de la saignée à la langue, puisque Dionis rapporte le cas d'une hémorrhagie mortelle chez un enfant à la mamelle, à la suite de l'ouverture d'une ranine pendant la section du frein de la langue. »

D^r Chaparre (de Saint-Fort).

Monsieur le Rédacteur,

Je lis dans votre estimable journal du 13 avril, à l'article contenant le compte rendu de l'Académie des sciences, une note de M. Marchal (de Calvi) au sujet de l'emploi du bicarbonate de soude dans les angines couenneuses.

Sans vouloir entrer dans de longues considérations, je puis citer deux faits de ma pratique qui me paraissent venir à l'appui de l'opinion de M. Marchal.

Dans la première observation, j'avais affaire à une dame atteinte de diphthérite buccale et gutturale au troisième jour de l'accouchement. Malgré les cautérisations avec le nitrate d'argent, la solution concentrée de nitrate d'argent, et même l'acide hydrochlorique étendu de sirop de mûres, j'étais arrivé au huitième jour de la diphthérite sans amélioration sensible.

Le 13 avril, je fis usage du bicarbonate de soude à la dose de 8 grammes en seize paquets — un paquet toutes les demi-heures. — Le lendemain, la diphthérite avait disparu, et ne s'est pas représentée.

La deuxième observation a pour sujet un enfant de seize mois, atteint de rougeole depuis trois jours. La diphthérite existait à ma première visite, le lundi 16 avril. — La solution concentrée de nitrate d'argent n'amène aucune amélioration.

Le 17 avril, à une heure après midi, l'enfant est dans un état tel que je crains de ne pas le retrouver existant le soir. Emploi du bicarbonate de soude à la dose de 2 grammes divisés en huit paquets — un paquet toutes les vingt minutes. — Le soir, la diphthérite avait complétement disparu, et aujourd'hui 18 il n'y a pas trace des accidents de la veille. — Une pneumonie existante suit son cours régulier.

Je citais ces deux faits à notre confrère M. le docteur Boinet, qui me racontait l'observation de l'emploi du bicarbonate de soude dans un cas d'œdème de la glotte, chez un de nos confrères âgé de cinquante-sept ans. Il survint de l'amélioration chez le malade. M. Boinet n'osa attribuer la guérison au bicarbonate de soude.

Je ne cherche point, monsieur le rédacteur, à tirer la conséquence de ces faits. Le bicarbonate de soude a-t-il agi directement sur les organes lésés, ou bien a-t-il agi en diminuant la plasticité du sang? Ces observations méritent d'attirer l'attention des praticiens. C'est dans ce seul but que je vous les livre.

Agréez, etc. D^r Lorne.

Nous extrayons enfin d'une lettre de M. Ancelon (de Dieuze), sur le traitement de la même affection, les passages suivants :

« A l'époque de transition doctrinale où nous vivons, trop de médecins, par un reste d'organicisme exagéré, aiment encore à émietter la pathologie. Pour eux, la grande synthèse médicale de Sydenham, de Boerhaave et de Stoll semble lettre close. Cependant, c'est une erreur de croire que, sous l'influence d'une constitution médicale dominante, qu'elle soit transitoire ou stationnaire, tous les sujets atteints puissent et doivent être frappés à un égal degré; c'est une plus grave erreur de vouloir établir un diagnostic différentiel entre chaque degré de la manifestation pathologique, comme quelques-uns tentent de le faire. Que deviendraient alors les idées positives qui ont cours, touchant l'intensité oscillatoire de l'action des causes épidémiques et les résistances organiques individuelles à ces mêmes causes ?

» Jamais l'angine gangréneuse, quand elle sévit épidémiquement, n'attaque ses victimes d'une manière uniforme; on la rencontre à tous les degrés, à toutes les phases, depuis le pointillé rouge, l'exsudation pseudo-membraneuse gutturale, jusqu'au sphacèle de la muqueuse et du tissu cellulaire sous-jacent, suivant que la cause morbigène, plus ou moins intense, s'est adressée à des idiosyncrasies plus ou moins réfractaires. Acquiescer à ces distinctions superficielles, c'est nier le caractère de toute manifestation épidémique.

» Qui songerait, dans l'angine couenneuse, à recourir aux évacuations sanguines locales ou générales, en face des causes délétères bien reconnues et de caractères adynamiques aussi nettement tranchés que ceux que l'on signale? Moins encore devrait-on conseiller les sels de soude dans une maladie où la fréquence des épistaxis et l'engorgement blanc indiqueraient au plus haut degré la fluidité du sang : ce serait faire de l'homœopathie, moins la dose infinitésimale, car les carbonates de soude absorbés dans l'état normal finissent par traduire au dehors leur action sur l'économie par de *fréquentes épistaxis* et par des *engorgements blancs* et *glandulaires*.

» Rien ne réussit mieux que l'ipécacuanha à dose vomitive deux ou trois fois répété, puis l'acétate d'ammoniaque et le vin de quinquina administrés à toutes les périodes et dans le cours de la maladie. De tous les moyens locaux éprouvés par une expérience de vingt années, le plus puissant et le plus efficace, c'est l'alun; il produit une sorte de tannage capable d'enrayer la marche du mal local et de déterminer en peu de jours la chute des eschares.

» Il n'y a jamais lieu de recourir utilement à la trachéotomie, puisque

les patients succombent moins à un encombrement des voies aériennes, fort rare d'ailleurs, qu'à un état dont l'adynamie est le principal caractère. La convalescence est même toujours fort insidieuse. »

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

EMBRYOGÉNIE TÉRATOLOGIQUE. — *Origine de la monstruosité double chez les poissons osseux*, par M. *Coste*. — Dans une série de communications qui embrasseront l'histoire de la monstruosité double chez les animaux qui ont une allantoïde, et chez ceux qui en sont dépourvus, c'est-à-dire dans les deux grandes catégories qui comprennent toute la série animale, M. Coste se propose de faire connaître à l'Académie le résultat de ses études sur chacune des phases du développement normal ou du développement anormal. Il commence par les animaux qui n'ont pas d'allantoïde, et il prend les *poissons osseux* pour type.

M. *Coste* ne saurait partager l'opinion émise par M. de Quatrefages, dans la séance du 19 mars dernier, à propos d'un cas de monstruosité double observé par Jacobi, à savoir, que la double monstruosité était le résultat de la fusion de deux vitellus ou de deux vésicules ombilicales originairement distinctes, et de la coalescence de deux individus primitivement entièrement séparés sur ces vésicules ombilicales conjuguées.

Trois motifs également péremptoires démontrent qu'il n'y a dans la monstruosité double qu'une seule vésicule ombilicale pour les deux embryons : le fait d'abord, la dissection ensuite, et enfin le cercle circulatoire unique dans lequel cette vésicule ombilicale commune place ces deux êtres qu'elle lie en un même organisme.

D'après M. Coste, la conjugaison est un phénomène primordial plus profond et plus intime qu'une simple adhérence. Pour qu'elle s'accomplisse, il faut que les êtres en voie de formation et de coalescence soient placés de façon que par le seul fait de la prise de possession de l'espace qu'ils doivent occuper, ils s'envahissent.

M. Coste termine cette première communication en signalant le curieux phénomène de la circulation des monstres doubles chez les poissons osseux. Cette circulation peut être considérée comme commune aux deux embryons. Elle est combinée de telle sorte que la plus grande partie du sang qui a circulé dans le corps de l'un passe, à travers le foie, par l'intermédiaire de l'artère omphalo-mésentérique, dans la vésicule ombilicale, où il est recueilli, en majeure partie, par une veine qui le conduit dans l'oreillette de l'autre, et réciproquement. Les contractions des deux cœurs ne sont pas isochrones. Pendant que le ventricule de l'un se contracte pour lancer le sang, l'oreillette de l'autre se dilate pour le recevoir. On pourrait donc dire, jusqu'à un certain point, que, dans les monstres doubles des poissons osseux, un embryon sert d'artère à l'autre.

M. *Quatrefages* répond que, de son côté, il a observé dans deux cas une entière indépendance entre les mouvements du cœur de deux poissons adhérents.

Il persiste à penser que l'existence du raphé qu'il a indiquée dans sa dernière communication, sur le poisson double de Jacobi, prouve suffisamment que, dans certains cas au moins, deux vitellus peuvent se souder et se confondre.

M. *Is. Geoffroy Saint-Hilaire* croit que les vues émises par M. Coste sont applicables avec avantage, à un grand nombre de monstruosités doubles, mais non à toutes. C'est ainsi qu'il existe des monstres composés résultant d'unions très superficielles, restreintes à une seule région du corps, à un ou quelques organes, et qui ne semblent pas pouvoir remonter à une époque aussi reculée que celles où il y a *fusion*. Il cite, comme exemple d'une mort tardive, un poulet double observé par son père en 1826, et dans lequel les deux sujets, d'ailleurs bien conformés, étaient réunis ventre à ventre par une portion commune allant d'un vitellus à l'autre.

M. *Coste* se propose d'examiner la question sur laquelle M. Geoffroy Saint-Hilaire appelle l'attention de l'Académie, dans la partie de son travail où il étudie l'origine de la monstruosité double chez les animaux qui ont une allantoïde.

M. *Serres* estime que, dans les observations qui viennent d'être présentées, on n'a pas assez tenu compte des conditions anatomiques qui préparent d'abord la duplicité monstrueuse, et sous l'influence desquelles elle s'accomplit ensuite graduellement.

Ces conditions sont de deux sortes, les unes sont relatives aux règles fixes que suivent les embryons dans le cours de leur développement, les autres concernent l'influence que le système sanguin exerce sur l'association des deux composants embryonnaires, amenés à l'unité par l'unité même du système sanguin de la duplicité monstrueuse. Dans une prochaine communication à l'Académie, M. Serres se propose de démontrer pourquoi les artères se multiplient dans les monstres doubles.

M. *Coste* pense qu'en ce qui concerne les poissons osseux, ce n'est pas dans l'influence de l'appareil circulatoire qu'il faut chercher la cause déterminante de la monstruosité double, parce que la circulation ne commence qu'après la réalisation de cette anomalie.

M. *de Quatrefages* donne lecture de l'extrait d'une lettre de M. Lereboullet, qui, par de nouvelles observations sur des œufs de brochet, a été conduit à croire que la duplicité provient de la formation de deux centres ou de deux points d'origine de développement partant tous deux du bourrelet blastodermique. Chacun de ces points produit une bandelette ; chacune de ces deux bandelettes se sillonne longitudinalement, et il en résulte deux corps embryonnaires qui tiennent tous deux au bourrelet générateur.

TÉRATOLOGIE ET CHIRURGIE. — *Tumeur congénitale de la région sacrée. — Monstruosité par inclusion cutanée, guérie par l'extirpation, sur un enfant de onze mois*, par M. *Laugier*. — *Examen de la tumeur* par M. *Rouget*. — Marie Flamain, de Neuilly-Saint-Fron (Aisne), âgée de onze mois, entré à la Pitié en novembre 1853. Sa faiblesse est extrême ; elle est pâle, maigre et sujette à la diarrhée. Elle porte à la région sacrée une tumeur pédiculée qui, déjà volumineuse à la naissance, s'était accrue lentement et continuait à augmenter de volume en attirant à elle la peau des régions voisines. La mobilité de la tumeur sur le sacrum, la largeur et la consistance fibreuse de son pédicule, l'intégrité des téguments, une fluctuation vague et profonde dans certains points, la présence de parties osseuses profondément engagées dans sa substance, permettant d'écarter l'idée d'un cas de *spina bifida* et d'admettre une monstruosité par inclusion sous-cutanée, M. Laugier résolut d'enlever la tumeur. L'enfant était presque guérie au bout de trois semaines. Elle a atteint aujourd'hui vingt-trois mois, et elle jouit de la santé la plus parfaite.

M. *Rouget* a examiné cette tumeur dont le volume égale celui d'une tête de fœtus à terme. Recouverte par la peau, elle est constituée en grande partie par un tissu cellulo-adipeux tout à fait analogue à celui des lipomes : elle renferme en outre de nombreux kystes, contigus et adhérents les uns aux autres, de grosseur variable, contenant les uns du liquide avec des grumeaux caséiformes, les autres une substance blanche crémeuse, constituée par des plaques et cellules épidermiques, infiltrées de globules graisseux. Un de ces kystes présente des poils nombreux, roides et courts, implantés sur la paroi et saillants à l'intérieur de la cavité.

On trouve enfin dans cette tumeur des fragments osseux adhérents par des prolongements celluleux à la paroi externe des kystes. La forme d'un de ces fragments représente fidèlement une moitié de corps de vertèbre avec un arc (costal ou vertébral) correspondant. (*Comm.*, MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

TÉRATOLOGIE ET CHIRURGIE VÉTÉRINAIRE. — *Sur un taureau monstrueux par greffe d'un individu parasitaire amorphe sur un autre bien conformé; sur la restitution de celui-ci à l'état normal par une opération chirurgicale, et sur l'organisation de la masse parasitaire*, par M. *Goubaux*. — L'auteur rend compte de la dissection d'une masse parasitaire, constituée par une tête imparfaite, principalement pas les os et les muscles de la face, suspendue sous le cou ou sous le sternum d'un taureau, par l'intermédiaire d'un pédicule musculaire et cutané. C'est ce même taureau monstrueux, dont M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire a entretenu l'Académie dans sa séance du 10 février 1851, et dont il a fait le type du nouveau genre *Desmiognathe*. (*Comm.*, MM. Serres, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

Sur un anencéphale anoure appartenant à l'espèce bovine, par MM. *Joly et Lavocat*. — Cerveau représenté simplement par un peu de pulpe médullaire logée sous les frontaux, et par les trois membranes qui le protégent dans les cas ordinaires ; absence de moelle épinière ; crâne largement ouvert en arrière et en dessus ; épine dorsale fendue dans toute sa longueur ; museau très raccourci ; langue saillante hors de la bouche ; tête offrant quelque ressemblance avec celle d'un crapaud, et fortement enfoncée dans les épaules ; manque total de queue, jambes à peu près dirigées comme on représente celles des sphinx de l'Égypte : tel est le bizarre ensemble qu'offrait le veau soumis au scalpel des auteurs de la communication. (*Comm.*, MM. Serres, Is. Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

CHIRURGIE. — *Cure radicale des fistules à l'anus profondes*, par M. *Gerdy*. — L'auteur cite quatre faits de guérison radicale de fistules profondes par un procédé nouveau qui consiste à détruire par la compression, au moyen du mors d'une pince, la cloison intestino-fistulaire. Pour

cette opération, l'auteur s'est servi avec succès de l'entérotome. Les malades ont guéri sans accident, sans fièvre et presque sans douleur. (*Section de médecine et de chirurgie.*)

PHYSIOLOGIE. — *Des mouvements de la respiration dans le chant*, par M. *Marchal*, de Calvi. — L'auteur explique la fatigue de la voix chez les chanteurs d'une manière qui diffère sensiblement de l'interprétation admise par M. Mandl. (Séance du 12 mars.)

Suivant M. Marchal, le chanteur ne prend pas assez d'air, d'où il résulte que le soufflet respiratoire ayant moins d'ampleur et de force, il faut que le larynx y supplée. Or, voici comment ce fait se produit : l'artiste ne reste pas maître de lui-même, il craint de ne pas arriver, de manquer de mesure, et ne prend qu'un tiers de respiration (ce que M. Mandl appelle *respiration claviculaire*); il s'ensuit d'une part, que le larynx s'efforce pour ménager et faire durer cet air insuffisant ; d'autre part, que l'artiste pressé de finir, tourne court et mutile ses phrases.

M. Marchal emploie deux sortes de moyens pour corriger ce défaut : 1° Il prescrit des exercices gymnastiques partiels, journaliers, qui ont pour effet de dilater la cage thoracique.— 2° Il fait respirer deux ou trois fois par jour, par série de vingt à trente respirations, lentes, larges et profondes, dans l'appareil de M. Duroy, des vapeurs d'eau de goudron additionnée de teinture de benjoin. (*Comm.*, MM. Magendie, Serres, Flourens.)

GLYCOGÉNIE. — *Recherches sur la fonction glucogénique du foie*, par M. *Leconte*. — L'auteur rend compte des expériences qu'il a pratiquées au Collége de France relativement à l'origine du sucre dans l'économie animale. Il a constamment mis en usage la méthode imaginée par M. Bernard, qui permet de recueillir sans mélange d'une part le sang des veines hépatiques, d'autre part le sang provenant des intestins.

1^re^ *expérience*. Chien de moyenne taille, laissé à jeun pendant vingt-quatre heures, sacrifié une heure après un repas composé de 1 kilogramme de viande de bœuf crue.

2^e^ *expérience*. Chien de trois mois, nourri de viande cuite pendant dix jours; sacrifié le onzième, deux heures après un repas composé de viande de bœuf crue.

3^e^ *expérience*. Chien de très forte taille, nourri pendant quinze jours avec de la viande cuite, sacrifié le seizième jour, deux heures après un repas composé de 1 kilogramme de viande crue de bœuf.

4^e^ *expérience*. Épagneul de forte taille, mis à la diète pendant vingt-quatre heures, puis nourri cinquante-huit jours à la viande cuite, sacrifié deux heures et demie après son dernier repas.

5^e^ *expérience*. Chien de très forte taille, mis à jeun pendant vingt-quatre heures, sacrifié après un repas composé de 1250 grammes de viande de bœuf crue.

Tableau résumant les quantités de sucre contenues dans 1000 parties de sang frais.

	De la veine porte.	Des veines hépatiques.
1^re^ expérience	0	notable, non dosé.
2^e^ id.	0	id.
3^e^ id.	0	1,771
4^e^ id.	0	1,344
5^e^ id.	0	4,452

En résumé, il résulte des expériences précédentes :

1° Qu'en se plaçant dans les conditions indiquées et en opérant rapidement la section du bulbe rachidien et la ligature des vaisseaux, on ne trouve pas *de sucre* dans le sang de la veine porte d'animaux nourris avec de la viande crue ou cuite ;

2° Que dans les mêmes circonstances le sang frais des veines hépatiques contient de un à quatre millièmes de son poids de sucre, ce qui prouve que l'intervention des substances amylacées n'est pas nécessaire à la formation du sucre dans le foie ;

3° Que le foie est bien un organe formateur du sucre et non pas un organe condensateur, comme on l'avait avancé ;

4° Que le sang des veines hépatiques laisse plus de substances sèches et fournit plus d'extrait alcoolique que la même quantité de sang de la veine porte. (*Comm.*, MM. Dumas, Pelouze, Rayer.)

Origine du sucre dans l'économie animale, par M. *Poggiale*. (*Comm.*, MM. Magendie, Rayer.) (Nous avons donné les conclusions de ce travail dans le compte-rendu de l'Académie de médecine du 17 avril. Voir GAZ. HEBD., n° 16, tome II, page 301).

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. *Piorry* demande la parole à propos du *Bulletin de l'Académie*. L'orateur réclame, au nom de la science et de l'équité, contre la suppression de dix-sept pages qui a été arbitrairement faite à son dernier discours touchant le *vitalisme*. On a imprimé l'attaque tout entière : n'est-il pas juste qu'on laisse aussi intacte la réplique? Si l'impression de *tout* le discours exige un surcroît de frais, à cause de sa longueur, M. Piorry consent à ne pas le laisser à la charge de l'Académie, et s'engage à solder l'excédant.

Les réclamations de M. Piorry étant appuyées par plusieurs membres de l'Académie, l'affaire est renvoyée devant le *conseil d'administration*.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes annonce à l'Académie que trois places seront réservées à une députation de la compagnie savante au convoi de M. *Ducos*, ministre de la marine décédé, qui sera célébré, le mercredi 25 avril, dans l'église de la Madeleine.

La députation sera composée de MM. *Jobert* (de Lamballe), président, *Dubois* (d'Amiens), secrétaire perpétuel, et *Robert*.

2. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Une lettre d'avis concernant une rectification à faire dans la rédaction du rapport académique sur les épidémies de 1853. — *b*. Une lettre de rappel concernant un rapport collectif sur les nombreuses recettes contre l'hydrophobie. (Le rapport est fait et expédié au ministère.) — *c*. Deux demandes d'analyse et d'avis relatives à des eaux minérales artificielles, adressées par le sieur *Lanery* et les sieurs *Bonne* et *Liégeon* (de Lyon). (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. Un rapport de M. le docteur *Puisaye*, inspecteur adjoint des eaux minérales d'Enghien (Seine-et-Oise) pour les années 1851, 1852 et 1853. (*Même commission.*) — *e*. Un rapport de M. le docteur *Jobert* (de Guyonvelle), sur une épidémie de choléra dans le canton de la Ferté-sur-Amance. (*Commission du choléra de 1854.*) — *f*. Un rapport de M. le docteur *Monteils*, de Florac, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement en 1854. (*Commission des épidémies.*) — *g*. Diverses recettes, avec échantillons, contre les maladies de poitrine et les constitutions débiles. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3. Communications de : *a*. M. le docteur *Pietra-Santa*, qui déclare que dans son mémoire relatif à *l'influence de l'emprisonnement cellulaire sur la santé des détenus*, il a eu seulement pour but d'examiner la partie médicale et hygiénique de cette question pénitentiaire. — *b*. M. le docteur *Fontan*, pour M. *Bertin*, médecin des prisons de Montpellier (Lettre relative à l'emprisonnement cellulaire). (Ces deux communications seront renvoyées à la commission chargée de revoir le rapport de MM. Londe et Collineau.) — *c*. M. *Colin*, chef du service d'anatomie à Alfort (candidature à la place vacante dans la section de médecine vétérinaire). (*Renvoi à la section.*) — *d*. M. le docteur *Béhier* (dépôt cacheté). — *e*. M. le docteur *de Lignerolles* (lettre de rappel relative à un cas d'opération césarienne présenté devant l'Académie le 23 mars 1852.)(*Commission nommée*, M. Danyau, *rapporteur.*) — *f*. M. le docteur *Foucault*, de Nanterre (réclamation de priorité pour l'*irrigateur vaginal* présenté dernièrement par M. Poullien). (*Commission déjà nommée.*) — *g*. M. le docteur *Decaux*, de l'île de Jersey (demande du titre de membre correspondant). (*Commission future des correspondants.*) — *h*. M. *Charrière* fils (nouveau modèle de sonde de Belloc). (*Comm.*, M. Velpeau.)

Lectures et Mémoires.

EAUX MINÉRALES. — M. *O. Henry* donne successivement lecture des rapports suivants :

1° *Analyse chimique des eaux minérales de Vittel et d'Outrancourt*, près de Contrexeville (Vosges). — Ces eaux, qui renferment de l'acide carbonique libre, des bicarbonates alcalins, des sulfates anhydres, des chlorures et un principe arsenical sensible, se rapprochent beaucoup, par leur constitution chimique et par leurs vertus médicinales, des sources de Contrexeville ; cependant, elles contiennent des proportions plus grandes de magnésie et des quantités plus faibles de sulfate de chaux, ce qui les rend plus *purgatives* et plus *digestibles* aussi que les eaux de Contrexeville, et partant d'un emploi plus avantageux dans le traitement des mêmes affections.

2° *Analyse chimique de l'eau minérale de Saint-Yorre*, près de Vichy (Allier). — Cette source, froide à son point d'émergence, renferme une quantité assez grande de bicarbonates alcalins et terreux, associés à une bonne proportion d'acide carbonique libre, à des chlorures, des sulfates

du fer et du manganèse, à de l'arsenic à l'état d'arséniate de soude, etc., enfin à une matière organique bitumineuse et à des traces non douteuses d'iodure alcalin. Ces eaux ressemblent beaucoup aux sources de Vichy, et doivent posséder les mêmes propriétés thérapeutiques.

3° *Analyse de l'eau sulfureuse de la Hontalade, à Saint-Sauveur* (Hautes-Pyrénées). — Les résultats obtenus par M. Henry concordent parfaitement avec les analyses de M. le professeur Bérard, de Montpellier. L'eau de la Hontalade est principalement minéralisée par le sulfure sodique, le chloruro de sodium, le sulfate de soude, la *glairine*, et quelques sels magnésiens. Cette eau présente une entière analogie avec celle des sources de Bonnes et de Labassère, dont elle partage aussi les vertus thérapeutiques.

Les conclusions favorables de ces trois rapports sont adoptées sans discussion.

Remèdes secrets et nouveaux. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports dont les conclusions négatives sont adoptées par l'Académie.

Pathologie vétérinaire et anatomie pathologique comparée. — M. *Raynal*, professeur de clinique à l'école d'Alfort, met sous les yeux de l'Académie plusieurs pièces pathologiques.

La première appartient à un gallinacé qui a succombé à une véritable *angine couenneuse*. Le larynx est obstrué par une fausse membrane, tubulée, assez consistante, et faiblement adhérente à la muqueuse sous-jacente, qui est rouge et boursouflée. Cette pseudo-membrane, qui rappelle par sa forme et par son siége l'exsudation plastique du *croup*, s'arrête assez brusquement à l'origine de la trachée.

Des plaques couenneuses, de même apparence, se trouvent disséminées sur la membrane muqueuse du pharynx et de l'œsophage.

Cette affection, assez rare chez les gallinacés, règne épidémiquement sur eux en ce moment.

Les autres pièces ont été trouvées à l'ouverture d'un cheval de dix-sept ans, mort à Alfort après avoir présenté, dans les derniers jours de sa vie, des quantités considérables d'*albumine* dans les urines.

Les deux *reins*, singulièrement hypérémiés, sont augmentés de volume et de poids. Dans le hile du rein droit existe une tumeur grisâtre, de la grosseur du poing, et qui a toutes les apparences du cancer.

Le testicule gauche est parfaitement sain.

Le testicule droit, appendu comme le précédent à la colonne lombaire, est représenté par une masse du poids de 3 kilogrammes 1/2, grosse comme la tête d'un adulte, bosselée à sa surface et offrant à la coupe tous les caractères du tissu cancéreux en plusieurs points.

La voûte lombaire supporte encore une tumeur de 4 kilogrammes 1/2, rappelant grossièrement la glande parotide par sa coloration et par son aspect extérieur, traversée par le tronc de l'aorte et de la veine cave, considérablement dilatées en cet endroit. Le calibre de la veine cave est bouché par un caillot volumineux, adhérant par quelques points aux parois du vaisseau.

La séance est levée à cinq heures moins vingt minutes.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

DE LA STRUCTURE DE LA RATE ET DE SES ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES.

M. Fuehrer, professeur agrégé à Iéna, communique à la Société le résultat de ses recherches sur la structure de la rate et les altérations que présente cet organe à la suite de différents états pathologiques.

Les notions histologiques qu'on avait jusqu'ici de la rate peuvent à peu près se résumer ainsi : La rate est un organe doué d'une grande vascularité; les interstices du réseau vasculaire sont remplis par des masses granuleuses et celluleuses. D'après les recherches de MM. Frey et Kölliker, les petites glandes de Malpighi ont une structure analogue à celle des follicules de l'intestin grêle. Parmi les éléments constituants de la rate, on trouve fréquemment des cellules à globules sanguins multiples, que quelques micrographes ont prises pour des cellules mères, et d'autres pour des agglomérations de globules sanguins enkystées dans une enveloppe de protéine. En outre, on y voit une grande quantité de corps allongés, qui présentent à un point quelconque un renflement sphéroïde, ressemblant au noyau d'une cellule. On a généralement admis que ces corpuscules fibrillaires étaient des cellules constituant un élément particulier de la rate, sans pouvoir cependant indiquer ni leur origine ni leur usage.

Lorsqu'on examine ces corps, on est frappé de l'irrégularité du siége de leur noyau. En général, ce noyau est unique et a son siége au milieu ou à l'un des bouts du corps ; quelquefois il y a deux noyaux occupant des points différents. Les prolongements de ces cellules ne se terminent pas en pointe, comme ceux des cellules fusiformes, mais bien en cylindre. Cette forme cylindrique des prolongements provient de ce qu'ils sont des tubes capillaires.

Dans des rates soumises à la macération, ces tubes capillaires adhèrent encore ensemble, et forment une espèce de réseau (fig. I); une légère pression suffit pour les isoler les uns des autres.

Fig. I. Cellules capillaires.

Leurs points de développement sont des excroissances arrondies qui, elles-mêmes, naissent des vaisseaux capillaires. Ces excroissances se métamorphosent peu à peu en cellules pédiculées, qui communiquent entre elles et avec les vaisseaux capillaires au moyen de prolongements tubuleux. Les corpuscules nucléiformes, qui se trouvent étroitement enfermés dans ces tubes, se changent en globules sanguins, qui, d'abord incolores, ne se colorent qu'après être entrés dans le torrent de la circulation (fig. II).

Ce travail physiologique se fait d'une manière tout à fait analogue au développement des capillaires dans les tumeurs, pseudo-membranes, etc. De même que dans ces produits pathologiques, les cellules capillaires disparaissent aussi dans la rate ; mais elles sont toujours remplacées par d'autres : c'est qu'elles sont des produits de sécrétion analogues, par exemple, aux cellules du foie et des autres glandes.

Fig. II. Cellules capillaires ramifiées.

Le parenchyme libre de la rate, dont on se sert ordinairement pour les recherches microscopiques, est formé par des cellules capillaires plus ou moins détruites et par du contenu de vaisseaux extravasé. Lorsqu'on soumet la rate à l'action d'une solution de perchlorure de fer, le tissu de cet organe n'est pas altéré ; il en acquiert seulement une consistance qui permet de faire des coupes assez minces pour l'examen microscopique (fig. III).

La quantité des cellules capillaires varie d'après l'état de l'hématose et le développement de l'organe.

Fig. III. Cellules et vaisseaux capillaires communiquant ensemble.

Les corps de Malpighi sont enlacés par des artérioles qui rampent à leur surface. De ces artérioles partent des branches qui pénètrent dans l'intérieur de ces corps, où elles se terminent dans un réseau de tubes et de cellules. De là partent des veinules qui vont se jeter dans les cercles veineux qui entourent les corps.

Séance tenante, M. Fuehrer soumet du tissu d'une rate normale à l'examen microscopique, afin de rendre ses explications plus complètes.

La rate peut présenter les modifications suivantes, que M. Fuehrer croit pouvoir regarder comme faisant la transition de l'état physiologique à l'état pathologique de cet organe.

I. *La rate pléthorique*. Cette modification se rencontre chez des individus fortement musclés, à cœur très développé, qui sont sujets aux inflammations aiguës et à l'apoplexie. La rate pléthorique est volumineuse, de consistance moyenne ; le tissu est foncé et granulé ; sur un fond d'un rouge foncé on aperçoit une grande quantité de corps de Malpighi jaunâtres. Les cellules capillaires s'y trouvent en abondance : elles sont très développées ; leurs noyaux ont quelquefois déjà une teinte rougeâtre. La rate pléthorique est sujette aux inflammations partielles ; celle du fœtus et des enfants en bas âge présente des caractères analogues.

II. *La rate puerpérale*. M. Fuehrer a observé cette forme chez des femmes mortes de fièvre puerpérale, et, dans un cas, chez une femme qui mourut dans le sixième mois de sa grossesse, à la suite d'une maladie inflammatoire. La rate puerpérale est volumineuse ; le tissu est compacte, et renferme une grande quantité de cellules capillaires et de cellules à globules sanguins multiples. Ces dernières se trouvent tant en dehors des vaisseaux que dans leur intérieur même. M. Fuehrer n'ose décider la question, si ces altérations proviennent d'une augmentation de l'hématose ou d'une sorte d'arrêt de cette fonction ; il fait cependant observer que la quantité des globules sanguins diminue pendant la grossesse.

III. *La rate chloro-anémique*. M. Fuehrer a observé cette variété chez une jeune fille atteinte de chloro-anémie très prononcée, qui mourut

subitement d'apoplexie. La rate était volumineuse, d'un rose très pâle, et renfermait une grande quantité de corps de Malpighi, de consistance et d'apparence laiteuse. Les cellules capillaires avaient une texture extrêmement fine ; leurs parois se dissolvaient rapidement dans l'eau, de sorte qu'il ne restait que les nucléoles. Les globules sanguins étaient peu colorés et transparents ; les corps de Malpighi formaient une masse gélatineuse et translucide, constituée par des corpuscules incolores. Après avoir soumis le tissu à l'action d'une solution de perchlorure de fer, M. Fuehrer l'examina au microscope, et constata que ces corpuscules incolores étaient renfermés dans de courtes cellules capillaires ; en outre, une grande quantité de globules graisseux se trouvaient tant dans l'intérieur de ces cellules que dans leurs parois et à leur surface ; d'où l'on pourrait conclure que déjà dans la rate beaucoup de globules sanguins subissent la dégénérescence graisseuse.

IV. *La rate atrophique.* Cette forme se trouve chez les vieillards et chez les individus atteints de marasme. La rate est petite, pâle, flasque et poreuse ; la capsule est plissée, et la trame fibreuse et les vaisseaux apparaissent sur la coupe sous la forme d'arborisations blanchâtres. Les cellules capillaires ne s'y trouvent qu'en petite quantité, de même que les corps de Malpighi. Le volume de ces derniers est bien moins considérable qu'à l'état normal.

ALTÉRATIONS PATHOLOGIQUES.

I. *Altération typhouse de la rate.* Chez des individus morts de typhus, la rate a le double, quelquefois même le triple de son volume normal ; le tissu, d'un rouge noir, est mou et friable, et rempli d'un sang liquide dépourvu de corpuscules blancs. Les cellules capillaires normales ne s'y trouvent qu'en petite quantité, souvent même elles manquent totalement ; par contre, on y voit des cellules capillaires sphériques ou en forme de cornue, renfermant un nombre variable de globules sanguins d'un rouge foncé. On peut observer quelquefois le mode de transition des cellules capillaires ordinaires dans ces cellules à globules sanguins ; souvent encore on voit le rapport qui existe entre cette dernière variété de cellules et les vaisseaux capillaires. Ces cellules à globules sanguins paraissent être le produit soit d'un développement excessif des cellules capillaires normales, soit d'un arrêt de ce travail physiologique. On voit encore une masse blanchâtre et granulée, disséminée dans différents points de l'organe ; elle est un produit de l'exsudation, et ne diffère en rien de la masse typheuse qu'on trouve dans les follicules de l'intestin.

II. *Congestion sanguine et apoplexie de la rate.* Chez un individu qui était mort en quelques heures à la suite d'une brûlure très étendue, M. Fuehrer trouva la rate augmenté du double de son volume normal ; la coupe avait l'aspect d'une gelée d'un rouge noir ; le sang contenu dans l'organe était coagulé, tant celui qui se trouvait encore dans les vaisseaux, que celui qui s'était épanché entre les mailles du réseau capillaire. Cet état permettait de voir très distinctement le réseau formé par les cellules capillaires, parce que le sang, en s'épanchant, avait isolé les cellules sans détruire les rapports qu'elles avaient tant entre elles qu'avec les vaisseaux capillaires. Dans les cas d'apoplexie ou d'infarcte, le tissu de la rate présente dans quelques points les mêmes caractères.

III. *Infarctus jaune de la rate, constitué par le sang épanché et coagulé, après qu'il a perdu sa coloration foncée.* Dans cet état, on trouve une masse calleuse, formée de fibrine, tant à l'état moléculaire qu'en grumeaux, et de pigment soit diffus, soit réuni en masses. Cette masse calleuse renferme souvent encore des globules sanguins qui ont perdu leur forme normale, et qui ne deviennent visibles que lorsqu'on ajoute de l'acide acétique. Le tissu propre de la rate a disparu dans les parties de l'organe qui sont le siége de ces infarctes.

IV. *Inflammation de la rate.* M. Fuehrer distingue trois formes de splénite.

a. Splénite aiguë simple. Cet état est ordinairement compliqué de péritonite adhésive partielle : la rate a considérablement augmenté de volume, le tissu est le siége d'altérations de nature diverse ; il est épaissi et noirâtre, par suite de l'engorgement, et traversé par des bandes brunes et moins résistantes que le tissu épaissi lui-même. Ces bandes sont entremêlées de points mous d'un rouge grisâtre. Cette dernière altération est produite par l'épanchement d'un liquide trouble et épais dans les interstices du réseau formé par les cellules capillaires. Ce liquide entoure les cellules de toutes parts et en fait une masse opaque. Les globules sanguins de nouvelle formation ne sont pas étroitement enfermés dans les cellules, comme cela se voit à l'état normal ; ils y sont libres, presque toujours granuleux, et entremêlés de molécules de graisse.

b. Splénite partielle disséminée. Elle a son siége principal dans les corps de Malpighi, qui ont considérablement augmenté de volume et qui se présentent tantôt sous la forme de points blancs, tantôt sous celle d'étoiles. Ils sont entourés d'une aréole saillante d'un rouge clair ; les altérations du tissu des points malades sont les mêmes, comme dans l'inflammation totale de la rate. Il est très difficile de bien distinguer les globules sanguins de nouvelle formation de cellules altérées dans leur forme par suite de l'épanchement, ou de corpuscules cystoïdes, produits de l'exsudation.

c. Splénite pyémique. Elle est toujours consécutive à la pyémie, quand même des foyers purulents secondaires manquent dans les autres parties de l'organisme. La rate est changée en une masse molle d'un gris rougeâtre, infiltrée d'un liquide purulent ; les globules sanguins de nouvelle formation ont subi la dégénérescence graisseuse, ou, par une modification du blastème, ils sont changés en globules de pus. De même que dans le typhus, on trouve des cellules capillaires à globules sanguins multiples et colorés ; quelquefois on peut observer la métamorphose de ces cellules en corps granuleux et en globules de pigment.

V. *Fongus de la rate.* Chez une femme qui avait été malade pendant de longues années, l'autopsie donna le résultat suivant : longueur de la rate, sept pouces, épaisseur et largeur proportionnées. Le tissu était assez dense, granulé, et parsemé de points nombreux de la grosseur d'une lentille à celle d'un pois, qui ressemblaient à du fongus médullaire. Tous les ganglions lymphatiques du corps avaient un volume plus considérable qu'à l'état normal ; ils étaient de la grosseur d'une noix à celle d'une prune ; leur coloration variait du blanc rougeâtre au rouge foncé ; ils étaient agglomérés en paquets sans être confondus ensemble. Un sang liquide et noir gonflait les veines de la rate, comme celles des organes principaux ; il y avait formation d'acide urique et de gravelle. L'examen microscopique du tissu de la rate y montra une grande quantité de cellules capillaires ; même aux points qui avaient l'aspect fongueux, il n'y avait qu'un développement très considérable du tissu propre aux cellules capillaires. L'altération des ganglions lymphatiques était uniquement due à une formation excessive de ce même tissu, qui, à l'état normal, ne s'y trouve pas ; les vaisseaux sanguins afférents et efférents étaient très développés. On pouvait voir très distinctement le réseau formé par les cellules capillaires, parce qu'elles étaient isolées par le parenchyme propre des ganglions. Cette production anormale de cellules capillaires et de globules sanguins était, dans ce cas, analogue à celle qui donne lieu au produit hypertrophique connu sous le nom de cancroïde. On l'observe cependant, comme suite d'un travail physiologique, notamment dans les ganglions lymphatiques d'individus atteints d'atrophie de la rate, et chez les animaux, après l'extirpation de cet organe. M. Fuehrer a eu occasion de constater ces deux faits. Les altérations remarquées dans ce cas de fongus de la rate ont de l'analogie avec celles qu'elle présente dans la leucémie.

VI. *Cancer des cellules capillaires.* Un fongus médullaire, plus gros que le poing, s'était développé chez un individu au milieu du sternum ; mort quelques semaines après. Ce fongus avait perforé le sternum ; le médiastin était sain. Un deuxième fongus, de la même grosseur, s'était développé dans l'un des reins et faisait saillie dans la cavité abdominale. Cette tumeur rénale était constituée par une énorme quantité de cellules excessivement développées, qui communiquaient ensemble au moyen de prolongements assez larges, et produisaient de cette manière des ramifications étendues. Le contenu des cellules était trouble et de nature moléculaire ; les noyaux avaient disparu pour la plupart, et les contours des cellules étaient vagues et irréguliers. Nulle trace de tissu connectif aréolaire. Les ganglions lymphatiques étaient engorgés comme à la suite d'une inflammation simple. La rate avait une longueur de sept pouces et contenait une grande quantité de cellules capillaires de nouvelle formation. Comme dans le cas précédent, ce cancer rénal présente tout à fait le même mode de développement que le tissu cellulaire de la rate. M. Fuehrer suppose qu'il s'était développé des vaisseaux capillaires sous la forme de cellules capillaires. Dans le cas précédent, les tumeurs fongueuses s'étaient formées par simple hypertrophie du tissu capillaire, les cellules ayant conservé leur aspect normal, tandis que, dans ce dernier cas, c'était du véritable cancer qui, pour se développer, n'avait fait qu'emprunter la forme des cellules capillaires. Deux moments parlent en faveur de cette opinion : d'abord le volume de la rate, qui, dans ce cas, était notablement augmenté, tandis qu'il est toujours diminué dans les affections cancéreuses des autres tissus, celui de la rate et des ganglions lymphatiques excepté, et ensuite le mode de développement de ce cancer, qui s'était accru en ligne droite, au lieu de s'étendre en profondeur et en largeur.

Dans les granulations et les tumeurs cancéreuses, on trouve quelquefois une hypertrophie analogue des cellules capillaires, prenant son point de départ des vaisseaux capillaires.

En raison de l'heure avancée, M. Fuehrer remet la communication du résultat de ses recherches ultérieures à une prochaine séance.

Dr A. MARTIN.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCES DU 16 MARS ET 6 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

La correspondance comprend :

Deux brochures intitulées : 1° l'une, *Étude balnéologique sur les thermes d'Ems*, par M. le docteur *Spengler*, médecin des eaux ; 2° l'autre, *Ems, ses sources minérales et ses environs*. 3° Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*.

RAPPORTS. — ÉLECTIONS. — M. *Guibout* lit un rapport moral sur la candidature de M. *Chausit*, qui est élu membre titulaire de la Société de médecine.

2° M. *Durand-Fardel* lit un autre rapport sur la candidature de M. le docteur *Uzac*, qui est élu membre correspondant.

LECTURES. — M. *Garriel* donne lecture d'un travail sur le traitement de l'éruption variolique par les applications mercurielles, qui ont la propriété de faire avorter les pustules.

M. *Garriel* établit ensuite que les mercuriaux sont éminemment utiles, et diminuent l'intensité de la maladie. M. *Garriel* propose le calomel dans les phénomènes prodromiques de la variole.

M. *Durand-Fardel* lit un travail intitulé : *De la goutte et des eaux de Vichy*. (Voir aux *Travaux originaux*.)

M. *Fauconneau-Dufresne* ne partage pas l'opinion que M. *Durand* a cherché à faire prévaloir dans son travail sur l'origine et l'étiologie de la goutte, qui, dans la pensée de l'auteur, serait due à un vice de nutrition. La production de l'acide urique chez les goutteux ne peut être considérée comme le résultat d'un trouble quelconque des facultés digestives, ou d'un défaut d'assimilation qui expliquerait la prédominance des principes azotés dans le sang ; car les goutteux, en général, digèrent parfaitement, ils sont la plupart grands mangeurs, et chez eux l'assimilation ne paraît nullement souffrir.

Au contraire, continue M. *Fauconneau*, les gens bilieux, qui digèrent mal, et dont l'état de santé habituelle est mauvais, n'ont pas la goutte. C'est donc à tort que M. *Durand-Fardel* avance que l'eau de Vichy agit favorablement chez les goutteux en régularisant la nutrition, qui n'a subi aucun dérangement ; il faut donc admettre de sa part un autre mode d'action dont M. *Durand* semble n'avoir pas assez tenu compte dans les vues théoriques qu'il vient d'exposer.

M. *Petit* lit un travail en réponse à celui de M. *Durand-Fardel*, dans lequel il combat les doctrines de ce dernier, conformément aux idées que M. *Fauconneau-Dufresne* a indiquées succinctement.

M. *Petit* : Après avoir entendu le mémoire que nous a lu M. *Durand-Fardel*, dans la séance dernière, sur la pathogénie de la goutte et sur son traitement par les eaux de Vichy, je me suis proposé d'établir que la théorie qu'il nous a exposée n'était pas neuve ; que, sauf une modification qu'il y a faite, et qui ne me paraît nullement justifiée, comme j'espère pouvoir vous le démontrer, elle n'était autre chose que la théorie chimique qui m'a conduit, il y a longtemps déjà, à l'emploi des eaux de Vichy contre cette affection. Aussi n'ai-je rien trouvé d'étonnant à ce que cette théorie l'ait amené à conseiller la même médication que moi.

Le désaccord qui existe entre nous tient uniquement à ce que M. *Durand* croit avoir trouvé en quoi consiste la diathèse goutteuse, tandis que, pour moi, la connaissance de la nature intime de cette diathèse a toujours été et est encore aujourd'hui un mystère.

M. *Durand* nous a dit que cette diathèse provenait d'un défaut d'assimilation, que c'était là que se trouvait la cause de la goutte, le point de départ de cette affection. Cette théorie nous a paru si peu fondée, à M. *Fauconneau-Dufresne* et à moi, que nous n'avons pu nous empêcher de faire remarquer tout d'abord combien elle s'accordait peu avec ce que l'on observe chez les goutteux. Rien, en effet, ne démontre chez eux un défaut d'assimilation. Non-seulement ils ont, en général, un excellent appétit et des digestions parfaites, mais ils ne manquent ni de force ni d'énergie, et ils ont en même temps l'aspect de la meilleure santé ; ils présentent, enfin, tout ce qui annonce une bonne assimilation. Cette fonction se fait évidemment, chez eux, aussi bien et aussi complètement que l'exigent l'entretien de la nutrition et l'accomplissement de toutes les fonctions, et l'on pourrait dire qu'ils jouissent ordinairement d'une santé parfaite, s'ils n'avaient pas toujours à redouter le retour des accès de goutte.

Il y a sans doute chez les goutteux, et c'est ce que j'ai écrit moi-même, une production en excès d'acide urique et même de quelques autres acides, qui, s'ils ne sont pas promptement et sans cesse éliminés, s'accumulent dans le sang dans une proportion incompatible avec un bon état de santé, et finissent par y devenir la cause du développement des accès de goutte ; mais peut-on dire que cette production en excès d'acide urique provient d'un défaut d'assimilation ?

On m'accordera bien que les principes azotés destinés à être assimilés ne sont pas créés là où ils sont employés, où s'accomplit la fonction d'assimilation ; personne ne peut mettre en doute qu'ils sont le produit de la digestion, et qu'ils sont apportés par la circulation jusque dans la profondeur de nos tissus, où ils doivent être utilisés. Or, si ces principes azotés ne sont pas complétement brûlés et assimilés, peut-on dire que c'est par un défaut d'assimilation ? N'est-ce pas plutôt parce qu'ils sont produits en plus grande quantité que l'assimilation ne peut en utiliser et qu'il n'en faut, d'ailleurs, pour l'entretien de la nutrition et l'accomplissement régulier de nos fonctions ? N'est-ce pas, en effet, ce qui doit se passer chez les goutteux, lorsque, ce qui leur arrive trop souvent, ils suivent un régime trop animalisé, trop riche en principes azotés, et viennent ainsi ajouter à cette disposition particulière, héréditaire ou acquise, qui se montre en eux d'une manière si manifeste, indépendamment d'une bonne ou d'une mauvaise assimilation, et que j'ai prise jusqu'à présent, et avec tout le monde, je crois, pour la diathèse goutteuse ?

Si les principes azotés destinés à l'assimilation ne sont pas créés là où s'accomplit cette fonction, s'ils y sont seulement rapportés, comme personne ne peut en douter, est-il possible de dire, avec notre confrère, que la diathèse goutteuse provient d'un défaut d'assimilation, que là est le point de départ, la cause de la goutte ? Ne serait-il pas plus rationnel de dire que cette diathèse existe dans la surabondance des principes azotés fournis à l'assimilation, soit parce que les goutteux suivent un régime trop substantiel, soit parce que, chez eux, la faculté de puiser dans les aliments les principes azotés est trop active ? Mais, avant tout, cette diathèse n'est-elle pas dans cette disposition organique particulière, dont la nature, comme celle de tant d'autres dispositions morbides, nous est inconnue, mais qui, surtout par son hérédité et ses manifestations à des intervalles plus ou moins réguliers, se montre d'une manière si évidente, qu'elle a été admise dans tous les temps, et par tous les médecins qui se sont occupés de l'étude de la goutte ?

Les diathèses n'empruntent-elles pas, en effet, leur principal caractère de leur hérédité ? N'est-ce pas surtout par là qu'elles se décèlent ? Or, à qui parviendrait-on à faire croire que toutes les dispositions morbides procèdent d'un vice de l'assimilation ?

Si l'on admettait qu'une affection aussi manifestement héréditaire que la goutte provient d'un défaut d'assimilation, je ne verrais pas de raison pour qu'on ne vînt pas nous dire également, et tout aussi bien, que certaines conformations, les ressemblances de famille, par exemple, et peut-être même les dispositions morales, qui se transmettent de génération en génération, ne sont autre chose que des effets de l'assimilation ?

N'est-il donc pas évident que M. *Durand*, désespérant, comme tous ceux qui l'ont précédé, de pouvoir pénétrer jusqu'à la région où se cachent les diathèses, s'est tout simplement arrêté devant l'excès d'acide urique produit, a pris cette première manifestation de l'affection goutteuse pour la diathèse elle-même, c'est-à-dire l'effet pour la cause, et est venu nous dire : C'est là qu'est la diathèse de la goutte, et ce n'est autre chose qu'un défaut d'assimilation ?

Il faut convenir que sa découverte ne lui a pas coûté de grandes recherches ; mais aussi vous jugerez s'il ne s'est pas fait là une étrange illusion.

Dans tous les cas, en admettant qu'il fût dans le vrai, cela ne pouvait changer en rien le mode de traitement que j'avais indiqué ; mais il fallait bien trouver un tort à ce traitement, et vous l'avez entendu nous dire que la théorie que je m'étais faite devait nécessairement avoir pour conséquence de pousser à administrer aux goutteux la plus grande quantité possible d'eau de Vichy, attendu qu'il s'agissait, d'après cette théorie, de dissoudre l'acide urique et les urates.

Je réponds d'abord que, pour moi qui, moins heureux que notre confrère, ne suis pas encore parvenu à voir bien clairement en quoi consiste cet état de l'économie en vertu duquel on est disposé à avoir la goutte, pas plus qu'on n'est parvenu jusqu'à présent, que je sache, à découvrir ce que c'est que les diathèses dartreuses, scrofuleuses et autres, je ne pouvais m'adresser à la diathèse goutteuse elle-même, que je ne connaissais et que je ne connais encore que par ses effets, et que j'ai cru devoir alors m'attaquer à ce qui m'a paru en être la première manifestation, c'est-à-dire à l'acide urique, alors en excès dans l'économie, et aux acides sulfurique et phosphorique, dont la production est aussi la conséquence des mêmes causes qui amènent l'excès d'acide urique, espérant seulement qu'en m'adressant aux premiers produits saisissables de la diathèse goutteuse, la médication que j'ai conseillée pourrait peut-être avoir aussi une action favorable sur la diathèse elle-même, et contribuer ainsi à empêcher ou au moins à atténuer les accès de goutte et à en éloigner le retour.

Je dis ensuite à M. *Durand* que je ne sais pas où il a puisé que le traitement que j'ai recommandé avait pour but de *dissoudre* l'acide urique et

les urates. L'acide urique, à l'état où il est dans le sang, ne réclame pas de dissolution, et aussi n'ai-je même jamais prononcé le mot dissolution, lorsque je me suis occupé du traitement de la goutte. En conseillant l'emploi des eaux de Vichy dans ce cas, je n'ai eu d'autre pensée que de chercher à *neutraliser* l'acide urique, en même temps que les autres acides, dont la présence en excès dans le sang me paraît être la cause qui, surtout à l'occasion de quelque trouble survenu dans l'économie, détermine les accès de goutte.

Pour atteindre ce but, il ne m'a jamais paru nécessaire de faire boire aux malades une grande quantité d'eau, et, comme je vous l'ai dit dans la dernière séance, si l'on a vu des malades en boire avec excès, si j'en ai cité moi-même qui en ont bu des doses très élevées, on aurait pu voir que ce n'est pas d'après mes conseils, et que je n'ai cité ces cas que comme historien exact, et pour montrer jusqu'où certains goutteux avaient pu porter la dose de l'eau de Vichy sans en éprouver d'inconvénients, tant est grande chez eux, en général, la tolérance pour cette eau.

Je ne m'étendrai pas davantage sur le traitement de la goutte, la pathogénie de cette affection étant seule ici en question ; mais il me reste encore à rectifier une erreur de M. *Durand*, relativement à l'opinion qu'il me prête sur le rôle que l'on a attribué à l'urate de soude.

M. *Durand* me fait partager, avec M. *Cruveilhier*, l'opinion que l'urate de soude, comme l'acide urique, est une cause de la goutte, et que, par conséquent, il s'agit aussi de le dissoudre. Je n'ai jamais rien dit de semblable. Voici, au contraire, ce que j'ai écrit en parlant des tophus, qui sont, comme on sait, en très grande partie formés d'urate de soude : « Ces concrétions n'ont véritablement d'importance et de gravité qu'à » cause des difformités qu'elles produisent et de la gène qu'elles occasion- » nent, soit en rendant la marche difficile et douloureuse, soit en appor- » tant un obstacle au libre et facile usage des mains ; car elles ne sont » évidemment qu'un résultat de la goutte, et ne sont pour rien dans la » cause qui en ramène les accès ; aussi les malades peuvent-ils les con- » server, et néanmoins empêcher le retour des accès de goutte. » (*Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*, etc., p. 357.)

Quant à la disparition, que l'on observe quelquefois, de ces tophus, je n'ai jamais dit non plus qu'elle se fît par dissolution. Lorsque l'Académie de médecine s'est occupée de la question du traitement de la goutte par les eaux de Vichy, la commission nommée pour lui faire un rapport m'a bien posé cette question : *Comment se dissolvent les tophus?* mais j'étais si peu fixé sur la manière dont s'opère cette disparition, qu'en lui répondant j'ai évité d'employer le mot dissolution.

Je ne répéterai pas ici, puisque je l'ai imprimé ailleurs, ce que j'ai dit alors de ces tophus et des différentes manières dont ils disparaissent quelquefois. Je vous ai cité, dans la séance précédente, l'exemple d'un goutteux qui, après avoir fait une longue saison à Vichy, a rendu, rentré chez lui, une quantité très extraordinaire de sable rouge très fin, et qui, pendant le temps qu'a duré cette expulsion de sable rouge, a vu disparaître complétement des tophus très volumineux qu'il portait depuis très longtemps aux deux coudes. Cet exemple suffira, je pense, pour vous faire comprendre qu'il n'est pas toujours facile d'expliquer ce qui se passe dans ce cas.

En résumé, je crois qu'il faut distinguer deux choses dans la goutte, les accès de goutte et l'affection goutteuse elle-même.

L'affection goutteuse consiste, avant tout et essentiellement, suivant moi, dans une disposition particulière de l'économie, héréditaire ou acquise, dont l'essence nous est inconnue, mais qui se décèle par cela même qu'elle se transmet de génération en génération, et aussi parce que, dès qu'on en a éprouvé une première atteinte, on est exposé à en voir reparaître d'autres accès à des intervalles plus ou moins éloignés, et quelquefois à des époques fixes. Pour moi, l'affection est presque tout entière dans cette disposition diathésique de l'économie ; la constitution du malade, celle même qui a été donnée comme la constitution goutteuse par excellence, ne vient qu'en second ordre, et seulement pour contribuer, avec un mauvais régime et un exercice insuffisant, à lui donner plus d'intensité, plus de gravité ; et ce qui me porte à croire qu'il en est ainsi, c'est que l'on rencontre un certain nombre de goutteux qui n'ont rien de la constitution dite goutteuse, et dont la manière de vivre ne donne même pas toujours la raison du retour, chez eux, des accès de goutte.

Quant aux accès, ils n'ont jamais été pour moi qu'un effet de l'affection goutteuse, qu'un accident que les goutteux ont à redouter, toutes les fois qu'il y a chez eux une production surabondante d'acide urique et de certains autres acides, et que, soit par un défaut d'exercice suffisant, soit par suite d'un trouble quelconque survenu dans les sécrétions urinaires et cutanées, l'élimination ne s'en fait pas en proportion de leur production.

(*La suite à un prochain numéro.*)

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Des affusions froides répétées dans les méningites et l'hydrocéphale aiguë, par M. SCHÜTZENBERGER, de Strasbourg.

Nul ne conteste la gravité des méningites et de l'hydrocéphale aiguë. Ces affections pardonnent rarement. Quelques médecins vont même jusqu'à prétendre qu'elles sont constamment incurables, et que les cas cités de guérison appartiennent à certains types cérébraux de nature irrégulière plutôt qu'à l'ordre des véritables phlegmasies.

Cette opinion, trop absolue peut-être, prouve du moins l'imminence du péril. Nous dirons même, pour ce qui concerne nos cas particuliers, que, sauf un petit nombre d'exceptions, toutes les fois que la marche des accidents n'a laissé rien d'équivoque, l'issue a été défavorable.

Parmi les moyens dirigés contre ces lésions redoutables, M. Schützenberger mentionne les émissions sanguines, notamment locales, par les sangsues ou les ventouses, les applications réfrigérantes d'eau ou de glace, les révulsifs externes et internes, etc. Il aurait pu ajouter les irrigations continues, froides ou légèrement tièdes, employées avec avantage par plusieurs praticiens, et le sulfate de quinine, soit à l'intérieur, soit en lavement, qui fréquemment conjure d'une manière inespérée les symptômes cérébraux les plus menaçants.

Les affusions froides avaient été rarement appliquées au traitement des méningites et de l'hydrocéphale aiguë. C'est la méthode de Priesnitz, l'hydrothérapie, qui a suggéré en tel cas l'idée de recourir à ce moyen énergique, dont le docteur Stackler, de Mulhouse, aurait notamment obtenu différentes cures très saillantes.

Comme confirmation des résultats publiés par ce médecin, M. Schützenberger rapporte lui-même deux faits qui lui paraissent concluants et propres à encourager de nouvelles tentatives.

OBS. I. — Le premier regarde un enfant de douze ans, Joseph Renman, chez lequel la nature de l'état morbide n'était pas plus douteuse que sa gravité. Le mal avait débuté par un frisson, et lors de son entrée à l'hôpital, quelques jours après l'invasion, R... présentait seulement un peu de bouffissure à la face et un léger gonflement du ventre et des extrémités inférieures.

Mais, dans la nuit, des convulsions se déclarent ; il y a perte de connaissance. La crise, qui dure une demi-heure, avec périodes alternatives d'agitation et d'affaissement, laisse à sa suite un grand assoupissement.

Dans la matinée, les convulsions se renouvellent, et aboutissent aux mêmes conséquences. Le jour suivant, cet appareil symptomatique avait cessé pour faire place à une fièvre ardente, puis bientôt la prostration, la dilatation des pupilles, la rotation des yeux dans leur orbite, l'incontinence d'urine, la jactitation des membres, décèlent les progrès de la compression cérébrale.

On avait eu recours sans succès aux remèdes ordinaires, lorsque, le cinquième jour, une affusion froide en arrosoir est administrée sur la tête. Il s'ensuit un aggravation momentanée de l'accablement. Le lendemain, la même application fut réitérée trois fois, à dix heures du matin, à une heure et à trois heures. Cette dernière seulement donna lieu à un peu de calme. La nuit fut moins tourmentée, et dans la journée suivante la physionomie de l'enfant parut plus naturelle ; il reconnut sa mère.

Toutefois, vers le soir et la nuit d'après, l'état ayant été moins satisfaisant, les affusions furent répétées. Dès lors, la torpeur diminue, le petit malade répond, quoique lentement, aux questions qu'on lui adresse, et, recouvrant insensiblement son intelligence et ses forces, il sort de l'hôpital le dix-septième jour.

OBS. II. — Le second cas est celui d'une jeune femme de vingt et un ans, ayant sevré récemment un enfant de dix-huit mois. Après avoir pris l'avant-veille un purgatif pour quelque malaise, elle fut saisie, le 22 décembre dernier, de convulsions avec délire et urines involontaires.

Le 23, entrée à l'hôpital ; elle offre un facies hébété, un regard fixe, des pupilles très dilatées, une légère contracture des avant-bras, et une anesthésie marquée.

Dans l'après-midi, ces symptômes atteignent le plus haut période. La

malade, placée dans un bain à 38 degrés, reçoit une double affusion froide, puis une autre à dix heures du soir, sans changement notable.

Le 24, nouvelles affusions très rapprochées qui amènent un amendement prononcé. La malade est plus éveillée et demande à boire.

Le 25, retour de l'abattement et de la somnolence en partie combattus par le moyen préoité. La nuit est bonne, et le 26 on trouve le pouls ralenti, et l'ensemble de la situation meilleur.

A partir du 27, les accidents décroissent, et la cure est complète le 3 janvier, c'est-à-dire vers le douzième jour.

Chez cette dernière malade, l'agent hydrothérapique a coïncidé, il est vrai, avec les sangsues et l'opium ; mais l'insuffisance habituelle de ces derniers moyens permet de croire à l'intervention efficace des affusions. Aussi M. Schützenberger se demande-t-il avec raison si, au lieu d'attendre que le cas semble désespéré, il ne serait pas convenable de les administrer dès le début de l'affection.

D'ordinaire, l'application des affusions exige un certain appareil, contre-indiqué par la situation morbide. Le procédé très simple de M. Schützenberger consiste à placer le patient en travers sur son lit, la tête un peu inclinée en bas sur un baquet destiné à recevoir l'eau répandue à l'aide d'un arrosoir facile à manier.

Par cette méthode, on évite d'ailleurs et les spasmes respiratoires quelquefois fâcheux qui résultent de l'impression immédiate de l'eau froide, et les suites des refroidissements auxquels exposent trop fréquemment les déplacements nécessaires pour entrer dans les baignoires ou pour en sortir. (*Gazette médicale de Strasbourg*, 23 février 1855.)

Procidence de l'utérus, accompagnée d'hémorrhagies utérines parfois très abondantes, guérie par un pessaire de nouvelle forme, par le docteur Antonio Romero y Linares.

Des habitudes peu rigoureuses d'observation, des résultats donnés à la place des faits, des spéculations cupides sous le masque de la science, ont jeté l'anarchie la plus complète dans le traitement des déplacements de la matrice. Dans l'état actuel des choses, toute observation portant en soi les caractères de la bonne foi et indiquant suffisamment l'état général et l'état local au moment du traitement, et le résultat de ce traitement, non-seulement lorsqu'on croit pouvoir le suspendre, mais encore à une époque ultérieure suffisamment éloignée, mérite d'être accueillie avec empressement.

C'est à ce titre que nous donnons une analyse succincte de l'observation du médecin espagnol. Le pessaire dont il fait usage ne diffère pas d'une manière essentielle des pessaires à tige ordinaires, et l'on peut facilement s'en faire une idée exacte sans le secours de la figure qui l'accompagne. C'est une tige de volume médiocre, longue de 5 à 6 pouces, aplatie sur ses faces antérieure et postérieure, renflée à sa partie supérieure et creusée en un entonnoir ovale qui vient s'ouvrir vers le tiers supérieur de sa face antérieure ; son extrémité inférieure porte quatre trous destinés à des rubans dont les chefs doivent être fixés à une ceinture hypogastrique appropriée. Par son peu de volume et son aplatissement d'avant en arrière, non-seulement la tige ne gêne pas les fonctions de la vessie et du rectum, mais elle permet aux anses de l'intestin de reprendre leur place habituelle, de s'y fixer, et d'opposer plus tard une certaine résistance à un déplacement nouveau, déplacement que favorisent, au contraire, les pessaires volumineux qui remplissent et distendent le vagin. Cette considération a une grande importance, et ne doit pas être perdue de vue lorsqu'on se propose, à l'aide de moyens mécaniques, non de remédier au déplacement, mais de le faire cesser temporairement ou définitivement.

Des pessaires construits d'après ces principes peuvent avoir tous les avantages des pessaires intra-utérins, sans avoir aucun de leurs dangers ; et quelque peu nombreuses qu'on puisse supposer les guérisons durables, on ne serait pas autorisé à négliger un moyen aussi simple et aussi exempt de dangers, lorsque les descentes de l'utérus s'accompagnent de souffrances plus ou moins sérieuses.

Obs. — La malade, suivant M. Linares, était dans un état des plus graves. C'était une femme de trente-cinq ans, d'un tempérament nervo-sanguin, souffrant depuis trois ans d'une descente qui l'avait d'abord peu inquiétée, mais qui, depuis quelque temps, s'était aggravée. A des douleurs très vives s'ajoutaient l'impossibilité de marcher, des métrorrhagies parfois si abondantes qu'elles menaçent son existence, un amaigrissement considérable, la décoloration prononcée de la peau, des tremblements, la fréquence et l'irrégularité du pouls. Le col se présentait immédiatement à l'entrée des parties, entouré par un repli formé par l'inversion du vagin, n'offrant d'ailleurs ni dureté ni ulcérations. Les douleurs qui accompagnaient cet état s'étendaient du bas-ventre aux cuisses ; l'émission des urines et des fèces était difficile et parfois douloureuse. Aucun des moyens employés jusqu'à ce jour n'avait réussi à la soulager, et l'on commençait à mal augurer de son état. En l'absence de lésions graves de l'utérus, M. Linares conçut l'espoir de la guérir à l'aide de son pessaire, dont il fit immédiatement l'application. La malade devait garder le lit dans le décubitus dorsal, le siége plus élevé que le reste du corps, et prendre chaque jour un peu de seigle ergoté. Au bout de vingt-deux jours, le pessaire fut retiré ; il se borna à faire garder le repos au lit dans la même position, et à faire administrer soir et matin de la teinture de quinquina à l'intérieur au lieu de seigle, et des injections ferrugineuses dans le vagin. Le vingt-huitième jour, elle se leva pour la première fois, et put marcher avec liberté sans souffrir. Quinze jours après, elle reprit ses occupations, et la guérison continua à se maintenir. Un an et demi plus tard, elle accouchait d'un enfant qu'elle nourrit elle-même.

M. Linares assure que dans six autres cas de descente de la matrice qu'il a eu à traiter, l'emploi de son pessaire lui a donné chaque fois des résultats favorables. (*El Siglo medico*, n° 50, 17 décembre 1854.)

Inversion de l'utérus consécutive à un accouchement survenu au sixième mois de la grossesse; réduction tardive et guérison; observation lue à la Société médicale de Londres, par M. Brown.

Obs. — Le fait s'est passé dans la pratique d'un des anciens élèves de M. Brown, M. Ruck, de Cirencester. Il s'agit d'une pauvre femme de vingt-six ans, qu'il avait assistée dans deux couches précédentes, et qu'il avait promis d'assister dans un troisième accouchement. Quand le travail se déclara, elle était dans le sixième mois environ de sa grossesse, et envoya aussitôt chercher sa mère, sage-femme expérimentée, qui habitait à quelques milles de sa fille. Elle trouva (huit heures du matin) le fœtus mort dans le lit, et l'accouchée perdant du sang avec une tumeur entre les cuisses. Ne sachant au juste de quoi il s'agissait ni de quelle manière intervenir, elle ne coupa pas le cordon, et envoya aussitôt chercher l'accoucheur, qui était absent de chez lui et qui ne rentra que vers les trois heures de l'après-midi. Il trouva la patiente froide, recouverte d'une sueur visqueuse, bâillant de temps en temps, affaissée, et en apparence défaillante. Depuis l'apparition de la tumeur jusqu'au moment où elle était tombée dans l'épuisement, elle avait été tourmentée par des efforts de vomir et par des vomissements. Il reconnut tout de suite l'inversion de l'utérus, et décolla d'abord l'arrière-faix, qui était très résistant et fortement adhérent ; puis, ayant placé deux doigts sur le fond de l'utérus renversé, il retourna l'utérus dans le vagin. La résistance qu'il rencontra ensuite fut vaincue par une douce pression de quelques minutes. Il était à peine à moitié retourné, qu'il abandonna ses doigts et reprit en quelque sorte brusquement sa position naturelle. Une métrite et une péritonite suivirent ; mais au bout d'une dizaine de jours les accidents inflammatoires s'amendèrent, et tout alla bien.

M. Ruck a assisté depuis cette femme dans deux accouchements ; dans l'un, si ce n'est dans les deux, il a été obligé d'introduire la main dans la matrice pour en extraire le placenta, une hémorrhagie considérable étant survenue.

Ainsi que l'a fait remarquer l'auteur, cette observation est remarquable par les deux circonstances suivantes : 1° la possibilité de l'inversion de l'utérus à la suite d'un accouchement survenu à une époque encore éloignée du terme de la grossesse, et 2° la facilité et les avantages de la réduction dans quelques cas, après un laps de temps de plus de trois heures : deux circonstances qui importent notablement au point de vue pratique.

Des hydatides évacuées par l'urètre.

Dans cet article — qui appartient à la rédaction générale du journal — sont rapportées huit observations d'hydatides rendues

par le canal de l'urètre. Six ont pour sujet des hommes, deux des femmes. La maladie paraît toujours s'être formée spontanément, excepté chez une femme qui avait reçu un coup sur le côté de l'abdomen. Les symptômes et l'évolution ont affecté assez de ressemblance chez ces divers malades pour pouvoir se prêter à une description commune.

Ordinairement, des douleurs sont ressenties dans le flanc, les reins, l'abdomen. Chez un jeune homme lymphatique, elles avaient pris une acuité extrême, ressemblant à une attaque de colique néphrétique, avec rétraction du testicule. Puis vient une envie d'uriner, et le malade est surpris d'évacuer, avec l'urine, des hydatides, soit entières, soit en débris, des fragments de membranes, parfois une matière puriforme.

Ces sortes d'attaques se reproduisent à intervalles plus ou moins éloignés, et quelquefois pendant un temps très considérable. On cite l'histoire d'un militaire qui y était sujet depuis 1841. Mais à l'époque où l'observation a été prise, il en était exempt depuis plusieurs années.

Telle est, en effet, la terminaison la plus habituelle que la maladie paraît avoir. D'abord, le calme renaît à la suite de chaque évacuation d'hydatides; puis, après trois, quatre, cinq accidents semblables, la guérison a lieu, ou, du moins, on demeure assez longtemps sans le voir se reproduire. Vraisemblablement, le kyste hydatipare s'est complétement évacué, ou bien une circonstance accidentelle, telle que la pénétration de l'urine dans son intérieur, en a déterminé l'oblitération.

On a remarqué que de violents efforts, des mouvements répétés favorisent l'expulsion des hydatides, laquelle met elle-même un terme aux douleurs, dont elle est la crise nécessaire. C'est une indication à utiliser en médecine pratique. Le cathétérisme aide aussi quelquefois à cette expulsion.

Il est remarquable que deux des malades dont l'histoire est relatée étaient mari et femme. Probablement, c'est dans les conditions d'une alimentation qui leur était commune, qu'on trouverait l'explication de la présence chez eux de ces parasites.

L'absence des symptômes précis du côté des reins porte le rédacteur à penser que l'origine la plus ordinaire des hydatides est un kyste situé dans le bassin, au voisinage de la vessie, et s'étant ouvert une communication avec elle; il s'appuie sur ce qu'on n'a trouvé que très rarement des hydatides dans le rein, leur présence étant au contraire assez fréquemment constatée dans le tissu cellulaire des diverses parties de la cavité abdominale. Il s'appuie principalement sur une observation décisive de M. Callaway. Ce médecin reçut, à l'hôpital de Guy, un malade atteint de rétention d'urine, dans un état désespéré. La sonde ramena des hydatides. A l'autopsie, on constata l'existence d'une tumeur hydatique volumineuse située entre le rectum et la vessie, et pressant sur le col de celle-ci. Elle se rapprochait assez du périnée pour qu'on eût pu en faire l'ouverture de ce côté, si la vie s'était prolongée suffisamment. (*Medical Times and Gazette*, 17 fév. 1855. p. 59.)

Mémoire sur la nature et le traitement de l'infection purulente, par M. Bonnet.

Voici sur quelles bases l'éminent chirurgien de Lyon asseoit sa théorie sur l'infection purulente, théorie à laquelle on ne pourra contester le mérite de s'adresser, non plus, comme les anciennes, au mécanisme anatomo-physiologique selon lequel le sang est vicié, mais à la cause même qui vicie le sang; d'où découlent naturellement les plus importantes conséquences pratiques.

D'abord, quant à sa nature, l'infection n'est point une maladie simple; elle comprend plusieurs éléments morbides.

Les uns, primitifs, sont: la pénétration dans le sang de globules purulents, l'absorption des produits fétides, l'abaissement de la calorification qui survient chez les opérés soumis à la double influence de la perte de sang et de la commotion morale.

Les autres, consécutifs, sont: la fièvre qui se manifeste peu de temps après les blessures, et qui tend à rétablir la chaleur affaiblie; et la fièvre éliminatrice qui se développe plus tard, et qui a pour but naturel l'expulsion incessante des globules purulents et produits fétides qui ont pénétré dans la circulation. Si cette expulsion s'accomplit sans obstacles, et si, en même temps, l'absorption ne dépasse point une certaine mesure, la guérison peut avoir lieu. Dans le cas, au contraire, où l'absorption, soit purulente, soit putride, introduit des matériaux trop abondants d'intoxication, ou si la fièvre, réellement compensatrice d'élimination, est troublée dans son cours par quelque cause accidentelle, par quelque infraction à l'hygiène, la chaleur animale s'abaisse, le frisson fatal se déclare, et dès lors les globules purulents se déposent dans les viscères.

Un traitement préventif peut être institué en vue de cette éventualité redoutable. D'abord on doit veiller attentivement à ce que rien ne vienne entraver cette fonction de l'organisme qui, chez les opérés, élimine le pus à mesure qu'il entre dans les voies circulatoires. Puis, l'expérience générale apprend que la cautérisation, bien faite, met à l'abri de l'infection purulente. On peut se rendre compte de ce résultat, en remarquant que, dans les ulcères produits par les caustiques, l'oblitération des vaisseaux précède la suppuration; qu'il n'y a pas production de produits fétides; enfin, que la calorification générale et locale est moins abaissée qu'à la suite des plaies par incision. Donc, les phénomènes générateurs, ou éléments primitifs de l'infection purulente, étant ainsi prévenus, il est naturel que les phénomènes secondaires, c'est-à-dire la maladie elle-même, ne se développent point.

La cautérisation de la plaie est encore le moyen le plus efficace à opposer au développement de la pyémie, soit qu'on l'exécute avant le premier frisson et, dans ce cas, comme adjuvant des médications pharmaceutiques, soit qu'on ait été réduit à n'y avoir recours qu'après l'invasion de ce symptôme de si funeste présage.

Dans ce dernier cas, en même temps que les remèdes appropriés doivent provoquer, mais sans affaiblir l'organisme, l'expulsion des éléments purulents et putrides qui l'infectent, en même temps, disons-nous, la cautérisation se présente encore comme le seul moyen d'empêcher l'absorption, qui viendrait augmenter le danger, en ajoutant incessamment de nouveaux agents d'empoisonnement à ceux qui ont déjà été introduits dans l'économie.

La cautérisation peut être faite soit avec des caustiques, tels que le chlorure de zinc, de préférence, soit avec le fer rouge. On peut se borner aux premiers, lorsqu'il n'y a pas de foyers profonds à découvrir; mais le cautère actuel est indispensable lorsqu'il faut poursuivre des sinuosités qui sillonnent l'épaisseur d'un membre.

A l'appui de ces doctrines, M. Bonnet cite plusieurs exemples, vraiment décisifs, de cas où il a pu, par la cautérisation, mettre un terme heureux à des symptômes de pyémie déjà bien caractérisés. En résumé, il a ainsi sauvé cinq malades sur douze, et a prolongé pendant trois mois la vie de deux des sept opérés, qui ont néanmoins succombé. (*Gaz. médic. de Lyon*, janv. et fév. 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Physiologie élémentaire de l'homme, par J.-L. Brachet. (Deuxième édition.)

Parmi les hommes éminents dont s'honore la médecine lyonnaise, l'auteur de la *Physiologie élémentaire de l'homme* est un des plus féconds, nous allions dire un des plus jeunes, car, à considérer l'abondance de ses productions, la vivacité de sa plume, sa connaissance familière des travaux les plus récents, sa discussion pressante et son ardeur pour des choses nouvelles, on a peine à croire qu'il soit un des doyens de cette école où règne, à côté de l'intelligence pratique la plus remarquable, un esprit philosophique auquel de plus grands centres scientifiques demeurent malheureusement étrangers.

L'ouvrage que M. Brachet publie aujourd'hui est une seconde édition. Il y a vingt-deux ans déjà que la première paraissait dans l'*Encyclopédie des sciences médicales*. La science a marché depuis ce temps-là. Si elle n'a pas constitué la science de l'homme sur

des bases nouvelles, du moins a-t-elle apporté bien des éléments nouveaux et précis à l'histoire de l'organisme humain. L'analyse chimique, les recherches microscopiques, les vivisections, ont permis de pénétrer assez avant dans la texture et les fonctions du système nerveux et des différents liquides de l'économie, pour apprécier et définir une partie de leurs fonctions, et marquer avec quelque précision la séparation des notions formelles de celles que de nouvelles recherches et des procédés plus puissants pourront seuls procurer. Car les véritables progrès consistent autant à enseigner ce qu'on ignore qu'à doter d'acquisitions formelles.

M. Brachet a refait son livre en conséquence; et, bien que ce livre ne soit surchargé ni de citations ni de notes (il n'existe pas une seule note dans tout l'ouvrage), il suffit de l'ouvrir pour s'assurer qu'il n'a rien négligé pour l'enrichir de toutes les découvertes, et le munir de tous les renseignements fournis par les observateurs contemporains.

Tous les faits nouveaux enregistrés dans la physiologie, en effet, n'ont pas la valeur de découvertes. Si aucun d'entre eux, pourvu, bien entendu, qu'il soit suffisamment avéré, ne doit être négligé, on ne doit pas accorder à la plupart la valeur à laquelle ils prétendent. C'est surtout à la chimie et au microscope que M. Brachet rabat de leurs prétentions. Il reproche à cette brillante chimie organique dont Liebig et Dumas sont les plus illustres personnifications, de ne pas s'en tenir à constater les mutations que les phénomènes de la nutrition font se succéder incessamment dans la profondeur de nos organes et de nos tissus, mais de les poursuivre au delà de l'analyse, de les expliquer, de chercher à les reproduire même, comme si les théories pouvaient constituer ce que la vie seule crée sans effort.

Il en est de même du microscope. Grâce à son intervention, on se fait une idée juste de la fibre et de beaucoup de modes de combinaisons; on a pu rectifier une foule de suppositions gratuites, imaginées pour expliquer la structure des organes et le jeu de leurs fonctions. Cependant, il n'a pas plus pénétré dans le secret de la vie qu'on ne l'avait fait avant lui, et ses prétentions à cet égard sont plus qu'anticipées.

Dégagé de toute prévention, dit le savant écrivain, nous n'avons adopté aucune doctrine absolue; ainsi nous ne sommes ni solidiste, ni vitaliste, ni chimiste pur. Nous avons étudié l'homme tout entier, et, comme nous l'avons trouvé composé de solides et liquides vivants, opérant en commun une foule d'actes, nous avons fait, à chaque organe, à chaque tissu, à chaque liquide, la part qu'il avait dans ces actes; nous avons surtout cherché l'agent incitateur de chacun d'eux, ce lien commun qui établit les connexions et les rapports de l'économie entière. De cette manière, nous serons *organo-vitaliste*, c'est-à-dire que nous admettons des liquides et des solides mis en action par un principe animateur, et constituant, par une association indissoluble, une véritable trinité.

Le mot de *physiogie* a une acception fort étendue, puisqu'il signifie *traité sur la nature;* M Brachet s'attache à lui assigner une signification restreinte; la physiologie, c'est l'*étude des fonctions.* Si tel a toujours été l'objet de la physiologie, beaucoup de physiologistes se sont complu à donner à son étude la plus grande extension possible, prenant l'homme sous tous ses points de vue et tout ce qui se rattache à lui. M. Brachet s'est gardé des digressions auxquelles, sous prétexte de philosophie transcendante, la séduction du sujet peut entraîner. C'est un livre élémentaire qu'il a voulu faire, et il ne l'a jamais oublié. Ses chapitres même ressemblent plutôt à des leçons orales transcrites qu'à un traité didactique. La sobriété des citations, l'égalité du discours, le peu de développement des discussions, le petit nombre d'analyses et d'expériences propres à l'auteur, bien que les points de vue personnels n'y soient point ménagés, tout cela fait de l'ouvrage du savant physiologiste de Lyon un excellent manuel de physiologie, ce mot pris dans le sens le plus élevé, et signifiant surtout ce qu'il a de clair, de concis, de complet, d'excellent pour apprendre.

Je n'ai jamais perdu de vue, dit-il, que ce n'était pas un ouvrage d'agrément, mais un ouvrage d'instruction que je faisais, et je me suis attaché, avant tout, à la clarté et à l'exactitude. Je n'ai pas d'autre ambition que celle d'être utile aux élèves, en leur présentant les vérités sommaires de la physiologie dans un ordre qui leur fasse saisir avec facilité l'enchaînement, la dépendance et la succession des fonctions et de leurs actes, et qui les prémunisse contre l'erreur.

M. Brachet a réussi; il a fait un livre élémentaire, et il a su lui donner un caractère de style et de pensée qui pourrait appartenir à un ouvrage de toute autre portée et de plus haute prétention.

DURAND-FARDEL.

VII.

VARIÉTÉS.

— M. le docteur Blain des Cormiers, qui faisait déjà le service de chef de clinique à la Charité, en remplacement de M. le docteur Charcot, vient d'être nommé titulaire de ces fonctions.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences (23 avril), M. le docteur Bonnet (de Lyon) a été élu, par 39 voix sur 52 votants, membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement d'Orfila.

— Le docteur Heyfelder, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté d'Erlangen, se rend à Sweaborg, par suite de sa nomination comme médecin principal avec rang de colonel en Finlande.

— M. le docteur Bernard Seyfert a été récemment nommé professeur d'accouchements à la Faculté de médecine de Prague. — M. le docteur J. Sterig a été en même temps nommé professeur d'accouchements pour les élèves sages-femmes à la même Faculté. (*Wiener Wochenschrift.*)

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 117. Abus du mercure dans les cas de chancre primitif, par *L. Parker*. — Origine et traitement des maladies de la peau, par *T. Hunt*. — Squirrhe du duodénum, par *P.-H. Williams*. — 118. Statistique de la hernie et de la lithotomie, par *Hussey*. — Respiration et pouls sous l'influence du chloroforme, par *J. Snow*. — Plaies de tête chez les enfants, par *A. Prichard*. — Lithotomie pratiquée sur la ligne médiane, par *J. Hinton*. — Moyen d'empêcher l'entrée de l'air dans la paracentèse thoracique, par *T. Walker*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 847. Traitement des courbures latérales de l'épine, par *C. Bernard*. — 848. Luxation de l'astragale en arrière et en dedans, par *Williams*. — Notes sur la lithotritie, par *B. Brodie*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE.—Nos 248. Matière bleue dans l'urine d'un cholérique, par *Osborn*. — Pneumonies chroniques régnantes, par *R.-P. Cotton*. — Instrument pour la paracentèse, par *W.-E. Stewart*.—249. Sur la tumeur fibreuse de l'utérus, par *Rigby*. — Traitement du choléra par l'acide nitrique, par *Osborn*.

THE LANCET. — Nos 13. Pathologie de l'assimilation saccharine, par *Gibb*. — Blessure de la colonne vertébrale, paraplégie, par *G. Hewitt*. — Sur l'application d'un bandage sur l'abdomen pendant et après l'accouchement, par *H Hunks*. — 14. De la pression dans le traitement des abcès étendus, par *S. Solly*. — Traitement du rétrécissement par la méthode de *Wakley*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 13. Sur la pellagre, par *Cramegna*. — Insalubrité des habitations rurales, par *Molina*. — 14. Analyses.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 13. Emploi thérapeutique des préparations martiales, par *G. Rotta*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*. — 14. Usage thérapeutique du chloroforme, par *Berruti*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 13. Histoire d'une affection cholérique, par *Landi*. — Constitutions médicales, par *Fallani*. — 14. Cure des hernies par l'injection iodée, par *Palamidessi*. — Cas de choléra guéris à l'hôpital provisoire de Pise, par *C. Puccianti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 10. Du centre nerveux olfactif, par *Lussana*. — 11. De la *creaptasmina* (extrait de viande), par *E. Bettinottie*. — Crampe des écrivains, guérie par l'électricité, par *C. Seccamani*. — Possibilité d'un prophylactique du choléra, par *Rodolfo Rodolfi*. — 12. De l'instrument appelé *cœur pneumatique respiratoire médico-chirurgical*, par *G. Strambio*. — Fongus de l'urètre chez une femme, par *Chatin*. — 13. Observations et expériences sur la vision, par *A. Cagnoni*.

Le Rédacteur en chef: A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 4 MAI 1855. N° 18.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret en date du 26 avril 1855, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, l'Académie des sciences de l'Institut impérial de France est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs qui lui a été fait par le docteur Lallemand, aux termes d'un testament et de codicilles olographes, en date des 2 novembre 1852, 21 et 22 février 1854, d'une somme de 50,000 fr., pour la fondation d'un prix qui sera décerné par l'Académie des sciences à des travaux relatifs au système nerveux.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 30 avril 1855, sont nommés professeurs à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, les fonctionnaires dont les noms suivent :

Physique. — M. PREISSER, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint au lycée impérial de Rouen.

Chimie. — M. GIRARDIN, membre correspondant de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur, professeur de l'École municipale de Rouen.

Histoire naturelle. — M. POUCHET, membre correspondant de l'Institut, chevalier de la Légion d'honneur, docteur en médecine, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie et à l'École municipale de Rouen.

Préparateur d'histoire naturelle. — M. POUCHET fils, licencié ès sciences naturelles.

Préparateur de chimie. — M. DUCASTEL (Edmond).

Préparateur de physique. — M. ALBERT (Charles).

M. GIRARDIN, professeur de chimie, est nommé directeur de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen.

M. VINCENT, professeur de mécanique, est nommé secrétaire de ladite École.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 26 avril au 2 mai 1855.

81. BLACHEYRE, Jean-Baptiste, né le 17 avril 1821, à Rive-de-Gier (Loire). [*Diagnostic différentiel du chancre infectant et du chancre non infectant, ou du chancre et du chancroïde.*]

82. HACQUE, Pierre-Victor, né le 28 février 1819, à Sablé (Sarthe). [*Du varicocèle.*]

FEUILLETON.

De l'hygiène et de l'éducation de la femme dans la classe aisée, considérées au point de vue de l'accouchement physiologique (1).

Disons-le tout d'abord, l'accouchement physiologique n'est pas le résultat d'une seule condition, mais de plusieurs, et c'est le plus ou moins de ces conditions favorables qui fait que la fonction est plus ou moins naturelle. Pour l'état général, elles dépendent principalement du développement du corps, de la constitution, de la santé, de l'âge, de la manière de vivre, du caractère et d'autres points sur lesquels l'accoucheur n'a guère de prise, car il n'est ordinairement appelé qu'au moment du travail. Ces résultats, cependant, ne sont pas irréalisables, quand surtout on s'y prend de longue main, comme le fait la nature elle-même. L'éducation de la jeune fille nous en fournit le moyen; malheureusement, dans les villes surtout, cette éducation est peu favorable aux conditions de la maternité et surtout à celles de l'accouchement physiologique.

§ 1. — Soit que l'enfant reste à la maison, soit qu'on la place dans une pension, elle se trouve enfermée dans des appartements privés de la lumière directe du soleil ; presque toujours assise ou occupée aux travaux de l'esprit ou à ceux de l'aiguille, elle met son cerveau à la torture pour s'acquitter des devoirs qu'on lui impose ou pour ne pas rester en arrière de ses compagnes. L'étude du piano, quelques pas de danse et une ou deux promenades dans le courant du mois, sont les seuls exercices qu'on lui accorde pour favoriser le développement de son corps. A peine si, dans le jour, elle va quelquefois respirer le grand air dans une cour encaissée ou dans une localité semblable, et par-dessus tout cela, sa poitrine est serrée par un corset qui est aussi funeste aux fonctions des organes du thorax qu'à ceux de l'abdomen.

Si quelquefois on fait prendre de l'exercice aux jeunes filles des pensionnats, ce sont des promenades ou des jeux obligés et égaux pour chacune d'elles, de sorte qu'il arrive souvent que ce qui est distraction pour l'une est fatigue pour l'autre. De là quelques accidents.

Nous aurions pu faire ce tableau encore plus sombre ; mais c'est assez

(1) Ce travail est extrait d'un ouvrage intitulé : *Essai sur l'accouchement physiologique*, et qui doit paraître prochainement.

83. Desbons, Michel-Albert, né le 29 août 1829, à Jû-Belloc (Gers). [*Du traitement de la phthisie pulmonaire.*]

84. Montsarrat, Jean-Bernard, né le 15 juin 1824, à Mazamet (Tarn). [*De la leucorrhée.*]

85. Allary, Joseph-Charles-Gabriel-Armand, né le 9 août 1828, à Sigean (Aude). [*Quelques mots sur l'existence des maladies héréditaires et sur leur traitement.*]

86. Laujorrois, Pierre-Isaac, né le 31 mars 1830, à Hortes (Haute-Marne). [*Du renversement du talon, considéré comme suite de l'amputation médio-tarsienne.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 3 mai 1855.

CARACTÈRES ANATOMIQUES DES DIVERS GENRES D'ASPHYXIE. — LA FOUDRE AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE. — CASTRATION DE LA VACHE. — APPAREIL POUR L'USAGE DES EAUX THERMALES. — DE LA CONTRACTURE DES EXTRÉMITÉS. — RAPPORT DU COMITÉ D'ENQUÊTE DE LA CHAMBRE DES COMMUNES. — UN MOT A LA *Revue médicale.*

Abondance de biens *nuit.* Elle nuit, l'abondance de richesses scientifiques, à qui est tenu d'en présenter le tableau dans un cadre non susceptible d'être agrandi indéfiniment. Tâchons du moins, en resserrant notre revue hebdomadaire, de n'y rien omettre d'important.

— On appelle, en médecine légale, *asphyxie par suffocation* l'asphyxie produite par toute cause autre que la submersion, la suspension ou la strangulation : ainsi, une pièce de monnaie introduite dans les voies aérifères, la compression violente des parois thoraciques et abdominales, l'enfouissement dans la terre, un abcès ouvert dans les bronches, etc., sont autant de causes de suffocation. Ce partage est sans doute arbitraire, puisque les individus suffoqués meurent d'asphyxie aussi bien que les noyés ou les pendus; mais il se justifie par la pratique. On ne pouvait s'arrêter à tous les modes d'asphyxie que la nature est capable de réaliser; et la submersion, la pendaison et la strangulation sont des modes trop bien définis, et qui se présentent trop souvent, pour ne pas mériter d'être étudiés séparément.

Or, voici où en sont, sur ce sujet, les traités de médecine légale. D'une part, ils attribuent à l'asphyxie des caractères anatomiques à peu près uniformes, ne variant pas d'une manière sensible avec le mécanisme suivant lequel elle se produit; et, plaçant le médecin expert en présence des divers modes d'asphyxie, ils lui indiquent les éléments de distinction qu'on peut tirer de caractères d'un autre ordre, tels que le sillon du cou ou la disposition de la corde pour les cas de suspension, ou la présence d'un certain liquide dans l'estomac et les voies aérifères pour les cas de submersion. D'autre part, ils s'occupent à peine de la mort par suffocation, et c'est pour dire que les signes ordinaires de l'asphyxie suffisent, avec les marques de violence ou tout autre indice de la cause déterminante, pour déceler le genre de mort.

Le travail lu par M. le docteur Tardieu à la dernière séance de l'Académie de médecine tend à jeter sur cette matière si grave et si périlleuse une lumière nouvelle. Si les expériences de notre confrère se confirment, il sera démontré que l'asphyxie par suffocation a des caractères anatomiques propres, qui consistent surtout dans l'existence de taches rosées, d'extravasations circonscrites de sang, à la surface du poumon, à la surface du cœur et à la surface du crâne, les poumons pouvant être peu engorgés ou même flasques et pâles. On voit l'importance médico-légale de cette détermination. Un individu retiré de l'eau offre, à l'autopsie, des taches sanguines sous la plèvre, sous le péricarde, sous le périoste crânien ; ses poumons sont à peine engorgés; l'estomac, les bronches ne contiennent pas d'ailleurs un liquide semblable à celui dans lequel le cadavre a été trouvé; c'est que l'immersion a eu lieu postérieurement à la mort. Par contre, un nouveau-né meurt; la mère, accusée de l'avoir fait périr, déclare qu'elle s'est endormie sur lui et l'a trouvé mort à son réveil. Si les poumons ne sont qu'engoués, plus ou moins gorgés d'écume, et ne sont pas parsemés de taches rouges, c'est que l'asphyxie a eu lieu d'une autre manière, comme par strangulation.

On regrettera peut-être, dans ce travail, l'absence de toute considération propre à éclairer l'interprétation des faits. L'identité fondamentale du mécanisme suivant lequel la mort arrive, quelle que soit la manière dont la respiration ait été rendue impossible, inspire involontairement sur la constance des résultats annoncés des doutes que l'habileté bien connue de l'auteur et le soin apporté dans ses expériences ne dissipent pas entièrement. Pour que l'asphyxie, qui est l'aboutissant commun de toutes les formes d'apnée, se traduise tantôt

---

pour expliquer l'état dans lequel sont les jeunes personnes lorsqu'elles sortent du pensionnat pour recevoir de la mère l'éducation domestique. Souvent même elles quittent la pension pour se marier aussitôt.

Parmi ces jeunes filles, il peut y en avoir de robustes; mais le plus souvent vous voyez chez elles une peau blanche et transparente, c'est à peine si une teinte rosée se peint sur leurs joues et sur leurs lèvres; souvent elles ont les chairs molles, pâles et à demi bouffies; elles sont chloro-anémiques, ou bien elles ont les membres grêles, et les traits effilés d'une femme bien plus avancée que ne l'indique leur âge.

Leur menstruation, quoique établie de bonne heure, languit, ou elle est accompagnée de douleurs et d'autres phénomènes nerveux, et a souvent besoin des secours de la médecine.

Elles ont déjà les goûts difficiles d'une grande dame. Comme elles font peu de pertes, elles mangent peu pour leur âge; elles ne peuvent prendre que des choses de facile digestion, et déjà leur tube digestif est malade ou paresseux.

Si l'on examine le système osseux de ces jeunes personnes, qui sont âgées de quinze à dix-sept ans, on le trouvera grêle; la poitrine est étroite et le bassin peu développé.

Il est vrai qu'elles seront fort instruites, elles auront des talents d'agrément, elles se tiendront avec honneur dans un salon; leur présence d'esprit, la régularité de leurs traits, la finesse de leur taille, le goût de leur mise, tout sera fait pour charmer les spectateurs : mais ces jeunes femmes n'ont pas toutes les qualités pour devenir mères, et surtout pour avoir un accouchement physiologique naturel.

§ 2. — Si, avec cette lenteur dans le développement du corps, on observait une lenteur proportionnelle dans la vie de l'utérus, on pourrait attendre de l'âge un développement suffisant; mais la conversation des compagnes, la lecture des petits romans, la fréquentation des spectacles et des bals, tout cela porte tellement à l'imagination, que la vie utérine semble se développer d'autant plus que les forces générales de la vie languissent. La puberté est pour la jeune fille d'autant plus précoce, que celle-ci est plus civilisée, comme on le dit.

Passe encore si elle devait renoncer à être mère; mais à qui est-il donné d'imposer silence à la voix de la nature ! Aussi cette jeune femme se marie-t-elle sans avoir la force de supporter les charges du mariage. Elle est assez souvent stérile, ou elle avorte avec facilité; et si elle porte la grossesse à terme, elle est presque dans l'impossibilité d'avoir un accouchement physiologique naturel. L'utérus, prenant part ici à la sen-

par des extravasations sanguines à la surface de certains organes, et tantôt par d'autres lésions, il faut qu'elle puisse présenter quelque différence, non, encore une fois, dans son mécanisme essentiel, mais dans quelques circonstances de sa production; et, à moins d'une expérience de longue date, la notion de ces différences pourrait seule inspirer une confiance suffisante dans la corrélation du caractère anatomique avec le mode suivant lequel l'asphyxie s'opère. M. Tardieu dit quelque part que les taches pulmonaires lui ont paru d'autant plus tranchées, que l'asphyxie avait été plus rapide. Supposez qu'il en soit ainsi, et que, en effet, la rupture des petits vaisseaux se lie à l'instantanéité ou du moins à l'extrême rapidité de l'asphyxie; il faudra en conclure que si la suffocation s'établissait lentement, comme il arrive, par exemple, quand on se borne à jeter un mouchoir sur le nez et la bouche, les taches ne se formeraient pas et les caractères de l'asphyxie par suffocation n'auraient plus rien de spécifique. Peut-être les différences constatées ont-elles une autre cause? Peut-être dépendent-elles de la manière dont la victime résiste à l'agresseur, et qui doit différer suivant le mode d'agression; mais, faute de les comprendre, on hésite, en l'état présent de la question, à les admettre sans plus ample informé.

On a entendu dans la même séance une lecture intéressante de M. le docteur Boudin sur les effets de la foudre; c'est, autant que nous avons pu en juger, le même travail que l'auteur avait déjà présenté à l'Académie des sciences.

M. Boudin est un grand partisan de la statistique, qu'il manie avec une incontestable habileté; mais nous craignons qu'il ne s'y fie un peu trop. Nous regardons volontiers comme un acte de sagesse de rester à la maison quand le tonnerre gronde et que le ciel flamboie; mais que ce doive être par déduction de ce fait que, sur 100 foudroyés, tant l'ont été dans des habitations, et tant en plein air, nous ne saurions l'accorder. Pour ce qui nous concerne, on viendrait renverser la proportion et dire qu'il y a plus de foudroyés dans les habitations que dans les rues, que nous resterions encore chez nous pendant l'orage; car la première condition pour une statistique de ce genre serait de savoir quelle était, au moment de la tourmente, la proportion des gens mis à couvert et des gens restés dehors. On pourrait faire des remarques analogues relativement à la prétendue prédilection de la foudre pour le sexe féminin, et à plusieurs autres données statistiques renfermées dans le travail de M. Boudin; travail attachant néanmoins, piquant de fond et de forme, et que l'Académie a écouté avec une aise marquée. Quelques personnes exprimaient seulement en sortant de la séance le regret que l'auteur n'eût fait aucune allusion à un remarquable travail d'Arago, où les mêmes questions sont étudiées avec l'ampleur de vues et la finesse d'analyse qui appartenaient au célèbre secrétaire perpétuel.

L'Académie a encore assisté à la description et même à la démonstration d'un procédé pour la castration de la vache. Il y manquait la vache, bien entendu; mais les instruments étaient sur le bureau, et la clarté d'exposition dont M. Charlier a fait preuve a suppléé à l'absence du didactyle femelle. L'opération, qui consiste à aller chercher les ovaires par le vagin, au-dessus et de chaque côté de ce que la médecine humaine appelle du vilain nom de *museau de tanche* et que la médecine vétérinaire, naturellement pastorale, nomme *fleur épanouie*, l'opération paraît d'une exécution assez facile et exempte de danger. Elle se substituera sans doute, dans la pratique générale, à l'ancien procédé par lequel on va chercher les ovaires à travers une plaie pratiquée au flanc, et qui amène assez souvent une péritonite mortelle.

La castration amortit les ardeurs amoureuses et rend stérile. C'est uniquement dans ce double but qu'on la pratique sur la chienne et la chatte. Il est des espèces animales dont on n'a pas d'ordinaire intérêt à limiter la reproduction, et chez lesquelles néanmoins on châtre assez souvent les femelles afin de faciliter l'engraissement et de rendre la chair plus succulente: la truie et la vache sont des victimes de ce raffinement de sensualité. En ce qui concerne la vache, on se propose aussi de rendre la sécrétion du lait plus abondante. Il est des propriétaires qui, au lieu de courir les chances des nombreux accidents qui se rattachent à la gestation et à la mise bas, préfèrent tirer immédiatement d'une vache tout le parti possible, à savoir, d'abord une lactation riche et prolongée (on ne sait pas encore au juste combien elle dure dans ces circonstances), puis une viande de bonne qualité. M. Moreau, un peu compétent sur ce sujet comme accoucheur, et beaucoup comme fermier, a dit qu'il y a une sorte de contradiction entre les deux buts poursuivis, celui d'obtenir l'engraissement et celui d'augmenter la richesse du lait, attendu que ce ne sont pas les vaches grasses qui sont les meilleures laitières. La question a été renvoyée à la commission nommée. Il nous semble que la réponse est dans ce fait assez connu des éleveurs: que l'engraissement ne se montre que quand la sécrétion lactée commence à tarir.

Enfin, M. le docteur C. Despines a lu à la fin de la séance

sibilité générale, se contracte souvent prématurément, et chasse le produit avant terme; ou bien, fatiguée par des troubles nerveux pendant les premiers temps de la grossesse, la femme s'affaiblit, et, écoutant ensuite l'inertie à laquelle elle est naturellement portée, elle finit par passer sur un fauteuil les derniers temps de sa grossesse.

Les douleurs commencent, et son excessive sensibilité la met bientôt dans un état de crainte et de spasme qui peut aller quelquefois jusqu'à occasionner des troubles nerveux assez prononcés.

Le col utérin, restant surtout resserré par suite de la vie oisive de la femme pendant la grossesse, ne cède guère aux premières contractions utérines et prolonge le travail. L'étroitesse assez fréquente du bassin et bien d'autres causes viennent ajouter à la difficulté; de sorte qu'ici où le travail aurait besoin d'être plus court et plus facile, il est au contraire plus long et plus douloureux. De là, si on l'abandonne à la nature, comme on le fait, les conséquences fâcheuses des couches et un ébranlement général qui prend presque toujours le caractère d'une maladie.

Cette femme aura peu de lait, quoiqu'elle ait la fièvre qui accompagne la sécrétion de ce liquide. Si, ouvrant son cœur aux sentiments de la maternité, cette femme veut allaiter, elle est bientôt amaigrie, a des tiraillements de poitrine ou d'estomac, et d'autres indispositions; alors si elle ne veut pas détériorer complétement sa santé et celle de son enfant, elle est obligée de renoncer à l'allaitement. Si ses forces lui permettent de le continuer, elle aura souvent des qualités qu'on ne voudrait pas trouver dans une nourrice mercenaire. Bon nombre de ces qualités, il est vrai, peuvent être indépendantes de sa volonté, d'autres peuvent être même de sa part un trait de vertu. Mais, doit-on le dire à la honte de l'humanité, il y a des femmes qui ne voudraient pas allaiter dans la crainte d'altérer trop tôt leur fraîcheur, pour ne pas se priver d'aller dans le monde, ou pour ne pas avoir leur sommeil dérangé! Elles renoncent ainsi volontairement, et quelquefois par pur esprit de vanité, à un sentiment qui est si doux, même aux animaux les plus sauvages!

Un simple accouchement ébranle plus cette frêle machine que cinq parturitions n'agissent sur une femme de la campagne chez laquelle l'accouchement sera physiologique. Heureusement pour la femme de la ville, elle perd ordinairement bientôt la faculté de concevoir: la fécondité va en raison inverse de notre civilisation. Mais tout ne s'arrête pas à l'accouchement. Les efforts qu'a dû faire la femme, et surtout ceux de l'utérus, entraînent assez souvent des accidents; ils causent des maladies de matrice aiguës ou chroniques, et laissent surtout le système nerveux dans une susceptibilité qui se réveillera ensuite à la moindre occasion.

une note sur un appareil pour l'usage des eaux thermales; nous n'en pouvons rien dire, car nous n'en avons rien entendu, la voix faible de notre confrère ayant été couverte par le bruit des conversations.

— A l'Académie des sciences, le vide laissé par Roux attire, comme une pompe aspirante, de nombreuses communications des candidats. Dans la séance du 23 avril, c'était le tour de MM. les professeurs J. Cloquet et Laugier, tous deux en état de récidive. Si le vœu de fréquentes vacances n'était pas un vœu funèbre, nous l'émettrions formellement. Par ce qu'ont donné ces deux éminents chirurgiens sous l'incitation momentanée d'une candidature, on peut juger de ce que produirait l'exercice permanent de leurs facultés également précieuses, quoique diverses. Les récentes communications de M. Cloquet, celles notamment qui ont trait à la cautérisation méthodique; les mémoires de M. Laugier, et plus spécialement son travail sur l'anatomie pathologique de la membrane des bourgeons charnus, tiendront une place élevée dans la chirurgie contemporaine.

— Il est une maladie que beaucoup de praticiens n'ont jamais eu occasion d'observer, et qu'il importe pourtant de bien connaître, parce que la forme de son expression symptomatologique tend à égarer aisément le diagnostic, et avec lui le pronostic et le traitement; nous voulons parler de l'affection appelée *contracture des extrémités* parce qu'elle se limite ordinairement aux membres, mais qui envahit parfois d'autres parties du corps. Cette affection peut exister idiopathiquement, ou comme complication de quelque autre maladie; dans l'un ou l'autre cas, elle se montre assez souvent comme par bouffées, dans un même pays, dans une seule ville, dans un seul établissement, constituant ainsi de petites épidémies locales. C'est ce qu'ont observé M. Grisolle, M. Trousseau, d'autres observateurs encore; c'est ce que vient d'observer également M. le docteur Aran, qui a exposé le résultat de ses remarques à la dernière séance de la *Société des médecins des hôpitaux de Paris*.

M. Aran a rencontré à l'hôpital Saint-Antoine, depuis le mois de janvier jusqu'à ce jour, douze exemples de contracture, tous les douze chez des sujets atteints de fièvre typhoïde. Dans onze cas, c'est-à-dire presque constamment, les accidents ont paru à une époque très avancée de la maladie principale, au 12e, au 14e, au 30e, au 34e jour. En voyant des sujets déjà en proie à une affection grave tomber dans des accès caractérisés d'abord par une sensation de fourmillement dans les extrémités, puis par la contracture aiguë et douloureuse des muscles de ces parties, contracture limitée souvent aux extrémités supérieures, mais s'étendant parfois aux extrémités inférieures et même au tronc et à la mâchoire, *avec opisthotonos, trismus, difficulté de la déglutition et de la parole*; en voyant, comme il arrive quelquefois, les accès durer plusieurs heures et se répéter pendant plusieurs jours; en assistant à l'angoisse des malades, aux expressions de terreur qui leur échappent, il faut avoir une grande expérience de cette forme morbide pour n'être pas saisi soi-même d'inquiétude. Pourtant, il est aujourd'hui bien avéré que toute cette démonstration de l'organisme souffrant ne se lie à aucune modification sensible dans la marche naturelle de la fièvre typhoïde; M. Aran confirme entièrement, à cet égard, l'observation de ses prédécesseurs. Et la conséquence à en tirer, c'est qu'il faut se garder de diriger contre une complication bénigne de sa nature une médication violente qui pourrait compromettre l'issue de la maladie à laquelle tout le danger est attaché. Les membres qui ont eu occasion de s'en expliquer, MM. Trousseau, Barthez, Hérard, Lasségue, ont émis un avis unanime. Ce dernier a raconté l'histoire curieuse d'un enfant qui, étant descendu dans la rue, par un temps froid, pour satisfaire un besoin, remonta tout effrayé, les deux avant-bras en contracture. Notre confrère, malgré l'émoi de la famille, ne prescrivit aucune médication, et se contenta de faire mettre l'enfant au lit; les accidents se dissipèrent d'eux-mêmes, et rapidement. Nous rappellerons aux praticiens un moyen d'éclairer le diagnostic; M. Aran en a fait l'expérience : c'est de pratiquer forcément l'allongement des muscles raccourcis. Ces tentatives d'extension sont douloureuses, mais elles sont aussitôt suivies d'un soulagement marqué; aussi les malades les réclament-ils. M. Trousseau a indiqué un autre signe, qui est la possibilité de rappeler les accès à volonté, en comprimant avec la main le membre où la contracture s'est déjà montrée.

Du reste, les caractères de l'affection, tels qu'ils se sont montrés à M. Aran, diffèrent peu de ceux qu'avaient déjà reconnus les autres observateurs. La contracture a occupé souvent les membres supérieurs et les membres inférieurs, quelquefois les premiers seulement, jamais les seconds sans les premiers; dans les cas légers, la main et l'avant-bras seuls étaient affectés, le bras restant intact; la cuisse n'a pas paru envahie une seule fois. Dans deux cas, où la contracture était étendue, les muscles atteints étaient le siége de contractions fibrillaires presque incessantes. Chez trois malades qui

---

Si, quittant la mère, nous nous arrêtons sur l'enfant, nous le voyons bien grêle, et qui sait si la mère, avec son tempérament lymphatico-nerveux, ne lui a pas communiqué le germe de la scrofule, du tubercule ou des maladies convulsives !

§ 3. — On ne doit pas s'étonner si, avec de pareilles conditions, l'accouchement devient redoutable, et si les générations nouvelles se ressentent de la faiblesse de leurs parents.

Ces femmes et ces enfants, il est vrai, peuvent vivre et vieillir même à force de soins, mais leur vie est presque une continuelle indisposition. Ils seraient incapables de supporter la moindre fatigue : ils sont comme ces beaux vases très fragiles qu'il faut garder sous verre, car le moindre usage peut les mettre en pièces.

Est-ce là le but de la nature, elle qui, comme nous l'avons vu, a fait la femme apte à concevoir de seize à quarante-cinq ans, elle qui lui permet de faire cinq, dix, quinze accouchements physiologiques, et qui lui laisse encore plus de vingt ans d'existence ?

Cette grande diversité entre les résultats de notre civilisation mal dirigée et le véritable but de la nature tient au défaut surtout de l'éducation qu'on donne aux jeunes filles, et qui est presque exclusivement destinée à stimuler le système nerveux, déjà naturellement si développé chez elles, au détriment des autres systèmes de l'organisme.

Voyons ce qui se passe dans le sexe masculin, et ceci n'est pas perdu pour la fonction de la reproduction qui nous occupe.

Lorsque l'homme, par la naissance ou par l'éducation, a le système nerveux très développé au détriment des autres systèmes, il se fait remarquer par l'activité et l'étendue de son intelligence. S'il reste dans le vrai, il devient souvent un génie; s'il s'en écarte, il est exagéré et va quelquefois jusqu'à la folie.

Tandis que l'homme est apte à la reproduction de seize à soixante-dix ans, celui chez lequel il y a un développement exclusif du système nerveux perd ordinairement de bonne heure la faculté de la reproduction, et s'il peut procréer, il ne donne le jour qu'à des êtres grêles, souvent malades, ou même bornés pour les facultés intellectuelles.

On dirait que la force de la vie chez ces hommes s'est épuisée dans le développement de leur système nerveux. La génération est un puits où se noient les facultés intellectuelles de l'homme, et où l'on ne voit surnager que les forces de la santé et de la vie. Nous transmettons à nos enfants plusieurs de nos maladies, notre santé, et une activité vitale qui va leur donner souvent jusqu'aux traits de notre corps; nous ne leur transmettons

ont succombé, la moelle n'a pas été examinée; mais la mort avait été manifestement amenée par la fièvre typhoïde. D'ailleurs la marche de la contracture et sa bénignité presque constante ne permettent pas de la rattacher à une altération matérielle de quelque importance; il est évident que la diffluence de la moelle notée par quelques observateurs, notamment par M. Grisolle, et sur laquelle M. Costa da Serda insiste dans un travail tout récent (LA FRANCE MÉDICALE, n° 9), ne se rencontre qu'exceptionnellement, et ne constitue pas un *caractère* anatomo-pathologique de l'affection.

— Nous avons sous les yeux la première partie du rapport du comité d'enquête nommé par la chambre des communes d'Angleterre pour constater l'état de l'armée anglaise sous Sébastopol: *to inquire the condition of army before Sebastopol*. Nous ne ferons usage de ce document précieux que pour consigner un fait d'*hygiène* qui ressort clairement de l'ensemble des témoignages, à savoir, que les maladies qui ont ravagé l'armée ont eu pour cause principale, d'une part, les fatigues excessives du travail de tranchée; d'autre part, la nécessité à laquelle on a été quelquefois réduit de manger de la viande crue, faute de combustible. Nous signalons plus spécialement les effets des travaux de tranchée, parce qu'il paraît avéré que c'est là une des causes qui agissent le plus sur la santé des armées en campagne. Notre collaborateur, M. Armand, a fait des observations tout à fait analogues en Italie pendant la campagne de Rome.

— La REVUE MÉDICALE avait, dans son numéro du 15 avril, loué nos articles sur le vitalisme en des termes qu'il nous est impossible de reproduire. Son numéro du 30 renferme le passage suivant: « La GAZETTE HEBDOMADAIRE avait certainement une conclusion pour son œuvre; elle en avait une autre pour l'Académie; elle les garde pour une meilleure occasion et vous laisse sous le coup des résultats proclamés par les autres journaux. »

Ce reproche se comprend de la part de la REVUE MÉDICALE. Elle place toute l'importance de la question dans la querelle du dualisme et de l'animisme; nous la plaçons, nous, à l'abri de cette dissidence, dans le rôle qu'il convient d'assigner à l'organisme et à la force organisatrice *quelle qu'elle soit*, dans la production des maladies. Nous soutenons: 1° que la force qui organise est une et harmonique; 2° qu'elle est inaccessible directement aux causes des maladies, encore plus incapable de se déranger d'elle-même, et que, par conséquent, toute maladie commence par un trouble de l'organisme; 3° que ces données suffisent à expliquer toute la pathologie.

Si ce ne sont pas là des conclusions, qu'est-ce qu'une conclusion?

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mélanges de syphilographie pratique,

par M. le docteur P. DIDAY.

Premier article.

EXISTE-T-IL UN SEUL OU DEUX VIRUS CHANCREUX

Il commence à s'agiter sérieusement, depuis deux ou trois ans, une question fondamentale en syphilographie, question qu'on s'étonnera bientôt d'avoir vue longtemps sacrifiée à de vains débats d'amour-propre et d'écoles rivales. Cette question, outre sa capitale importance, jouit en ce moment d'un rare privilége: c'est qu'aucun des grands noms qui font autorité dans la matière ne s'est d'avance inscrit pour ou contre, n'a encore pris un parti arrêté entre les deux solutions qu'elle comporte. Hasard précieux, mais trop exceptionnel pour qu'on ne se hâte pas d'en profiter, afin de travailler à éclairer un problème que l'amour de la vérité recommande seul jusqu'à présent au zèle des observateurs.

Lorsque jadis on administrait des antisiphylitiques à tout homme atteint de chancre primitif, on ne s'étonnait guère des suites très opposées que cet accident initial offrait chez les divers malades. Si celui-ci restait exempt de conséquences fâcheuses, c'est, disait-on, que le traitement l'avait préservé. Si celui-là offrait plus tard des signes d'infection générale, c'est, affirmait-on encore, que le traitement n'avait été suivi qu'inexactement.

Mais lorsque, peu à peu, les praticiens se furent habitués à permettre aux chancres de marcher sans accompagnement de mercure ils eurent la surprise de voir les mêmes contrastes se reproduire, hors de l'influence thérapeutique qui leur avait paru en contenir l'explication rationnelle. Il fallait donc remonter plus haut pour la trouver: le remède ne la donnant plus, naturellement on s'attaqua à la cause même du mal.

Sur ce point de doctrine, deux opinions se sont formées; et, sans avoir jusqu'ici franchement arboré leur drapeau, elles comptent chacune, parmi les pathologistes avancés, un certain nombre de partisans. Les uns croient qu'un seul et même virus produit les chancres qui n'infectent point et les chancres qui infectent. Les autres voient, dans ces deux conséquences si différentes, l'effet de deux poisons distincts. Ainsi, deux individus ayant eu un chancre, si le premier présente ensuite des symptômes constitutionnels, si le

pas nos connaissances ni même notre aptitude intellectuelle, et, comme nous venons de le dire, on voit même souvent un effet contraire. Ainsi, les génies sont dignes de notre admiration; mais s'ils devaient se multiplier au prix de la détérioration de la génération, l'espèce humaine serait bientôt détruite. La nature a donc bien fait de leur ôter de bonne heure les désirs de la reproduction, comme elle les ôte le plus souvent aux malades, aux invalides, aux estropiés, aux vieillards, et à la plupart de ceux qui feraient dégénérer bientôt l'espèce humaine, tandis qu'elle a accru ce désir chez les personnes jeunes et robustes pour qu'elles puissent entretenir ou améliorer notre espèce. Cette amélioration est même tellement dans les vues de la nature, qu'elle a placé dans l'homme et la femme la sympathie pour la beauté des formes, et l'un et l'autre aiment de préférence les belles personnes.

Si les génies sont moins fréquents dans le sexe féminin que dans le nôtre, il n'est pas moins vrai que pour la reproduction le développement exclusif du système nerveux conduit chez ces femmes aux mêmes résultats que chez nous. Elles n'ont pas alors au même degré que les autres les qualités nécessaires pour devenir mères. Chez l'homme comme chez la femme, il vaut donc mieux que le système nerveux et l'intelligence ne se développent pas exclusivement et au détriment des autres systèmes de l'organisme.

§ 4. — Quel est maintenant le meilleur moyen d'éviter le défaut que nous signalons? C'est, comme nous venons de le faire entrevoir, de développer le système musculaire et le système sanguin, qui sont le véritable contre-poids du système nerveux, et par le développement de ces deux systèmes on favorise celui du squelette, qui est si nécessaire à l'accouchement physiologique.

Le grand problème de l'hygiène n'est pas celui de faire vivre le plus longtemps possible l'homme isolé, fût-il même un génie; mais c'est celui de veiller à la meilleure conservation de l'espèce humaine sans nous priver des avantages de la civilisation.

Les divers systèmes d'organes du corps de l'homme ont une valeur absolue et relative. La première ne peut s'accroître dans de trop grandes proportions sans diminuer la valeur des autres et déranger l'équilibre de la santé et de la vie. Le vrai but de l'hygiène est de favoriser le développement de tous les systèmes d'organes et de veiller à l'harmonie de leurs fonctions. Lorsque cet équilibre est maintenu, la reproduction est véritablement ce puits où la vie des générations nouvelles se retrempe, tandis que, dans le cas contraire, elle est une nouvelle cause d'affaiblissement et de maladies.

§ 5. — Qu'on ne croie pas cependant que nous voulions faire des

second y échappe, cela est dû, selon une certaine école, aux conditions individuelles dissemblables où chacun d'eux se trouvait; cela dépend, selon l'école opposée, de ce qu'ils ont puisé à une source essentiellement différente. Pour quelques auteurs, le *virus infectant* produira l'infection partout où il trouvera des conditions propices, le *virus simple* se bornant, au contraire, toujours à des effets locaux. Pour quelques autres, bien loin de là, le virus est identique; mais il peut se transformer, d'agent local devenir généralisable, ou réciproquement, suivant les conditions idiosyncrasiques qu'il rencontre chez les sujets où il est accidentellement implanté.

Déjà en 1852, dans un travail qui fit et méritait de faire époque, M. Bassereau se prononça franchement pour l'hypothèse de la pluralité des virus, en faveur de laquelle il sut accumuler les plus fortes présomptions historiques, rationnelles et expérimentales. Pour ne rappeler que ces dernières, trente et une fois sur trente-quatre cas d'infection d'homme à femme, il put constater que la personne chez qui des symptômes constitutionnels avaient suivi le chancre, tenait sa maladie d'une personne, elle aussi, constitutionnellement affectée. Il admit, en conséquence, deux virus distincts par leur nature même, et ayant cheminé sans se mêler ni s'influencer à travers les générations, l'un toujours local, l'autre fatalement diffusible.

Aujourd'hui M. Clerc, jeune spécialiste formé à la meilleure école, vient proposer une autre explication. D'après lui, il n'y a eu, dans l'origine, au XV[e] siècle, que des chancres infectants. Mais, par la suite des âges, ce même virus est retourné accidentellement sur des individus qui en avaient déjà éprouvé, et éprouvé constitutionnellement, l'atteinte. Or comme on n'a pas deux fois la vérole, l'impression virulente s'est limitée, cette seconde fois, chez eux à une action sur la partie touchée. Celui qui a eu la variole ne peut plus ensuite contracter que la varioloïde. De même celui qui avait eu une première fois le chancre, le vrai chancre, le seul digne de ce nom, était devenu, par cela même, inapte à prendre ultérieurement autre chose que le *chancroïde !*

Cette modification que les maladies virulentes exercent sur leur propre virus lorsqu'il revient dans une organisation qu'il avait antérieurement envahie, éclaire, d'après l'auteur, certains caractères différentiels qui séparent, cliniquement, le chancre du *chancroïde.* Ainsi le premier a seul une période d'incubation réelle; seul il s'indure (comme la vraie vaccine, comparée à la fausse). Ainsi le second s'inocule avec une plus grande facilité sur les points voisins de celui où il siége.

Donc, suivant M. Clerc, le chancre simple ou chancroïde est la conséquence d'une réinoculation du virus syphilitique aux sujets qui ont ou qui ont eu la syphilis constitutionnelle. Je ne m'arrêterai pas à examiner en détail les faits qu'il apporte à l'appui de cette assertion. Dire que, par une attentive exploration des deux conjoints, il a pu reconnaître huit fois qu'un chancre infectant provenait d'un chancre infectant, six fois qu'un chancre simple provenait d'un chancre simple, c'est montrer que la théorie a su demander de bonne heure sa consécration à la seule autorité compétente pour la lui décerner. Mais il serait sans intérêt d'énumérer ou de discuter de semblables observations, quand chaque spécialiste intéressé à vérifier ce point de doctrine va, dès demain, trouver dans sa pratique des exemples capables de l'édifier à cet égard.

Laissons donc, — ce n'est que stricte justice, — chacun travailler pour son compte à cette vérification; car, nous le sentons tous instinctivement, dans une si délicate matière, elle ne nous semble valable et décisive que lorsqu'elle a été faite de nos propres mains. L'enquête est ouverte. Il ne dépend de personne de l'entraver ou de la suspendre. N'épiloguons pas sur des faits isolés; car bientôt ils se seront produits en nombre suffisant pour forcer la conviction dans l'un ou dans l'autre sens.

Mais, sans perdre son temps à discuter l'authenticité d'une date, la fidélité d'un époux, la consistance d'une induration, etc., peut-être ne sera-t-il pas inutile de signaler dès à présent à l'attention des futurs observateurs les conditions dans lesquelles leur examen aura à s'exercer pour devenir probant, ainsi que les causes de méprise qui les attendent dans cette voie. Mais afin d'être à ce sujet aussi clair, et surtout aussi utile que possible, il faut reprendre les choses d'un peu plus haut.

La théorie de M. Bassereau et celle de M. Clerc, quoique différentes sur un point, semblent s'accorder pour nier l'influence des conditions individuelles chez le sujet infecté. Si, aux yeux de M. Bassereau, il a réellement et de tout temps existé deux virus; si, selon M. Clerc, le second n'est qu'une dégénération du premier, il n'en est pas moins certain que, à part cette dissidence sur l'origine première, ils se retrouvent unis en admettant deux poisons distincts. En termes plus précis, du pus de chancre étant mis sur la pointe d'une lancette, et du pus de chancroïde sur la pointe d'une autre, il dépendrait du choix que l'expérimentateur ferait entre les deux instruments pour qu'il donnât, à volonté, au même sujet, soit un chancre nécessairement circonscrit à la sphère génitale, soit un chancre agent obligatoire de la diathèse. En apparence donc, la doctrine qui regarde la prédisposition individuelle comme jouant un rôle dans la production de l'une ou de l'autre éventualité, cette doctrine, dis-je, n'a pas un adversaire moins déclaré en M. Clerc qu'en M. Bassereau. Voyons cependant si c'est là un dissentiment absolument inconciliable.

Malgré l'unité de sa formule étiologique, l'hypothèse de M. Clerc, — c'est là un point capital, — doit cependant admettre deux modes distincts pour l'origine du chancroïde. Ou du pus pris sur un chancre induré a agi sur un sujet antérieurement vérolé; ou bien du pus de chancre simple, de chancroïde, a agi sur un sujet quelconque. Dans le second cas c'est, il est vrai, de la nature spéciale du virus que dépend la qualité de l'ulcère qu'il va produire. Mais, dans le premier, qui refuserait aux conditions où se trouvait le sujet inoculé l'influence souveraine sur le résultat clinique? Or,

---

demoiselles de la ville autant de grossières paysannes; nous aimons, au contraire, à leur voir de la grâce et de la régularité dans les traits du visage, qui est le plus souvent le miroir de l'âme. Nous aimons à les voir assez instruites pour bien diriger les affaires du ménage et faire les délices d'un salon; mais nous leur désirons surtout les proportions et la santé de la belle femme, dussent-elles même être celles d'une paysanne.

Les lois de la vie, il est vrai, ne sont pas les mêmes que les lois mécaniques, mais il n'est pas moins certain que les forces mécaniques employées surtout pendant le développement du jeune âge et d'une manière permanente, peuvent imprimer au corps des formes qui ne sont pas celles de la nature. Nous voyons, dans certaines localités de la France, la constriction circulaire pratiquée sur la tête des enfants donner à leur crâne la forme d'un pain de sucre.

La constriction habituelle de la poitrine, refoulant en bas les viscères abdominaux, favorise les déplacements si fréquents de l'utérus, et, loin de fortifier la taille, l'affaiblit, car elle diminue l'énergie des muscles postérieurs du dos. Aussi une femme habituée au corset ne peut-elle se tenir longtemps droite lorsqu'elle en est privée, tandis que celle qui n'y est pas habituée se tient très bien dans cette position. Cette constriction diminue évidemment la base de la poitrine; comment alors la respiration ne serait-elle pas incomplète, lorsqu'elle est courte par l'étroitesse du thorax, courte par le repos, et incomplète le plus souvent par l'air vicié que respire la jeune fille? Or, on sait ce que peut la respiration sur la crase du sang, comme on sait ce que vaut la qualité de ce liquide pour la nutrition, les sécrétions, les excrétions, la calorification, et surtout pour la grossesse.

Nous verrons ailleurs ce que peut l'action mécanique sur le développement du bassin, si nécessaire à l'accouchement physiologique; mais, déjà nous pouvons dire que, autant l'inertie du corps contrarie le développement de la charpente osseuse et fait tomber les muscles dans une espèce d'atrophie, autant l'activité favorise l'un et l'autre. Autant le petit jour des appartements donne à la peau cette blancheur presque transparente et la rend impressionnable aux vicissitudes atmosphériques, autant la lumière du soleil lui donne la couleur et le ton qui sont l'emblème d'une bonne santé et facilitent ses fonctions.

Pendant que la vie molle et oisive développe le système lymphatique et en favorise les affections, ainsi que les maladies de la charpente osseuse, la vie active donne de la prédominance au système sanguin et au système osseux lui-même.

La vie active appelle le sang à la périphérie et en opère l'égale dis-

dans l'un et l'autre cas, toutefois, ce résultat est le même, un chancre non infectant, un chancroïde.

Ce pouvoir qui, résidant chez l'individu inoculé, décide de la tournure pathogénique que prendra sur lui l'ulcère, voilà donc M. Clerc forcé de l'admettre. Toutefois si j'ai fait ressortir les deux modes différents d'invasion du chancroïde, ce n'a point été pour montrer par quel côté le novateur pourrait, à la rigueur, fusionner avec l'école ancienne; c'est surtout pour aborder de front la discussion des analogies qu'il invoque en faveur de sa thèse.

En effet le chancroïde, d'après M. Clerc, est le chancre infectant modifié, tout comme la varioloïde est la variole, comme la fausse vaccine est la vaccine, transformées l'une et l'autre par le fait de leur insertion sur un homme qui en a déjà subi une première fois les effets généraux. Or la ressemblance est plausible, je l'accorde, pour les cas où un vérolé reçoit du pus de chancre infectant; car alors, en vertu de l'unicité (loi non moins réelle pour la syphilis que pour les autres affections virulentes), il n'a plus qu'un effet local à craindre. Mais dans le second ordre d'éventualités que je distinguais tout à l'heure, lorsque c'est du pus de chancre simple qui se transmet à un sujet vérolé ou non, où, s'il vous plaît, se retrouve l'analogie? Voyez-vous le pus de la fausse vaccine s'inoculer et se réinoculer quinze ou vingt fois successivement, d'individu à individu, sans perdre un seul de ses caractères? Le voyez-vous surtout alors produire des effets identiques, malgré la diversité des conditions de préservation spéciale qu'offrent les sujets soumis à l'expérience? Non, en dépit de quelques exceptions qui peuvent autoriser le doute mais ne suffiront jamais à fonder une loi, je refuse d'admettre aucune parité entre l'insignifiant bouton de vaccinoïde qui va s'éteindre à la seconde ou troisième génération, et cet autre virus, toujours actif, toujours le même, se reproduisant depuis des siècles, se reproduisant sur tous les terrains, et si bien conservé que, trop souvent au gré du praticien, on le voit comme protester par une explosion phagédénique imprévue contre les doctrines qui conduiraient logiquement à le croire épuisé à force de dégénérations successives.

Non-seulement le chancroïde se perpétue à l'infini par la réinoculation de son propre virus; mais encore il naît sur le même individu, à autant de reprises et à des reprises aussi rapprochées que celui-ci consentira à s'y exposer. Sont-ce là, je le demande encore, les allures de la fausse vaccine?

Enfin si le chancre non infectant était au chancre infectant ce que la varioloïde, ce que la vaccinoïde sont à la variole, à la vaccine, il aurait quelques caractères du chancre infectant, mais il n'en aurait pas d'essentiellement différents. Le dérivé pourrait réaliser, avec plus ou moins de fidélité, les attributs du principal, la copie se rapprocherait de son modèle à une distance variable, mais elle n'aurait pas en plus des traits symptomatologiques entièrement à elle. Or, l'existence du bubon virulent lui confère évidemment cette prérogative. Et jusqu'à ce qu'on m'ait fait voir dans la fausse variole ou dans la fausse vaccine l'équivalent de cette lésion particulière au soi-disant chancroïde, je douterai de la justesse d'une ressemblance étiologique qui se trouve si fortement compromise par les dissemblances séméiologiques.

Ces remarques, sur lesquelles je me réserve d'insister selon les circonstances, ne m'empêchent point de rendre pleine justice au travail de M. Clerc. Ingénieuse au fond, carrée dans la forme, cette théorie révèle en son auteur un nom avec lequel la génération ancienne, ainsi que la nouvelle, doivent s'habituer à compter; et je suis heureux de pouvoir le premier, en en discutant les bases, faire preuve du sincère intérêt qu'elle m'inspire. D'ailleurs, tout en déclarant contestables les analogies qu'elle invoque comme ses principaux appuis, je suis loin de m'élever contre la distinction qu'elle établit entre les deux virus, l'infectant et le non infectant. La doctrine de l'existence de deux virus, en effet, reste indépendante de l'explication qu'on donne de l'origine de l'un d'eux. Que l'un procède de l'autre, comme l'enseigne M. Clerc, ou qu'ils constituent deux variétés chronologiquement et expérimentalement séparées, se côtoyant depuis trois siècles et demi sans s'être touchées, ainsi que l'entend M. Bassereau, on peut choisir entre les deux versions; mais chacune, je le répète, ne fait que constituer une manière différente d'interpréter le même fait. Et ce fait immense, capital, qui, je le sens, va dominer, par son importance thérapeutique et sociale, toute la syphilographie future, c'est l'avénement du dogme de la dualité des virus syphilitiques.

Ce dogme que, plusieurs fois déjà, j'avais essayé moi-même de remettre à l'ordre du jour, s'y présente aujourd'hui trop naturellement pour qu'il soit au pouvoir d'aucune opposition ou d'aucun silence de l'écarter ou de l'ajourner plus longtemps. Pour mon compte, je suis prêt à entrer dans la discussion quand elle s'ouvrira, à y apporter ma part de documents cliniques; car c'est par la clinique seule qu'elle se pourra juger. Mais, puisque l'occasion m'en est offerte, il est un avertissement que je demande la liberté de donner d'avance à ceux qui descendront dans l'arène. Quand il s'agit de savoir si une vaccine a été vraie ou fausse, nul praticien ne voudrait décider, d'après un seul signe, d'après la présence de l'auréole, par exemple. De même conseillerai-je un peu plus de défiance à ceux qui veulent affirmer, par cela seul qu'il y a induration à la base d'un chancre, que ce chancre doit compter pour infectant.

Je ne rappellerai point que, chez les femmes, la vérole est tout aussi commune, et cependant le chancre induré infiniment plus rare que chez l'homme. Je glisserai tout aussi rapidement sur ce fait, si grave néanmoins, que la production de l'induration est tellement favorisée par la structure de certaines régions, qu'on voit, par exemple, fort peu de chancres de la lèvre inférieure qui ne soient pas indurés, comme s'il ne pouvait pas s'y en inoculer d'autres. Bien qu'ils confirment mon peu de foi en l'induration considérée comme présage certain de vérole, ces motifs ne sont pas les principaux. Il en est un plus puissant, plus directement applicable aux difficultés ainsi qu'aux exigences de la discussion pro-

---

tribution dans les diverses parties du corps, tandis que la vie oisive le fait rester de préférence dans les viscères splanchniques; et comme l'utérus est naturellement disposé aux congestions, il est alors l'organe sur lequel se porte la plus grande quantité de ce liquide. De là les hypérémies de ce viscère, les engorgements, les déplacements, les douleurs utéro-lombaires, les pertes blanches, etc.

Autant la vie oisive et intellectuelle, enfin, favorise le développement des maladies nombreuses et bizarres du système nerveux, autant la vie active éloigne ces maladies.

§ 6. — Qu'on laisse donc pendant le jour la jeune fille, qui est toute activité, à ses jeux, à ses sauts, à ses courses; qu'on la laisse pendant la nuit prendre tout le sommeil qu'elle veut, car c'est pendant ce repos que se font surtout la véritable réparation et le véritable accroissement; qu'on ne se hâte pas d'occuper son esprit, ou qu'on l'occupe, du moins, d'une manière très légère. Ce sont les méthodes d'enseignement qu'il faut perfectionner, et qui, bien imaginées et bien appliquées, feraient faire plus de progrès en un an à une fille de huit à dix ans, qui est capable de bien saisir ce qu'on lui a dit, que les méthodes ordinaires n'en font faire en deux ans avant cet âge. Il est vraiment extraordinaire de voir des maîtresses de pension et des parents exiger des pauvres enfants le bon sens et le raisonnement d'une personne adulte. La plus petite étourderie, si naturelle à cet âge, est suivie de réprimandes et de punitions; on veut que cette enfant soit vieille avant d'être jeune. La vivacité, qui, à cet âge, profite autant au corps qu'à l'esprit, est ainsi étouffée pour l'un et pour l'autre.

Les autorités devraient veiller, autant que possible, à ce que les maisons d'éducation eussent des appartements bien aérés et largement éclairés, mais surtout un vaste jardin où, à diverses heures du jour, les jeunes filles pussent faire des exercices choisis avec intelligence pour leur développer la poitrine et le bassin. Quoique moins bien partagée quant à l'ampliation de la poitrine, la femme doit cependant tirer de là la force de sa santé et de sa constitution. Le cœur et le poumon sont les principaux instruments de la santé et de la vie. Qu'on laisse donc le corset aux femmes mal conformées ou chargées de trop d'embonpoint. La beauté de la taille ne consiste pas dans sa finesse, mais dans ses justes proportions avec le reste du corps. Le perfectionnement des corsets ne sera pas poussé assez loin, tant qu'ils renfermeront des ressorts et des baleines, et si tant est qu'on veuille des corsets, ils seront toujours nuisibles s'ils ne sont pas assez élastiques pour permettre la libre expansion de la poitrine.

chaine. Mais pour le présenter avec l'autorité qui ne saurait m'appartenir, c'est à l'observation, à une observation toute récente, que je vais céder la parole.

Un étudiant en médecine se présente il y a peu de temps chez moi. Atteint, en 1849, de chancres indurés au repli balano-préputial, il eut, au bout de six semaines, des tubercules muqueux au gosier, l'éruption caractéristique du cuir chevelu, puis des pustules aux jambes, symptômes dont il fut traité par un praticien éminent de cette ville et par moi. Bien guéri jusque-là, il eut dernièrement des rapports sexuels pour les suites desquels il vint me consulter au bout de cinq semaines, et je constatai..... (Qu'on me permette de suspendre pour un instant l'exposé des faits relatifs à ce premier malade, le récit n'en deviendra que plus instructif.)

Le lendemain même, il m'amena un de ses amis. Celui-ci, pur jusque-là de tout antécédent vénérien, avait cohabité avec la même femme quinze jours après son camarade. Je trouvai chez lui deux chancres simples, deux chancroïdes, avec un engorgement inflammatoire commençant des ganglions inguinaux, sans aucun signe ni présage de constitutionnelle.

Deux jours après, sur ma demande, j'étais mis à même d'examiner la femme, seul auteur de ce double accident. Les parties génitales ne m'offrirent qu'une leucorrhée. Mais à la marge de l'anus je vis une cicatrice assez large, qu'elle expliquait disant *avoir eu les hémorrhoïdes* six semaines ou deux mois auparavant. Or, ces prétendues hémorrhoïdes, dont elle n'avait jamais ressenti jusqu'alors la moindre atteinte, avaient beaucoup suppuré, peu saigné, s'étaient complétement effacées, en tant que tumeur, ne laissant qu'une cicatrice. Durant ce temps elle avait rendu malades ses deux amants. Evidemment l'hémorrhoïde n'était que le décent prête-nom du chancre ou plutôt du chancroïde ; car la cicatrice était souple ; nul engorgement inguinal ne subsistait, et la constitution, malgré la date déjà ancienne du symptôme primitif, me parut complétement intacte.

Le lecteur tient sans doute à savoir ce qu'avait le premier malade. Je pourrais le renvoyer, pour se satisfaire sur ce point, aux honorables confrères qui croient en l'induration comme signe univoque de vérole. Je pourrais, sans être taxé de trop d'exigence, leur demander, à eux, de dégager l'inconnue d'un problème dont les termes essentiels sont maintenant en leur possession. Mais je n'ai voulu qu'intéresser et non passionner la discussion, et leur dirai sans détour que mon premier malade, l'étudiant, m'offrit deux chancres très manifestement indurés. Il me donna de ce fait une explication à laquelle, du reste, je m'attendais, en m'apprenant que ces deux chancres récents s'étaient développés exactement à la même place qu'avaient occupée les deux anciens. Cependant, ajoutait-il, il n'était resté, dans l'intervalle, aucune dureté à cette place. Les ganglions inguinaux qui, depuis la première infection, avaient à peu près, mais n'avaient qu'à peu près, repris leur volume normal, recommencent aujourd'hui à offrir les caractères de l'induration. Pas de signe constitutionnel ancien ni récent.

Cette observation, qu'il m'a heureusement été permis de donner complète, vient fort à propos prouver ce que j'avais déjà avancé, il y a plus d'un an, dans ce même journal (1854, p. 228), que : « un chancre, sans être induré par son origine, mais reposant sur une base autrefois indurée, peut mentir une induration de source nouvelle, même aux yeux de l'observateur le plus exercé. »

Je n'en ai pas fini avec les méfaits de l'induration, considérée comme élément de diagnostic. Il m'est pratiquement démontré que certains sujets n'ayant eu qu'une syphilis constitutionnelle peu intense peuvent prendre, dans un coït ultérieur, un véritable chancre induré. J'ai même pu remarquer que chez quelques malades de cette classe l'induration, qui était bien manifeste sur un premier chancre, perd de ses caractères à un second, pour s'atténuer encore au troisième. Et j'ai l'observation d'un individu qui dut gagner successivement quatre chancres pour arriver enfin à en avoir un entièrement exempt de toute induration. Le client, fort intelligent et très versé dans la connaissance (je n'ose dire seulement théorique) de la spécialité syphilographique, prenait un certain plaisir à suivre avec moi, de carnaval en carnaval, la dégradation progressive de sa *réceptivité induratoire.*

Insisterai-je sur la possibilité de croire à l'induration là où elle n'existe réellement pas ? Non ; mon maître et ami M. Ricord a suffisamment développé cette judicieuse remarque, soit comme précepte clinique, soit comme argument polémique.

Insinuerai-je qu'on pourrait fort bien être amené à supposer, pour les besoins de la discussion, l'existence de ce symptôme dont la nature est telle que, chez le même malade, on voit parfois, de deux praticiens très éclairés, l'un en nier, l'autre en affirmer l'existence ? Non ; j'en ai assez dit, je l'espère, pour montrer que l'induration ne saurait justifier ses prétentions à être le seul criterium de la valeur des nouvelles doctrines sur la pathogénie de la syphilis. Et lorsqu'un homme ayant gagné la vérole, on voudra, trouvant un chancre induré sur sa femme, en conclure qu'un virus identique, que le virus infectant, a agi sur tous deux, je me bornerai à répondre : pour être en droit de donner à un chancre le nom d'infectant, ne vous contentez pas de le savoir induré ; attendez qu'il soit réellement infecté.

Ces explications terminées, je rentre dans le rôle que doit accepter, ce me semble, tout médecin jaloux d'apporter un tribut vraiment utile à l'élucidation de la grande question qui va s'instruire. Étudier attentivement les chancres primitifs qui passent sous mes yeux ; après en avoir déterminé la nature simple ou infectante, chercher à examiner, aussi promptement que possible, le conjoint suspect ; écarter, dans cette investigation, toutes les causes de méprise que le sot optimisme des malades ou leurs supercheries, la fréquence des amours intercurrentes, la contagion médiate, les fausses apparences séméiologiques, la précipitation à conclure, y multiplient d'une manière parfois inexplicable ; telle est la manière dont je veux continuer à procéder, afin de savoir ce qu'il y a de

---

On développera, au contraire, le thorax de la jeune fille par le chant, par la déclamation à haute voix et par les exercices qui exigent des efforts successifs. On développera son bassin par l'activité des membres inférieurs, comme nous le verrons plus loin. Il faudra la nourrir, non avec des friandises, qui plaisent, il est vrai, à cet âge, mais avec des aliments toniques, et surtout des viandes rôties ; on lui donnera aussi à boire un peu de vin. On l'habituera de bonne heure à l'ordre et à la propreté, autant que le permet son âge. Pendant l'hiver, elle portera de la flanelle sur la peau, et surtout on ne lui fera jamais quitter ses caleçons.

L'année scolaire ne devra pas être de onze mois, mais de huit ou neuf, et pendant les chaleurs énervantes de l'été les jeunes filles demeureront autant que possible à la campagne. C'est là surtout que, jouissant d'une pleine liberté, elles se retrempent à l'air, à la lumière et à l'électricité atmosphérique ; et si, pour la rentrée des classes, elles ont oublié quelques leçons, en revanche elles auront gagné cent fois plus de force et de santé. Les bains de mer, qui affermissent si bien la constitution, remplissent doublement l'indication que je viens de signaler.

§ 7. — Lorsque les demoiselles ont achevé leur éducation et qu'elles rentrent pour quelques années dans la maison paternelle, il ne faut pas que les parents les mènent des théâtres aux bals, où tout parle à leur imagination. Rien ne forme les jeunes filles comme les visites d'étiquette et la fréquentation des personnes honnêtes et polies. Ces visites sont même préférables aux visites fréquentes d'intimité : faites sous les yeux des parents, elles apprennent aux jeunes personnes à se présenter en société avec aisance et avec grâce. Ce n'est pas l'illusion qui les éblouit alors, c'est la réalité qui parle à leur esprit ; ce ne sont pas les penchants qu'elles écoutent, mais les devoirs.

On ne conduira pas les jeunes filles exclusivement dans les lieux fréquentés par le public ; mais quand le temps sera beau, on les mènera au moins deux fois par semaine à la promenade, soit à pied, soit à cheval ou en voiture, dans des lieux élevés ou bien aérés ; là elles pourront se distraire par des exercices ou par la contemplation des beautés qu'offrent l'art et la nature.

La mère, loin de conserver un air impérieux et sévère devant ses filles, devra captiver leur amitié en même temps que leur estime. C'est là un des plus beaux rôles de la mère de famille, et par ce moyen elle pourra également bien diriger le physique et le moral de ses filles.

Obtenant d'abord d'elles toutes sortes de renseignements, elle veillera plus facilement à la régularité de leurs fonctions naturelles, et surtout à

fondé dans la doctrine des deux virus, vers laquelle m'entraîne, je l'avoue, une instinctive sympathie.

RECHERCHES SUR LA FONCTION GLYCOGÉNIQUE DU FOIE, par le docteur LECONTE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

M. le docteur Leconte, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, veut bien nous adresser le travail sur la glycogénie dont le Compte rendu de l'Académie des sciences *a donné seulement un extrait, que nous avons nous-même analysé dans notre dernier numéro. Afin d'éviter un double emploi, nous renvoyons à cet extrait (page 313) pour les conclusions du travail.* A. D.

Attaché au collége de France comme préparateur du cours de M. Magendie, il m'a été donné d'assister M. Cl. Bernard dans la plupart des expériences qu'il a faites sur la fonction glycogénique du foie, et de répéter moi-même soit pour les besoins du cours, soit dans d'autres circonstances, ces recherches démontrant qu'il n'existe pas de *sucre* dans le sang de la veine porte d'animaux nourris avec de la chair, tandis qu'il en existe dans celui des veines hépatiques ; aussi suis-je certain d'être beaucoup au-dessous de la vérité, en affirmant que, pendant ces six dernières années, j'ai vu plus de *cent fois* la preuve de ce fait physiologique.

La formation du sucre dans le foie aux dépens des matériaux qui circulent dans cet organe me semblait donc un fait aussi incontestable que la présence de l'oxygène dans l'eau et dans l'air. Cependant, depuis quelques mois, on a publié des travaux tendant à prouver que le sucre contenu dans le foie et le sang n'avait d'*autre origine* que la transformation des substances amylacées faisant partie de l'alimentation ; puis voyant que cette hypothèse n'était pas soutenable, puisque des animaux à jeun ou nourris avec de la viande, ne contenant pas de sucre, présentent toujours, dans leur foie et dans le sang qui en sort, une quantité notable de sucre, on a abandonné la première manière de voir et l'on a dit : La viande est transformée en sucre avant le foie, qui ne fait alors que le condenser.

Les recherches que j'ai entreprises dans le but de vérifier les opinions précédentes m'ayant conduit à des résultats qui diffèrent complétement de ceux auxquels je viens de faire allusion, j'ai pensé que mon travail, en jetant quelque lumière sur cette controverse, ne serait pas trop indigne de la bienveillance de l'Académie, heureux si, après avoir obtenu son contrôle, il méritait son approbation.

Dans les expériences que je vais décrire, les animaux ont été sacrifiés par la section du bulbe rachidien. Une incision pratiquée sur le flanc droit, au-dessous de la dernière fausse côte, permettait d'appliquer une ligature sur la veine porte ; l'abdomen était alors ouvert et la veine cave inférieure liée au-dessous du diaphragme. Une ouverture pratiquée à ce muscle permettait d'introduire le doigt dans la poitrine, de saisir la veine cave inférieure au-dessus du diaphragme et d'y appliquer une seconde ligature : de cette manière le sang des veines hépatiques se déversait dans la portion de la veine cave comprise entre les deux ligatures ; on ouvrait alors la poitrine et l'on désarticulait quelques côtes.

Une incision faite à la veine porte entre la ligature et les intestins permettait de recueillir le sang provenant de ces derniers organes. Un tube de verre fixé dans le vaisseau conduisait le sang dans un vase de verre et s'opposait ainsi à son mélange avec le sang des différentes parties du corps. L'expérience m'a démontré qu'en pratiquant l'incision entre la ligature et le foie, le sang ainsi obtenu contenait une grande quantité de sucre, par suite d'un reflux déjà, et depuis longtemps, signalé par M. Bernard. Un tube de verre introduit dans la portion de la veine cave limitée par les deux ligatures permettait de recueillir, sans mélange, le sang des veines hépatiques ; cette précaution était indispensable pour éviter toute erreur, car en prenant le sang dans le cœur droit, on obtient un mélange de sang provenant de toutes les parties du corps, et par suite il devient impossible de doser le sucre contenu dans le sang du foie.

Le sang était recueilli dans des vases pesés d'avance, portant une étiquette indiquant le poids du vase et l'origine du sang ; une nouvelle pesée faisait connaître le poids de ce dernier, auquel on ajoutait immédiatement, et en agitant avec soin, trois fois son poids d'alcool à 36°.

On jetait alors sur de petits carrés de toile fine bien résistante et l'on comprimait aussi fortement que possible ; les liqueurs ainsi obtenues étaient jetées sur un petit filtre, le résidu resté dans la toile, le vase et le filtre était lavé aussi exactement que possible avec de l'alcool, et, après avoir acidulé par l'acide acétique pur, on évaporait les liqueurs alcooliques au bain-marie.

Les extraits alcooliques traités par l'eau étaient additionnés d'un poids connu de levûre de bière fraîche, introduits dans des cloches graduées remplies de mercure, puis exposés à une douce température ; enfin un tube *témoin* contenant la même quantité de levûre de bière délayée dans l'eau distillée était placé dans les mêmes conditions de température que les cloches graduées, afin d'avoir la certitude que la levûre ne donnait aucun gaz.

Le gaz carbonique était mesuré en tenant compte de la température et de la pression, et en effectuant les corrections.

La quantité de sucre était calculée d'après la formule

$$C^{12}H^{12}O^{12} = 4\,CO^2 + 2\,(C^4H^6O^2).$$

L'expérience m'a démontré que la quantité de gaz restant dans le liquide fermenté était insignifiante, surtout lorsqu'on opère à une pression inférieure à celle de l'atmosphère.

---

celles de la menstruation, pour y apporter le remède, s'il faut, en temps opportun. Mais, de plus, cette confiance la rendra maîtresse du caractère de ses filles ; caractère qui, bien ou mal dirigé, influe non-seulement sur la vie intime et les rapports sociaux, mais encore sur la santé, et plus tard sur la grossesse, l'accouchement et l'éducation de la famille.

On a trop souvent confondu, en effet, l'éducation intellectuelle avec l'éducation morale. La première développe les connaissances et marche en raison directe du système nerveux ; l'éducation morale, au contraire, nous rend maître de notre volonté pour la soumettre au devoir, et pour qu'elle soit bonne, il n'est pas toujours nécessaire de posséder un grand savoir ; la politesse elle-même n'est qu'une extension de la morale à des devoirs sociaux du meilleur goût. Une demoiselle qui n'aurait reçu qu'une éducation intellectuelle, malgré son instruction et son esprit, serait souvent capricieuse, irritable, orgueilleuse, souvent même volontaire, ou exagérée dans ses idées ; et si parfois elle plaisait, ce ne serait que par boutades, souvent même elle indisposerait contre elle les personnes qui l'entourent. Elle se rendrait malheureuse même par les contrariétés qu'elle éprouverait à la moindre occasion, et si son caractère n'était pas modifié par l'éducation morale, elle verrait bientôt sa santé s'altérer par les maladies aussi nombreuses que bizarres du système nerveux.

Or, nous l'avons déjà dit, et nous aurons souvent occasion de le répéter, le développement outré de ce système est peu propre à favoriser les qualités physiques et morales de la maternité.

Autant l'éducation intellectuelle augmente souvent les inconvénients dont nous venons de parler, autant l'éducation morale les soumet et les efface. Esclave de ses devoirs, docile sans bassesse, la femme trouve alors de la patience là où la force lui fait défaut. Toujours modeste, elle est d'un caractère uniforme, et le calme de son esprit se traduit dans son corps par la régularité de toutes les fonctions. Cette femme, qui peut n'avoir ni beaucoup d'instruction ni beaucoup d'esprit, rend néanmoins agréables tous les rapports qu'elle a avec sa famille et toutes les personnes qui la fréquentent. Cela, sans doute, ne constitue pas toutes les qualités de la maternité, mais c'est par l'éducation morale que les demoiselles des villes et des classes aisées peuvent corriger, jusqu'à un certain point, l'excessif développement de leur système nerveux.

C'est précisément après s'être rendue maîtresse de l'esprit de sa fille, que la mère pourra achever l'éducation morale que celle ci a déjà dû recevoir dans les pensionnats. Elle trouvera alors par le seul moyen de la douceur assez de docilité dans sa fille pour n'en appeler jamais en vain à ses devoirs et à sa raison. Elle fera plus facilement le choix de ses lec-

On a constamment constaté l'absence de sucre dans la chair donnée comme aliment aux animaux servant aux expériences.

Avant de déterminer la quantité de sucre contenue dans le sang, je fis les deux expériences qualitatives suivantes :

Première expérience. — Un chien de moyenne taille fut laissé à jeun pendant vingt-quatre heures, puis on le sacrifia une heure après un repas dans lequel il avait mangé un kilo de viande de bœuf crue.

Extrait alcoolique du sang de la veine porte et cupro-tartrate de potasse : *rien*.

Extrait alcoolique du sang de la veine porte et fermentation : *rien*.

Extrait alcoolique du sang des veines hépatiques et cupro-tartrate de potasse : *réduction abondante*.

Extrait alcoolique des veines hépatiques et fermentation : *gaz carbonique abondant*.

Deuxième expérience. — Un jeune chien de trois mois, très fort et très vigoureux pour son âge, fut nourri de viande cuite pendant dix jours; le onzième, on lui fit manger de la viande de bœuf crue ; deux heures après on le sacrifia.

33 grammes de sang de la veine porte fournirent un extrait alcoolique qui ne donna *rien* par la fermentation et une réduction *douteuse* par le cupro-tartrate de potasse.

4 grammes de sang des veines hépatiques donnèrent un extrait alcoolique qui fournit, par le cupro-tartrate de cuivre, une réduction abondante, et, par la fermentation, une quantité notable d'acide carbonique.

Troisième expérience. — Un chien de très forte taille fut nourri pendant quinze jours à la viande cuite ; le seizième, on lui donna un kilo de viande de bœuf crue ; deux heures après ce repas l'animal fut sacrifié. On recueillit :

Sang de la veine porte .... 73 gram.

qui donnèrent :

Extrait alcoolique après une seconde solution dans l'alcool 0,60

Ce qui donne pour :

Sang frais .... 1000 part.
Extrait sec de la deuxième solution alcoolique 8,22

Ce résidu sec, traité par l'eau et mis en contact avec la levûre de bière, ne donna aucune trace de gaz.

On obtint également :

Sang des veines hépatiques .... 49 gram.

qui donnèrent :

Extrait alcoolique repris une seconde fois par l'alcool 0,70

Ce qui donne pour :

Sang des veines hépatiques .... 1000 part.
Extrait de la deuxième solution alcoolique 14,65

Le sang des veines hépatiques laisse donc une plus grande quantité de résidu que celui de la veine porte.

Le résidu précédent, traité par l'eau et additionné de levûre, donne, après 18 heures, 21^{cc},39 d'acide carbonique qui représentent en poids 0^{gr},0422 de ce gaz, soit 0^{gr},0863 de sucre, ce qui donne pour:

Sang frais des veines hépatiques .... 1000 part.
Sucre 1,771
Et pour extrait alcoolique des veines hépatiques ... 1000 part.
Sucre 123

Dans ce sang, le sucre représente donc à peu près le huitième de l'extrait alcoolique sec.

Le tube témoin contenant la levûre ne donna pas de gaz pendant la durée de cette expérience.

Quatrième expérience. — Un épagneul de forte taille fut mis à la diète pendant vingt-quatre heures, puis nourri cinquante-huit jours à la viande cuite. On le sacrifia deux heures et demie après son dernier repas, et l'on obtint :

Sang de la veine porte .... 149^{gr},7

qui donnèrent :

Extrait alcoolique 2,056

Soit pour :

Sang frais .... 1000 part.
Extrait alcoolique sec 13,74

Cet extrait n'avait pas été traité une seconde fois par l'alcool; dissous dans l'eau et mis en contact avec la levûre pendant dix-huit heures, il ne donna pas de gaz.

Le produit resté dans la toile séché à 100° pesait .. 33^{gr}
En y ajoutant l'extrait alcoolique 2,056

On obtient 35,056

Ce qui donne pour :

Sang de la veine porte .... 1000 part.
Eau 766,26
Substances solides 233,74

Le sang des veines hépatiques obtenu pesait ..... 54^{gr},8
Il laissa extrait alcoolique sec 1,096
Soit pour sang frais .... 1000 part.
Extrait alcoolique sec 21,82

Cet extrait, ainsi que le précédent, ne fut pas repris une seconde fois par l'alcool ; traité directement par l'eau et la levûre, il donna après dix-huit heures :

17^{cc},9 d'acide carbonique qui représentent :

Sucre .... 0^{gr},0726

Ce qui donne pour :

Sang frais .... 1000 part.
Sucre 1,334
Et pour extrait alcoolique des veines hépatiques .. 1000 part.
Sucre 66,2

Les substances restées dans la toile, séchées à 100° pesèrent .... 13^{gr},21
En y ajoutant l'extrait alcoolique .... 1^{gr},096

On obtient substances sèches .... 14^{gr},306

Ce qui donne pour :

tures, elle la formera sans peine à la simplicité et au bon goût de la toilette, ce qui est bien différent du luxe. Elle lui apprendra à plaire plutôt par ses qualités que par les formes extérieures ; elle l'initiera aussi à la surveillance et à la direction de l'intérieur de la maison, ce qui n'est pas seulement utile à l'entretien de la santé, mais ce qui convient même à des princesses ; enfin, elle lui fera faire plus aisément un bon choix pour le mariage.

§ 8. — C'est seulement lorsque la demoiselle a acquis le développement qu'elle doit à peu près conserver pour toujours, qu'on peut lui permettre de se marier. Si le développement n'est pas complet, il est ordinairement arrêté par une grossesse, et les exceptions à cette règle sont bien rares. Il est bien plus fréquent, au contraire, de voir la femme mariée trop jeune, après la première grossesse, perdre même de la force qu'elle avait déjà acquise, et s'en ressentir pour tout le reste de sa vie.

Dans nos climats tempérés, c'est ordinairement à vingt ans que le développement est achevé. Le squelette peut être bien formé avant cet âge, mais la constitution n'est pas encore affermie, et il y a des jeunes filles chez qui elle ne l'est entièrement qu'à vingt-cinq ans. La connaissance de ces limites est de la plus grande utilité, non-seulement pour le physique, mais même pour le moral. La jeune femme a passé alors l'âge des premières impressions où souvent tout est illusion ou exagération, elle est capable de mieux sentir ses devoirs ; elle a, en un mot, les qualités physiques et morales pour devenir une bonne mère de famille, pour mettre au monde des êtres robustes et pour faire un accouchement physiologique naturel.

Sans les qualités dont nous venons de parler, le mariage est pour elle une charge pénible et même dangereuse.

Qu'on ne sacrifie donc plus l'éducation physique de la demoiselle de la ville à son éducation intellectuelle. Quand on s'y prend avec intelligence, on peut suffisamment développer à la fois l'une et l'autre ; mais s'il fallait quelques sacrifices, nous conseillerions de les imposer de préférence à l'éducation intellectuelle.

La femme, sans doute, est un des moyens les plus civilisateurs de notre société, mais ne posséderait-elle pas beaucoup d'instruction, qu'elle aurait toujours de la finesse naturelle dans la manière de sentir et une grande délicatesse dans l'expression de ses sentiments. N'aurait-elle, du reste, que le langage de bonne épouse et de bonne mère qui parle si naturellement au fond de son cœur, que ce serait toujours assez pour mériter l'estime et l'attachement dont l'homme est capable.

Sang des veines hépatiques	1000 part.
Eau	737,38
Substances sèches	262,62

De telle sorte que :

Substances sèches des veines hépatiques	1000 part.
Contiennent sucre	5,11

Cinquième expérience. — Un chien de très forte taille fut laissé à jeun pendant vingt-quatre heures ; puis on lui fit faire un repas composé de 1250 grammes de viande de bœuf crue. On prit 61 grammes de sang de la veine porte et 61 grammes de sang des veines hépatiques ; les extraits alcooliques qui en provinrent furent traités par l'eau, additionnés de 1 gramme de levûre de bière, et placés chacun dans une cloche graduée. Le tube témoin et celui de la veine porte ne donnèrent point de gaz ; l'extrait des veines hépatiques donna 67 centimètres cubes d'acide carbonique, représentant 0gr,2715 de sucre, ce qui donna la composition suivante :

Sang frais des veines hépatiques	1,000 part.
Sucre	4,452

(Voir les conclusions dans la *Gazette hebdomadaire*, n° 17, t. II, p. 313.)

III.

CORRESPONDANCE.

Éclampsie survenue spontanément le dixième jour après l'accouchement, et terminée par la mort en vingt-cinq heures de permanence d'accès.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Les cas d'éclampsie puerpérale survenant après l'accouchement sont d'autant plus rares que la date de celui-ci est plus éloignée ; aussi la *Gazette hebdomadaire* a-t-elle cru devoir publier dans ses intéressantes colonnes deux faits de ce genre survenus l'un neuf jours, l'autre vingt-trois jours après l'accouchement. Si le suivant, que j'extrais de ma pratique de ville, peut vous offrir quelque intérêt, je vous serai obligé de le publier.

OBS. Madame de L..., dix-huit ans, tempérament lymphatico-nerveux, légèrement chlorotique, mais d'une bonne constitution, quoique donnant quelques signes d'hypertrophie du cœur (affection, du reste, chez elle et ses frères, héréditaire du côté maternel), se trouve grosse, pour la première fois, en 1849. Voulant se soustraire à la terreur profonde que lui inspirent les émotions populaires, sans cesse renaissantes, dont 1848 avait doté la capitale, elle quitte Paris vers le milieu de 1849, pour venir faire ses couches dans la famille de son mari, à Caen. Elle réclame mes soins. Pendant les trois derniers mois, la grossesse n'offre rien de particulier, si ce n'est une infiltration œdémateuse des jambes, qui tend incessamment à persister et à s'accroître. Six semaines environ avant l'accouchement, je pratique une saignée du bras, pour remédier à un état de pléthore générale avec oppression et somnolence. Cet état cesse ; mais les jambes restent fortement infiltrées. Je dois noter que l'ouverture de la veine ne fournit qu'un sang pâle, séreux, où nagent d'assez rares globules. L'accouchement a lieu de la manière la plus heureuse, le 7 octobre 1849, après un travail d'environ quatorze heures. Aucun accident ne survient, mais les jambes persistent à rester œdémateuses. Madame de L... veut allaiter son enfant ; je la mets au régime ordinaire des femmes chez lesquelles on veut favoriser la lactation. Mais, au bout de trois à quatre jours, elle est obligée de renoncer à ce complément de l'acte maternel, par suite des douleurs atroces que la succion de l'enfant lui fait éprouver vers les seins, dont je ne puis parvenir à développer le mamelon, quelque moyen que j'aie pu mettre en usage. Je suspends l'alimentation, prescris quelques boissons délayantes, des lavements émollients, pour tâcher de modérer un peu l'ascension du lait, qui, d'ailleurs, n'est que fort peu caractérisée ; les seins sont à peine turgescents. Rien que de très normal ne se manifeste jusqu'au 17 du même mois, c'est-à-dire dix jours après l'accouchement. *Les jambes sont toujours fortement œdématiées*, et c'est à dessein que j'insiste sur ce point. L'écoulement des lochies est à peu près terminé. La malade a pris dans la journée un très léger repas, composé d'un merlan frit, d'un peu de pain bien levé et d'un verre d'eau vineuse. Elle l'a parfaitement digéré. Je la vois vers neuf heures du soir ; elle est assise dans son lit, très gaie, et donnant tout l'essor à son aimable caractère, naturellement enjoué. Elle se plaint de n'avoir pas eu de selles suffisantes depuis trois à quatre jours, et d'éprouver de la plénitude abdominale. En effet, le ventre est légèrement pâteux au toucher. Je prescris un lavement avec 15 grammes de séné et une cuillerée de sel commun. Il est immédiatement administré, et provoque une copieuse évacuation alvine. La jeune malade s'endort d'un profond sommeil vers les onze heures du soir.

Sur les deux heures du matin, elle s'éveille, se plaint de froid aux jambes. Sa belle-mère, qui, par excès de dévouement, veille encore à son chevet, bien que rien ne motive plus cette précaution, va pour jeter une couverture sur les extrémités inférieures, lorsque, tout à coup, madame de L... jette la tête en arrière, en disant qu'elle se sent mourir. La face se met à grimacer ; la langue s'épaissit ; les membres se tordent, agités par d'affreuses convulsions. L'intelligence s'abolit. On vient me chercher en toute hâte.

Une heure à peine s'était écoulée depuis l'invasion du mal ; j'étais auprès de la malade, et je pus constater une attaque d'éclampsie des plus caractérisées. Un peu d'écume, rendue sanguinolente par quelques morsures que les dents ont faites à la langue, s'écoule de la commissure des lèvres. Les yeux roulent avec terreur dans leurs orbites ; quelques sons gutturaux et inarticulés s'échappent du gosier ; la face est alternativement fortement colorée ou livide. La malade ne reconnaît personne ; néanmoins toute perception ni toute sensibilité ne sont pas entièrement abolies. Les membres, les supérieurs surtout, sont le siége de mouvements saccadés, désordonnés, avec pronation des mains. Les accès se répètent et se prolongent avec une si effrayante continuité, qu'à bien dire, depuis l'invasion jusqu'à la mort, ils ne constituent qu'un long accès. Les lochies, qui suintaient encore un peu dans le courant du jour précédent, ont totalement disparu. La vulve et le vagin sont secs et chauds, et, phénomène pour moi caractéristique, *l'infiltration des membres inférieurs a totalement disparu depuis le commencement de l'attaque d'éclampsie.* Le pouls est tellement petit, tremblotant, serré, fréquent, qu'il consiste plutôt en une frétillation continue qu'en battements prononcés et perceptibles.

Nous ne couvrirons pas d'opprobre ni de blâme la femme stérile, comme le font certains peuples, car elle n'a, pour cela, rien à se reprocher. Mais nous dirons qu'une femme, quelque instruite qu'elle soit, ne sera jamais plus accomplie que lorsqu'elle remplira le mieux les conditions de la maternité, qui est sa principale mission, comme le disait le grand homme à madame de Staël. Dr MATTEI.

MULTIPLICATION DES POISSONS. — Nous extrayons du compte rendu d'une leçon de M. Duméril fils (LA SCIENCE, 30 avril 1855), le passage suivant :

« Rondelet distingue 250 espèces de poissons. Linné, en 1766, en a reconnu 477. Dans son ouvrage (1798-1803), Lacépède faisait connaître 1,500 espèces, réduites par Cuvier à 1,300. Bloch, en 1800, admettait 2,000 espèces. Dans l'Éloge de Lacépède, Cuvier fut conduit à en admettre 4,000 ; il porta plus tard ce nombre à 6,000. M. Agassiz suppose qu'on peut porter le nombre des espèces à 8,000, et il admet 17,000 espèces de poissons fossiles distinctes de nos races actuelles. Quant aux individus, le recensement est peut-être un peu moins imparfait que pour d'autres animaux. On sait, en effet, quelle multitude on en détruit chaque année : pour les harengs, par exemple, depuis le XIIe siècle, on en tire de la mer une immense quantité, et leur nombre ne diminue pas. Le banc de Terre-Neuve continue aussi à fournir chaque année une abondance prodigieuse de morues. Sur les côtes de Bretagne, on pêche chaque année SIX CENTS MILLIONS de sardines ; chaque année on les retrouve en nombre égal. On a donné beaucoup d'estimations du nombre des œufs : Leeuwenhoeck, dans la morue, en compte 9,340,000 ; MM. Valenciennes et Frémy disent que le muge à grosses lèvres en produit 13 millions. Si ces masses arrivaient à leur entier développement, elles encombreraient les mers, mais beaucoup de causes s'y opposent : d'abord la manière dont s'opère la fécondation, qui en laisse une grande partie non fécondée ; ensuite, parmi ceux qui sont fécondés, beaucoup n'arrivent pas à maturité par suite de circonstances particulières ; puis ces œufs et les jeunes poissons servent de nourriture à un nombre considérable d'animaux. »

MM. MATICE et WOILLEZ viennent d'être nommés médecins du Bureau central, à la suite du concours ouvert le 14 mars dernier.

Le traitement n'offrit rien de particulier. Me reportant à l'état du sang que j'avais obtenu par l'ouverture de la veine six semaines auparavant, à sa nature séreuse, et intimement convaincu que j'avais affaire à une éclampsie que je crois pouvoir regarder comme provoquée par la pauvreté du sang, augmentée encore par le raptus séreux qui s'est évidemment fait vers le cerveau, je n'ose recourir à la saignée générale. Je redoute une déplétion trop brusque du cerveau. Je me borne à des applications répétées de sangsues à la vulve, en même temps que j'emploie à l'intérieur les antispasmodiques, et à l'extérieur les révulsifs cutanés le plus promptement énergiques. Le matin, à dix heures, deux de mes confrères sont appelés en consultation. La même médication est suivie. A sept heures du soir, un troisième consultant m'est adjoint. Une saignée du bras est décidée. A mon grand regret, et aussi en désespoir de cause, je la pratique. Une légère rémission survient; mais, deux heures plus tard, les accidents reprennent, si c'est possible, une nouvelle intensité, marchent d'une manière plus continue encore; et, vers les quatre heures du matin, la jeune malade expire, après une recrudescence de crise, pendant laquelle la respiration était devenue de plus en plus stertoreuse. L'autopsie ne fut pas pratiquée.

Cette observation n'a par elle-même rien que de funestement naturel, sauf le temps de son invasion; mais si je la rapproche de six autres cas d'éclampsie dont j'ai été témoin et qui n'offrent rien de bien spécial, survenus ou pendant le travail de l'accouchement même, ou de deux à vingt-quatre heures au plus après sa terminaison, *mais tous observés chez des femmes dont les extrémités inférieures avaient été plus ou moins infiltrées pendant la gestation*, elle sert à me convaincre de plus en plus des principes suivants, relativement à l'apparition de cette terrible maladie. Je les formule ici :

1° L'éclampsie est d'autant plus imminente, à l'époque de l'accouchement, que les femmes auront été affectées d'infiltration œdémateuse des jambes, et que celle-ci aura été plus persistante et plus prononcée.

2° Il y a presque toujours, pour ne pas dire toujours, coïncidence entre le développement de l'éclampsie et la disparition de l'œdème des jambes.

3° L'éclampsie survient d'autant plus certainement que cette disparition se fait d'une manière plus brusque et plus rapide, quel que soit l'accouchement.

4° L'éclampsie, survenue dans ces circonstances, me semble être le résultat d'un raptus séreux qui s'opère brusquement vers le cerveau, sorte d'apoplexie séreuse occasionnée par l'élément de l'infiltration, qui se trouve tout à coup reporté dans le torrent circulatoire et vient modifier la qualité du sang, et, par suite, l'influence cérébrale.

5° Le pronostic me paraît d'autant plus grave, que les accidents se manifestent à une époque plus éloignée de l'accouchement.

6° L'éclampsie qui survient pendant le travail même de la parturition me paraît être la moins grave de toutes, et s'amende le plus souvent.

7° C'est surtout au traitement de cette dernière forme que les émissions sanguines générales et les bains m'ont semblé particulièrement applicables.

8° L'administration des antispasmodiques et des révulsifs cutanés et intestinaux énergiques me paraît devoir être réservée pour l'autre forme.

J'ai l'honneur de soumettre, monsieur et honoré confrère, ces déductions à votre bienveillante appréciation.

J. Lecœur, D. M. C. P.,
professeur à l'école de médecine de Caen.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Physiologie et embryologie tératologique. — *Observations sur le mémoire de M. Coste, relatif à l'origine de la monstruosité double chez les poissons osseux*, par M. *de Quatrefages*. — Après avoir fait remarquer que, dans la communication du 19 mars, il ne s'agissait que d'*un cas particulier* et nullement d'une doctrine générale sur la monstruosité double chez les poissons osseux, M. de Quatrefages, malgré les observations de M. Coste, malgré les expériences de M. Lereboullet, persiste à croire que, dans certains cas, la présence de deux germes, et, par suite, de deux embryons dans un même œuf, ne peut guère s'expliquer que par la coalescence de deux vitellus, coalescence ayant eu lieu pendant que l'œuf se constitue, par conséquent bien avant la fécondation, et permettant, par suite, que la masse commune soit embrassée par le même blastoderme.

A l'appui de cette opinion, M. de Quatrefages cite un second exemple. C'est le cas d'un monstre double antérieurement et simple en arrière, dans lequel l'un des individus composants est régulièrement conformé en avant; l'autre présentant, au contraire, dans cette partie, plusieurs phénomènes d'arrêt de développement et d'éventration. La masse vitelline est formée de *deux portions bien distinctes et très inégales*. La plus petite tient à la plus grande par les trois quarts environ de son pourtour : le reste est libre. Tout ici fait penser à deux vitellus réunis, mais inégalement développés.

Malgré les arguments de M. Coste, M. de Quatrefages admet encore les conséquences anatomiques qui résultent de sa doctrine, à savoir que deux organismes déjà avancés peuvent entrer en coalescence non-seulement par des adhérences superficielles, comme dans le cas cité par M. Geoffroy Saint-Hilaire, mais encore par une fusion profonde et complète, et par la soudure au moins locale, des viscères. Admettant, avec MM. Vogt et Lereboullet, que le canal vitellaire persiste après l'éclosion, et que la matière vitelline est non-seulement *résorbée* par le lacis vasculaire des vaisseaux omphalo-mésentériques, mais aussi *absorbée* directement par l'intestin, M. de Quatrefages pense que la réunion des intestins et des foies, par exemple, peut aisément s'opérer, ces viscères se trouvant dans d'excellentes conditions pour contracter des adhérences avec des organes semblables, et placés dans des conditions exactement pareilles.

M. *Coste* répond à M. de Quatrefages qu'il tient à sa disposition un nombre considérable de sujets vivants, doubles ou simples, de tous les âges, au moyen desquels il sera facile de lui montrer, sur nature, que les deux intestins sont parfaitement clos longtemps avant que la résorption de la vésicule ombilicale leur permette de se toucher; qu'il n'y a jamais qu'une seule vésicule ombilicale pour deux fœtus, et qu'un seul et même appareil vasculaire pour cette vésicule ombilicale, l'artère omphalo-mésentérique de l'une transmettant la majeure partie de son sang à la veine de l'autre.

M. Coste reprenant l'exposé de ses recherches sur l'origine de la monstruosité double chez les poissons osseux, qu'il avait commencé dans la dernière séance, se propose de démontrer, par l'étude des premières phases du développement, que non-seulement la monstruosité double, chez les poissons osseux, n'est pas le résultat de la fusion de deux embryons primitivement entièrement séparés sur un double vitellus vasculaire, c'est-à-dire sur deux vésicules ombilicales conjuguées; mais qu'il est impossible que deux vésicules ombilicales se forment, et, par conséquent, coexistent dans un même œuf.

Après avoir rappelé succinctement le travail moléculaire qui s'opère au sein de l'œuf, la formation du vitellus albumineux, de la cicatricule, du blastoderme, de la vésicule ombilicale, etc., et les divers phénomènes de la segmentation, M. Coste admet que chez les poissons osseux, le point qu'occupait dans l'œuf la vésicule germinative doit être, comme chez les oiseaux, les poissons cartilagineux, etc., le lieu d'élection et comme le foyer vers lequel les granules moléculaires sont entraînés après la fécondation, pour y former la cicatricule ou le germe.

Si deux vésicules germinatives coexistent dans le même œuf, comme l'expérience le démontre, elles constituent un double foyer vers lequel les granules moléculaires, ordinairement consacrés à ne former qu'une seule cicatricule, se réunissent soit en deux groupes séparés, soit en deux groupes confondus qui, se segmentant de concert, forment un blastoderme unique, blastoderme dans lequel le degré de conjugaison, selon la loi d'affinité des parties similaires, serait invariablement réglé par la position et la direction réciproques des axes virtuels des deux êtres en voie de formation.

Chirurgie. — *Mémoire sur la cautérisation méthodiquement appliquée à la guérison des ruptures du périnée et de la cloison recto-vaginale*, par M. *Jules Cloquet*. — Après avoir rapidement examiné quelques-uns des moyens employés pour remédier à ces incommodes lésions, après avoir constaté l'insuffisance de ces procédés, l'auteur propose d'appliquer au traitement de ces ruptures le cautère actuel, employé déjà avec succès par Lallemand, Sédillot, Dupuytren et M. Martin-Saint-Ange à la guérison des fistules. Mais, contrairement à la méthode suivie par ces chirurgiens, le procédé de M. J. Cloquet consiste à agir sur un seul point des bords de la division, sur leur angle de réunion, à attendre la chute de l'eschare et la cicatrisation de la petite plaie pour pratiquer une nouvelle

cautérisation, et à recommencer ainsi autant de fois que la nature des désordres l'exige. D'après l'auteur, c'est le tissu cicatriciel qui, par sa rétraction, rapproche les bords de la plaie. M. Velpeau pense qu'il y a plutôt abaissement graduel de la cloison recto-vaginale qu'une réunion réelle de la division.

M. Cloquet termine son travail par l'analyse de six observations relatives à des cas de guérison prompte et définitive soit de ruptures du périnée, soit de déchirure de la cloison recto-vaginale par ce procédé. (*Section de médecine et de chirurgie.*)

Détermination des véritables caractères des plaies sous-cutanées, par M. *Bouvier*. — L'auteur résume les opinions consignées dans son mémoire par les conclusions suivantes :

1° Les plaies sous-cutanées, comme tous les autres genres de plaies, sont une cause d'irritation traumatique, et provoquent une inflammation locale qui se lie au mécanisme de leur guérison.

2° Ce qui fait leur caractère spécial, c'est le faible degré d'irritation et d'inflammation qu'elles déterminent; c'est la cicatrisation immédiate ou sans suppuration qui en est la suite : d'où les avantages reconnus par divers chirurgiens, depuis 1816, aux opérations sous-cutanées, et en particulier à celles qui ont pour objet la section des muscles et des tendons.

3° L'occlusion des plaies sous-cutanées produit leur innocuité relative et leur mode de cicatrisation, en appliquant les tissus les uns contre les autres, en excluant tout contact étranger, en multipliant les rapports du liquide organisable ou blastème avec la matière organisée et vivante.

4° L'inflammation suppurative s'empare exceptionnellement des plaies sous-cutanées par suite d'irritations locales accidentelles, d'une diathèse générale, de la prédisposition inflammatoire de certains tissus, d'un épanchement sanguin trop considérable, ou du défaut d'occlusion de la plaie, qui rentre alors dans la classe des lésions traumatiques communiquant avec l'extérieur.

5° Les cicatrices des différents tissus, os, muscles, tendons, nerfs, etc., dans les plaies sous-cutanées guéries par cicatrisation immédiate, ne sont point d'une autre nature que celles qui succèdent à beaucoup de plaies suppurantes : la formation du pus ne nuit que dans certaines conditions à la production ou à la perfection de ces cicatrices. (*Section de médecine et de chirurgie.*)

Traitement d'une fracture ancienne de l'humérus par la suture des fragments, après leur résection oblique, par M. *Laugier*. — L'auteur rend compte d'une opération qu'il a pratiquée, le 9 mars dernier, à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une fracture de l'humérus droit non consolidée, datant de doux ans, et traitée sans succès, en divers pays, par différents procédés, et pour laquelle il a appliqué la suture des fragments après leur résection. Aujourd'hui, la consolidation est déjà avancée, et avec une régularité parfaite du membre.

La méthode n'est pas nouvelle : elle a été successivement employée par Kearny Rodgers en 1825, par Valentine Mott en 1831, et par M. Flaubert (de Rouen) en 1838. Seulement, jusqu'ici la résection des fragments a toujours été faite dans une direction perpendiculaire à l'axe de la diaphyse. Mais réalisant une pensée dont la priorité appartient à M. Flaubert, M. Laugier a scié chaque fragment obliquement, pour les faire correspondre par une plus large surface. L'extrémité du fragment supérieur, de forme conique, attirée à travers une incision des parties molles pratiquée au côté externe du bras, fut taillée en biseau aux dépens de son côté interne. L'extrémité du fragment inférieur, amenée à son tour au dehors à travers la plaie, et séparée des parties molles seulement sur le côté externe de son sommet, fut sciée elliptiquement aux dépens de son côté externe. Une perforation pratiquée à chaque fragment permit de le traverser par une ligature composée de plusieurs fils cirés, dont les deux chefs furent ensuite noués sur l'os par un double nœud, puis laissés dans la plaie entre les bords.

La ligature tomba d'elle-même au bout de trois semaines, et l'anse de fil sortit entière : donc elle avait usé et coupé les bouts d'os qu'elle traversait ; cependant aucune parcelle d'os nécrosée ne s'est présentée à la plaie. Depuis quinze jours, le bras a été placé dans un appareil inamovible en gutta-percha, dont une valve amovible permet d'examiner le bras sans imprimer de mouvement aux fragments.

La section oblique des fragments offre sur les autres procédés le double avantage de ne pas produire un raccourcissement de l'os, et de rendre l'opération plus facile, moins longue et moins dangereuse.

M. Laugier pense même qu'il serait facile, après la section oblique du fragment le plus superficiel, de pratiquer sur la diaphyse de l'autre fragment, une entaille longitudinale au niveau du fragment reséqué, et d'établir, par le rapprochement de ce fragment et de cette entaille, une sorte de greffe *par approche*, comme dans les végétaux. (*Section de médecine et de chirurgie.*)

TOXICOLOGIE. — M. *Duroy*, à l'occasion d'un rapport fait récemment à l'Académie, rappelle qu'antérieurement aux communications de M. Alvaro Reynoso et de MM. Braynard et Green, il avait été conduit, par l'examen des propriétés déjà constatées de l'*iode*, à proposer d'essayer l'emploi de cet agent comme moyen de combattre les virus et les venins, ainsi que les empoisonnements miasmatiques.

NOMINATION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre correspondant dans la *section de médecine et de chirurgie*, en remplacement de M. *Orfila*, décédé.

Au premier tour de scrutin, M. *Bonnet* (de Lyon) ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre correspondant de l'Académie.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 1er MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie : *a*. Une lettre de remercîments pour l'envoi adressé par l'Académie de différents rapports de la commission des remèdes secrets et nouveaux. — *b*. La recette d'un remède nouveau propre à la guérison des rhumatismes, des catarrhes et de la surdité, proposé par le sieur *Teyssier-Montagne*, de Pontlevoy. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, communique à l'Académie : *a*. Divers renseignements sur les eaux de Bagnols-les-Bains. (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Sebire*, de Valognes, sur une épidémie de choléra. (*Commission du choléra de* 1854.) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Raphaël*, de Provins, sur une épidémie cholérique. (*Même commission.*) — *d*. Un rapport de M. le docteur *Ménestrel*, de Sérecourt, sur une épidémie de fièvre typhoïde. — *e*. Un rapport de M. le docteur *Vronneau*, d'Autainville, sur une épidémie d'angine couenneuse. — *f*. Un rapport de M. le docteur *Sclafer*, de Sarreguemines, sur une épidémie de variole. — *g*. Un rapport de M. le docteur *Degen* sur une épidémie de variole à Petit-Rederching. — *h*. Un rapport de M. le docteur *Serres*, de Dax, sur une épidémie de fièvre pernicieuse. — *i*. Un rapport de M. le docteur *Guillemin*, de Thionville, sur une épidémie de varioloïde. — *j*. Un compte rendu des maladies épidémiques qui ont sévi en 1854 dans le département de l'Orne. (*Tous ces rapports sont renvoyés à la commission des épidémies.*)

3. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de la Meuse et de Lot-et-Garonne. (*Commission de vaccine.*)

4. Communications de : *a*. Madame *Husson* et M. *Husson* fils (hommage à l'Académie du portrait de feu le docteur *Husson*, ancien membre de l'Académie). — *b*. M. *Lélut*, membre de l'Institut (lettre sur l'emprisonnement cellulaire ou individuel, accompagnée d'un mémoire et d'un discours imprimés *sur la déportation*. (*Renvoyé à la commission déjà nommée.*) — *c*. M. *Obriot*, curé de Trémilly (nouveaux documents sur l'emploi de la *spirée ulmaire* dans l'hydropisie). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. M. le docteur *Despine*, médecin des eaux d'Aix, en Savoie (demande du titre de correspondant, avec la liste des travaux du candidat à l'appui). (*Commission des correspondants.*) — *e*. M. *Pouillien*, fabricant d'instruments (lettre relative aux réclamations de M. le docteur *Foucault*, touchant une réclamation de priorité à propos de l'*irrigateur vaginal*). (*Commission déjà nommée.*) — *f*. M. *Charrière* fils (nouveau modèle de pinces à pansement de trousse, pouvant servir aussi au pansement des affections utérines, à l'extraction des balles, à la torsion des polypes, etc.)

M. *Malgaigne* dépose sur le bureau une communication de M. le docteur *Sirus-Piroudy*, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Marseille, relative à l'ablation d'un polype sarcomateux occupant la totalité de la fosse nasale droite, le sinus maxillaire, une grande partie de l'orbite, les sinus frontaux et le sinus sphénoïdal. Guérison. (*Comm.* : M. Malgaigne.)

M. *le président* fait part à l'Académie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur *Macartan*, membre résidant.

Lectures et Mémoires.

MÉDECINE LÉGALE. — M. le docteur *Ambroise Tardieu*, candidat à la place vacante dans la section d'hygiène et de médecine légale, donne lecture d'un travail dans lequel il s'est proposé de tracer l'histoire médico-légale d'un genre de mort violente extrêmement commun, dont les caractères ne sont cependant indiqués nulle part et sont restés confondus avec ceux des asphyxies en général, la *mort par suffocation*, quoiqu'elle

se présente avec des signes anatomiques constants et tout à fait distincts.

On ne saurait douter de l'utilité de ces recherches, si l'on songe à l'extrême fréquence des crimes commis par suffocation, et aux difficultés qui entourent trop souvent des faits de cette nature. Sur 116 enfants nouveau-nés, chez lesquels M. Tardieu a été chargé par la justice de rechercher les causes de la mort, il a pu constater que 58 de ces faibles créatures avaient péri étouffées. C'est pourquoi, pénétré de l'importance de cette question et frappé de la constance et de la spécificité des lésions propres à ce genre de mort, non moins que du silence que tous les auteurs, excepté H. Bayard qui les avait entrevues, gardaient à cet égard, il n'a pas voulu s'en tenir aux seules données de l'inspection cadavérique, et a entrepris un grand nombre d'expériences, dans lesquelles il a varié, autant que possible, sur plusieurs espèces d'animaux, les modes de suffocation, en les comparant à d'autres genres de mort analogues.

La mort par suffocation comprend tous les cas dans lesquels un obstacle mécanique autre que la strangulation, la pendaison ou la submersion, est apporté violemment à l'entrée de l'air dans les organes respiratoires.

Pour faciliter leur étude, M. Tardieu les rattache à quatre groupes principaux, dont il indique les signes particuliers : 1° occlusion directe des voies aérifères; 2° compression des parois de la poitrine et du ventre; 3° enfouissement du corps vivant; 4° séjour forcé dans un espace confiné.

Afin de ne pas laisser incomplet et stérile le travail qu'il avait entrepris, M. Tardieu a comparé les signes de la mort par suffocation avec ceux des autres genres d'asphyxie, et, par une expérimentation suivie, il est arrivé à établir que les signes anatomiques qu'il a étudiés, non-seulement caractérisent la mort par suffocation, mais encore la distinguent de la mort par submersion, par pendaison ou par strangulation.

Les conclusions qui terminent et résument ces recherches en précisent la valeur médico-légale. Nous les reproduisons textuellement.

La seule présence des altérations qui ont été décrites par l'auteur, et notamment des extravasations sanguines disséminées sous la plèvre, sous le péricarde et sous le cuir chevelu, à quelque degré et en si petit nombre que ce soit, suffit pour démontrer d'une manière positive que la suffocation est bien en réalité la cause de la mort.

A ces lésions viennent s'ajouter souvent, mais d'une manière moins constante, les taches ecchymotiques sous le péricarde, la rupture de quelques vésicules pulmonaires superficielles, et la présence d'écume fine, blanche ou légèrement rosée dans les voies aérifères, ainsi que les diverses traces extérieures de violences, telles que l'aplatissement du nez et des lèvres, l'excoriation des téguments, la dépression et l'écrasement des parois de la poitrine et du ventre, etc., etc.

La multiplicité et l'étendue de ces différentes lésions peuvent, jusqu'à un certain point, mesurer sinon la durée, du moins l'énergie de la résistance opposée par ceux qui sont morts étouffés.

Il est juste, dans cette appréciation des circonstances de la mort, et notamment de la plus ou moins grande rapidité, de tenir compte de la constitution et de la force de la victime, et du mode suivant lequel a été opérée la suffocation.

Ces signes permettent de distinguer sûrement la mort par suffocation de la submersion, de la pendaison et même de la strangulation, et fournissent ainsi, dans plus d'un cas, un moyen précieux de ne pas confondre l'homicide avec le suicide. (*Comm.* : MM. Londe, Piorry, Adelon.)

M. *Boudin* donne lecture du résultat de ses *recherches sur le nombre des victimes de la foudre, et sur quelques phénomènes observés sur les individus frappés.* Dans ce mémoire, qui n'est que la reproduction d'une communication du même auteur à l'Académie des sciences, dans sa séance du 23 octobre 1854 (voy. GAZ. HEBD., t. Ier, n° 57, p. 1001), M. Boudin se propose surtout d'envisager *la foudre au double point de vue de l'hygiène publique et de la médecine légale.* De l'étude des circonstances qui paraissent favoriser la *fulmination*, l'auteur tire quelques conséquences relatives aux moyens à prendre pour se soustraire à l'action de ce terrible agent; il établit une sorte de prophylaxie contre la fulguration.

Après avoir rapporté de nombreux exemples de ces empreintes photographiques que trace la foudre sur le corps des victimes, M. Boudin examine les effets physiologiques et pathologiques de la fulmination. Il cite un grand nombre de cas de rhumatismes chroniques, de névralgies, d'amauroses, de surdités et de paralysies diverses, subitement guéris par la foudre. Mais, en revanche, on a vu plus souvent encore la foudre provoquer ces mêmes maladies, ou même frapper l'homme de folie, quand elle ne le frappait point de mort.

Au point de vue de la médecine légale, M. Boudin insiste sur les altérations cadavériques, si diverses, si variables, si bizarres, comme les accidents produits sur l'homme resté vivant. L'autopsie est quelquefois négative; le plus souvent, on trouve la peau sillonnée ou marquée de différents stigmates, les vaisseaux déchirés, le sang épanché dans les cavités, les viscères lacérés, contus, quelquefois broyés ou presque anéantis. (*Comm.* MM. Bussy, Bégin, Guéneau de Mussy.)

CHIRURGIE VÉTÉRINAIRE. — M. *Charlier* présente à l'Académie divers instruments de son invention, propres à pratiquer l'ablation des ovaires de la vache par la paroi supérieure du vagin, préalablement incisée. Ce sont : 1° un dilatateur vaginal; 2° un bistouri en serpette, destiné à inciser la paroi vaginale; 3° une pince à anneaux, pour saisir les ovaires et opérer leur torsion.

M. Charlier joint à l'exhibition de ces instruments une description succincte du manuel opératoire, et quelques considérations pratiques sur l'utilité de la castration des vaches en général, et des vaches *taurellières* en particulier.

Après quelques remarques présentées par M. *Moreau*, relatives surtout à la ressemblance qu'offre l'appareil de M. Charlier avec le *tire-tête* dont se servent les accoucheurs, la présentation du vétérinaire est renvoyée à une commission composée de MM. Leblanc et Renault.

EAUX MINÉRALES. — M. le docteur *Despines*, médecin des eaux d'Aix, en Savoie, fait connaître à l'Académie la description de différents appareils imaginés par lui pour l'administration des eaux thermales en douches, injections, fumigations, etc. (*Commission des eaux minérales.*)

La séance est levée à cinq heures.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 9 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

L'ordre du jour appelle la discussion sur *la valeur de la sulfhydrométrie.*

M. le professeur *Filhol* a adressé la note suivante :

La sulfhydrométrie consiste, comme on le sait, dans l'emploi d'une solution alcoolique d'iode, titrée avec soin, qu'on verse au moyen d'une burette graduée dans un volume déterminé d'eau sulfureuse, après avoir ajouté à cette eau un peu de colle d'amidon; le terme de l'opération est indiqué par la couleur bleue que prend le liquide quand l'élément sulfureux qu'il renfermait a été décomposé. L'iode s'étant substitué au soufre qui faisait partie soit du sulfure de sodium, soit de l'acide sulfhydrique contenu dans l'eau sulfureuse, la quantité de soufre est l'équivalent de la quantité d'iode qui a été employée. Cette méthode est si simple, elle est d'une exécution si facile, et elle comporte une si grande précision que l'on conçoit l'empressement avec lequel les chimistes l'ont accueillie. Disons pourtant que la sulfhydrométrie ne peut fournir des résultats d'une exactitude irréprochable que dans le cas où l'eau minérale ne renferme à côté du sulfure alcalin ou de l'acide sulfhydrique aucun corps capable d'absorber de l'iode; il faut, en outre, que le sulfure alcalin soit un monosulfure. Voyons si ce cas se présente souvent dans la pratique.

Si l'on jette un coup d'œil sur les analyses de la plupart des eaux sulfureuses thermales, on voit que tous les chimistes sont d'accord pour reconnaître que presque toutes contiennent plus ou moins de carbonate ou de silicate de soude; or, chacun de ces sels a la propriété d'absorber de l'iode, et j'ai démontré qu'ils en absorbent beaucoup plus lorsqu'ils sont dissous dans une eau sulfureuse que lorsqu'ils sont dissous dans de l'eau pure : il est donc clair que l'on commettra une erreur si l'on déduit la quantité de soufre contenue dans l'eau minérale de la quantité d'iode qui a été employée.

Dupasquier avait proposé d'éviter l'erreur dont je viens de parler en versant dans l'eau sulfureuse un peu d'acide acétique pour saturer les sels à réaction alcaline et les empêcher d'agir sur la teinture d'iode. Ce moyen est insuffisant, ou plutôt il conduit à commettre une erreur en sens inverse de celle qu'on eût commise dans le premier cas. En effet, l'acide acétique décompose le sulfure de sodium en mettant de l'acide sulfhydrique en liberté, et, si l'eau minérale est très chaude, une partie de ce dernier acide est volatilisée. J'ai montré qu'on arrive plus sûrement au but en versant dans l'eau sulfureuse un peu de chlorure de baryum.

Je ne saurais trop engager ceux qui se livrent à ces sortes de recherches à faire les essais suivants :

1° Préparer trois litres d'une eau sulfureuse artificielle;

2° Analyser l'un de ces trois litres au moyen du sulfhydromètre;

3° Faire dissoudre dans chacun des deux autres litres un décigramme de carbonate de soude anhydre;

4° Analyser l'un de ces deux litres (toujours au moyen du sulfhydromètre);

5° Verser dans le dernier litre 5 décigrammes de chlorure de baryum et l'analyser une ou deux minutes après.

Si l'on constate en faisant ces essais,

1° Que le carbonate de soude exerce une influence qui a pour résultat d'élever le titre sulfhydrométrique;

2° Que le chlorure de baryum détruit l'influence du carbonate de soude,

On conviendra qu'il est prudent de ne jamais analyser une eau sulfureuse naturelle sans y avoir fait dissoudre un peu de chlorure de baryum.

Les eaux sulfureuses naturelles, prises sur les lieux d'emploi, contiennent souvent une forte proportion d'hyposulfite de soude; or, l'hyposulfite de soude absorbe une forte proportion d'iode. Cette cause d'erreur s'ajoute donc à la précédente. A Bagnères-de-Luchon, par exemple, l'eau du bain Bordeu (prise dans la baignoire) absorbe environ 100 milligrammes d'iode par litre; cette même eau en absorbe encore 24 milligrammes après qu'on a détruit, au moyen de l'acétate de zinc, tout le sulfure alcalin qu'elle renfermait. Ces 24 milligrammes n'avaient donc pas été absorbés par le sulfure. Il est on ne peut plus facile de constater que l'eau désulfurée contient de l'hyposulfite de zinc. On se serait donc trompé de 24 pour 100 sur le chiffre du soufre, dans le cas que je viens de citer, si l'on n'eût pas fait l'expérience que je viens de rapporter. MM. les docteurs Barrié (André), Pégot, Lambron et Chapelon, ont été témoins des essais que je viens de rapporter.

Il faudra donc, comme l'ont recommandé Dupasquier et M. Henry, faire un essai sur l'eau désulfurée par le sulfate, ou mieux par l'acétate de zinc, afin de savoir quelle est la quantité d'iode qui est absorbée par l'hyposulfite. Comme on le voit, le chimiste devra faire au moins trois essais sulfhydrométriques sur chaque source; le premier sera fait à la manière ordinaire, le deuxième portera sur de l'eau minérale additionnée de chlorure de baryum, le troisième sur de l'eau désulfurée par l'acétate de zinc et filtrée. Sans ces précautions, il n'est pas possible d'obtenir des résultats dignes de confiance.

Je ne dirai que peu de chose de l'influence que la température très élevée de certaines eaux exerce sur le degré sulfhydrométrique. Il est difficile de se soustraire à l'erreur qui est la conséquence de la décoloration partielle de l'iodure d'amidon qui a lieu sous l'influence de la chaleur. On peut, il est vrai, laisser refroidir l'eau thermale; mais on commet alors une erreur en sens inverse, parce que l'air dissous dans l'eau sulfureuse réagit sur le composé sulfureux qu'elle renferme et en détruit une partie avant que l'analyse ait été faite. Je ferai connaître plus tard un procédé qui permet d'analyser ces eaux sans les laisser refroidir et sans avoir à craindre de commettre une erreur.

Enfin, une cause d'erreur considérable, que j'ai signalée le premier, doit notablement atténuer le degré de confiance que l'on attribue aux résultats fournis par le sulfhydromètre quand il s'agit des eaux minérales prises sur les lieux d'emploi. Cette cause d'erreur consiste dans la présence d'un polysulfure alcalin dans la plupart de ces eaux.

Tout le monde sait que lorsqu'une solution de monosulfure de sodium est exposée à l'air, elle ne tarde pas à s'altérer, et qu'au bout de peu de temps elle contient du polysulfure de sodium, du carbonate et de l'hyposulfite de soude qui proviennent de l'action que l'oxygène a exercée sur le monosulfure:

$$1° \quad 2SNa + O + Co^2 = Co^2NaO + S^2Na$$
$$2° \quad S^2Na + O^3 = S^2O^2NaO$$

Nous connaissons déjà l'influence du carbonate et de l'hyposulfite de soude, ne nous occupons donc que de celle du polysulfure.

Lorsque l'iode agit sur le sulfure de sodium, il se produit de l'iodure de sodium et le soufre est mis en liberté; le soufre pouvant se combiner avec le sodium en plusieurs proportions, il est bon de rechercher quelle est l'action de l'iode sur chacun des sulfures connus.

Cette action est résumée dans les formules suivantes:

$$1° \quad S\,Na + I = INa + S$$
$$2° \quad S^2Na + I = INa + S^2$$
$$3° \quad S^3Na + I = INa + S^3$$
$$4° \quad S^4Na + I = INa + S^4$$
$$5° \quad S^5Na + I = INa + S^5$$

La même quantité d'iode peut donc, suivant qu'elle agit sur un monosulfure ou sur un polysulfure, déplacer un, deux, trois, quatre ou cinq équivalents de soufre; ou, en d'autres termes, la quantité de soufre déplacée n'est l'équivalent de la quantité d'iode employée que dans le cas du monosulfure. Si l'eau contenait un bisulfure, le sulfhydromètre indiquerait une proportion de soufre trop faible de moitié; l'erreur serait de $\frac{2}{3}$ dans le cas de trisulfure... etc. Ceci se comprend très bien quand on remarque qu'il n'y a pas plus de sodium dans un équivalent de quintisulfure de sodium que dans un équivalent de monosulfure, et que la quantité d'iode qu'il faut employer pour décomposer un sulfure alcalin dépend de la proportion de sodium qu'il renferme et non de celle du soufre.

Si l'on avait deux solutions sulfureuses, dont l'une contiendrait 0gr,487 de monosulfure de sodium, et l'autre 1gr,287 de quintisulfure, toutes les deux marqueraient le même degré au sulfhydromètre, et pourtant la deuxième contiendrait cinq fois autant de soufre que la première. Je ne chercherai pas à démontrer que les eaux sulfureuses, prises sur les lieux d'emploi, renferment réellement des polysulfures; c'est un fait qui n'est ni contesté, ni contestable, et s'il en est ainsi, ce n'est pas le sulfhydromètre qui nous apprendra combien de soufre ces eaux renferment quand on les prend dans la baignore.

Je terminerai cette note en disant quelques mots sur l'utilité qu'il peut y avoir à substituer la solution aqueuse d'iode, dont j'ai proposé l'emploi, à la teinture alcoolique de Dupasquier. Les avantages que présente l'emploi de la solution aqueuse sont les suivants:

1° Elle est aussi sensible et elle est moins altérable.

2° Les changements de volume qu'elle éprouve en passant d'une température à une autre sont, toutes choses égales d'ailleurs, trente-trois fois moindres que ceux qu'éprouve la teinture alcoolique.

3° Il est possible de corriger l'effet des variations de température qu'éprouve la teinture alcoolique, mais c'est à condition que l'on aura toujours préparé cette teinture avec de l'alcool marquant exactement le même degré et qu'on aura déterminé avec soin le coefficient moyen de dilatation entre 0° et 79° de la teinture ainsi préparée. On conviendra qu'il est plus simple et plus facile de se procurer de l'eau distillée et d'employer une liqueur qui se dilate si peu que les corrections qu'il faudrait faire sont insignifiantes; aussi, la commission de l'Institut qui a examiné mes recherches sur les eaux minérales n'a-t-elle pas hésité à déclarer que j'avais perfectionné la sulfhydrométrie. Je sais, en outre, que plusieurs chimistes ont adopté l'usage de la nouvelle solution et s'en sont bien trouvés.

SÉANCE DU 23 MARS. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend:

Des lettres de MM. les docteurs *Baud*, médecin-inspecteur des eaux de Contrexeville, et *Caillat*, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault, avec demande du titre de membre correspondant.

Un travail manuscrit de M. le docteur *E. Mayet*, directeur de l'établissement hydrothérapique de Château-Gontier. (Renvoyé à une commission composée de MM. H. Bourdon, Boullay et Hérard).

Un travail manuscrit de M. *Germain* sur l'action thérapeutique des eaux mères de Salins. (Renvoyé à une commission composée de MM. Beaude, Richelot et Durand-Fardel)

Ouvrages offerts à la Société:

Une brochure en allemand *relative aux eaux de Nauheim*, par M. le docteur *F. Bode*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Willemin, Otterbourg et Le Bret).

Voyage médical aux principautés danubiennes, par M. le docteur *Caillat*.

M. le docteur *Pointe*, de Lyon, est nommé membre correspondant.

M. *Chapelain* lit une notice sur la source *ferro-manganifère de Luxeuil*. (Ce travail sera publié ultérieurement.)

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur la *valeur de la sulfhydrométrie*.

M. *Leconte*: La sulfhydrométrie, comme l'indique son nom, est une méthode d'analyse qui a pour but de déterminer la quantité d'un composé sulfuré contenu dans une liqueur; elle repose sur ce principe, connu depuis longtemps dans la science, que l'iode, en présence de l'eau et de l'hydrogène sulfuré ou d'un sulfure soluble, se transforme en acide iodhydrique, soit aux dépens de l'hydrogène de l'acide sulfhydrique décomposé, soit, quand il s'agit d'un sulfure, aux dépens de l'hydrogène de l'eau; dans ce cas, l'oxygène oxyde le métal, et lorsqu'on opère convenablement, le soufre est mis en liberté. Si l'on a eu soin d'ajouter à la liqueur une petite quantité d'une solution d'amidon dans l'eau, cette substance se colore instantanément en bleu dès qu'une petite quantité d'iode reste libre.

C'est à Dupasquier qu'appartient l'honneur d'avoir appliqué les principes précédents à l'analyse des eaux minérales sulfurées, et d'avoir ainsi fait faire un pas immense à leur étude.

Comme tous les moyens d'analyse, la sulfhydrométrie exige des connaissances chimiques étendues, et l'emploi de précautions assez nombreuses lorsqu'on veut obtenir des résultats exacts; ces remarques s'appliquent, du reste, d'une manière générale, à toutes les méthodes de dosage.

Avant d'étudier la sulfhydrométrie en elle-même, examinons les différents procédés employés en chimie pour doser l'hydrogène sulfuré et les

sulfures ; il sera ainsi facile au lecteur d'apprécier les avantages du procédé imaginé par Dupasquier.

Azotate d'argent ammoniacal. — On a proposé, pour déterminer le poids du principe sulfuré des eaux minérales, l'emploi de l'azotate d'argent additionné d'ammoniaque. L'emploi de cette substance peut, à la rigueur, entre des mains habiles et en y consacrant un temps considérable, donner d'assez bons résultats, à la condition de tenir compte de la présence de la plupart des composés contenus dans l'eau minérale. Un exemple fera mieux saisir ma pensée.

Les eaux sulfurées renferment presque toutes de la chaux à l'état de bicarbonate et souvent de sulfate, des phosphates, des silicates, des chlorures. Vient-on à verser dans ces eaux de l'azotate d'argent ammoniacal, les phosphate et chlorure d'argent, étant solubles dans l'ammoniaque, ne s'ajouteront pas au précipité ; mais si l'ammoniaque *pure* ne précipite pas les sels de chaux, il n'en est plus de même lorsqu'elle est à l'état de carbonate ; et comme l'eau contient du bicarbonate de chaux, celui-ci sera ramené par l'ammoniaque à l'état de carbonate neutre qui se précipitera. Bien plus, le carbonate d'ammoniaque qui se sera formé précipitera une quantité correspondante de carbonate de chaux, en réagissant sur le sulfate de cette base, les silicates se déposeront également, de telle sorte que l'on obtiendra par ce procédé un précipité complexe de sulfure d'argent, de carbonate de chaux et de silicate de chaux. On peut, il est vrai, laver le précipité avec de l'eau acidulée par l'acide azotique, qui enlève le carbonate de chaux et décompose le silicate ; mais, dans ce cas même, l'acide silicique reste mêlé au sulfure d'argent. Aussi, malgré des manipulations longues et nombreuses, n'obtient-on que des résultats inexacts. Ce moyen doit donc être banni de l'analyse des eaux sulfurées.

Sulfate de cuivre acidulé. — On a encore proposé de précipiter le soufre du principe sulfuré des eaux minérales à l'aide du sulfate de cuivre acidulé par l'acide sulfurique. Ce réactif, très bon en apparence, doit être également rejeté. En effet, outre la précipitation de l'acide silicique que détermine la liqueur acide, le sulfure de cuivre très divisé possède pour l'oxygène une affinité très grande, et se transforme en sulfate soluble qui est entraîné par les lavages, et le résultat obtenu est toujours trop faible. Dans les laboratoires, lorsqu'on dose le cuivre à l'état de sulfure, on évite les inconvénients précédents en faisant usage, pour les lavages, d'eau chargée d'hydrogène sulfuré : mais lorsqu'il s'agit d'une eau minérale, on ne possède pas cette ressource, car, pour précipiter le soufre du sulfure ou de l'acide sulfhydrique, il faut employer un excès de sulfate de cuivre, et si on lavait le précipité formé avec de l'eau chargée d'acide sulfhydrique, on en accroîtrait le poids, et l'on fausserait ainsi son analyse.

Acide arsénieux. — L'acide arsénieux a été, et avec raison, proposé pour doser le principe sulfuré des eaux minérales, pourvu toutefois que l'on ait soin d'aciduler fortement le liquide par l'acide chlorhydrique, qui non-seulement détermine la précipitation rapide du sulfure d'arsenic, mais qui encore retient en dissolution les arsénites qui tendent à se former. Deux reproches peuvent cependant être adressés à l'emploi de ce réactif, qui doit être préféré à tous les autres lorsqu'on tient à agir par précipitation : le premier, c'est que l'acide chlorhydrique employé peut précipiter l'acide silicique des silicates dissous ; le second, qui s'applique également à toutes les méthodes par précipitation, c'est qu'il exige un temps assez long, des lavages nombreux, et ne saurait permettre l'examen répété de l'eau minérale à la source pour étudier les causes des variations de sa richesse.

Sulfhydrométrie. — La sulfhydrométrie a été, dès son origine, l'objet de critiques extrêmement vives, et qui allaient jusqu'à demander l'abandon de ce moyen précieux d'étudier les eaux sulfurées. Nous examinerons plus loin la valeur des objections qui ont été faites, et il nous sera facile de prouver leur peu de valeur.

Examinons d'abord les précautions indispensables à l'application rigoureuse de la sulfhydrométrie.

Dans les laboratoires, il est facile de se procurer de l'iode pur ; mais comme celui du commerce, dont se servent habituellement les personnes qui font de la sulfhydrométrie, l'est rarement, il faut, de toute nécessité, déterminer sa richesse de la manière suivante. On se procure une quantité d'iode assez considérable pour faire la série d'analyses que l'on veut entreprendre, puis on en dissout 1 gramme dans une quantité d'alcool suffisante pour former 100 centimètres cubes, à la température de 10 degrés, ce qu'on obtient facilement en plongeant l'éprouvette dans de l'eau de puits ; on prépare ensuite une liqueur normale d'acide sulfhydrique renfermant un volume égal au sien de ce gaz ; pour cela, on remplit un flacon à l'émeri d'acide sulfhydrique pur, et on le dissout en l'agitant avec de l'eau distillée à 10 degrés ; on prend alors 20 centimètres de ce liquide, on les introduit dans un petit ballon avec une quantité convenable d'eau distillée et quelques gouttes d'une solution récente d'amidon ; on verse alors et rapidement, à l'aide d'une burette graduée, la solution d'iode dans le petit ballon, en ayant soin d'agiter et de se placer au-dessus d'un papier blanc, ce qui permet de constater d'une manière plus nette la coloration bleue ; on répète deux ou trois fois la même expérience, en ayant soin de noter la quantité de solution d'iode employée : la moyenne fait alors connaître la quantité d'iode correspondant à 1000 centimètres cubes d'acide sulfhydrique qui pèsent 1gr,531. La richesse de l'iode ainsi déterminée, on prépare une solution alcoolique d'iode suffisante pour opérer pendant huit jours. Bien que l'expérience m'ait appris que cette solution ne perd guère en un an que les deux centièmes de sa richesse, il est préférable de la préparer plus souvent. On doit aussi se servir *à 33 ou 36° d'alcool rectifié*, celui du commerce contenant toujours des matières organiques capables de détruire une certaine quantité d'iode. On a proposé l'emploi d'une solution aqueuse d'iode dans l'iodure de potassium ; au point de vue de l'économie de l'alcool, il y a évidemment avantage, mais sous le rapport de la précision analytique, on s'est bien certainement fait illusion. En effet, l'iodure de potassium, qui est toujours alcalin, transforme en iodure une portion de l'iode qu'on y ajoute, et, de plus, par son contact prolongé avec l'eau, l'iode se transforme en acide iodhydrique, ce dont on peut facilement s'assurer en mettant en dissolution dans l'eau de petites quantités d'iode, car la liqueur qui bleuit l'amidon après sa préparation perd cette propriété quelque temps après. Cette solution ne pourrait donc être employée qu'à la condition d'être titrée comme nous l'avons dit plus haut, et d'être souvent renouvelée. Dans tous les cas, il faut éviter la dilatation de liquide en tenant la burette graduée au-dessus du liquide, ainsi que nous l'avons conseillé dans l'ouvrage que nous avons, M. de Puisaye et moi, publié sur les eaux d'Enghien, et en plaçant la burette graduée dans de l'eau de puits, dans l'intervalle de deux expériences.

La solution d'amidon doit être préparée au moment de s'en servir ; elle possède alors son maximum de coloration avec l'iode, et 6 à 8 gouttes suffisent lorsqu'on fait un essai sur 500 centimètres cubes.

Il faut opérer dans un ballon, afin d'éviter autant que possible la perte d'une partie du principe sulfuré, et l'iode n'éprouve point ainsi d'évaporation sensible. Il est inutile d'ajouter que si l'on doit opérer sur des eaux dont la température est élevée, il est indispensable, après en avoir rempli exactement un vase et l'avoir bouché, de le ramener à 10 degrés en le plongeant dans de l'eau présentant cette température. C'est par suite de l'omission de cette dernière condition que j'ai vu un expérimentateur employer une quantité considérable de solution d'iode en cherchant à faire l'essai sulfhydrométrique de l'eau des cuves dans lesquelles on chauffe à Enghien l'eau sulfurée jusqu'à 70 degrés.

Enfin il ne faut jamais oublier d'aciduler légèrement l'eau minérale dont on veut faire l'analyse par l'acide chlorhydrique ; si l'on opérait autrement, les eaux minérales étant presque toujours alcalines, une portion d'iode disparaîtrait sans réagir sur le principe sulfuré, ce qui troublerait les résultats. L'addition de l'acide n'a pas d'inconvénients, puisque *jamais* les eaux sulfurées ne sont saturées d'hydrogène sulfuré, et qu'elles ne contiennent jamais assez de sulfure pour que l'hydrogène sulfuré provenant de leur décomposition par un acide puisse saturer l'eau, qui peut dissoudre trois fois son volume de ce gaz.

En prenant toutes les précautions que je viens d'indiquer, on fait disparaître une partie des reproches qui ont été accumulés avec une sorte de plaisir contre la sulfhydrométrie. Examinons les autres.

Composés oxygénés inférieurs du soufre. — Les eaux sulfurées, a-t-on dit, renferment souvent des sulfites, des hyposulfites, des sulfhyposulfites, etc., lorsqu'elles ont été exposées pendant un certain temps au contact de l'air : alors l'iode donne de mauvais résultats ; car non-seulement il agit sur le principe sulfuré, mais encore sur les composés oxygénés du soufre, qu'il fait passer à un état supérieur d'oxydation. Dupasquier avait prévu et résolu l'objection dès 1836. Dans un mémoire adressé à l'Académie des sciences, il donne un moyen simple d'éviter ces erreurs, en faisant deux analyses, l'une qui donne la quantité d'iode transformée par tous les composés oxydables du soufre. Avant d'effectuer la seconde, on ajoute du sulfate de zinc *bien neutre*, qui précipite le principe sulfuré ; on sépare le sulfure de zinc formé, puis on procède à l'analyse qui donne la quantité d'iode transformée par les composés oxygénés inférieurs du soufre ; soustrayant cette quantité de la première, la différence donne l'iode qui correspond au principe sulfuré de l'eau minérale. Si l'on eût bien réfléchi avant de faire cette objection, on eût vu que, dans ces cas complexes, la sulfhydrométrie donne des indications qui ne sauraient être obtenues à l'aide d'autres procédés d'analyse. Enfin, on a insisté, en disant que les composés oxygénés inférieurs du soufre n'exigent pas tous la même quantité d'iode pour s'oxyder. Cette objection est sans valeur : d'abord, parce qu'il est toujours facile, comme je viens de le démontrer, de connaître la quantité de principe sulfuré, ensuite parce que je conseille d'opérer dans une liqueur acide ; qu'alors les sulfites donnent de l'acide sulfureux, et les autres composés inférieurs de l'acide sulfureux et du soufre. Mais, objecte-t-on, en ajoutant de l'acide chlorhydrique à une eau sulfurée contenant des composés oxygénés inférieurs du soufre, l'acide sulfureux qui devient libre détruit une portion de l'hydrogène sulfuré. L'observation est exacte ; mais ici encore il est facile de trouver l'iode,

qui peut être transformé par l'hydrogène sulfuré, et celui qui l'est par les composés oxygénés. Ainsi, en ajoutant du sulfate neutre de zinc, on se débarrasse des sulfures et des alcalis, et dans la liqueur filtrée on peut chercher la quantité d'iode transformé sans addition d'acide chlorhydrique. On trouve ainsi l'iode transformé par des composés oxygénés inférieurs du soufre.

Le sulfure de zinc recueilli par décantation et lavé, puis mis en suspension dans l'eau distillée, peut être traité par l'acide chlorhydrique ; l'acide sulfhydrique, devenu libre, se dissout dans l'eau, et un nouvel essai sulfhydrométrique en fait connaître la quantité, ainsi que l'iode qu'il a transformé. Enfin, lorsqu'une eau renferme, outre les composés précédents, des alcalis ou carbonates alcalins en solution, on peut encore connaître la quantité d'iode qu'ils absorbent, en faisant directement un essai sur l'eau avec la solution iodée. On a ainsi tout l'iode transformé par les différents principes oxydables que l'eau renferme ; et connaissant d'une part celui qui est transformé par les sulfures et par les composés oxygénés inférieurs du soufre, la différence donne celui qui a été transformé par les composés alcalins. Dans des cas aussi complexes, on voit encore que la sulfhydrométrie, loin d'être impuissante, peut résoudre des problèmes qui exigeraient un temps considérable, et qui seraient presque insolubles par les méthodes ordinaires.

On a poussé si loin le mauvais vouloir à l'égard de la sulfhydrométrie, qu'on l'a accusée de ne pas faire connaître la quantité de soufre tenu en suspension dans des eaux sulfurées altérées par leur contact avec l'air, bien que cependant ces eaux conservent une action thérapeutique très marquée. Cet argument n'est pas sérieux ; car il ne viendra à l'esprit d'aucun chimiste de rejeter le chlorure de baryum comme moyen de doser l'acide sulfurique, parce que ce réactif ne saurait faire connaître la quantité de soufre tenue en suspension dans un liquide. Aussi mes honorables contradicteurs tombent-ils dans une erreur profonde, en laissant croire que la sulfhydrométrie a la prétention de doser le soufre dans toutes ou la plus grande partie de ses combinaisons. Rien n'est plus inexact. La sulfhydrométrie n'a jamais eu et n'a encore d'autre prétention que de doser le soufre qui existe à l'état de sulfure ou d'hydrogène sulfuré, et, restreinte à ces deux cas, elle peut encore rendre d'immenses services à l'analyse des eaux minérales.

Certaines eaux sulfurées renferment, dit-on, des polysulfures (on n'a pas fait connaître leur nom), et l'iode ne saurait être employé à leur analyse, puisque la quantité de ce corps qui réagit est en rapport avec le métal et non avec le soufre contenu dans le sulfure. Cette objection est beaucoup mieux fondée que toutes les autres, si, comme on l'affirme, il existe des eaux polysulfurées. Je regarde, jusqu'à preuve du contraire, cette assertion comme une hypothèse ; car, si on admet leur existence, par ce fait seul que les eaux sulfurées se troublent au contact de l'air, je ne ferai qu'une réponse : la solution de l'hydrogène sulfuré dans l'eau distillée se trouble au contact de l'air. Qui oserait soutenir que cette solution contient un *polysulfure?* Mais, en fût-il ainsi, il me suffira de dire que les autres moyens habituellement employés pour la précipitation des sulfures présenteront les mêmes inconvénients. On est alors obligé de recourir aux méthodes indirectes, comme, par exemple, d'oxyder le soufre à l'aide du chlore ou de l'acide azotique, et de le doser à l'état de sulfate de baryte ; car l'emploi de l'azotate d'argent ammoniacal, proposé dans ce cas, en admettant, ce qui n'a pas encore été contrôlé par des analyses exactes, qu'il permette de doser le soufre d'un polysulfure dissous dans l'eau distillée, il présenterait, en agissant sur les eaux minérales, tous les inconvénients signalés déjà à l'article *Azotate d'argent ammoniacal.*

Quand il existe dans l'eau des matières organiques, comme presque toujours elles sont insolubles, la filtration peut facilement en débarrasser ; si au contraire elles étaient en dissolution, il suffirait d'ajouter à l'eau minérale un peu d'acide chlorhydrique, de chauffer pour chasser l'hydrogène sulfuré, puis d'essayer après refroidissement si la matière organique peut faire disparaître de l'iode, et quelle est cette quantité ; enfin, on pourrait, pour plus d'exactitude, recueillir l'hydrogène sulfuré dans une solution de potasse, afin d'en déterminer la quantité par la sulfhydrométrie.

On s'est étendu à plaisir sur les quantités d'iode que pouvaient transformer certains sels alcalins et les eaux ordinaires ; comme il m'est inutile, pour la défense de la sulfhydrométrie, de relever ce qu'il y a d'inexact dans les expériences que l'on invoque, je me contenterai de dire que l'emploi de l'acide chlorhydrique fait disparaître toutes ces causes d'erreur.

L'autorité de Berzelius, que l'on a fait intervenir dans cette discussion, a été invoquée à tort, car jamais Berzelius n'a nié la valeur de la sulfhydrométrie : il préférait la balance aux mesures, voilà tout. Cependant chacun sait combien, depuis Decroizilles et Gay-Lussac, les liqueurs titrées ont rendu de services à la science et à l'industrie.

Je ne saurais partager les craintes que l'on a émises sur la volatilisation de l'iode pendant un essai sulfhydrométrique. Cette quantité est toujours très faible, puisqu'il suffit de deux à trois minutes pour terminer une opération ; et lorsqu'on réfléchit que l'équivalent de l'iode est 1578, tandis que celui du soufre n'est que 200, soit un peu moins d'un septième, on voit que, même en admettant, ce qui est impossible, une perte de trois ou quatre gouttes de solution iodée, qui représentent à peu près 1 milligramme d'iode, la perte sur le soufre ne serait que le septième d'un milligramme, quantité tellement insignifiante qu'aucune méthode d'analyse n'a la prétention d'atteindre une telle approximation.

On m'a attribué quelques opinions antiscientifiques que le temps ne me permet pas de relever. Peut-être même ne le ferais-je pas, car dans cette discussion je ne veux voir que l'intérêt de la vérité. Je laisse donc au temps le soin de confirmer les conclusions qui suivent, et qu'un très grand nombre de chimistes ont déjà adoptées depuis longtemps.

1° Pour employer la sulfhydrométrie, il faut connaître la chimie, comme pour l'emploi de toutes les méthodes d'analyse, et faire précéder toujours l'analyse quantitative de l'analyse qualitative.

2° La sulfhydrométrie est un moyen précieux d'analyse pour l'étude des eaux minérales sulfurées : sa rapide application, sa sensibilité exquise, n'excluent point son exactitude, à la condition de tenir compte, comme pour toutes les analyses, des circonstances dans lesquelles on opère.

3° Il faut toujours déterminer la valeur de l'iode avant son emploi, à l'aide d'une solution titrée d'acide sulfhydrique.

4° La solution alcoolique ou aqueuse d'iode doit toujours être récemment préparée ; il en est de même de la solution d'amidon.

5° L'eau minérale, légèrement acidulée par l'acide chlorhydrique, doit être placée dans un ballon pour en faire l'analyse, afin d'éviter les pertes du principe sulfuré.

6° Il faut ramener l'eau minérale à 10 degrés, par son immersion dans l'eau de puits.

7° La burette graduée contenant la solution d'iode doit être, dans l'intervalle de deux expériences, maintenue à la même température.

8° Lorsque l'eau contient des composés oxygénés inférieurs du soufre, il faut faire deux analyses : l'une qui donne la totalité de l'iode absorbé par l'eau minérale ; avant d'exécuter la seconde, on débarrasse l'eau minérale de son principe sulfuré, en y ajoutant une petite quantité de sulfate de zinc chimiquement neutre, et après avoir séparé les sulfures formés, on détermine de nouveau l'iode absorbé par l'eau minérale ainsi préparée. La différence entre la première et la deuxième quantité donne l'iode qui a été transformé par le principe sulfuré.

9° Les polysulfures ne sauraient être directement dosés ni par la sulfhydrométrie ni par aucun autre moyen direct ; on est alors obligé de doser le soufre en l'oxydant par le chlore ou l'acide azotique, et en le dosant à l'état de sulfate de baryte.

10° Les matières organiques en suspension dans l'eau doivent être éliminées par filtration ; la petite quantité de ces substances en dissolution n'influe pas d'une manière notable sur les résultats.

11° La sulfhydrométrie ne saurait donner la quantité de soufre tenue en suspension dans les eaux minérales altérées ; jamais elle n'a été proposée pour les cas semblables.

12° En raison de son équivalent élevé, l'iode permet de déceler et de doser des quantités de sulfure ou d'acide sulfhydrique, dont le dosage deviendrait impossible par les autres méthodes.

13° C'est faute d'avoir opéré dans une eau minérale légèrement acidulée, que l'on a considéré comme impossible l'emploi de la sulfhydrométrie dans les eaux contenant des carbonates, phosphates, etc., à réaction alcaline.

14° De toutes les méthodes de dosage du principe sulfuré des eaux minérales par précipitation, l'emploi de l'acide arsénieux est sans contredit celui qui mérite la préférence.

15° En enrichissant l'analyse des eaux minérales d'un procédé qui permet d'étudier avec précision et rapidité les variations du principe sulfuré des eaux minérales, Dupasquier a rendu à l'hydrologie un service éminent, dont je suis heureux de proclamer le mérite.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le Secrétaire général,
DURAND-FARDEL.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCES DU 16 MARS ET 6 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Suite. — Voir le n° 17.

M. *Durand-Fardel :* Je n'ai pas prétendu faire une théorie de la goutte, puisque j'ai formellement exprimé qu'il ne me paraissait pas possible d'en établir une aujourd'hui. Je n'ai pu prétendre davantage dire quelque chose

de nouveau, n'ayant fait qu'invoquer des faits parfaitement connus. Seulement, j'ai essayé une analyse un peu plus complète que mes devanciers des phénomènes pathologiques de la goutte, en les rattachant à la pathogénie de cette maladie.

M. *Petit* assure que j'ai reproduit la même théorie chimique que lui : dans ce cas, il n'y aurait pas matière à discussion. Je trouve, du reste, un grand intérêt à constater tout ce qui peut se rapprocher dans nos opinions respectives ; mais il y a cette différence entre nous, que M. *Petit* a dit que l'acide urique était la cause de la maladie, et moi qu'il en était l'effet, ce qu'il est difficile d'accorder.

L'acide urique et les combinaisons qu'il peut former dans nos tissus ne sont, pas plus que l'albumine dans l'albuminurie, que le pus dans l'inflammation, puisés au dehors. Formé au dedans de nous et à nos propres dépens, il me paraît impossible de placer sa production ailleurs que dans ce milieu où s'opèrent les phénomènes d'assimilation.

Ce n'est, physiologiquement parlant, qu'un phénomène d'assimilation anormale, puisqu'il s'agit du départ et de l'accumulation, sous une forme, vicieuse par sa nature ou par son excès, de principes qui devaient être convertis autrement ou éliminés à mesure.

Il est probable que, dans bien des maladies différentes, et en particulier dans des maladies diathésiques, la théorie doit être la même, c'est-à-dire le point de départ ces phénomènes morbides semblables, sauf ce qui appartient au génie propre de la maladie. Ainsi, pour prendre un exemple, la polysarcie nous paraît pouvoir être rapprochée de la goutte, dans ce sens que nous voyons dans l'une comme dans l'autre des produits normaux dans l'économie, ici le carbone et la graisse, là l'azote et l'acide urique, se produire et surtout s'accumuler outre mesure, sans que nous puissions comprendre autre chose, si ce n'est que l'assimilation des produits carbonés ou azotés s'est opérée vicieusement ; car il n'est pas plus nécessaire d'introduire un excès de principes carbonés pour produire la polysarcie, que de principes azotés pour produire la goutte.

Je n'entends pas de tout ceci faire précisément une théorie, mais simplement interpréter, analyser les phénomènes auxquels nous assistons. Et lorsque je vois un traitement identique, le traitement thermal de Vichy, s'appliquer efficacement à ces deux faits si différents au point de vue chimique, la production de la graisse et celle de l'acide urique, n'ai-je pas de bonnes raisons de me demander si un pareil traitement n'aurait pas pour effet de rétablir l'équilibre et l'harmonie dans les phénomènes d'assimilation, dans quelque sens qu'ils soient troublés? Ces remarques peuvent s'appliquer à bien d'autres faits que l'on observe à Vichy, et qui éveillent le même ordre d'idées.

M. *Briquet* : Les opinions émises par MM. *Petit* et *Durand-Fardel* au sujet de la pathogénie de la goutte, de sa nature et de son traitement, commandent également notre attention, car tous deux ont une incontestable autorité dans cette question.

Si j'ai bien compris ce qu'ils ont dit, il résulte de leurs observations qu'il y a des individus chez lesquels la goutte existe avec ses manifestations apparentes ; qu'il en est d'autres, au contraire, qui n'en présentent encore aucun des traits distinctifs ; chez eux, elle est en germe, pour ainsi dire, et les produits morbides qui la caractériseront plus tard sont en voie de développement.

M. *Petit*, qui a constaté l'existence de ces produits, leur présence dans les liquides excrétés et plus particulièrement dans l'urine, a cherché à détruire ces produits eux-mêmes, et il a, avec juste raison, conseillé l'emploi des alcalins et l'eau de Vichy. Et il faut reconnaître que l'efficacité du traitement a justifié le précepte thérapeutique formulé par notre confrère.

M. *Durand-Fardel*, tout en acceptant aussi l'usage des eaux de Vichy comme base de son traitement, a porté son attention surtout sur la pathogénie de la goutte ; il s'est moins préoccupé des produits de la maladie que de son principe étiologique. Il s'est demandé comment on devenait goutteux, et il a cherché sa réponse à cette question dans un vice d'assimilation, dans un trouble de la nutrition. Il ne croit pas que les aliments azotés pris en grande proportion suffisent à expliquer la formation de l'acide urique chez les goutteux, puisque des individus qui prennent en très petite quantité de semblables aliments n'en sont pas moins sujets à la goutte. Cette remarque a conduit M. *Durand-Fardel* à considérer cet excès de principes azotés chez les goutteux comme tenant à un défaut d'assimilation. Aussi est-ce à rétablir cette fonction dans son jeu régulier que M. *Durand-Fardel* pense qu'il faut mettre tous ses efforts. C'est là, ajoute M. *Briquet*, un aperçu ingénieux, une voie utile qui conduit à distinguer le traitement par les eaux de Vichy en préventif et en curatif : curatif lorsqu'il s'adresse aux produits eux-mêmes de la maladie qu'il a pour objet de détruire ; préventif, il a la prétention de remonter à l'origine de celle-ci et d'en prévenir les manifestations matérielles.

M. *Petit* fait observer qu'il n'a jamais placé le principe de la goutte dans les acides ou les sels dont la présence dans l'urine est constante chez les goutteux ; en instituant le traitement par l'eau de Vichy, il a eu en vue de prévenir les conséquences fâcheuses de la goutte, en détruisant les produits morbides qui lui sont propres, et en s'opposant, jusqu'à un certain point, à leur formation ; mais quant à la maladie, considérée en elle-même, dans sa cause physiologique et vitale, il faut, pour l'expliquer et se rendre raison des phénomènes qu'elle présente, en rattacher le développement à une diathèse, le plus souvent transmise par voie d'hérédité, et peu accessible, jusqu'à présent, aux moyens préventifs de traitement.

M. *de Pietra-Santa* : L'efficacité des eaux de Vichy dans le traitement du diabète ne pourrait-elle pas fournir des arguments pour rechercher la pathogénie de la goutte, non plus dans un désordre de l'assimilation, mais plutôt dans le trouble de la fonction respiratoire?

Les travaux de physiologie moderne nous enseignent que le foie sécrète du sucre, indépendamment de l'alimentation. Ce sucre, fabriqué dans le foie, s'engage dans les veines sus-hépatiques, traverse le cœur et arrive dans les poumons, où il est consommé, brûlé. Le fait de ce rapport explique certains phénomènes du diabète, maladie qui se révèle à nous par la présence du sucre dans les sécrétions et les excrétions.

Ce produit peut être en excès : 1° parce que le foie en sécrète trop, 2° parce que le poumon n'en consomme pas assez.

Ceci bien établi, si l'eau de Vichy agit utilement en favorisant, dans certaines conditions du diabète, les actes respiratoires, en constatant l'efficacité de ce même agent dans le traitement de la goutte, ne serait-il pas logique de supposer que cette dernière affection a un rapport direct avec le trouble ou la normalité de la fonction respiratoire ?

M. *Durand-Fardel* pense qu'il est assez difficile de répondre d'une manière satisfaisante à M. *de Pietra-Santa*, car le diabète est une maladie dont il n'est pas possible encore d'analyser la pathogénie avec quelque précision. Si les recherches physiologiques récemment faites permettent d'en comprendre le point de départ dans une maladie ou dans un trouble fonctionnel, tantôt du foie, tantôt du système nerveux, ou bien de l'appareil de la respiration, les faits cliniques ne défendent pas non plus d'assigner au diabète, suivant les circonstances, telle ou telle de ces origines.

M. *Bourguignon* pense que le vitalisme joue un rôle important dans la production de la goutte, et que l'on aurait grand tort de ne considérer cette affection que par ses manifestations matérielles ; on est goutteux en vertu de certaines prédispositions physiologiques subordonnées à un dynamisme vital dont l'essence demeure inaccessible à nos investigations, et qui fait le fond des constitutions individuelles auxquelles il est inhérent. Quant à mettre en jeu ces prédispositions, à en exagérer les conséquences morbides, il n'est pas douteux que cela soit au pouvoir de l'individu lui-même, qui peut, pour ainsi dire, à volonté, par un régime approprié, susciter chez lui les accidents de la goutte.

M. *Bourguignon* ajoute qu'il ne lui est pas démontré qu'il ne puisse pas, en vertu de cette prédisposition constitutionnelle, se former chez les goutteux un excès de principes azotés, quelle que soit d'ailleurs la nature de leur alimentation.

M. *Briquet* fait remarquer que, quelque aptitude physiologique dont on soit doué, elle ne peut jamais avoir pour résultat de créer dans l'économie un corps simple, c'est dire que l'azote qui fait la base d'une série d'aliments que M. Liebig a si ingénieusement dénommés aliments respiratoires, ne peut provenir que de l'extérieur, c'est-à-dire de l'alimentation. C'est donc à la même source qu'il faut aller chercher la raison des manifestations morbides chez les goutteux, manifestations qui s'expliquent par la prédominance ou l'excès des éléments azotés dans le sang.

Quant à l'influence qu'un trouble physiologique de la respiration serait de nature à exercer sur la production de ces mêmes éléments par défaut de la combustion du sucre dans l'acte respiratoire, il n'est pas impossible qu'elle soit réelle, puisque l'on a vu des individus chez lesquels les accès de goutte ont perdu de leur fréquence et de leur intensité, du moment qu'ils ont été placés dans des conditions meilleures d'aération.

M. *Petit*, à l'appui de cette manière de voir, cite l'observation d'un médecin goutteux au plus haut degré, qui n'est parvenu à améliorer son état qu'en changeant complétement sa manière de vivre. Il est allé habiter la campagne, où il se livre aux travaux agricoles ; il travaille lui-même à son jardin, il vit au grand air, il respire largement un air plus pur. La respiration, chez lui, s'est-elle faite plus complétement? Et les phénomènes chimiques qui s'y rattachent s'accomplissent-ils plus régulièrement? C'est là une double question que je ne fais que poser, laissant à des observations ultérieures le soin de la résoudre.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 4 MAI.

1° Rapport de M. Bouvier sur un mémoire du docteur Loir, relatif à l'examen et à l'inscription à domicile des nouveau-nés.

2° Rapport de M. Piétra-Santa, sur divers mémoires du docteur Saurel.

3° Rapport de M. Fauconneau-Dufresne sur une thèse du docteur Moynier, traitant de la chorée.

4° Discussion sur le mémoire de M. Bourguignon relatif à un projet d'études médicales.

5° Communication de M. Audouard sur la contagion miasmatique.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches, au moyen de l'électricité, sur les phénomènes de sensibilité et de contraction musculaire dans le choléra, par le docteur B. Schulz.

M. le docteur Schulz est l'auteur de plusieurs mémoires intéressants qui nous ont fait connaître de nouvelles applications de l'électricité à la thérapeutique. Il y a quelques mois à peine la *Gazette hebdomadaire* communiquait à ses lecteurs les résultats obtenus par le médecin viennois dans le traitement de l'impuissance. M. Schulz a étudié, dans un nouveau mémoire, les résultats obtenus par l'application de l'électricité aux malades atteints de choléra. En appliquant le conducteur sec ou le pinceau d'un courant d'induction sur la peau, on constatait que le passage du courant causait une douleur beaucoup plus vive que dans l'état de santé; l'application de l'électricité aux muscles fléchisseurs donnait lieu à une contracture, à une crampe artificielle, mais qui persistait longtemps. En appliquant le courant sur le trajet des extenseurs, on faisait cesser la contracture spasmodique des muscles fléchisseurs. Dans d'autres expériences, M. Schulz introduisit l'un des conducteurs dans l'anus; l'autre, humide, fut posé sur le creux épigastrique. Le courant fut entretenu pendant quinze minutes et détermina de vives douleurs dans l'abdomen. En général, l'électrisation des masses musculaires, avec le soin d'humecter les conducteurs, ne fut pratiquée, comme nous l'avons dit plus haut, que sur les muscles extenseurs, dans le but d'amener la terminaison des crampes. Le courant électrique fut appliqué sur la peau au moyen de conducteurs secs pendant des intervalles variant de trente minutes à une heure, et à deux ou trois reprises chaque jour. Les malades n'en éprouvèrent aucune douleur. Dans un cas où l'on appliqua un pôle sur la paroi antérieure de la poitrine et un autre sur la paroi abdominale antérieure, on vit la cyanose disparaître immédiatement après la première séance de faradisation, et le pouls, jusqu'alors insensible, devint de nouveau perceptible. Cette disparition de la cyanose, sous l'influence de l'électrisation, a été observée dans tous les cas où elle fut pratiquée. L'auteur essaya de faire cesser l'aphonie en appliquant les pôles sur le trajet des deux nerfs laryngés inférieurs; dans aucun des deux cas où ce moyen fut mis en usage, on n'en obtint un résultat immédiat. On crut néanmoins remarquer que l'aphonie cessa plus rapidement chez ces deux malades que chez ceux qui n'avaient pas été soumis au même traitement. Chez une femme, on vit le hoquet disparaître au moment même où elle saisit les pôles de l'appareil électrique dans ses mains. M. Schulz essaya enfin l'action de l'électricité contre la diarrhée cholérique; pour cela, un des pôles fut introduit dans l'extrémité inférieure du rectum, tandis que l'autre, se terminant par une plaque métallique sèche, touchait le creux épigastrique. Chaque séance dura de dix à quinze minutes et fut répétée quatre fois en vingt quatre heures; pendant l'électrisation, la malade n'accusa qu'une sensation de bien-être, de chaleur agréable dans l'abdomen. Malgré cette électrisation, la quantité et la qualité des évacuations alvines ne fut pas modifiée; seulement la malade cessa d'avoir des évacuations involontaires. Lorsque le conducteur métallique, placé sur le creux épigastrique, était mouillé, les malades éprouvaient des douleurs vives dans l'abdomen.

Tels sont les résultats auxquels est parvenu notre confrère allemand. Nous insisterons, en terminant, sur les effets avantageux qu'il a obtenus, à la suite de la faradisation, pour faire cesser les crampes, le hoquet et surtout la cyanose; enfin, le même moyen aurait pu réveiller la circulation si ralentie et si difficile dans le choléra. M. Schulz communique ses expériences dans le but d'exciter les autres médecins à le suivre dans cette voie expérimentale. Les faits qu'il nous fait connaître nous semblent, en effet, de nature à autoriser de nouvelles épreuves. (*Wiener Wochenschrift*, 1855, n^os 3 et 4.)

De l'ulcération syphilitique et de son traitement; avantages de l'emplâtre de Vigo, par M. Vidal (de Cassis).

Trouvant que, jusqu'ici, les syphilographes se sont occupés sans beaucoup de succès du traitement du chancre phagédénique, M. Vidal (de Cassis) a jugé que la question était à reprendre.

Comme ses prédécesseurs, il signale, quant à l'espèce de chancre, trois variétés principalement importantes à distinguer pour le praticien : le chancre gangréneux, le chancre diphthéritique pultacé, et le chancre serpigineux. Les excès alcooliques pour le premier, les influences débilitantes pour le second, le vice scrofuleux et le dartreux pour le troisième, lui semblent être les causes les plus capables d'en expliquer l'apparition; et la connaissance de ces causes suggère d'elle-même les indications thérapeutiques que réclame tel ou tel de ces cas, relativement à la modification à opérer dans l'état général du sujet affecté.

Quant aux médications locales, les principes de M. Vidal (et nous l'en félicitons sincèrement, lui et ses malades) ne l'ont point encore conduit à abandonner la prudente hésitation qui doit diriger le praticien judicieux dans de pareilles conjonctures. Après avoir nommé successivement tous les topiques préconisés jusqu'à présent, et avoir reconnu l'utile parti qu'il en a tiré dans telle ou telle circonstance, il s'abstient d'en recommander aucun d'une manière absolue, et laisse le lecteur à peu près libre de choisir entre les diverses médications reconnues utiles par l'expérience des siècles.

Il est cependant un topique qu'il vante aujourd'hui d'une manière spéciale : c'est le pansement avec des bandelettes de sparadrap de Vigo, disposées de façon à recouvrir l'ulcère et à exercer sur sa surface un certain degré de compression. On le renouvelle tous les trois jours. Le ptyalisme est survenu dans tous les cas où ce moyen a été employé. La guérison s'en est toujours suivie.

Il est évident, conclut M. Vidal, que le Vigo agit de deux manières : 1° localement, par une espèce de compression et par l'action réellement thérapeutique des substances qui entrent dans sa composition; 2° il modifie l'ensemble de la constitution par le mercure qu'il contient en quantité notable, ce qui est prouvé par la stomatite qui en a été la suite.

— Le succès de cette médication est un fait réel et un fait précieux acquis à la thérapeutique syphilographique; mais nous ne pouvons, avec M. Vidal, en attribuer l'honneur à l'influence que le mercure absorbé exerce sur l'économie. Il y aurait même péril flagrant à appuyer sur la considération de ce succès le conseil de mercurialiser les malades dans des cas semblables. En effet, il est notoire que le mercure nuit toujours, donné contre le chancre phagédénique. A la vérité, M. Vidal pourra dire qu'il traite également par ce moyen les ulcères résultant de l'infection constitutionnelle; car son mémoire contient l'exemple d'une guérison obtenue en pareille circonstance. Mais ce n'en est qu'un devoir plus impérieux pour nous de préciser la distinction qu'il n'a pas faite, et de rappeler formellement ce que savent tous les praticiens, que le mercure est utile contre les ulcères constitutionnels; mais que, s'il s'agit de ces chancres primitifs phagédéniques, restant inoculables pendant des mois et des années, n'infectant point l'organisme, le mercure est non-seulement inutile, mais préjudiciable, sous quelque forme et par quelque voie qu'on l'administre, surtout s'il produit la salivation, puisque alors son influence antiplastique se trouve portée au maximum. (*Bulletin général de thérapeutique*, du 30 janvier 1855, p. 64.)

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le bicarbonate de potasse à haute dose, par le docteur A. B. Garrod.

Le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le nitrate de potasse à haute dose, a été introduit dans la pratique depuis plusieurs années ; nous rappellerons, à cet égard, les travaux de MM. Aran, Gendrin, Martin-Solon, etc. M. Garrod, médecin de l'hôpital du Collége de l'Université de Londres, connu en Angleterre par de nombreuses et savantes recherches sur le rhumatisme et la goutte, propose aujourd'hui de remplacer le nitrate de potasse par le bicarbonate de la même base. Dans un travail lu dernièrement à la Société royale médico-chirurgicale de Londres, M. Garrod a exposé, à cet égard, les résultats de sa pratique. Depuis plus de deux ans et demi, cinquante-neuf rhumatisants ont été traités par le bicarbonate de potasse à l'hôpital du Collége de l'Université ; 2 grammes 40 centigrammes du sel sont donnés en solution toutes les deux heures, la nuit comme le jour, jusqu'à ce que les articulations soient libres. Grâce à cet agent thérapeutique, on put obtenir la guérison chez les hommes, en moyenne en six ou sept jours de traitement, après onze ou douze jours de maladie; chez les femmes, en moyenne au septième ou huitième jour de traitement, au quinzième ou seizième jour du rhumatisme. Même, à ces doses élevées, le bicarbonate de potasse n'occasionne ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée. Ce médicament a l'avantage, selon l'auteur, non-seulement de diminuer l'intensité et la durée de la maladie, mais encore de prévenir et de guérir les complications inflammatoires qui se manifestent du côté du cœur. (*Royal Medico-chirurgical Society. — Lancet*, mars 1855, p. 239.—Voir t. Ier, p. 927, Trait. du rhumat. par le *chlorate de potasse*.)

Sur une nouvelle méthode de traitement du bronchocèle, par le docteur W. Turner.

Le docteur Turner a été conduit, par les circonstances, à appliquer la cautérisation à la destruction des goîtres volumineux. Ce qu'il appelle une méthode nouvelle de traitement ne diffère pas essentiellement de celle qu'a préconisée M. Bonnet, de Lyon. Voici les faits rapportés par le docteur Turner :

Obs. — L'auteur fut appelé, en 1848, auprès de madame H..., vieille femme atteinte d'un érysipèle dont le point de départ avait été une plaie de la main, et qui avait envahi le bras, le cou et le côté correspondant de la face. La région cervicale était tuméfiée énormément, tant par cet érysipèle que par un goître volumineux, dont l'existence remontait à environ quarante ans. La gêne extrême de la respiration, la lividité de la face et la saillie de la langue indiquaient la nécessité d'un soulagement immédiat, sous peine de voir la malade succomber rapidement.

En examinant le bronchocèle, le docteur Turner trouva, dans son épaisseur, un vaste kyste fluctuant ; il pratiqua une large incision à ce niveau, et donna issue à une grande quantité d'un liquide séreux, d'une odeur fétide. La malade en éprouva une amélioration très considérable. Les bords de l'incision permirent de voir que les parois du kyste étaient jaunâtres et très épaisses.

L'ouverture, restée béante, continua à fournir du liquide en assez grande abondance ; une portion, cependant, s'accumulait dans la partie inférieure de la poche, et dut être retirée de temps en temps au moyen d'une sonde de femme. Au bout de six semaines, le kyste tout entier se détacha et fut éliminé. L'ouverture fistuleuse ne tarda pas, dès lors, à se fermer. Mais ce qui surprit le plus l'auteur, c'est que, dans l'espace de quelques mois, le corps thyroïde tout entier disparut, si bien que la malade, revue deux ans après, ne présentait plus aucune trace de goître.

Obs. II. — En 1849, le docteur Turner eut à soigner madame R..., porteur d'un bronchocèle volumineux et unilatéral, dans lequel s'était développé un kyste purulent. Le gonflement du cou rendait la respiration difficile et douloureuse. Une ponction faite avec le trocart donna issue à une matière fétide. L'ouverture ne se ferma point, et l'écoulement continua pendant quatre mois. Bien que le kyste ne fût pas éliminé, le volume du goître n'en diminua pas moins d'une manière si extraordinaire, que la tumeur est aujourd'hui à peine visible, et que la malade peut se livrer à des travaux d'aiguille, ce qu'elle ne pouvait faire avant l'opération, le goître l'empêchant de voir son ouvrage.

Ces deux faits firent penser au docteur Turner qu'il serait possible de faire disparaître les goîtres en provoquant dans leur épaisseur une inflammation analogue à celle qui est appliquée au traitement de l'hydrocèle. Le premier cas qui lui fournit l'occasion d'appliquer ces idées se présenta en 1852.

Obs. III. — Madame C..., âgée de quarante-trois ans, d'un extérieur faible et délicat, avait la respiration très gênée par un goître du volume d'un gros citron. Plusieurs genres de traitement avaient été essayés sans succès.

M. Turner appliqua sur le point le plus saillant de la tumeur, au voisinage du bord interne du muscle sterno-mastoïdien, un morceau de potasse caustique, de manière à produire une eschare de la grandeur d'un florin. Cette eschare étant tombée au bout de douze jours, on réappliqua du caustique pour détruire successivement toutes les couches molles qui recouvraient le bronchocèle. Alors une sonde cannelée mousse fut poussée, dans diverses directions, à travers la substance du corps thyroïde. Quelques jours après, il survint une inflammation assez considérable, avec douleur et gonflement du corps thyroïde et chaleur fébrile. Puis il se fit par l'ouverture un écoulement abondant d'un liquide séreux, dont la quantité, en deux semaines, fut évaluée par la malade à une pinte et demie. Cet écoulement diminua en même temps que l'inflammation.

La malade est aujourd'hui dans un état satisfaisant ; le goître a complétement disparu, et l'on ne voit plus que la petite difformité produite par la cautérisation.

Obs. IV.— Madame M..., âgée de trente-six ans, délicate et nerveuse, mère d'une nombreuse famille, portait un goître qui déterminait une grande difficulté de la respiration, et qui privait la malade de son sommeil. Depuis quelques mois, elle était soumise à un traitement complétement infructueux.

Les téguments furent détruits au moyen de la potasse; mais lorsqu'on fut arrivé sur la tumeur, il fallut interrompre le traitement par suite du développement de phénomènes nerveux liés à un trouble utérin. Cette complication passée, l'attention fut reportée sur la tumeur du cou, et l'on vit, au bout de quelque temps, une portion du corps thyroïde, du volume d'une noix, d'une couleur noire et d'une consistance spongieuse, se détacher sans provoquer le moindre écoulement sanguin. Puis l'ouverture se cicatrisa insensiblement, et aujourd'hui la malade jouit d'une santé parfaite. La partie antérieure du bronchocèle a disparu, et cette région est même déprimée. En arrière du sterno-mastoïdien, au contraire, la tumeur a pris du développement depuis deux ans ; mais il est à remarquer que des circonstances spéciales n'ont pas permis, dans ce cas, d'appliquer le traitement dans son ensemble, c'est-à-dire de plonger le stylet dans les parties restées en dehors de l'action du caustique, afin d'étendre l'inflammation à toute la masse de la tumeur. (*Medical Times and Gaz.*, janv. 1855.)

Emploi du charbon de bois en chirurgie, par M. Ormerod.

Cet article est destiné à rappeler les propriétés antiseptiques d'un agent déjà souvent préconisé et qui se trouve à portée de toutes les mains, du charbon de bois. L'auteur a fait des expériences pour constater son pouvoir désinfectant. Il a couvert de charbon pulvérisé le cadavre d'un chien ; et, quoique le temps fût très humide, aucune fétidité n'a été perceptible, bien que l'application dont il s'agit hâte plutôt qu'elle ne retarde la décomposition (chose précieuse pour la préparation des squelettes). Mais le point important, c'est qu'elle empêche toute mauvaise odeur. Il est même remarquable qu'après avoir d'abord laissé pendant quelque temps le corps en putréfaction couvert de charbon, il suffit ensuite de l'*entourer* de cette poudre, pour que l'effet antiseptique continue à s'opérer.

M. Ormerod fait ressortir l'utilité de ce topique dans les salles de chirurgie, principalement à l'armée, où la multitude des plaies en suppuration et l'encombrement des salles produisent des miasmes offensifs et donnent souvent lieu à la pourriture d'hôpital. Des cataplasmes de charbon pilé sur les plaies gangréneuses, de la poudre de charbon projetée sur les pièces de pansement et les matelas, préviendraient ces conséquences, causes elles-mêmes de complications parfois si graves.

On peut aussi employer cette substance pour neutraliser la puanteur horrible qui s'exhale du linge des malades affectés d'incontinence d'urine. Mais, ainsi du reste que cela avait déjà été observé, il faut tenir compte de cette circonstance que le charbon, une fois mouillé, perd en grande partie son pouvoir désinfectant.

L'un des effets les plus utiles de ce topique est de *consumer*, de détruire les eschares en très peu de temps. En trois jours, l'auteur

en a vu disparaître d'une étendue très considérable. Cette indication peut avoir son avantage dans des cas fort nombreux. (*Medical Times and Gazette*, 13 janv. 1855, p. 28.)

Gonflement des extrémités des nerfs coupés dans les moignons des amputés, par le professeur C. WEDL.

Larrey s'était occupé déjà, il y a longtemps, des modifications qui surviennent aux extrémités des nerfs coupés dans les moignons des amputés. Valentin, dans ces dernières années (*Traité de physiologie*, 2e édition, vol. I, p. 722), avait de nouveau étudié ce point intéressant d'anatomie pathologique. M. Wedl, dont nos lecteurs connaissent le savant *Traité d'histologie pathologique*, nous communique le résultat d'études microscopiques faites par lui sur la structure intime de ces petites intumescences nerveuses. Ces intumescences contiennent souvent un grand nombre de tubes nerveux qui se croisent dans tous les sens et se trouvent également à la partie supérieure, à la base et près de la partie libre de la petite tumeur. Ces branches nerveuses peuvent, ou bien être en rapport de continuité avec les nerfs adjacents, ou se terminer dans le tissu cellulaire; ailleurs, on les suit jusque dans la cicatrice. On ne peut hésiter à admettre, dit M. Wedl, qu'à la suite des amputations, du tissu nerveux se forme à l'extrémité des nerfs coupés; la physiologie, comme la chirurgie, n'a-t-elle pas depuis longtemps démontré la reproduction du tissu nerveux dans les troncs volumineux? C'est un fait démontré depuis Fontana et surtout depuis les belles expériences de J. Müller, Schwann, Steinrück, Bidder, A. Walter, etc. (*Zeits. d. K. K. Gesells. d. Aerzte zu Wien*. Janvier 1855, p. 13.)

Traitement de la chute du rectum par l'acide nitrique concentré, par le docteur J.-H. BRONHOLM.

L'auteur raconte qu'il a soumis à des cautérisations par l'acide nitrique un grand nombre de malades atteints de prolapsus du rectum, et cela avec un succès constant; il rapporte les deux faits suivants :

OBS. I. — Le 6 octobre 1854, il fut consulté par madame C..., mère de cinq enfants, et atteinte depuis cinq ans d'une chute du rectum avec hémorrhoïdes fréquemment saignantes. La muqueuse rectale sortait au moindre effort que faisait la malade, et devenait alors le siége de violentes douleurs. La tumeur était volumineuse, rouge, sensible au toucher, et très congestionnée; la santé générale était bonne, d'ailleurs.

Le jour suivant, il toucha toute la surface de la tumeur avec de l'acide nitrique concentré, et, avant de la réduire, la graissa avec du cérat. Les douleurs provoquées par cette opération furent peu vives et disparurent bientôt complétement. Cinq jours après, l'examen de la malade fit constater qu'il n'existait plus le moindre prolapsus. Depuis lors, ni la marche ni la défécation n'ont reproduit le mal.

OBS. II. — Un homme avancé en âge avait un prolapsus du rectum qui datait de trois ans et qui se compliquait d'hémorrhoïdes volumineuses. Cette affection le forçait très souvent à garder la chambre; car la tumeur, à peine réduite, reparaissait au moindre mouvement. Bien des moyens avaient été employés sans succès, et le malade se croyait atteint d'un mal incurable. A l'examen, on trouva la muqueuse énormément prolabée, congestionnée, d'une couleur rouge foncé, et très sensible au toucher; la masse principale était recouverte de plusieurs tumeurs hémorrhoïdales. L'acide nitrique fut largement appliqué sur la muqueuse, que l'on réduisit ensuite après l'avoir graissée comme précédemment. Les douleurs furent cette fois très vives, mais ne durèrent que peu d'instants. Au bout de six jours, la guérison fut parfaite, et le malade put marcher sans douleur et sans incommodité.

— Nous doutons qu'une seule cautérisation avec l'acide nitrique puisse produire ainsi une guérison définitive dans tous les cas. Mais comme ce moyen ne nous paraît exposer le malade à aucun danger, et que d'ailleurs il inspire moins de craintes que le fer rouge, nous ne voyons aucun inconvénient à l'appliquer lorsque le prolapsus est peu considérable. (*Medical Times and Gazette*, 25 novembre 1854.)

Traitement du prolapsus du rectum par la strychnine et par le cautère actuel, par le docteur A. JOHNSON.

Les chutes du rectum, lorsqu'elles existent depuis un certain temps, s'accompagnent ordinairement d'un état de relâchement du sphincter anal qui permet à la muqueuse de reparaître au dehors dès que le malade fait le plus léger mouvement. Aussi a-t-on songé à rendre au muscle sa tonicité, et dès lors la strychnine s'est immédiatement présentée à l'esprit des médecins. Un exemple de guérison par ce moyen a été publié par les *Archives générales de médecine*, en 1853; c'est ce qui avait engagé le docteur Johnson à y recourir dans deux cas analogues.

OBS. I. — J. Addington, âgée de deux ans, d'une constitution faible et strumeuse, était atteinte, depuis quelques mois, d'une chute du rectum. La muqueuse sortait dans l'étendue d'un pouce, et formait une masse solide, rouge, au centre de laquelle était l'ouverture de l'intestin. Lorsqu'on vint consulter M. Johnson, la réduction n'avait pu être faite depuis quinze jours.

M. Johnson réduisit la muqueuse et constata que le sphincter était relâché, et admettait facilement deux doigts. Le prolapsus se reproduisait sitôt que l'enfant criait.

On se borna à contenir la tumeur au moyen d'un bandage convenable, et l'on administra des laxatifs légers et des toniques: ce traitement, joint à un régime substantiel, amena une grande amélioration, et rendit au sphincter une partie de sa rétractilité.

Mais au bout de quinze jours, l'enfant, qui avait été mal soignée dans sa famille, fut rapportée à l'hôpital dans le même état que la première fois. On appliqua alors un vésicatoire sur le périnée, et, l'épiderme étant enlevé, on le saupoudra de 1/20e de grain de strychnine. Il n'y eut point de contractions convulsives, mais deux heures après l'intestin ne sortait plus, malgré les mouvements de l'enfant.

Le jour suivant, le prolapsus se reproduisit, mais il fut moins considérable; le quatrième jour, 1/16e de grain fut donné par la méthode endermique. Cette fois, la guérison se maintint.

OBS. II. — J. Seymour, âgée de quatre ans, avait un prolapsus du rectum de près de 2 pouces; la surface muqueuse était rouge, enflammée, et fournissait un écoulement mucoso-purulent. Les mouvements étaient excessivement douloureux, ce qui avait empêché d'administrer des laxatifs. Le mal remontait à six mois, et dans les six dernières semaines le rectum était presque toujours resté à l'extérieur. La réduction opérée, on constata un grand relâchement du sphincter, qui permettait le passage de deux doigts sans offrir la moindre résistance. Le repos et des laxatifs procurèrent un peu d'amélioration, mais la chute du rectum ne s'en reproduisit pas moins facilement. Trois vésicatoires saupoudrés de strychnine furent appliqués successivement, sans déterminer un notable amendement; l'enfant avait eu cependant quelques convulsions après l'application du dernier. On se détermina alors à recourir au fer rouge, et deux applications du cautère suffirent pour triompher définitivement du mal. (*Medical Times and Gazette*, novembre 1854.)

Plaie et fracture de la malléole interne, lésion de la tibiale postérieure, ligature de la poplitée, guérison, par M. RICCARDO GEVILLE.

Du récit un peu vague et trop laconique que donne l'auteur, nous extrayons les circonstances suivantes.

OBS.—Un homme s'était fait une plaie de 6 centimètres, d'un coup de hache, à la malléole interne. L'auteur reconnut: 1° que cette apophyse était brisée en trois fragments, dont il put extraire le plus volumineux; 2° qu'un jet de sang rutilant, saccadé, jaillissait d'un point tel qu'il crut pouvoir en préciser l'origine dans le bout inférieur de l'artère tibiale postérieure complétement divisée.

La compression et l'eau de Pagliari suspendirent l'hémorrhagie durant quelques jours. Mais comme elle reparut ensuite à plusieurs reprises, et comme, d'autre part, la plaie avait pris l'aspect gangréneux, on dut pratiquer la ligature de la poplitée. Cette opération arrêta immédiatement et définitivement l'hémorrhagie. Les martiaux et les toniques modifièrent la nature de la plaie du cou-de-pied, et la guérison fut complète au bout de six semaines.

— Deux motifs engageaient le chirurgien à préférer la ligature du tronc artériel principal à celle de la tibiale postérieure elle-même. D'abord, il se mettait ainsi plus sûrement à l'abri des chances

d'hémorrhagie consécutive par la voie des anastomoses. En second lieu, l'état de la plaie lui défendait d'y porter une ligature. Mais peut-être aurait-il mieux fait de se décider sur-le-champ à agir par une ligature que, si elle eût été faite d'emblée, il lui aurait suffi de porter directement sur le bout inférieur de l'artère lésée. (*Gazzetta medica italiana, Toscana*, 30 janv. 1855, p. 34.)

Des eaux minérales de Vichy et des contrées circonvoisines. — (Mémoire de M. BOUQUET. Rapport de M. DE SÉNARMONT.)

Vichy, et toute la vallée de l'Allier prise en remontant de Vichy jusqu'à Pont-du-Château, dans la Limagne, cette plaine si riche et si florissante, présente un nombre considérable de sources minérales, qui, toujours identiques pour l'ensemble de leur composition, offrent seulement quelques légères différences, paraissant provenir elles-mêmes, non pas de l'origine commune à toutes ces sources, mais des terrains particuliers qu'elles ont à traverser.

M. Bouquet vient de reprendre l'analyse des seize principales sources qui jaillissent dans le bassin de Vichy: c'est un travail considérable qui a nécessité plus de soixante analyses complètes ou déterminations analytiques spéciales, et dont l'auteur a su faire, suivant l'expression du savant rapporteur de l'Académie des sciences, une véritable histoire chimique du bassin hydrologique de Vichy.

On sait qu'il y a deux méthodes d'analyse, ou plutôt d'exposition d'analyses des eaux minérales. Dans la première, la plus ancienne et la plus usitée, les corps existant dans l'eau minérale sont présentés à l'état de combinaisons ou de sels, tels qu'ils sont supposés exister tout formés dans l'eau elle-même. Cette méthode offre deux inconvénients : l'un, de présenter comme formels des résultats très incertains ; car l'analyse ne découvrant les corps qu'isolés, et les formes suivant lesquelles ceux-ci peuvent s'unir entre eux étant multiples, la reconstruction des combinaisons, des sels, devient presque absolument arbitraire. Il devient en outre, et par la même raison, impossible de reproduire et de contrôler les procédés suivis dans les analyses antérieures.

M. Bouquet a suivi la méthode la plus récente, ou méthode de séparation, que l'on a appelée aussi de l'école des mines ; cette méthode consiste à inscrire séparément les acides et les bases, tels que les a fournis l'analyse. Cet exposé doit précéder toute autre traduction des résultats analytiques, ne s'opposant nullement, du reste, à ce que l'on essaie de réunir ces corps suivant les simples probabilités qui président à ces classements artificiels.

Les principes minéralisateurs trouvés par M. Bouquet sont, outre des matières indéterminées, de nature organique : la soude et la potasse, la strontiane, la chaux et la magnésie, les protoxydes de fer et de manganèse, la silice, les acides carbonique, chlorhydrique, sulfurique, phosphorique et arsénique; ce dernier, d'autant plus abondant que les eaux sont plus ferrugineuses, et se concentrant en quantité considérable dans leurs dépôts. Il y trouve encore l'acide borique, mais n'hésite pas à avouer son impuissance à découvrir le brome, l'iode, le fluor; l'alumine et la lithine, qu'y avaient signalés d'habiles chimistes.

Les gaz ont été étudiés sur place et avec un soin tout particulier. Presque partout on a trouvé l'acide carbonique pur, sans azote ni oxygène. Des traces d'acides sulfhydrique ont été découvertes dans quelques sources seulement, bien que ce gaz existe réellement, en quelque petite quantité que ce soit, dans toutes ces sources.

Après avoir résumé les résultats généraux de ses analyses, M. Bouquet se demande jusqu'à quel point elles peuvent contribuer à éclairer la thérapeutique.

Comment justifier les propriétés spéciales des différentes sources, malgré leur teneur presque égale en bicarbonate de soude, si c'est là essentiellement leur principe actif? Faudra-t-il, parce que ce sel domine partout, en faire l'agent médicinal par excellence? Et croira-t-on, au contraire, l'arsenic, à faible dose, absolument inerte dans des eaux spécifiques, surtout contre les affections des organes sur lesquels, pris à haute dose, il localise précisément et exerce de préférence son action toxique? Osera-t-on affirmer que l'acide borique, que la strontiane, dont les vertus médicinales sont à peu près ignorées, ont un rôle absolument passif? Comment, enfin, fixer la part que chacun des éléments de cette association complexe prend à l'effet général, ne fût-ce que comme véhicule éliminateur? Ces questions, la chimie peut les poser, mais elle n'a pas encore appris à les résoudre ; elle s'arrête, jusqu'à présent, devant les mystères de l'organisme, et ne s'arroge pas, comme on l'a fait trop souvent, le droit d'y supposer, sans preuves, les réactions ordinaires du laboratoire.

Il convenait, ajoute M. de Sénarmont, à l'auteur d'un travail purement chimique sur les eaux minérales, de marquer la véritable portée des expériences analytiques, de la préserver à l'avance des interprétations et des corollaires hasardés, de poser, en un mot, les bornes que la chimie ne doit pas prématurément tenter de franchir. (*Répertoire de pharmacie*, décembre 1854.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Chirurgie de Paul d'Égine, texte grec restitué et collationné sur tous les manuscrits de la Bibliothèque impériale, accompagné des variantes de ces manuscrits et de celles des deux éditions de Venise et de Bâle, ainsi que de notes philologiques et médicales, avec traduction française en regard ; précédé d'une introduction ; par M. R. BRIAU. — Grand in-8. Paris, 1855. Chez VICTOR MASSON, 17, place de l'École-de-Médecine.

Inutile pour les chercheurs de formules, fastidieux pour ceux qui voilent sous le titre de *praticiens* leur vulgarité mentale, ce livre trouvera une sympathie assurée chez tous les vrais amis de la science. Une œuvre pareille suffit à l'honneur de celui qui l'entreprend; car, à part l'abnégation et le dévouement nécessaires pour la mener à bien, quel immense, quel intelligent amour du progrès ne suppose pas ce culte sévère rendu au passé? Étudier les anciens, c'est juger les modernes, c'est préparer les perfectionnements futurs. Comparable, sous plus d'un rapport, à l'élan qui précède et facilite le mouvement en avant, ce travail rétrospectif ne paraît donc ingrat qu'à ceux qui l'accomplissent avec tiédeur et comme par une sorte d'obligation.

M. Briau n'est point de ce nombre. Aussi nous serait-il difficile de joindre notre voix à celles qui s'élèveront, je le pressens, pour le plaindre du labeur de bénédictin qu'il a voulu s'imposer. Poursuivie comme il l'a comprise, cette tâche porte en elle son encouragement et sa récompense. Tout en compulsant, déchiffrant, collationnant, rectifiant l'un par l'autre les *dix-neuf* manuscrits grecs que la Bibliothèque impériale a mis à sa disposition, notre savant confrère se disait sans doute qu'en montrant mieux comment avaient été autrefois parcourues les diverses routes qui n'aboutissent qu'à une impasse, il épargnerait aux contemporains la peine de s'y engager de nouveau infructueusement ; que, en éclairant, au contraire, celles qui ont été marquées par des résultats féconds, il inciterait à les parcourir avec plus de zèle et de succès. N'est-ce pas là l'objet final de toute érudition consciencieuse ? Et la perspective de ce but n'est-elle pas suffisante pour maintenir un esprit dans la voie qui peut y conduire, quelque aride et scabreuse qu'elle puisse être ?

La chirurgie de Paul d'Égine méritait d'inspirer un pareil dévouement. Remarquable par l'étendue de ses connaissances médico-littéraires, cet auteur ne l'est pas moins en raison de la nature même de son ouvrage. Ce n'est point, en effet, un répertoire de ses propres conceptions, de sa manière d'apprécier les doctrines, de ses procédés curatifs, qu'il s'est proposé d'écrire. Il le dit formellement : « il a voulu choisir dans la plupart des auteurs célèbres, ses prédécesseurs, ce qu'ils contenaient de meilleur. » C'est donc un compendium, un tableau concis, mais complet, de l'état de la médecine à l'époque où il vivait, que ce traité nous présente. — Ajoutons, sans différer, que des idées originales, des critiques rai-

sonnées appartiennent en toute propriété à Paul, et l'élèvent en dehors de cette classe de littérateurs dont tout le rôle est de compiler, sans en comprendre le vrai sens, des phrases qu'ils ont traduites mot pour mot.

Un autre genre d'intérêt s'attache au livre de Paul d'Égine, et M. Briau l'a bien fait ressortir dans son intéressante introduction. Ce livre ferme l'ère de la médecine grecque, en la résumant d'une manière complète. En le comparant à l'œuvre de Celse, autre compendium de même caractère, on voit avec curiosité les progrès accomplis pendant la longue période qui sépare le second du premier. La trachéotomie remise en honneur, de meilleures indications pour la phlébotomie, les perfectionnements apportés à l'extraction des projectiles de guerre, ainsi qu'à l'arrachement des dents; le conseil de placer des crochets sur le fœtus mort pour l'attirer au dehors; mais, par-dessus tout, la simplification de la ligature artérielle dans l'anévrysme, tels sont les fruits substantiels du mouvement accompli de Celse à Paul d'Égine. Ce parallèle rétrospectif entre les deux écrivains, chacun représentant, à son époque, la situation exacte des esprits relativement à la science et à la pratique médicales, est d'autant plus important à suivre, que l'on peut y voir, d'un coup d'œil, l'héritage dont les Arabes s'emparèrent, et dresser ensuite l'inventaire de ce qu'ils surent y ajouter. Or, d'après M. Briau, cette confrontation ne serait rien moins que favorable aux compatriotes d'Averroès; et il ne leur resterait guère, toute comparaison faite, que la bonne fortune d'avoir servi d'intermédiaire pour transmettre aux peuples de l'occident les trésors de la littérature médicale grecque.

On doit maintenant comprendre de quels soins notre auteur s'est cru obligé d'entourer la traduction d'un livre dont le texte, outre l'intérêt qu'il peut offrir aux érudits et aux médecins, contient le seul moyen de constater avec justice la valeur scientifique de toute une grande époque. Aussi, sur dix-neuf manuscrits grecs, datant du x[e] au xvi[e] siècle, a-t-il pris à tâche de ne se priver des lumières d'aucun de ceux qui pouvaient lui venir en aide pour éclaircir les obscurités, résoudre les apparentes contradictions, combler les lacunes qui auraient rendu la version inintelligible, s'il se fût borné à la faire sur un seul d'entre eux. Avec des ressources si nombreuses et si laborieusement utilisées, son travail devait laisser bien loin derrière lui, pour la correction et la clarté, les essais déjà anciennement tentés sur ce même sujet par deux hommes fort méritants sans doute, mais dont l'un, Pierre Tolet, ne connaissant pas le grec, n'avait pu que traduire une traduction latine, dont l'autre, Dalechamps (1610) n'avait eu à sa disposition qu'un texte dépravé et incorrect, ainsi qu'il le déclare en s'en plaignant lui-même.

Quelque importance qu'on accorde à cette partie de l'œuvre de Paul, on ne peut qu'être vivement frappé, même à une première lecture, du caractère vraiment attachant de la rédaction de M. Briau. Pour l'auteur grec, le laconisme était à la fois une qualité obligatoire et un mérite facile. Le traducteur a voulu et su l'imiter. Mais, tout en restant libre, il est toujours éminemment lucide. Ni dans ses tours de phrase, ni dans le choix des termes, rien ne rappelle cet hellénisme prétentieux qui, sous prétexte de couleur locale, exigerait du lecteur dépaysé l'obligation d'une acclimatation laborieuse avec les mœurs et les usages antiques, pour comprendre les détails du moindre procédé opératoire. Loin de nous l'imposer, M. Briau a fait ce travail pour nous. Et dans l'élégant résumé qu'il nous donne, c'est un Français parlant chirurgie avec ses contemporains, en des termes qui portent à peu près la même acception que dans nos conférences scientifiques courantes. Ou si quelque donnée anatomique erronée ou incomplète, si quelque croyance trop naïve se rencontre dans le texte, une note explicative fait saisir le sens du passage douteux, montre les causes de l'erreur, ou la justifie par l'exposé des doctrines du temps.

L'œuvre entière de Paul d'Égine comprend sept livres ou traités. C'est le sixième, traitant *de la chirurgie*, que M. Briau a traduit. Mais les notions de pathologie externe se rencontrent encore, bien que disséminées, dans ses quatrième et cinquième livres. Aussi serait-il vivement à désirer de voir répéter pour ces parties la même étude consciencieuse que notre savant confrère vient de nous donner sur une monographie distincte. C'est alors seulement qu'apparaîtrait à nos yeux ce grand corps de doctrine chirurgicale, résumé des travaux de tant de siècles; alors seulement qu'il serait permis d'en apprécier avec justice le contenu, sans que l'admiration fût exposée à recevoir un démenti, ni la critique à trouver sa réfutation dans les révélations d'une suite inconnue ou mal connue jusqu'à présent.

M. Briau promet, en quelque sorte, de continuer cette tâche. Le succès qu'il vient d'obtenir, les honorables et très sincères félicitations dont son zèle doit se sentir encouragé, nous sont un sûr garant de l'empressement qu'il voudra mettre à accomplir une œuvre si courageusement entreprise, si patiemment poursuivie, si heureusement consommée. Il appartient à un esprit d'élite d'attacher sa gloire à des travaux semblables, dont la rémunération n'est pas dans l'engouement éphémère d'un jour, mais dans le jugement de toute la postérité. M. Littré, M. Daremberg, M. Pétrequin; à cette phalange distinguée d'hellénistes médicaux, M. Briau vient d'ajouter un nom destiné à devenir populaire parmi les vrais savants. Terminer comme il a débuté sera plus qu'un service rendu aux lettres médicales : ce sera compléter la résurrection de la chirurgie antique dans sa majestueuse et féconde simplicité.

P. Diday.

Military surgery, or Experience of field practice in India during the years 1848 and 1849 (*Chirurgie militaire, ou expérience pratique dans la guerre de l'Inde en 1848 et 1849*), par M. J. Cole. In-8, London, 1852. Highley, 32 Fleet-street.

Cet exposé, déjà de date ancienne, d'une pratique que les hasards de la guerre ont rendue aussi riche en expédients que féconde en résultats, comprend d'abord les plaies des armes à feu, puis celles faites par l'arme blanche. Dans chaque classe, l'auteur indique les différences entre les blessures, sous le rapport des régions qu'elles occupent. Près de cent observations, brièvement rapportées, montrent que les soins absorbants de la chirurgie militaire n'ont pas détourné M. Cole de ses devoirs envers la science, qui lui est redevable de ce compte rendu, fait pour servir de guide à ceux qui seront appelés à marcher sur ses traces.

Toutefois, c'est moins par ce tableau que le livre nous intéresse, que par les détails relatifs aux maladies les plus ordinaires dans l'Inde. Un chapitre sur le *coup de soleil*, montre toute la gravité de cet accident qui, dans la zone torride, tue parfois tout à coup. Les Européens, surtout, qui négligent de se couvrir la tête ou qui boivent des alcooliques avant de s'exposer aux rayons du soleil, en deviennent victimes. Dans ces cas foudroyants, il faut se borner à refroidir la tête et à réchauffer les extrémités. S'il y a réaction fébrile, la saignée devient indiquée.

Nous avons aussi remarqué d'intéressants renseignements sur les morsures faites par les chameaux, dont le mâle devient furieux dans certaines saisons et attaque les hommes, auxquels il broie quelquefois les os d'un coup de dent. — Les blessures faites par les dents ou les griffes du tigre sont aussi étudiées dans leur mécanisme et leurs conséquences. Les indigènes considèrent ces plaies comme empoisonnées. Mais — ainsi que le remarque M. Cole — le danger de cet empoisonnement ne vient pas de l'animal, mais de la préoccupation morale de *ceux qui y croient*.

P. Diday.

VII.

VARIÉTÉS.

— Par décret impérial du 28 avril 1855, a été confirmée la nomination suivante au grade de chevalier de la Légion d'honneur, faite à titre provisoire par le commandant en chef de l'armée d'Orient : M. Lantoin, chirurgien de 2[e] classe de la marine, pour sa courageuse conduite devant Sébastopol.

EMPOISONNEMENT PAR LES FEUILLES DE L'IF. — Dans une des dernières séances de la Société vétérinaire du Calvados et de la Manche, M. Cailleux, secrétaire perpétuel, a cité le fait que voici : Vingt-sept oiseaux de basse-cour, poules et canards, ont péri chez un fermier, très peu de temps après avoir mangé, dans un cimetière voisin de la ferme, des feuilles d'un if dont on avait abattu quelques branches.

M. Caillemer, qui habite près de Thorigny, a observé des faits analogues. (*La Science*, n° 48.)

— Un procès correctionnel avait été intenté au docteur Bessems (d'Anvers), pour avoir refusé, dans une déclaration de naissance, de faire connaître le nom de la mère, qui lui avait été confié sous le sceau du secret. Le tribunal l'a mis hors de cause, se fondant principalement, d'une part, sur ce que l'article 56 du Code civil (le seul contre l'inobservance duquel l'article 346 du Code pénal commine une peine) n'exige pas l'indication du père ni de la mère ; d'autre part, sur ce que l'article 378 du code pénal défendait au prévenu de révéler un fait dont aucune loi ne l'obligeait à se porter dénonciateur.

— La cour de cassation a décidé que le lait n'étant pas une boisson, mais un aliment, le vendeur qui falsifie ce liquide se rend coupable du délit prévu par la loi du 22 mars 1851 et l'article 423 du Code pénal, et est en conséquence passible de 50 francs d'amende et d'un emprisonnement de trois mois.

— La section d'anatomie pathologique de l'Académie de médecine a fixé de la manière suivante la liste des candidats à la place vacante dans cette section :

En 1re ligne, M. Blache. — En 2e, M. Beau. — En 3e, *ex æquo*, M. Sestier et M. Barthez. — En 4e, M. Bayle. — En 5e, M. Moreau (de Tours).

— L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte par la mort de M. le docteur Macartan, de la section de pathologie médicale. M. Macartan était âgé de quatre-vingt-quatre ans.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 avril. Sur la discussion qui a eu lieu à l'Académie, par *Gibert*. — Opportunité et simplification de l'opération césarienne, par *Lebleu*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 15 avril. Chaleur électrique comme agent de cautérisation, par *Philipeaux*. — Clinique médicale, par *Devay*. — Origine glandulaire des tumeurs adénoïdes du sein, par *Ollier*.

GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER. — N° 12. Maladies spéciales aux habitants de Saint-Pierre-et-Miquelon, par *J. Fleury*. — Fistule urétro-rectale, par *Barthez*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 4. Vitalisme et organicisme, par *Forget*. — Idem, par *Stœber*. — Clinique médicale, par *Schützenberger*. — Implantation latérale du placenta ; hémorrhagies ; forceps, etc., par *Lauth*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Mars. — Goître volumineux chez un crétin, par *Jeanbernat*. — Héméralopie guérie par les fumigations du foie de mouton, par *H. Larrère*. — Applications électro-médicales, par *Guitard*. — Clinique.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 7. Vitalisme et organicisme, par *L. Saurel*. — Perversion irrégulièrement intermittente de la galactopoïèse, par *C. Saurel*. — Quelques cas de fièvres intermittentes pernicieuses, par *B. Arnaud*. — Rétroversion de l'utérus ; mort du fœtus, dont les débris sont éliminés par le rectum, par *A. Guichard*. — Valeur de l'homœopathie dans le traitement du choléra, par *F. Roux*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Mars. Emploi de l'acétate de plomb dans quelques opérations chirurgicales, par *Decondé*. — Purpura hemorrhagica, par *Mezchie*. — Iodure de potassium contre les affections organiques du cœur, par *Gustin*. — Action insolite de la poudre d'alun, par *Dechange*. — Traitement du rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine, par *Binard*. — Abcès du cervelet, par *Merchie*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 16. Action anthelminthique du sulfate de quinine, par *P. Delvaux*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 119. Pansement du moignon après l'amputation, par *L. Parker*. — Traitement moderne des fractures, par *Hunt*. — 120. Diagnostic et traitement de la pneumonie, par *Routh*. — Note sur le trou ovale, par *Thudichum*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 849. Traitement du prolapsus ani, par l'acide nitrique concentré, par *T. Aickin*. — 850. Phlébite suite de maladie de l'oreille, par *Gall*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 250. Traitement de la fièvre jaune par la térébenthine, par *J. Laire*. — Sur la pneumonie chronique, par *R. Payne*. — Traitement des kystes de l'ovaire par l'injection iodée, par *B. Brown*. — Injections dans la cavité utérine dans un cas d'hémorrhagie après la délivrance, par *S. Wray*. — Mort par inhalation du chloroforme pendant le travail. — 251. Forme de dyspepsie qui précède et accompagne la phthisie, par *J. Hutchinson*. — Hernie inguinale étranglée des deux côtés ; opération ; hernie à travers le tissu du ligament de Poupart.

THE LANCET. — Nos 15. Fausse grossesse, par *Burke Ryan*. — Un cas de pemphigus, par *J. Hawkes*. — Clinique. — 16. Clinique (tumeurs abdominales, fractures du calcanéum).

IL FILIATRE SEBEZIO. — Avril. Sur l'école médicale de Salerne, par *de Renzi*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 15. Pneumo-hydrothorax ; souffle amphorique ; timbre métallique de la voix, par *Nicolis*. — 16. Analyses.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 15. Cure des hernies par l'injection iodée, par *C. Palamidassi*. — Cas de choléra guéris, par *Puccianti*. — 16. *Idem*. — Cas de contracture dans la grossesse, par *Burresi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 15. Usage interne et externe du chloroforme, par *Berruti*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*. — 16. Avantages de l'eau de Sales dans la scrofule, par *Bottini*. — 17. Revue ophthalmologique.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 30 mars. Névralgie oculaire guérie par le chloroforme, par *Giaccone*. — Choléra de l'asile de la Divine-Providence, par *Peyrani & Perrone*. — Choléra de Versilie (Toscane), par *Linoli*.

EL SIGLO MEDICO. — N° 67. Philosophie médicale, par *Azevedo*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 7. Clinique (constitution médicale de janvier et février), par *M. Leganes*. — Variole confluente chez une femme enceinte ; avortement ; fœtus avec boutons varioliques en dessiccation, par *Juan Luque*.

IL PROGRESSO (Genova).—Mars. Propriété extensive du tissu medullaire, par *Marinetti*. Sur le croup, par *Pasquali*. — Guérison d'une apoplexie séreuse, avec amaurose, par *F. Griffi*.

IL SEVERINO. — Janvier. Clinique (iritis syphilitique, syphilisation, cure des hernies, céphalotripsie, etc.).

EL HERALDO MEDICO. — Nos 179. Accouchement ; sortie tardive du placenta, par *Ferrandis*. — 180. Pneumonie chronique ; abcès de la base du poumon ; ouverture avec un trocart ; guérison, par *A.-R. y Linares*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — Avril. Diagnostic et curabilité du cancer, par *Barbosa*. — Clinique.

Livres nouveaux.

COURS ÉLÉMENTAIRE D'ASTRONOMIE, concordant avec tous les articles du nouveau programme officiel pour l'enseignement de la *Cosmographie* dans les lycées, par le professeur *Delaunay*, membre de l'Institut. 2e édit., 1 vol. grand in-18 de 630 pag., avec 389 fig. dans le texte. Paris, Victor Masson. 7 fr. 50

DE L'ASSISTANCE SOCIALE ; ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être, par le docteur *Hubert Valleroux*. 1 vol. in 8 de 418 pages. Paris, Guillaumin et Compagnie. 7 fr. 50

La quatrième et dernière partie du TRAITÉ DE MÉDECINE OPÉRATOIRE, BANDAGES ET APPAREILS, par le prof. *Sédillot*. 1 vol. grand in-18 de 280 p. avec 232 fig. 4 fr. L'ouvrage complet forme deux tomes, publiés en 4 vol. in-18, avec 604 figures dans le texte. Paris, Victor Masson. 16 fr.

RECHERCHES NATURELLES, CHIMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUR LE CURARE, poison des flèches des sauvages américains, par *Alvaro-Reynoso*. In-8 de 52 pag. Paris, Victor Masson. 2 fr.

TRAITÉ D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET MORALE, par le docteur *Clavel*, accompagné de plans d'ensemble indiquant la disposition principale des établissements d'instruction publique, par *E. Muller*, ingénieur civil. Paris, 1855. 2 vol. grand in-18 de XXXVI—498 et 408 pag., avec 2 cartes. Paris, Victor Masson. 7 fr.

DIE METHODE DER BLUTANALYSE nebst Untersuchungen über die Constitution des gesunden Blutes (Méthode d'analyse du sang et recherches sur la constitution du sang à l'état de santé), par *G. Zimmermann*. In-8. Hamm, chez Grote. 4 fr. 75

HANDBUCH DER SYSTEMATISCHEN ANATOMIE DES MENSCHEN (Manuel d'anatomie systématique de l'homme), par *J. Henle*. Tome I, première partie, *Ostéologie*. In-8. Brunswick, chez Vieweg et fils. 6 fr.

ZUR PATHOLOGIE UND THERAPIE DER PARALYSEN (Contributions à la pathologie et thérapeutique des paralysies), par *G. Ross*. Brunswick, chez Schwetschke et fils. 2 fr.

GOUT AND RHEUMATISM, AND THE CURATIVE EFFECTS OF GALVANISM (La goutte et le rhumatisme et effets curatifs du galvanisme), par *R.-M. Lawrance*. Renshaw. 3 fr. 50

OBSTETRIC MEMOIRS AND CONTRIBUTIONS OF JAMES Y. SIMPSON (Mémoires et contributions à l'obstétrique), rédigés par *W.-O. Priestley* et *H.-R. Storer*. 1 vol. in-8. Longman. 22 fr. 50

ON EPIDEMIC DIARRHOEA AND CHOLERA, THEIR PATHOLOGY AND TREATMENT WITH A RECORD OF CASES (Sur la diarrhée épidémique et le choléra ; pathologie et traitement), par *G. Johnson*. In-8. Parker and Son. 10 fr. 50

ON THE INFLUENCE OF EDUCATION AND TRAINING IN PREVENTING DISEASES OF THE NERVOUS SYSTEM (De l'influence de l'éducation et de l'instruction sur la préservation des maladies du système nerveux), par *R.-B. Carter*. In-12. Churchill. 8 fr. 50

PRINCIPLES AND PRACTICE OF OPHTHALMIC MEDICINE AND SURGERY (Principes et pratique de médecine et chirurgie ophthalmologiques) par *T. Wharton Jones*. 2e édit. In-12. Churchill. 17 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine, — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 11 MAI 1855. — N° 19.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté de médecine de Paris vient, dans sa dernière réunion, de désigner ceux de ses membres qui devront faire un rapport sur les titres scientifiques des candidats à la chaire de pathologie interne vacante par suite du décès de M. le professeur REQUIN.

M. ANDRAL est chargé du rapport sur M. le docteur MONNERET ;
M. ADELON, sur M. BOUCHUT ;
M. BOUILLAUD, sur M. FLEURY ;
M. CRUVEILHIER, sur M. HARDY ;
M. GRISOLLE, sur M. BEAU ;
M. PIORRY, sur M. BARTH ;
M. ROSTAN, sur M. NATALIS GUILLOT ;
M. TROUSSEAU, sur M. BEHIER.

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 3 au 9 mai 1855.

87. (Thèse en chirurgie.) FERRIER, Léon-Alexis, né le 4 janvier 1828, à la Nouvelle-Orléans (Amérique). [1° *Opération nouvelle pratiquée par M. Nélaton pour les polypes fibreux de la base du crâne ;* 2° *De la trachéotomie dans le cas de croup chez les enfants.*]

88. THEYSSIER, Jean-Baptiste-Léon, né le 25 juin 1829, à Ussol (Corrèze). [*Du traitement des avortements.*]

89. CARTAYA, Pedro-Maria, né le 15 juillet 1828, à San-Pablo de Baïnoa (île de Cuba, Amérique). [*Des vomissements incoercibles pendant la grossesse ; de leur traitement au point de vue de l'avortement provoqué.*]

90. LARIVIÈRE, Charles-Louis-Joseph, né le 6 novembre 1826, à Fontaine-au-Piré (Nord). [*De l'influence des agents moraux et de leur mode d'action sur l'organisme.*]

91. BOULAY, François-Joseph, né le 13 mars 1828, à Vibraye (Sarthe). [*Des modes de propagation du choléra.*]

92. LAGARROSSE, Arnould-Maurice, né le 3 mars 1820, à Hontaux (Landes). [*De la myélite.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 10 mai 1855.

MÉDECINE LÉGALE : VIABILITÉ DU FŒTUS. — LA *Société d'hydrologie médicale de Paris :* CONFERVES DES EAUX DE NÉRIS. — MALADIES CANCÉREUSES ; TRAITEMENT DE M. LANDOLFI. — RÉAPPARITION DE LA *Gazette médicale de Montpellier.*

— Parmi les questions que la justice défère au médecin, il n'en est guère de plus délicate, et parfois de plus embarrassante, que celle qui a rapport à la viabilité du fœtus. Pour commencer par le commencement, on discute sur la définition du mot *viabilité.* Suivant les uns, ce mot dérive de *vita*, et signifie simplement l'aptitude à vivre ; suivant d'autres, il vient de *via*, voie, chemin, et exprime, dit Orfila, la possibilité de parcourir *aussi longtemps que le commun des hommes* la carrière de la vie extra-utérine. Nous croyons, nous, qu'il ne vient ni de *vita*, ni de *via*, mais tout simplement de *vie* ; en d'autres termes, que c'est un mot purement français. De *vita* on a fait vie, et de vie *viable*, comme de *recipere* on a fait *recevoir*, et de recevoir *recevable.* Puis viable a donné *viabilité*, comme recevable a donné *recevabilité.* Il n'y a pas plus de mystère que cela, et en conséquence viabilité ne veut pas dire autre chose que capacité de vivre, sans autre allusion à la durée de la carrière (*via*) commune.

Mais sur quelles données déterminer si l'enfant est né viable ou non ? La chose est importante, puisque l'enfant qui n'est pas né viable est déclaré incapable de succéder (art. 725 du Code civil) et inhabile à recevoir par testament (art. 906). Parmi les difficultés qui entourent cette question, il en est une relative au plus ou moins de curabilité d'une lésion congénitale qui, abandonnée à elle-même, serait incompatible avec la vie : telle serait une imperforation de l'anus. C'est

cette difficulté particulière que M. Devergie a examinée dans le travail qu'il a lu mardi dernier à l'Académie de médecine.

La conclusion à laquelle est arrivé l'honorable M. Devergie est-elle bien conforme à l'équité? Admettre que l'existence d'un vice de conformation susceptible d'amener nécessairement la mort de l'enfant dans un temps donné suffit pour constituer l'inviabilité, sans qu'il y ait lieu de s'enquérir s'il est possible de remédier à ce vice de conformation, n'est-ce pas violenter le texte de la loi? Il vaudrait presque tout autant soutenir que dès qu'un homme tombe à la rivière, sa succession est ouverte, parce qu'il périra nécessairement si on le laisse dans l'eau. Une telle doctrine heurte notre raison; elle nous semble devoir porter une grave atteinte aux intérêts les plus légitimes de l'enfant. Ajoutons qu'elle donne un funeste encouragement aux pensées criminelles. Des prétendants cupides n'ont plus, pour consommer une spoliation odieuse, qu'à laisser faire la nature, en couvrant leur infâme calcul d'un semblant de soins médicaux; et si la justice essayait de les atteindre avec le Code pénal, elle trébucherait aisément dans les piéges et les obscurités qu'on n'aurait pas manqué de répandre autour d'elle. La doctrine opposée à celle de M. Devergie ôte tout prétexte à la tentation; et nous aimons mieux, quant à nous, donner pour base à l'appréciation des magistrats la curabilité ou l'incurabilité du vice de conformation, c'est-à-dire un élément scientifique, quelque peu fixe qu'il puisse être parfois, que de rendre toute une ligne de succession victime d'une négligence coupable ou de la maladresse d'un chirurgien.

— Nos lecteurs sont bien placés pour juger de l'importance que prend de jour en jour la *Société d'hydrologie médicale de Paris*. Nous nous félicitons d'en avoir bien auguré dès l'instant de sa fondation, et de nous être assuré le privilége de la publication de ses travaux. Le sujet d'études était plein d'avenir. Depuis quelques années, la question des eaux minérales, à peu près stagnante depuis l'époque où M. Patissier en avait rassemblé les données les mieux connues dans un très recommandable ouvrage, reprenait du mouvement et de la vie; des études éparses sur la composition de certaines sources, sur certains produits végétaux ou minéraux, sur de nombreuses applications de la médecine thermale, attestaient, chez les médecins hydrologues, une préoccupation à laquelle répondait l'augmentation croissante de leur clientèle. Il manquait à ces recherches l'harmonie de direction, la lumière du rapprochement, l'épreuve de la controverse. Ces avantages seront donnés, ils le sont déjà, par le remarquable fonctionnement de la Société. C'est d'ailleurs un résultat pour lequel le zèle des membres rivalise avec l'activité du bureau et la présidence habile de M. Mélier.

Nous tenions à rendre ce témoignage à la *Société d'hydrologie*, au moment où elle vient de terminer sa seconde session.

Et pour motiver ces remarques, — car *justifier* serait un mot impropre, — nous signalons le dernier des rapports entendus, que nous publierons très prochainement. Ce rapport, fait par M. Laurès, en son nom et en celui de M. Becquerel, a trait aux caractères botaniques et aux vertus thérapeutiques des conferves des eaux de Néris. Il est peu de personnes qui ne sachent qu'à Néris on est dans l'habitude de frictionner les malades avec une plante aquatique fournie par les eaux de la source, soit par les eaux chaudes, soit par celles qui séjournent dans le bassin de réfrigération.

On lira avec beaucoup d'intérêt dans le rapport tout ce qui concerne l'étude botanique de ce cryptogame; mais le praticien y relèvera spécialement un résumé d'expériences thérapeutiques. Ce qui fait le mérite de ces expériences, c'est de tendre à mieux spécifier le mode d'action des conferves employées en frictions sur la peau, et, comme conséquence, à mieux distinguer les maladies, et les périodes de ces maladies, où la médication peut être utile, celles où elle peut être nuisible, et le degré auquel on doit la porter. Le travail de M. Laurès tend, en un mot, à substituer des préceptes cliniques à une pratique banale. C'est le besoin général de la médecine thermale; c'était le besoin de cette médication particulière. Il paraît que l'action émolliente attribuée aux conferves en raison de la matière gélatineuse qu'elles renferment n'existe pas, ou qu'elle disparaît dans l'action totale de l'hydrophyte, qui est irritante. Dès lors, c'est l'appropriation du degré à la nature, à la période, ou à l'intensité de la maladie, qui devra être assignée comme but à l'emploi du moyen. Toute la question thérapeutique est dans ce précepte. Le praticien qui, en envoyant un malade aux eaux de Néris, ne se refuse pas le plaisir de prescrire des frictions avec les conferves, pour montrer qu'il sait son Néris, saura donc que ces frictions, plus ou moins répétées, réussissent assez bien contre le lichen, l'urticaire et le prurigo chroniques; qu'elles aggravent d'ordinaire l'eczéma, même subaigu; qu'elles irritent presque toujours outre mesure le psoriasis et la lèpre vulgaire, etc.; enfin qu'elles sont efficaces contre l'hydarthrose ancienne, les engorgements blancs des articulations et les fausses ankyloses dont la date n'est pas trop ancienne.

Ce sont des faits bons à publier en cette saison, où tant de clients et clientes demandent à aller aux eaux, particulièrement ceux et celles qu'on n'y envoie pas.

— Il se fait assez de bruit déjà depuis quelque temps, à Paris, autour d'un caustique imaginé par un chirurgien napolitain, pour le traitement des tumeurs cancéreuses. M. le docteur Landolfi a cru, et affirme à qui veut l'entendre, que l'intérêt de l'humanité lui commandait de chausser ses sandales et d'aller par l'Europe enseigner son remède, avec la manière de s'en servir. L'immense publicité de la presse médicale et l'activité inouïe des échanges scientifiques ne suffisaient pas à l'accomplissement de cette bonne œuvre. Arrivé en France, après une tournée en Allemagne, M. Landolfi a obtenu d'entreprendre des expériences sur les cancérées de la Salpêtrière devant les médecins de l'établissement, MM. Cazalis, Moissenet et Manec, assistés de MM. Broca, Furnari et Mounier. L'épreuve est, si nous ne nous trompons, fort avancée, et l'inventeur ne tardera pas à regagner la patrie des imaginations vives et des faciles enthousiasmes.

Nous ne confondons pas le professeur de clinique de l'hôpital de la Trinité avec les trafiquants de remèdes; mais il n'est permis à la chirurgie de se faire ambulante que pour un avantage public tout exceptionnel. S'il est convenable de prêter attention à quelqu'un qui a eu la complaisance de passer les mers pour vous instruire, ce quelqu'un est plus tenu encore de produire une invention réelle et considérable, que vous ne l'êtes de l'écouter; car c'est lui qui vous a provoqué. Il y est tenu surtout quand les journaux politiques se sont faits les messagers de la bonne nouvelle. Or, en quoi consiste l'invention de M. Landolfi? Matériellement, dans la composition d'une pâte caustique; scientifiquement, dans l'attribution d'une vertu spécifique à quelques-uns des ingrédients dont cette pâte est composée. Qu'y a-t-il en ceci de neuf ou de vrai? Il est facile de le dire.

La formule de M. Landolfi est la suivante :

Pr. Chlorure de brome	3 parties.
Chlorure de zinc	2
Chorure d'antimoine	1
Chlorure d'or	1
Poudre de réglisse	q. s.

Pour faire une pâte épaisse.

Tout le monde connaît les deux préparations escharotiques de Canquoin : l'une ne renferme que du chlorure de zinc; l'autre, destinée à attaquer les cancers profonds, se compose de deux parties de chlorure de zinc et une partie de chlorure d'antimoine, liées par de la farine et de l'eau. Ces deux substances figurent, comme on peut voir, et en proportions pareilles, dans la pâte de M. Landolfi. Le chlorure d'or qui y est ajouté a une réputation de caustique assez bien établie, et nous n'attachons pas grande importance à la poudre de réglisse mise à la place de la farine, ne supposant pas qu'elle soit destinée à rendre la pâte plus *douce*. L'addition du chlorure de brome est donc la seule innovation sérieuse que propose l'auteur. Mais est-ce une innovation utile au point de vue thérapeutique ? La pâte ainsi compliquée agit-elle plus sûrement ou plus profondément ? Détermine-t-elle des eschares plus complètes ou mieux délimitées, ou se détachant plus parfaitement, ou exposant moins aux hémorrhagies ? La plaie qui en résulte est-elle de meilleure nature, et la cicatrisation en est-elle plus régulière? etc. Nous ne savons comment conclura la commission de la Salpêtrière; mais aucun de ces avantages ne nous paraît ressortir des observations déjà répandues dans les recueils de l'Italie et de l'Allemagne. Bien plus, la rareté des hémorrhagies consécutives est attribuée par M. Landolfi lui-même au chlorure de zinc, qui est l'élément principal de la pâte de Canquoin.

Mais voici la prétention personnelle de l'auteur : il a découvert dans le chlorure de brome une sorte de spécifique du cancer. Le chlorure de brome appliqué sur un cancer y exerce une action *sui generis* qui n'appartient pas aux autres ingrédients de la pâte; et ceux-ci ne sont que des adjuvants, ayant chacun son utilité, mais une utilité secondaire. Au chlorure d'or, une action encore spécifique, mais seulement contre le cancer encéphaloïde ; au chlorure de zinc, l'action hémostatique dont nous parlions à l'instant. Quant au chlorure d'antimoine, nous ne savons trop ce qui lui vaut l'honneur d'être associé au chlorure de brome. Ce n'est pas tout. Cette dernière substance s'absorbe en partie à la surface des plaies cancéreuses, et va détruire, par une vertu secrète, la disposition générale de laquelle procèdent les manifestations cancéreuses. De cette vue à l'idée d'administrer le chlorure de brome à l'intérieur, la pente était naturelle. M. Landolfi ne s'est pas arrêté en chemin ; il a formulé, pour le traitement interne, les préparations suivantes (1) :

Pr. Chlorure de brome	2 gouttes.
Poudre de semences de phellandrium.	1gr,50
Extrait de ciguë	0gr,80

Mêlez, et divisez en 20 pilules. A prendre une pilule par jour pendant deux mois, et après deux mois 2 pilules.

Pr. Chlorure de brome	0,10 centigr.
Poudre de semences de phellandrium.	1,00
Extrait de ciguë ou d'aconit	0,50

Mêlez, et divisez en 10 pilules. A prendre une le matin et une le soir, pendant six mois.

(1) Ces formules et celle de la pâte escharotique, donnée plus haut, sont empruntées à un article de M. Lasègue (*Archives générales de médecine*, mai 1855).

C'est cette spécificité d'action du chlorure de brome qui, si elle était démontrée, assignerait réellement au moyen thérapeutique de M. Landolfi le rang d'une découverte, car c'est elle qui caractérise réellement la médication. Supprimez-la ; supposez que le nouvel agent n'ait d'autre effet que de mortifier les tissus cancéreux, d'en provoquer l'élimination, et ce n'est plus qu'un escharotique ajouté à beaucoup d'autres. C'est une conquête, si l'on veut, pour la thérapeutique, une conquête plus ou moins utile; mais ce n'est pas une nouvelle méthode de traitement. L'expérience justifie-t-elle sous ce rapport les prétentions de M. Landolfi? Rien, absolument rien, n'autorise à le penser. Les faits connus sont loin d'avoir une telle signification, et c'est notre meilleur motif de douter ; mais nous ne craignons pas d'ajouter que la manière dont est constituée la médication ne permet même pas d'arriver à une solution positive. Comme escharotique ou comme agent spécifique, le chlorure de brome est associé à d'autres agents qui sont réputés avoir exactement les mêmes propriétés: d'une part, aux chlorures de zinc, d'or, d'antimoine (l'auteur a oublié sans doute le chlorure de platine); d'autre part, à l'extrait de ciguë. Nous savons bien que, dans l'application extérieure, le chlorure de brome a été quelquefois essayé isolément ; mais il ne paraît pas qu'il en ait été de même quant au traitement interne. Il reste d'ailleurs à se demander si, dans les cas où les tumeurs ont été attaquées seulement par le sel de brome, la guérison a été définitive; à la supposer telle, s'il s'agissait de vrais cancers, et si la récidive devait avoir lieu ; enfin, et en tout état de cause, si un autre caustique quelconque n'aurait pas conduit au même résultat.

— En annonçant la fin de la GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER, nous regrettions de voir disparaître le seul organe de la localité où les questions de doctrines pussent être traitées avec un développement suffisant. Il paraît qu'on en jugeait ainsi à Montpellier même; car le titre vient d'être repris par un autre journal, qui s'impose en même temps la tâche d'y approprier la nature de ses travaux et l'esprit de sa rédaction. Voici ce que nous lisons dans la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, devenue GAZETTE MÉDICALE DE MONTPELLIER :

« Afin de rendre notre tâche plus facile, nous nous sommes assuré la collaboration de plusieurs médecins qui, depuis sa fondation jusqu'à ce jour, ont contribué à rédiger la *Gazette médicale*.... Grâce à ces puissants secours, unis à ceux qui lui viennent de ses collaborateurs habituels, la *Revue thérapeutique du Midi* sera tout à la fois un recueil de médecine et de chirurgie pratiques, et un *journal* où seront débattues toutes les questions doctrinales et philosophiques qui ont caractérisé en tout temps l'École de Montpellier. » L. SAUREL.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOUVEAU MODE DE TRAITEMENT DE L'OTORRHÉE, par le docteur James Yearsley, chirurgien de l'hôpital pour les maladies de l'oreille (traduit du journal THE LANCET, 5 mai 1855.)

L'histoire de presque toutes les découvertes apprend que les avantages dont elles sont susceptibles ne sont, ni pleinement développés, ni convenablement appréciés du premier coup. Quand, en

1848, dans ce journal (1), j'eus la bonne fortune d'introduire dans la pratique un mode de traitement capable de produire une notable amélioration dans certains cas de surdité qu'on croyait au-dessus des ressources de l'art, et cela par un moyen des plus simples, je n'eus guère la pensée que cette pratique, à son tour, conduirait à un progrès dans le traitement d'une affection fâcheuse et qui se joue fréquemment des médications les mieux entendues et les plus persévérantes, à savoir, l'*otorrhée*.

Dans cette circonstance comme dans la première, le moyen est si simple et en même temps si peu proportionné au résultat, qu'il n'a pas fallu moins que l'expérience la plus irréfragable et la plus concluante pour me convaincre de l'efficacité de la méthode et de sa supériorité sur l'incertain et précaire traitement par les injections; et l'on ne sera pas moins surpris quand j'aurai ajouté que ce moyen n'est ni plus ni moins qu'une modification de celui qui a déjà été imaginé pour le soulagement, sinon pour la guérison, de tous les cas de surdité qui proviennent de la perte totale ou partielle de la membrane du tympan ; je veux parler du coton cardé (*cotton-wool*).

Mais ce que je viens de dire du nouveau mode de traitement de l'otorrhée n'exprime pas tout le bénéfice qu'on peut en tirer : car il n'a pas uniquement pour effet d'arrêter et de supprimer l'écoulement ; il a, sur les médications généralement usitées, cet autre avantage que l'audition, si souvent affaiblie par l'emploi des astringents, non-seulement n'est pas diminuée, mais est, dans certains cas, considérablement améliorée.

Il n'est pas contesté que les injections astringentes contenant de l'alun, des sels de plomb ou de zinc, etc., qui, de temps immémorial, forment l'élément principal du traitement routinier de l'otorrhée, ont quelquefois réussi à supprimer le flux de l'oreille ; mais combien de fois les praticiens n'ont-ils pas eu le regret de voir le sens de l'ouïe s'émousser en proportion, pour ainsi dire, du succès, c'est-à-dire en proportion de la diminution de l'écoulement ! Ceci résulte tellement de mon expérience personnelle, que, depuis plusieurs années, je conseille aux malades de se résigner à leur mal plutôt que de courir une pareille chance ; et, en conséquence, je borne en général mon traitement à des lotions et à des moyens adoucissants, en proscrivant tout remède capable de supprimer tout à fait l'écoulement.

Je ne suivis pas longtemps cette ligne de conduite pour des cas de surdité produite par la perte partielle ou totale de la membrane du tympan, sans remarquer que, presque toujours, l'écoulement diminuait peu à peu et finissait par se tarir dans les cas où j'appliquais dans l'oreille le coton mouillé pour rétablir l'ouïe ; et il n'est pas douteux que ce soit au coton qu'il faille attribuer ce résultat. Souvent les malades s'écriaient dans la joie et même dans l'enthousiasme : « Votre remède ne m'a pas seulement amélioré l'ouïe ; mais a fait cesser entièrement l'écoulement de l'oreille. » Un fait aussi remarquable ne pouvait manquer d'appeler mon attention, et les premiers cas d'otorrhée qui se présentèrent à moi furent soumis à l'emploi du coton. J'en rapporte plus loin quelques cas.

Voici comment je procède à l'opération. Je commence par bien laver le conduit de l'oreille à l'eau chaude, à l'aide d'une petite seringue, et j'y introduis un porte-éponge pour étancher l'humidité. Puis, éclairant fortement les parties au moyen d'un réflecteur à gaz, précaution indispensable pour manœuvrer aisément et sûrement, je prends un petit morceau de coton sec, dont le volume varie suivant les circonstances individuelles, et je l'applique par de légères pressions sur la surface qui fournit l'écoulement, exactement comme s'il s'agissait de panser un ulcère sur toute autre partie du corps. Ceci fait, je prescris au malade de garder le repos et d'éviter autant que possible les mouvements de la mâchoire, tels que ceux qui ont lieu dans l'action de manger et de parler. Vingt-quatre heures après, j'enlève le coton et en applique d'autre. Le lecteur se convaincra de l'importance du précepte relatif aux mouvements de la mâchoire, s'il veut prendre la peine de placer le bout du doigt dans l'oreille et de lire à haute voix le présent paragraphe. Il verra avec quelle facilité le coton, quoique bien appliqué, peut subir un dérangement. Dans la mastication, le déplacement a lieu plus aisément encore. Néanmoins le patient ne peut être privé absolument de l'usage des mâchoires ; mais il pourra parler un peu en tenant ses mâchoires rapprochées, et, de même, ses aliments pourront être choisis tels qu'ils n'exigent pas de mastication. Ce ne peut être là la matière d'objections contre le mode de traitement ; mais il en est une plus spécieuse, quoique également vaine et qui consiste en ceci : que, le tympan étant une cavité, il est difficile, quand il y faut porter le coton, de l'appliquer sur toute sa surface avec l'exactitude nécessaire. Si l'oreille est examinée à l'aide des admirables appareils dont le chirurgien peut se servir pour y faire pénétrer la lumière, on peut s'assurer que, dans les cas où la membrane du tympan est détruite, non-seulement on découvre toute la surface qui fournit l'écoulement, mais on voit que la cavité est en partie oblitérée, et que ses parois sont rouges, vasculaires et tuméfiées, sinon spongieuses et fongoïdes. Je parle ici plus spécialement des cas les plus graves parmi ceux qui tombent sous l'observation des chirurgiens auristes, et dans la grande majorité desquels non-seulement l'écoulement guérit, mais l'ouïe est grandement améliorée. Bien plus, je puis citer des cas où une désorganisation considérable de l'oreille semblait défendre tout espoir de diminuer la surdité et où cependant, après un traitement persévéramment suivi pendant un temps plus ou moins long, une amélioration est survenue tout à la fois dans l'état des tissus fongoïdes et dans l'audition.

Je vais au-devant d'un argument qu'on pourrait invoquer contre la méthode, et tirer de ce fait que le tympan est une cavité traversée par un conduit. Mais je conteste, et par les raisons indiquées tout à l'heure, que, dans l'otorrhée chronique, avec cette forme grave dont je parle, il existe réellement une cavité. Les théoriciens peuvent prétendre, comme au sujet du traitement de certains cas de surdité par l'excision des amygdales tuméfiées, que l'occlusion de l'extrémité gutturale de la trompe d'Eustache est une impossibilité physique ; mais dans ce cas comme dans le cas présent, des faits produits et fermement maintenus ne sauraient être renversés par les moqueries des raisonneurs inconséquents, quelque éloquente que puisse être leur malencontreuse opposition. Quel fait, en thérapeutique chirurgicale, est mieux démontré que la guérison de la surdité par l'ablation des tonsilles hypertrophiées ? Eh bien ! il en est de même des effets du traitement que je recommande avec confiance contre l'otorrhée ; il n'y a qu'à consulter les faits...

Après quelques considérations sur le rôle de la lésion locale et sur celui de l'état général dans l'otorrhée, ainsi que sur les indications thérapeutiques à tirer de l'un et de l'autre, l'auteur rapporte les quatre observations suivantes :

OBS. I. — Une jeune pensionnaire me fut présentée, en juin 1854, pour un écoulement très désagréable de l'oreille droite, suite d'une scarlatine dont la date remontait à quelques années. Il y avait une grande surdité, dont l'intensité variait avec celle de l'écoulement, et qui augmentait quand celui-ci diminuait. L'inspection faisait découvrir une petite perforation de la membrane du tympan au-dessous de l'insertion du marteau ; les parois du conduit offraient, dans le voisinage de la membrane, une apparence vasculaire approchant de l'état de demi-ulcération. J'injectai avec précaution de l'eau chaude dans l'oreille externe ; je prescrivis d'appliquer, pendant deux nuits de suite, sur le côté de la tête, un cataplasme enfermé dans du linge fin et recouvrant toute l'oreille, et je recommandai à la ma-

(1) THE LANCET, 1848. M. Yearsley, ayant reçu à sa consultation en 1841, un gentleman de New-York, affecté de surdité, avec destruction de la membrane du tympan des deux côtés, apprit de lui qu'il se rendait à volonté la faculté d'entendre, du moins à un degré suffisant pour les besoins journaliers de la vie, en s'introduisant au fond de l'oreille un petit morceau de papier mouillé. Notre confrère anglais essaya ce moyen chez un grand nombre de sourds, mais sans succès. Une fois, c'était chez une jeune lady dont la surdité était venue à la suite d'une scarlatine, il introduisit à la place du morceau de papier une petite boulette de coton cardé, préalablement mouillé ; l'effet fut si heureux que la malade put converser avec sa famille. M. Yearsley assure que, depuis lors, le même moyen lui a presque constamment réussi. La condition du succès paraît être que le coton touche un débris de la membrane du tympan ; mais ce que l'expérience apprend positivement, c'est qu'il y a, pour chaque malade, un point dont le contact avec le coton est nécessaire pour que l'ouïe se rétablisse. Il faut donc s'appliquer à déterminer ce point par des tâtonnements.

On remarquera que, dans cette petite opération destinée à restituer en partie l'audition, le coton doit être *mouillé*, tandis que dans celle qui fait le sujet du présent travail et qui est dirigée spécialement contre l'otorrhée, le coton est employé *sec*. Sans cette distinction, l'on ne comprendrait pas bien le présent travail.

lade de revenir me voir. A sa seconde visite, les signes d'irritation ayant disparu, je portai et appliquai un petit tampon de coton sec au fond du conduit. Le même pansement fut répété chaque jour pendant plus d'une semaine. Au bout de ce temps, l'écoulement avait entièrement cessé. J'avais l'intention de continuer le traitement trois ou quatre jours de plus ; mais des arrangements avaient été pris pour le départ ; le traitement ne put être suivi plus longtemps, et, comme je le craignais, le résultat prouva qu'il avait été interrompu trop tôt ; car, au bout de six semaines, l'affection était redevenue aussi intense que jamais. Cette fois, les amis de la malade lui persuadèrent de se soumettre à mes soins jusqu'à guérison complète, et celle-ci eut lieu heureusement dans un intervalle de trois semaines. L'écoulement est complétement tari, l'ouïe parfaitement rétablie, et l'examen de la membrane n'y fait plus découvrir aucune trace de perforation.

Obs. II. — Un garçon d'établissement entra, dans le mois de janvier 1855, dans l'hôpital consacré aux maladies de l'oreille, porteur d'une double otorrhée qui durait depuis quelques mois et était accompagnée d'un degré considérable de surdité. Il me parut que c'était un cas favorable pour l'emploi du nouveau mode de traitement, et le malade désirait s'y soumettre régulièrement. Le coton fut donc appliqué et renouvelé de jour en jour. Chaque application était suivie d'un amendement, et le sujet répétait sans cesse qu'il se trouvait très bien du remède. Dans l'espace d'une semaine, l'écoulement disparut, et l'ouïe devint meilleure qu'elle n'avait été depuis plusieurs années. Dans ce cas, la membrane du tympan était entièrement détruite des deux côtés ; les parois de la caisse étaient pleinement exposées à la vue, et le patient pouvait, pour ainsi dire, *siffler* par les oreilles. Dans de telles circonstances, on ne doit pas attendre une guérison si rapide. Je tiens de ce patient que son fils a été parfaitement guéri, il y a plusieurs années, d'une surdité extrême, par l'excision des amygdales hypertrophiées. Ce garçon, maintenant homme fait, a recouvré entièrement l'ouïe.

Obs. III. — La fille d'un chirurgien me fit l'honneur de venir me voir le 10 janvier, et me remit, de la part de son père, une note de laquelle j'extrais le court exposé suivant de la maladie : « Quand elle avait cinq ou six ans (elle en a maintenant vingt), elle eut une grave atteinte de fièvre scarlatine, pendant laquelle ses oreilles devinrent le siége d'un écoulement ; et, quand la convalescence fut établie, je vis avec peine que l'ouïe était affaiblie. Excepté le soin de tenir les oreilles propres par l'injection journalière d'eau chaude, je ne fis rien, et même je n'ai pas fait grand'chose depuis ce temps-là. Vous trouverez la membrane du tympan plus ou moins détruite dans les deux oreilles. La santé générale est bonne ; ma fille entend clairement d'un côté, mais très imparfaitement de l'autre. J'ai pensé qu'il y avait lieu d'employer le coton cardé, comme vous l'avez imaginé il y a quelques années, etc. » J'ai vérifié ce qui précède, si ce n'est que je n'ai pas trouvé la membrane droite perforée, bien qu'elle fût évidemment endommagée. L'écoulement n'existait qu'à gauche, et je portai toute mon attention de ce côté. Le conduit de l'oreille était tuméfié et rétréci, de sorte que l'application du coton (l'auteur entend ici le coton mouillé destiné à rétablir l'ouïe) n'eut pas d'effet. J'entrepris alors de guérir l'écoulement par ma nouvelle méthode, espérant que, si je réussissais, il en résulterait simultanément une amélioration de l'ouïe. Chaque jour le coton sec fut appliqué, avec une amélioration réelle, sans doute, mais qui n'était encore qu'un demi-succès. La tuméfaction, néanmoins, diminua, et le calibre du conduit auditif s'élargit. Un jour, ma malade me rapporta qu'elle avait éprouvé un notable amendement du côté de l'audition, et elle me suggéra elle-même l'idée de recommencer l'expérience avec du coton mouillé. C'est ce qui fut fait, et avec un tel succès en ce qui concerne la surdité, que, depuis ce temps, le traitement de l'otorrhée a été une considération secondaire. J'ai appris à la malade à introduire le coton mouillé, dont l'application a toujours lieu avec succès. L'écoulement n'existe plus que par intervalles. Le grand obstacle à la suppression du flux dans ce cas provient, je pense, de ce que le liquide s'écoule aisément par la trompe d'Eustache restée libre et qui devient de plus en plus sensible chez ma cliente.

Obs. IV. — Un chirurgien de la marine, qui venait précisément de recevoir l'ordre de se préparer à partir immédiatement pour la Crimée, me consulta, en décembre dernier, pour une affection de l'oreille gauche, accompagnée d'un flux dégoûtant. A l'examen, je découvris une petite excroissance charnue s'élevant de la surface de la membrane du tympan, qui était fort désorganisée sans paraître perforée, bien qu'elle eût l'air de l'avoir été antérieurement. L'ouïe était très émoussée ; mais comme ce sens était bien conservé du côté opposé, c'était un faible inconvénient. L'écoulement et un sentiment de lourdeur du côté affecté étaient les principaux symptômes dont se plaignait le malade. Je lui expliquai qu'il pourrait être nécessaire d'abord d'enlever l'excroissance charnue ; qu'alors je procéderais au traitement de l'otorrhée par mon nouveau moyen, et que ce traitement pourrait exiger de lui une assiduité d'un certain nombre de jours consécutifs. Comme, à cette époque, il ne pouvait rester, il retourna à ses fonctions dans l'hôpital naval de Deal, en attendant qu'il pût obtenir un congé d'une quinzaine de jours. Dans l'intervalle, il s'exposa un jour à un froid piquant et au vent d'est ; et, dans le but de protéger l'oreille malade, il porta dans le conduit auditif un petit morceau de coton sec, sur la vertu duquel il n'avait antérieurement aucune notion. Le 10 janvier, je reçus de lui un billet dans lequel il me dit qu'il avait obtenu l'autorisation de s'absenter et pourrait me visiter le lendemain, ce qu'il fit. En examinant l'oreille, je lui dis : « Eh ! qu'avez-vous donc mis dans votre oreille ? — Rien, me dit-il ; je n'y ai rien fait. — Mais si, répliquai-je, vous y avez mis quelque chose. » Et en même temps je retirai de l'oreille une boule de coton qui y séjournait évidemment depuis quelques jours ; puis, appliquant le spéculum, j'ajoutai : « L'excroissance charnue a disparu, et vous vous êtes guéri vous-même de l'écoulement sans le savoir. Vous vous êtes guéri selon le principe de traitement dont je vous avais parlé à votre dernière visite. Le morceau de coton que je viens d'extraire avait été poussé, par un heureux hasard, sur le siége du mal ; sa pression a dissipé l'excroissance, et avec elle avait disparu l'écoulement. » A l'étonnement du malade succéda un éclat de rire immodéré, qui se rapportait à ceci : un chirurgien avait examiné l'oreille le jour précédent, et avait dit : « Je vois l'excroissance charnue très distinctement ; M. Yearsley n'éprouvera pas de difficulté à l'enlever. » Le chirurgien dont il est question peut avoir vu seulement la boule de coton ; mais des chirurgiens plus expérimentés que lui peuvent se tromper, quand il s'agit des maladies de l'oreille. Je me rappelle avoir enlevé de l'oreille d'une jeune dame un polype dont l'existence avait été niée par deux des plus éminents chirurgiens de l'époque.

III.

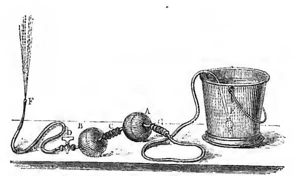
REVUE CLINIQUE.

Rétrécissement du bassin. — Accouchement prématuré provoqué par les douches utérines.

Quand un procédé opératoire nouveau a été introduit dans la pratique, et que les faits propres à le faire apprécier ne sont pas encore excessivement nombreux, il est, je crois, du devoir de chacun de faire connaître au public médical le résultat de son observation personnelle. Plus tard, en réunissant et coordonnant tous les faits particuliers, on pourra établir d'une manière définitive des principes généraux sur la valeur et l'emploi de ce procédé. Nous avons donc pensé faire chose utile en publiant l'observation suivante qui, d'ailleurs, est une suite toute naturelle au mémoire intéressant de notre confrère et ami M. le docteur Campbell. En effet, la femme qui en est le sujet a déjà figuré dans ce travail.

Avant d'entrer dans les détails de l'observation, disons tout de suite, pour ne plus y revenir, que M. le professeur P. Dubois ne s'est pas servi cette fois de l'appareil qu'il avait employé dans les autres circonstances. La première douche utérine donnée à la Clinique fut administrée au moyen de l'appareil que Kiwisch lui-même avait conseillé, c'est-à-dire un petit réservoir appliqué au mur à une hauteur de six pieds au-dessus du lit de la patiente, et communiquant avec la canule destinée à porter la douche sur le col utérin par un long tube flexible. On reconnut bientôt à cet instrument plusieurs inconvénients, et on lui substitua un appareil Éguisier d'une contenance de 6 litres, et pouvant suffire pour une seule douche d'un quart d'heure. Ce dernier instrument, quoique d'un usage facile, n'est cependant guère applicable dans la pratique de la ville, et cela pour deux raisons principales : son grand volume et, par suite, son poids considérable, ce qui le rend difficile à transporter, puis son prix élevé qui le rend inaccessible à la bourse de tous les praticiens. Aussi M. le professeur P. Dubois avait-il plusieurs fois manifesté le désir d'avoir un appareil moins volumineux, plus léger, d'un transport plus commode et en même temps d'un prix moindre. M. Mathieu imagina celui qui a servi cette fois à donner les douches à notre malade. Voici en quoi il consiste : Un tube de caoutchouc vulcanisé sur le trajet duquel se

trouvent deux ampoules A et B, un peu plus grosses que le poing, éloignées l'une de l'autre de 12 à 15 centimètres. En avant de l'ampoule A existe une soupape G contenue dans un ajutage de corne et s'ouvrant de G en A ; entre les deux ampoules, dans un ajutage semblable au premier, se trouve une autre soupape s'ouvrant de A en B. Des deux extrémités du tube, l'une, E, est munie d'un plongeur d'étain ; elle est placée dans le vase contenant l'eau; l'autre, F, se termine par une canule du volume et du calibre qu'on désire ; elle est destinée à être portée dans le vagin. D'après l'avis de M. Paul Dubois, un robinet D a été placé au delà de l'ampoule B, afin d'intercepter à volonté et instantanément le cours du liquide dans l'appareil. Voici maintenant comment on le fait fonctionner : On plonge l'extrémité E dans le vase contenant le liquide, puis le robinet D étant ouvert, on comprime l'ampoule A, qui reprend sa forme primitive par sa propre élasticité. De cette façon on fait le vide dans la portion de l'instrument comprise entre la soupape G et l'extrémité E ; ce vide est immédiatement comblé par le liquide qui s'y précipite ; on répète la même manœuvre autant que cela est nécessaire, et bientôt toute la portion E C du tube est remplie d'eau; les pressions étant continuées sur l'ampoule A, le liquide qu'elle contient est chassé dans l'ampoule B, une nouvelle quantité de liquide est appelée dans la portion E G. Bientôt le liquide jaillit par la canule. A ce moment l'appareil est armé, et il suffit de continuer les pressions alternatives sur l'ampoule A pour qu'il continue de fonctionner. Si l'on veut augmenter la hauteur du jet, il suffit de fermer le robinet D et de continuer les pressions alternatives sur l'ampoule A, l'eau continue à être appelée d'E en A et chassée d'A en B; l'ampoule B se laisse distendre jusqu'au point d'acquérir presque le double de son volume primitif, et alors si on l'ouvre le robinet D, le jet qui se produit en F est d'autant plus élevé que la distension de l'ampoule B a été plus grande, et que par suite son élasticité a été plus fortement mise en jeu.



Le seul inconvénient que présente cet appareil ingénieux qui, comme on le voit, se réduit à une pompe aspirante et foulante, est de nécessiter, pendant tout le temps que dure la douche, des pressions alternatives sur l'ampoule A. Ces pressions pourraient au besoin être faites par l'opérateur lui-même avec une main, tandis que l'autre dirige le jet. Mais il est plus commode de confier ce soin à un aide. Cet inconvénient est compensé par des avantages réels : le premier consiste dans le peu de volume et la légèreté de l'appareil tout entier qu'on peut facilement transporter ; le deuxième est dû à la modicité de son prix comparé à celui d'un irrigateur Éguisier, de la capacité et de la force de celui précédemment employé; enfin le jet obtenu par cet instrument est beaucoup plus élevé que celui d'un irrigateur Éguisier de la contenance de 6 litres, les orifices de sortie étant supposés les mêmes. Pour me rendre un compte exact de la différence, j'ai mesuré l'un et l'autre : celui donné par l'irrigateur Éguisier s'élevait à 78 centimètres, la canule étant placée verticalement ; celui de l'appareil de caoutchouc, alors que l'ampoule B était complétement distendue, montait à 3 mètres d'abord, puis, la distension diminuant, à 2 mètres, et enfin à 1 mètre, au fur et à mesure qu'on laissait l'ampoule B se vider ; mais en la tenant distendue, on pouvait avoir un jet continu de 3 mètres et plus.

Obs. — Chauvière, femme Pelcot, est entrée à la Clinique le 12 avril 1855.

Cette femme, âgée de vingt-cinq ans, est enceinte pour la cinquième fois. Elle est d'une très petite taille, tant à cause de la déformation des membres inférieurs, qui portent des traces très prononcées de rachitisme, que par le peu de développement de tout le squelette. Le dos est droit, la tête volumineuse, les membres supérieurs courts. Le bassin est généralement petit, et le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur a une étendue de 82 millimètres sans déduction. Cette femme a marché avec des béquilles jusqu'à l'âge de quatorze ans. Réglée à dix-neuf ans pour la première fois, elle est devenue grosse très peu de temps après.

Son premier accouchement eut lieu à terme après un travail très long, qui ne put être terminé que par la perforation du crâne et l'application du céphalotribe (1849).

A sa seconde grossesse (1851), d'après le conseil qui lui avait été donné, elle vint se présenter à la Clinique à peu près au milieu du huitième mois.

M. le professeur P. Dubois fit deux applications de l'éponge préparée, et l'accouchement se fit spontanément, après un travail de treize heures. L'enfant était petit, du poids de 1720 grammes, très faible, et il mourut le lendemain de sa naissance.

En 1852, devenue enceinte pour la troisième fois, Chauvière vint de nouveau à la Clinique, et les premières douches utérines furent appliquées à une époque de la grossesse qu'on ne pouvait apprécier que d'une manière approximative (sept mois et demi environ), à cause du défaut de tout renseignement fourni par cette femme.

Trois douches en quarante-huit heures suffirent à amener un travail régulier. Cinq heures après le début du travail, la dilatation étant complète, on rompit les membranes, et l'on fit assez péniblement l'extraction d'un fœtus qui présentait les pieds, et vint dans un état d'asphyxie dont vingt minutes d'insufflation ne purent le tirer.

En 1854, au mois de février, cette femme se présenta de nouveau à la Clinique, se disant enceinte de sept mois et demi.

Les douches furent employées pour obtenir l'accouchement avant terme, mais cette fois le travail ne commença qu'après la neuvième, probablement à cause de la difficulté qu'on eut d'abord à atteindre le col.

Cette fois encore, les efforts de la nature furent insuffisants pour expulser l'enfant, qui présentait le sommet. Les contractions, fortes et fréquentes, n'eurent pour résultat qu'un commencement d'engagement de la tête, et il fallut recourir au forceps. Après des tractions énergiques, on parvint à extraire l'enfant, qui avait cessé de vivre. On voyait sur le pariétal gauche, et s'étendant un peu sur le frontal du même côté, une dépression profonde correspondante à la saillie formée par l'angle sacro-vertébral.

Le volume et le développement de cet enfant paraissent répondre au moins au huitième mois de la vie intra-utérine. Il pesait 2700 grammes, et avait 49 centimètres de long. Voici les dimensions des principaux diamètres de la tête :

Occipito-frontal.	0,10
— mentonnier.	0,14
Bipariétal.	0,085
Sous-occipito-bregmatique. .	0,095

Chauvière, devenue enceinte pour la cinquième fois à la fin de l'année 1854, vint se présenter à la Clinique au commencement de février 1855. M. Dubois l'examina, et lui conseilla de revenir dans six semaines. Elle rentre aujourd'hui, 12 avril 1855, pour rester jusqu'au moment de sa délivrance.

Cette femme, d'une insouciance incroyable, n'a aucun souvenir de l'époque de ses dernières règles ; l'interrogation la plus patiente ne peut obtenir d'elle, sur l'époque probable de sa grossesse, d'autres renseignements que ceux qui suivent : Elle s'est séparée de son mari à la fin d'octobre 1854, et *pense* être devenue enceinte quinze jours ou trois semaines avant cette époque, ce qui ferait remonter le début de la grossesse au commencement de 1854. A ce compte, elle serait aujourd'hui enceinte de six mois et demi à sept mois au plus. Elle ajoute, après cela, qu'elle *croit* avoir senti remuer dans les premiers jours de janvier 1855. Quoi qu'il en soit, le volume de l'utérus paraît être celui d'un utérus gravide d'au moins sept mois.

Par le toucher, on sent le segment inférieur élevé au-dessus du détroit supérieur. L'exploration attentive du vagin fait reconnaître en arrière, sur la paroi rectale de ce conduit, une saillie mamelonnée, qui de prime abord pourrait être prise pour le col; mais un examen plus complet démontre bientôt qu'il n'existe en ce point aucun orifice, et, pour rencontrer ce dernier, il faut porter le doigt assez fortement *en avant*, *en haut* et *à gauche*, presque immédiatement derrière la symphyse. Là existent quelques petites saillies irrégulières, qui par leur ensemble forment ce qui répond à la portion vaginale du col. Ces petites saillies circonscrivent

un orifice assez largement ouvert que le doigt traverse sans peine. Après un court trajet, on arrive sur les membranes intactes, à travers lesquelles on sent distinctement une petite tête mobile qui paraît solide ; la moindre pression la fait fuir sous le doigt. Le fœtus est très mobile, et le palper abdominal fait croire à l'existence d'une assez grande quantité de liquide amniotique, ce qui rend difficile la fixation, par la main hypogastrique, de la tête du fœtus sur le détroit supérieur.

On atteint facilement la face antérieure du sacrum et l'angle sacro-vertébral, qui est séparé de la partie inférieure de la symphyse par un espace de 82 millimètres.

La femme accuse de fréquentes douleurs lombaires. Le maximum des battements du cœur fœtal s'entend en avant, à gauche et presque au niveau de l'ombilic.

Le 14 avril, à neuf heures et demie du matin, la malade est transportée à l'amphithéâtre. Les parties sont dans le même état que le 12.

La femme est placée sur le bord d'un lit adossé au mur, les pieds appuyés sur le second matelas, le siége sur le bord du premier, qui est un peu tiré en arrière ; le lit a été préalablement garni d'une toile cirée, qui le protége et sert en même temps à conduire dans un vase, placé à terre devant l'opérateur, l'eau de la douche.

Tout étant ainsi disposé, M. P. Dubois donne la *première douche* au moyen de l'appareil décrit plus haut. L'eau employée est tiède ; le diamètre de l'orifice de la canule est de 2 millimètres ; le jet, à l'air libre et la canule étant dirigée verticalement, s'élève à 2 mètres. L'action de la douche est portée sur le pourtour du col et sur ses lèvres pendant *dix minutes*.

Pendant ce temps, je maintiens les mains appliquées sur l'abdomen, et je tâche de fixer, autant que possible, le fœtus dans la position qu'il occupe. Pendant la durée de la douche, je le sens se mouvoir à cinq reprises différentes. — Pas de contractions utérines. — Sensation douloureuse du côté droit du ventre pendant quelques secondes, au milieu de l'opération.

Le 14, cinq heures et demie du soir. — Cinq petites douleurs depuis ce matin. — Pas de changement notable dans l'état du col. — Ce n'est plus la tête qu'on sent à travers les membranes, mais une fesse et des petits membres qui fuient sous le doigt.

Deuxième douche, de même durée que la première. Pendant ce temps, pas de contractions. — De même que ce matin, sensation douloureuse passagère dans le côté droit de l'abdomen.

Pendant presque tout le temps, le jet est dirigé sur les lèvres et le pourtour du col, et seulement de temps en temps vers le centre de l'orifice.

Le 15. — Deux douleurs seulement depuis hier. Ce matin, le col est cependant plus ouvert ; il y a eu probablement des contractions indolores. — C'est la tête qui se présente.

Troisième douche, de dix heures et demie à dix heures trois quarts, c'est-à-dire d'un tiers plus longue que les deux premières. Rien de particulier pendant l'opération, si ce n'est quelques mouvements de l'enfant et des douleurs lombaires.

Quatrième douche, de cinq heures trois quarts à six heures. — Dans le cours de la journée, la malade dit n'avoir pas éprouvé de douleurs. Le col est manifestement plus ouvert, ses bords conservent toujours une certaine épaisseur. Pendant la douche même, trois contractions assez fortes et modérément douloureuses.

A partir de ce moment, les contractions peu douloureuses se renouvellent à peu près tous les quarts d'heure.

Le 16. — La malade n'a presque pas dormi de la nuit, à cause de la fréquence des douleurs. Ce matin, les contractions continuent d'être rapprochées et assez fortes. — La dilatation est presque complète, mais les bords de l'orifice conservent encore un peu d'épaisseur.

Au moment des douleurs, les membranes bombent fortement ; dans l'intervalle, on les déprime avec facilité, et l'on arrive sur la tête, qui paraît très solide, ce qui fait penser à M. P. Dubois que cette femme est plus avancée dans sa grossesse qu'elle ne le croit.

A neuf heures et demie, *cinquième douche*, d'un quart d'heure comme les deux précédentes. Pendant la douche, nombreuses douleurs très vives.

M. P. Dubois trouve la dilatation complète, et m'engage à rompre les membranes. Cette rupture est faite à neuf heures trois quarts, avec la précaution de laisser écouler peu de liquide à la fois, afin d'éviter la procidence, soit d'un membre, soit d'une anse du cordon. Grâce à cette rupture, faite avec ces précautions, la tête s'applique sur l'orifice utérin et le ferme complétement ; bientôt elle le pousse devant elle, et ferme le détroit supérieur.

De dix heures du matin à cinq heures du soir, les douleurs deviennent extrêmement vives ; la malade s'agite, pousse des vagissements, et se livre à des extravagances.

A midi, le travail a fait peu de progrès.

A cinq heures, la tête s'est engagée dans l'excavation. Il existe une tumeur séro-sanguine très épaisse, qui, si l'on n'y faisait attention, pourrait faire croire à un engagement plus considérable que celui qui existe réellement. Les battements du cœur fœtal s'entendent au même point, mais ils sont sourds et précipités.

A cinq heures trois quarts, M. Dubois fait une première application de forceps. Des tractions énergiques ne peuvent faire descendre la tête. — Expectation.

A huit heures et demie, la tête semble s'être un peu plus engagée ; elle n'a cependant pas encore franchi le détroit supérieur.

Les battements du cœur fœtal ne s'entendent plus. La malade crie et s'agite de plus en plus ; elle supplie qu'on la délivre.

M. Dubois fait une deuxième application de forceps. ; quelques tractions fortes étant encore insuffisantes pour amener la tête, le forceps est laissé en place, et le perce-crâne est introduit dans l'intervalle des cuillers. La matière cérébrale broyée s'échappe aussitôt, et dès ce moment des tractions modérées parviennent à engager la tête dans l'excavation et à lui faire franchir la vulve. — Délivrance naturelle.

Autopsie de l'enfant. — Cet enfant, qui pèse 2000 grammes sans cerveau, est plus développé que ne le sont, en général, les enfants de sept mois ; il a 46 centimètres de longueur totale, 25 du sommet à l'ombilic, 21 de l'ombilic aux talons. Les dimensions des principaux diamètres de la tête sont les suivantes :

Occipito-frontal 0,115
— mentonnier. . . . 0,13
Bipariétal. . . . . 0,075 de la partie postérieure de la dépression à la bosse pariétale opposée.
Sous-occipito-bregmatique. 0,115

On voit sur la face et l'occiput les empreintes des cuillers. Sur le pariétal gauche, c'est-à-dire celui qui répondait à l'angle sacro-vertébral, existe, au niveau de l'angle inférieur et antérieur, une dépression profonde de 1 centimètre environ. La dissection, couche par couche, de cette région fait voir dans les parties molles les traces d'une compression violente, du sang infiltré dans le tissu cellulaire, et dans l'os lui-même deux petites fêlures de la table interne dirigées obliquement, l'une en haut et en arrière, l'autre en bas et en avant.

Le reste du corps ne présente rien de particulier. Les ongles sont bien formés et assez durs, les cheveux sont abondants. Les os du crâne sont assez solides, quoique les deux tables de matière compacte ne soient pas complètes dans toute l'étendue du crâne. Il n'y a pas de point d'ossification dans les condyles fémoraux. Les deux testicules sont dans les bourses. — Un peu de sérosité sanguinolente dans le péritoine.— Méconium dans le gros intestin, depuis la moitié gauche du côlon transverse jusque dans l'S iliaque. — Foie très congestionné, de consistance normale. — Reins très lobés, surtout le gauche. — Rien de particulier dans la poitrine, si ce n'est un thymus très volumineux.

Couches.— Elles furent compliquées, le second jour, d'un frisson suivi de chaleur, de fièvre et de douleurs abdominales, limitées à l'hypogastre. 14 sangsues, 16 grammes d'huile de ricin, une boisson délayante et la diète suffirent à calmer ces désordres, et dans la nuit du quatrième au cinquième jour, l'état général étant très bon, la sécrétion laiteuse s'est opérée très franchement. Le cinquième jour, cette femme se trouve très bien, et, malgré tout ce qu'on peut lui dire, elle veut absolument quitter l'hôpital.

Docteur HIPPOLYTE BLOT,
chef de clinique.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE ET TÉRATOLOGIE. — M. de *Quatrefages* élève une réclamation au sujet de la réponse de M. Coste à sa dernière communication. Une courte discussion s'engage entre les deux orateurs, qui fournissent encore de nouveaux arguments en faveur de leurs doctrines et décident que l'étude des faits peut seule donner à la question en litige une solution légitime.

HELMINTHOLOGIE. — *Compte rendu de quelques nouvelles expériences sur la transmission et les métamorphoses des vers intestinaux*, par M. *Milne Edwards*. M. Van Beneden a répété devant MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Valenciennes et Haime, des expériences tendant à déterminer à volonté le développement du *Tænia serrata* chez le chien, en mélangeant dans ses aliments des *cysticerques du lapin*.

Le *tœnia serrata* est très commun chez les chiens adultes, mais ne se rencontre pas chez ces animaux au moment de la naissance.

Une double expérience fut faite sur quatre chiens nouveau-nés. On ne trouva aucun ténia dans l'intestin des deux chiens, dans l'estomac desquels M. Van-Beneden n'avait pas introduit le cysticerque du lapin ; tandis que les deux individus à qui il avait fait manger un grand nombre de ces cysticerques, avaient l'intestin bourré de vers rubanés, faciles àreconnaître comme étant le *tœnia serrata*.

Dans chaque expérience, le nombre des ténias trouvés dans l'intestin était inférieur à celui des cysticerques ingérés. De plus, les ténias étaient d'autant plus avancés en âge qu'ils étaient rencontré dans un point de l'intestin plus éloigné de l'estomac. — M. *Valenciennes* présente quelques remarques au sujet de cette communication. Il a repris les expériences de M. Van Beneden, et, après une description du cysticerque du lapin (*cysticercus pisiformis*), qui habite constamment le grand épiploon de l'estomac, il expose les faits subséquents à l'ingestion de ces helminthes dans l'estomac du chien. Quelques-uns des cysticerques introduits périssent et disparaissent dans l'intestin par l'action de la digestion. Ceux qui résistent perdent leur corps par résorption et ne conservent que la tête. Chaque tête restée vivante dans l'intestin donne naissance à un ruban aplati, présentant tout à fait, à la première vue, l'aspect d'un ténioïde, semblable au *tœnia serrata*, mais qui, d'après M. Valenciennes, n'offrirait aucune identité spécifique avec le véritable *tœnia serrata* développé spontanément dans le jéjunum du chien.

Une autre expérience a été faite sur le chat avec le cysticerque du rat (*cysticercus fasciolaris*) qui habite dans un petit kyste jaunâtre creusé dans le parenchyme du foie, sous l'enveloppe péritonéale de ce viscère. Plusieurs des cysticerques ingérés ont péri ; d'autres, ayant survécu, se sont allongés en donnant naissance à un grand nombre de nouveaux anneaux.

On s'est hâté de généraliser ces faits en disant que les cysticerques sont les larves du ténia. Et comme le *tœnia solium* est très commun en Thuringe, où les habitants mangent de la viande de cochon non cuite, qui renferme le plus souvent des milliers de cysticerques, on a dit que le cysticerque du cochon (*cysticercus cellulosa*) serait la larve du *tœnia solium* de l'homme. A cela M. Valenciennes répond que dès que le cochon est mort et dépécé, les cysticerques le sont tous en même temps. Il en a examiné un très grand nombre pour s'assurer de ce fait.

Quant aux vers ténioïdes observés par M. Van-Beneden chez le chien, après l'ingestion des cysticerques du lapin, ils diffèrent essentiellement du véritable *tœnia serrata* par le nombre, la longueur et l'épaisseur des anneaux.

M. Valenciennes ne saurait donc partager les idées de M. Van Beneden. Jusqu'à présent il lui paraît impossible d'admettre que les cysticerques soient les *larves* des ténias, et surtout que le *cysticercus cellulosa* du cochon soit la larve du *tœnia solium* de l'homme.

PHYSIOLOGIE. — *Sur la sensation de chaleur que produit le gaz acide carbonique dans son contact avec la peau*, par M. *Boussingault*. A propos d'une communication récente de M. Herpin (de Metz), M. Boussingault raconte comment il a eu l'occasion de constater la singulière sensation de chaleur que le contact du gaz acide carbonique *froid* développe sur la peau : c'était dans le *Quindiu* (Nueva-Grenada) que M. Boussingault a visité, à quatre années d'intervalle, en décembre 1826 et en janvier 1830. M. Boussingault ayant été forcé de descendre plusieurs fois dans différentes crevasses de l'azufral de Quindiu, ressentit, à chaque reprise, une chaleur suffocante de 40 degrés environ, et un picotement très vif dans les yeux ; son visage était fortement coloré et son corps couvert d'une abondante transpiration : et pourtant le thermomètre, dans la crevasse, n'indiquait que 19°,5 ; tandis qu'au dehors, à l'air libre et à l'ombre, la température était de 22°,2. Une analyse faite sur place démontra à M. Boussingault que l'atmosphère de l'excavation, qui, en réalité, était moins chaude que l'atmosphère extérieure, renfermait 95 parties pour 100, d'acide carbonique : c'est donc à l'action de ce gaz sur la peau que doit être attribuée cette sensation de chaleur vive qu'on éprouve en descendant dans les gorges du Quindiu, et nullement à une sorte d'asphyxie commençante due à la suspension de la respiration.

M. Boussingault ajoute que le contact de ce gaz finit par déterminer, chez les mineurs de l'azufral, un affaiblissement des organes de la vue qui, chez quelques-uns, va jusqu'à la cécité.

ÉCONOMIE DOMESTIQUE. — *Rapport sur une substance alimentaire présentée par M. Justin Callamand.* (*Comm.*, MM. Thenard, Dumas, Vaillant, Boussingault, *rapporteur*.) La commission n'admet pas que le *biscuit-viande* (composé de farine de pur froment, de viande cuite et de légumes) soit nécessairement l'équivalent de la farine et de la viande qu'il contient ; après la forte dessiccation qu'elle éprouve dans un four, la chair de bœuf perd une partie de son arome et probablement aussi de ses propriétés nutritives.

Cependant la commission, reconnaissant que M. Callamand a réussi à rendre le biscuit plus nutritif en y introduisant une proportion notable de chair de bœuf, propose à l'Académie que des remercîments soient adressés à l'auteur de la communication.

(*La suite au prochain numéro.*)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 8 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Un mémoire sur une modification apportée aux seringues en général et aux petites seringues à injections en particulier ; — un mémoire sur une modification à apporter aux marmites de troupe, ayant pour but d'empêcher les accidents de strangulation, d'asphyxie et de mort, quelquefois occasionnés par l'ingestion involontaire de fragments d'os dans le pharynx ou l'œsophage, en mangeant la soupe, en campagne ou en garnison, par M. le docteur *Pauli*, médecin-major au 90e de ligne. (*Comm.* : M. Poiseuille.) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Chapelain* sur les diverses affections traitées aux eaux minérales de Luxeuil (Haute-Saône) pendant l'année 1753, avec une notice manuscrite sur l'eau ferrugineuse de cet établissement thermal. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Envoi de pièces et demande d'avis concernant des eaux minérales artificielles, fabriquées à Lyon par le sieur *Pernet* et le sieur *Vermorel*. (*Commission des eaux minérales.*)

2. Communications de : *a*. M. le docteur *Lebel*, de Paris (Coagulation du mucus syphilitique par le perchlorure double de manganèse et de fer). (*Comm.* : MM. Chevallier, Lagneau, *rapporteur*.) — *b*. Une note en latin avec un pli cacheté, par un auteur anonyme. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *Velpeau* dépose sur le bureau : *a*. Une note de M. le docteur Hubert (de Louvain, intitulée : *Accouchements spontanés* ; — *ostéomalaxie* ; — *opération césarienne* ; — *application continue de l'eau froide* ; — *guérison*. (*Commission déjà nommée* pour l'examen de divers mémoires relatifs à l'opération césarienne ; M. Danyau, *rapporteur*.) — *b*. Une brochure ayant pour titre : *Traité sur l'hydrophobie*, etc., par M. le docteur *Buisson*, de Paris.

Lectures et Mémoires.

MÉDECINE LÉGALE. — M. *Devergie* donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur une question de doctrine en matière de viabilité de l'enfant nouveau-né, au point de vue des donations et des successions.*

Un enfant parfaitement développé naît à neuf mois de grossesse avec un vice de conformation auquel l'art peut remédier : cet enfant doit-il être apte à *recevoir* ou à *succéder*, quoiqu'il succombe, après un temps donné de vie extra-utérine, aux suites du vice de conformation qu'il a apporté en naissant, ou aux suites des opérations qui ont pu être pratiquées pour y parer ?

Telle est la question, jusqu'à présent négligée, que M. Devergie se propose de résoudre, en posant les principes d'après lesquels le médecin doit procéder à l'interprétation des faits.

Les articles 725 et 906 du Code civil, qui déterminent les droits de l'enfant à la succession et en règlent les conditions, établissent formellement que la donation ou le testament n'auront leur effet qu'autant que l'enfant sera né *viable*.

Il est des vices de conformation si profonds, si compromettants pour la vie, qu'en leur présence le médecin ne saurait hésiter sur la question de la *viabilité*. Mais il est des désordres fort légers dans l'organisation qui peuvent plus tard entraîner la mort de l'enfant, né avec toutes les apparences de la force et de la santé : telles sont les imperforations du rectum ou de l'urètre, une intersection de l'intestin, etc., qui peuvent guérir par l'intervention du chirurgien, ou encore les maladies nées dans le sein de la mère, que l'on parvient quelquefois à guérir, et qui souvent aussi se terminent par la mort. C'est dans cet ensemble de faits que se montrent les divergences d'opinions parmi les médecins et les chirurgiens, et il est important de poser à cet égard des principes bien nets, d'après lesquels on puisse se diriger dans la solution de questions si délicates.

Ici l'auteur rapporte le fait d'un enfant de Vire, qui succomba vers le neuvième ou le dixième jour de la naissance, aux suites de la rétention du méconium occasionnée par un obstacle situé à 5 ou 7 centimètres au-dessus de l'anus. A l'autopsie, on trouva une intersection de l'intestin rectum par un tissu fibreux.

Cet enfant était-il né viable? Dans le cas de l'affirmative, transmission

de la fortune du père à la branche maternelle; dans le cas de la négative, retour de la fortune à la ligne paternelle.

Les médecins de Vire le déclarèrent non viable, en ce sens qu'il avait apporté en naissant un vice de conformation au-dessus des ressources de l'art, puisque l'art avait été impuissant à le détruire. Plusieurs chirurgiens de Paris déclarèrent, au contraire, que l'enfant devait être réputé viable, se fondant sur ce fait que si les médecins appelés n'avaient pas réussi à lui conserver la vie, ils n'avaient pas épuisé toutes les ressources de l'art, puisqu'on aurait pu, ou être plus heureux dans les perforations pratiquées, ou établir un anus artificiel.

M. Devergie, consulté à son tour, n'a pas hésité à déclarer l'enfant *non viable*.

Voici sur quels principes repose cette sentence : M. Devergie, rejetant les classifications des blessures admises en médecine légale par Plouequet, Lecat, Wilberg, Mayer et Marc, et prenant pour base le texte même de la loi, a distingué les blessures en celles qui, prises en elles-mêmes et en dehors de toutes les éventualités, entraînent une incapacité de travail personnel de moins de vingt jours, ou de plus de vingt et un jours, ou la mort.

Faisant rentrer dans le même mode d'appréciation les vices de conformation dont il s'agit ici, M. Devergie pense qu'il faut se demander s'ils étaient de nature à entraîner la mort, dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes, et non dans l'hypothèse de l'administration possible de secours d'une efficacité plus ou moins éventuelle.

Partant de ce fait consacré par les magistrats, qu'il y a présomption de viabilité toutes les fois qu'il y a vie, l'auteur professe que si, à l'aide des secours de l'art, un enfant a été soustrait à des chances certaines de mort, cet enfant qui, en l'absence de ces secours, aurait succombé, doit être déclaré viable. Mais il n'en doit plus être de même lorsque l'art a été impuissant à remédier au vice de conformation, soit que l'on ait épuisé une partie seulement de ses ressources, soit que toutes ses ressources aient été tentées.

Il faut alors appliquer au vice de conformation le raisonnement déjà fait pour les blessures accidentellement mortelles, et dire : « Si le vice de conformation n'avait pas existé, la mort ne serait pas survenue ; et comme l'intention du législateur a été que l'enfant fût né viable, c'est-à-dire dans des conditions normales d'organisation qui lui permissent de vivre *sans le secours de la chirurgie ou de la médecine*, il ne peut pas être réputé viable, quoique l'opération la plus légère l'eût soustrait à une mort certaine.

Les vices de conformation ne doivent-ils pas être interprétés comme ces blessures légères suivies des accidents les plus graves et les plus formidables, dont la pratique la plus éclairée ne peut enrayer la marche, et qui constituent aux yeux de la loi un homicide involontaire ?

Si, au lieu de baser sa sentence sur les éventualités d'une opération et sur les chances, toujours incertaines et douteuses, de l'intervention médicale, et grâce auxquelles il ne peut donner à la magistrature qu'une solution tout à fait problématique, le médecin légiste ne juge au contraire que d'après l'altération telle qu'elle se montre à la naissance et selon les résultats qu'elle doit forcément amener quand elle est abandonnée à elle-même ; s'il laisse aux enfants que le hasard ou les conditions sociales entourent de soins éclairés, les éventualités et le bénéfice de ces circonstances, il pose des doctrines nettes, précises et justes à la fois, puisque, en somme, l'histoire du parcours de la vie humaine n'est qu'un enchaînement de conditions heureuses ou malheureuses. (*Comm.*: MM. Adelon, Chevallier, P. Dubois.)

ALIÉNATION MENTALE. — M. *Bousquet* lit, en son nom et en celui de MM. *Ferrus* et *Londe*, un rapport sur un mémoire de M. *Moreau* (de Tours), intitulé: *Du délire au point de vue pathologique et anatomo-pathologique*. M. le rapporteur distingue trois questions dans le travail de M. Moreau : une question de mots, une question de principes et une théorie.

La question de mots est dans la confusion que fait M. Moreau du délire et de la folie, confusion que ne saurait admettre M. Bousquet. Car, pourquoi confondre deux états, dont l'un est ordinairement court, passager, tandis que l'autre dure en général longtemps et ne finit qu'avec la vie ? Deux états, dont l'un éclate inopinément, tandis que l'autre préparé, élaboré de longue main dans l'économie, se forme lentement, mystérieusement, et se montre ensuite de lui-même ou à l'occasion de la cause la plus insignifiante et la plus imprévue ; deux états, dont l'un n'est qu'un accident fortuit, sans conséquence, tandis que l'autre se transmet plus sûrement avec le sang ; deux états enfin, dont l'un se rencontre ordinairement avec la fièvre et le trouble général des fonctions, au lieu que l'autre s'allie avec la plus parfaite santé !

Puis M. Bousquet discute l'idée dominante du mémoire de M. Moreau, qui est la détermination du siége de la folie dans l'organisme. Où est donc l'altération matérielle qui provoque la folie ? En quoi consiste-t-elle ? — M. Moreau pense que, dans l'homme en délire, il y a un organe lésé, et cet organe est toujours le même : c'est le cerveau. M. Bousquet, s'appuyant de l'autorité de Jacobi, de Pariset, de Cabanis, combat l'opinion trop exclusive de M. Moreau, et croit que les états pathologiques les plus divers et les plus éloignés des centres nerveux peuvent réagir sur le cerveau et l'entraîner dans leur orbite. Cette opinion est encore corroborée par les enseignements de la physiologie, qui nous apprend qu'il se fait dans le système nerveux comme un double courant, dont l'un, de la périphérie au centre, porte les matériaux de la sensation, et l'autre, du centre à la périphérie, transmet les volitions du cerveau et détermine les mouvements. Or, les altérations du cerveau conduisent à la paralysie bien plus sûrement qu'aux troubles de l'intelligence.

M. Moreau défend sa manière de voir contre le témoignage des sens, dont il proclame pourtant l'autorité et l'indispensable intervention, et qui sont cependant si souvent trompés dans leurs recherches sur le cadavre.

Aussi, tous les aliénistes qui se sont occupés sérieusement des rapports des lésions anatomiques avec les diverses formes de l'aliénation, Pinel, Esquirol, Lélut, Georget, M. Falret, etc., tous en ont-ils signalé l'incertitude et les contradictions. Mais comme M. Moreau ne peut pas nier qu'on ne rencontre très souvent des lésions de fonctions sans lésion *saisissable* d'organe, des folies sans altération cérébrale, il dit que, dans ce cas, la lésion organique a disparu.

De ce que les maladies mentales ont une origine commune dans le cerveau, M. Moreau infère qu'elles ne peuvent beaucoup différer entre elles. M. Bousquet, adoptant cette opinion, trouve de l'analogie des affections mentales une meilleure raison encore : c'est qu'on les voit tous les jours se succéder, se mêler, se transformer ; de sorte que, dans le cours de la même maladie, on observe successivement toutes les formes du délire.

Après ces considérations sur le rôle du cerveau dans l'aliénation, M. Moreau cherche à s'expliquer comment elle se produit ; et il lui cherche des analogies dans le sommeil. M. Bousquet repousse cette assimilation.

Et en effet, dans cette hypothèse, nous perdrions donc tous la raison pendant la nuit, car tout le monde rêve, et nous la retrouverions tous les matins à notre réveil.

Les fous n'ont pas cet avantage : ils sont fous nuit et jour.

Et, d'autre part, s'il n'y a pas de folie sans lésion cérébrale, il faut donc dire la même chose du sommeil.

Il y a, en réalité, si peu d'affinité entre la folie et le sommeil, qu'elle l'exclut au lieu de l'appeler. En général, les fous dorment peu.

Abusé par les apparences, M. Moreau a conclu à l'identité des états intérieurs ; c'est là son tort, son erreur.

Son embarras ne commence que quand il veut exposer nettement sa pensée. « La folie, dit-il, est un état mixte, résultant de la fusion de l'état » de sommeil avec l'état de veille, de l'*immixtion* des phénomènes psy- » chiques appartenant à l'état de sommeil dans l'état de veille. » Ce qui revient à dire qu'il n'y a de différence entre celui qui a sa raison et celui qui ne l'a pas, sinon que l'un rêve en dormant et l'autre rêve en veillant. Mais n'est-ce donc rien ? L'embarras de l'explication trahit la faiblesse de la théorie.

Pourtant M. Bousquet loue M. Moreau, qui, malgré les efforts qu'il a faits pour rapprocher les désordres nerveux, n'en veut pas moins qu'on étudie à part ceux de l'intelligence, et qui, quelques soins qu'il ait mis à les ramener au cerveau, consent qu'on les étudie en eux-mêmes.

Appliquant à l'encéphale et à ses fonctions quelques considérations touchant la merveilleuse appropriation des organes à leurs usages, et l'impuissance de nos recherches à saisir cette concordance, M. Bousquet conclut que nous ne devons à l'organe que la plus petite partie de ce que nous savons de la fonction.

L'anatomie pathologique n'est ni moins discrète ni plus facile à se laisser surprendre que l'anatomie physiologique : le secret est aussi bien gardé d'un côté que de l'autre. De là les déceptions si nombreuses de ceux qui, cherchant la cause de la folie dans une altération des centres nerveux, ne rencontrent, le plus souvent, aucune modification de la substance cérébrale !

M. Bousquet, en reconnaissant la nécessité de rattacher les maladies aux organes, ne saurait donc partager la confiance de M. Moreau dans la doctrine qui place l'origine et le point de départ de la folie dans une modification matérielle de l'encéphale, et qui prétend que si l'on flotte sur le siége de la maladie, on ne peut rien pour les malades. M. Moreau n'a pas toujours eu les mêmes principes. Depuis qu'il en a changé, a-t-il changé aussi de conduite ? A-t-il répudié l'ancienne règle ? A-t-il de nouveaux moyens à nous proposer ? Dirige-t-il mieux les aliénés confiés à ses soins ? Est-il plus heureux dans sa pratique ?

Après avoir loué l'utilité des recherches où M. Moreau s'est hardiment engagé, M. le rapporteur propose à l'Académie : 1° d'adresser des remercîments à l'auteur du mémoire ; 2° de renvoyer son travail au comité de publication. (*Adopté.*)

La séance publique est levée à quatre heures.

L'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre le rapport de la *section d'hygiène*.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 9 MARS 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Suite. — Voir le n° 18.

M. *V. Gerdy.* L'iode est absorbé et décoloré par un grand nombre de dissolutions dans lesquelles il se combine à d'autres corps, pour former soit de l'acide iodhydrique, soit des iodures. En même temps que l'iode subit ce changement d'état, les substances contenues dans ces dissolutions ou changent elles-mêmes d'état, ou changent de combinaison, ou sont mises en liberté.

Verse-t-on une solution d'iode dans une solution d'acide sulfhydrique ou d'un sulfure alcalin, l'iode disparaît, se substitue au soufre, équivalent pour équivalent, et le soufre est mis en liberté. C'est cette réaction, connue depuis longtemps, mais inappliquée d'abord, qui a donné à Dupasquier l'idée de doser le soufre de l'acide sulfhydrique et des sulfures des eaux minérales, au moyen de l'appareil chlorométrique de Gay-Lussac et d'une solution titrée d'iode. Houton-Labillardière avait déjà employé l'iode d'une manière analogue pour la chlorométrie ; mais il faisait usage de l'iode dissous et décoloré par le carbonate de soude. Dupasquier s'est servi de la teinture d'iode, au contraire, en raison de la nature du composé sur lequel il voulait agir.

Dès 1843, M. Gerdy démontrait dans un mémoire qu'une foule de substances (que nous ne rappellerons pas ici) pouvaient agir également sur l'iode ; puis il ajoute :

Mais en même temps que je montrais la solution d'iode titrée pouvant recevoir des applications diverses et assez nombreuses, scientifiques ou industrielles, je faisais voir que pour l'analyse des eaux sulfureuses elle laissait beaucoup à désirer et ne pouvait être employée seule et sans le contrôle des autres moyens d'analyse. Ainsi, prenant pour exemple l'eau d'alun d'Aix en Savoie, que Dupasquier a citée comme une preuve de la supériorité de son procédé, je montrais que cette source fournissait au contraire une preuve de l'insuffisance du procédé, puisque le sulfhydromètre y indiquait la présence d'un principe sulfureux, et que les autres réactifs n'y indiquent rien de semblable, le nitrate d'argent en particulier, qui décèle des proportions de soufre infiniment moindres que celle accusée par la teinture d'iode dans l'eau d'alun.

J'avais pensé et j'avais dit alors que cette erreur du sulfhydromètre provenait peut-être de la présence de matières organiques, glairineuses, agissant sur l'iode à la manière de l'acide urique, qui décolore un poids d'iode supérieur au sien. Mais, bientôt après, j'eus occasion de constater que l'eau simple et froide absorbe, avant de bleuir par l'amidon, plusieurs dixièmes de degré de la teinture contenue dans le sulfhydromètre ; que l'eau chaude en exige bien davantage encore pour bleuir, et dès lors l'erreur de Dupasquier sur la source d'alun était surabondamment expliquée. Il ne serait pas impossible, d'ailleurs, que les matières organiques de certaines eaux minérales eussent de l'influence sur la quantité d'iode absorbée, et c'est un point qui me paraît devoir toujours appeler l'attention dans les expériences de ce genre. Cette influence même ne serait plus guère douteuse, si les idées de M. Filhol sur le pouvoir réducteur de la glairine étaient bien démontrées. C'est à cette substance que M. Filhol attribue l'absorption de l'oxygène de l'air mêlé à beaucoup d'eaux minérales, et, par suite, la prédominance de l'azote dans les gaz qu'elles contiennent (p. 222). A cette substance également, comme d'autres auteurs, il attribue la réduction des sulfates dissous dans les eaux et leur transformation en sulfures. Si le sulfure de sodium peut être produit ainsi, pourquoi cette même matière organique, en présence de l'iode, ne pourrait-elle contribuer à décomposer l'eau pour s'emparer de son oxygène, tandis que l'hydrogène irait former de l'acide iodhydrique ?

S'il n'est pas certain, cependant, que l'on rencontre, et surtout que l'on rencontre souvent, dans les eaux minérales, des composés organiques susceptibles d'agir sur l'iode à la manière de l'acide urique et de ses combinaisons, de l'acide cyanhydrique et des combinaisons du cyanogène, il y a déjà bien assez de causes d'erreur dans l'action de la teinture d'iode sur les composés sulfureux, pour que l'on doive n'accepter que sous bénéfice d'inventaire les résultats fournis par le sulfhydromètre, quand ils n'ont pas été contrôlés et vérifiés par d'autres moyens analytiques. Il me sera facile de démontrer ce que je viens d'avancer.

L'eau minérale que l'on examine contient-elle seulement du gaz sulfhydrique ou un monosulfure, l'iode se substitue au soufre dans sa combinaison avec l'hydrogène ou avec un métal, et peut indiquer assez exactement la proportion du soufre. Mais il ne peut nous apprendre si le soufre existait dans l'eau à l'état de gaz ou à l'état de sulfure, ou s'il existait en même temps à ces deux états ; il ne fournit donc qu'un résultat incomplet, même dans ce cas, le plus simple et le plus favorable que l'on puisse rencontrer.

Si le liquide contenait un sulfite, l'iode serait absorbé et décoloré comme par le sulfure et dans la même proportion, en passant à l'état d'acide iodhydrique pendant que le sulfite se transformerait en sulfate, une portion d'eau étant décomposée pour fournir son hydrogène à l'iode et son oxygène à l'acide sulfureux. Alors on pourrait croire à la présence d'un sulfure qui n'existerait pas en réalité, ou à une proportion de sulfure supérieure à celle qui existerait s'il y avait en même temps un sulfure et un sulfite dans la dissolution. Ce serait là un grave inconvénient ; car les sulfites ne peuvent avoir, surtout à l'extérieur, une action médicamenteuse semblable à celle des sulfures.

Si l'on avait affaire à un hyposulfite, on serait de même induit en erreur. Et ici l'erreur serait plus difficile à rectifier ; car si les hyposulfites absorbent aussi de l'iode, ils n'en absorbent pas une proportion définie et toujours la même ; de sorte que la teinture d'iode ne saurait indiquer la quantité du soufre contenu dans les hyposulfites. C'est à tort, en effet, que MM. Fordos et Gélis ont avancé, comme un fait constant, que 1 gramme d'hyposulfite de soude absorbait 0gr,501 d'iode, ce qui revient à dire que 1 gramme de soufre à l'état d'hyposulfite absorberait 1gr,938 d'iode. J'ai obtenu, dans des expériences très nombreuses et faites dans toutes les conditions, des résultats tantôt semblables aux leurs, tantôt différents, et au total fort diversifiés, puisque j'ai vu 1 de soufre à l'état d'hyposulfite absorber une proportion d'iode qui variait entre 1,9 et 3,3. Il n'est donc pas possible de doser les hyposulfites par l'iode ; mais comme ils absorbent une certaine quantité de ce corps, ils peuvent occasionner des erreurs assez importantes, lorsqu'ils existent dans une eau minérale que l'on examine par le sulfhydromètre. Alors la teinture d'iode, comme je l'ai dit à propos des sulfites, peut faire croire à la présence d'un sulfure qui n'existe pas, ou à une proportion de sulfure plus considérable que la proportion réelle.

A-t-on affaire à une eau contenant un sulfure avec excès de soufre ou un polysulfure, comme M. Filhol, entre autres, l'a constaté pour certaines sources des Pyrénées ? Dans ce cas, l'iode n'indique que la proportion de soufre qui représente un monosulfure, et non pas tout le soufre qui existait dans la combinaison ; ou si une plus forte proportion d'iode était absorbée par la formation d'un peu d'iodure de soufre, on aurait toujours un résultat infidèle et doublement trompeur, qui n'indiquerait ni la nature véritable de la combinaison sulfureuse, ni la quantité exacte du soufre qui en ferait partie. S'il pouvait se former de l'iodure de soufre dans cette circonstance, ne pourrait-il pas s'en produire aussi lorsqu'on opère sur une eau fortement sulfurée, quoique sans excès de soufre dans la combinaison de ses principes ? Et n'y aurait-il pas là une nouvelle cause d'erreur, même dans l'analyse des eaux simplement minéralisées par les monosulfures et par l'acide sulfhydrique ?

A-t-on affaire à une eau contenant du soufre naissant à l'état d'hydrate, à l'état où il peut le plus facilement, en quelque sorte, agir sur nos organes et se présenter à leur action ? Sur ce point le sulfhydromètre reste muet et n'indique nullement ni la présence ni la quantité du soufre à cet état. Or, cette substance est loin d'être sans valeur dans les eaux minérales : c'est même, je crois, et j'ai tâché de le démontrer dans un travail antérieur, une des principales causes de leur action sulfureuse. M. Filhol, depuis, a émis aussi l'opinion que le soufre hydraté qui se trouve dans certaines eaux minérales doit exercer une influence puissante sur l'organisme ; c'est à cette substance qu'il attribue en bonne partie l'action des eaux blanches de Luchon et celle des bains d'Aix-la-Chapelle, que M. Constantin James avait appuyée sur l'expérience clinique, à défaut des preuves fournies par les réactifs. Cela est vrai pour toutes les eaux minéralisées par l'acide sulfhydrique et pour beaucoup d'eaux minéralisées par des sulfures. On en aura la preuve quand on voudra examiner les bains préparés avec ces eaux, et l'on pourra constater que souvent, un quart d'heure ou une demi-heure après leur préparation, les bains ne contiennent plus ni sulfure ni acide sulfhydrique, mais seulement du soufre hydraté et des hyposulfites dans certains cas. Le sulfhydromètre ne nous apprenant rien sur ce point, mérite donc encore le reproche d'insuffisance ; et comme tous les cas que je viens de supposer se rencontrent ou peuvent se rencontrer dans la nature, on conçoit dès lors que ce mode d'analyse ne saurait être appliqué seul et d'une manière générale aux eaux sulfureuses.

Je ne parle pas des erreurs auxquelles il pourrait donner lieu, lorsque les eaux contiennent des alcalis à l'état de liberté, des carbonates ou des silicates alcalins, parce qu'il est facile d'annuler l'influence de ces corps, soit par l'addition d'un acide mêlé préalablement à l'eau ou même à la teinture d'iode au moment de l'employer, soit par le chlorure de baryum proposé par M. Filhol, mais qui ne me paraît pas devoir donner de résultats plus exacts que l'acide acétique, si l'iode est ajouté aussitôt après l'acide. Si même l'eau contenait de la potasse, ou de la soude libre, l'emploi du chlorure de baryum pourrait être la cause d'une petite erreur. Je m'étais demandé si la présence de fluorures ou de bromures, comme il en existe dans certaines eaux, ne pourrait pas aussi apporter quelque obstacle à l'usage du sulfhydromètre ? Quoique cela me parût très peu probable, j'ai fait quelques expériences qui ne m'ont donné que des résultats négatifs.

J'ai dit plus haut que l'eau douce, froide, absorbait une quantité d'iode assez notable, et l'eau chaude bien davantage encore. En 1849, dans mes études sur les eaux d'Uriage, j'avais évalué à 6/10 de degré sulfhydrométrique la proportion d'iode absorbée par l'eau froide. Depuis, j'ai trouvé une proportion un peu moins élevée, mais variable dans une certaine limite, et qui montre ainsi encore que l'on ne saurait compter sur une exactitude absolue par l'emploi de ce procédé, même dans les circonstances les plus favorables. Je vais citer en abrégé les résultats que j'ai obtenus sur l'eau à différentes températures, depuis 12 degrés jusqu'à 63. J'ai opéré comparativement sur de l'eau douce et sur de l'eau minérale d'Uriage contenant environ 14 grammes de sels par litre, mais soumise pendant longtemps à l'action de la chaleur et de l'air, de manière à la désulfurer complétement. La proportion d'iode absorbée a été à peu près la même dans les deux cas, c'est-à-dire à peu près également variable, variable suivant la température, variable aussi suivant diverses circonstances appréciables ou inappréciables. — Suivant la température : tandis que, de 12 à 15 degrés centigrades, un litre d'eau n'exigeait, pour prendre une teinte bleue caractéristique, que 35 à 50 centièmes de degré sulfhydrométrique, à 62 degrés centigrades, il fallait 4 à 5 degrés du sulfhydromètre pour obtenir la même coloration ; — suivant l'étendue de la surface liquide en contact avec l'air : tandis qu'un litre d'eau à 44 degrés absorbait environ 2 degrés et demi du sulfhydromètre, lorsqu'on opérait dans une éprouvette à pied, dont le diamètre vertical était de beaucoup supérieur au diamètre horizontal, la même quantité de liquide absorbait 4°,20 de teinture d'iode lorsqu'on opérait dans un vase large et peu profond, comme une cuvette; — suivant la manière dont on mêle au liquide l'eau d'amidon et la teinture d'iode : si l'on ajoute de l'eau d'amidon à plusieurs reprises pendant que l'on verse la teinture d'iode lentement et à plusieurs reprises aussi, il faut le plus souvent beaucoup moins d'iode, et parfois moitié moins, pour produire la coloration bleue persistante du mélange, que si l'on verse l'eau d'amidon en une seule fois, avant de traiter le liquide par l'iode (cela dépend, au moins en bonne partie, de la quantité d'eau d'amidon employée).

Indépendamment de ces circonstances, qui m'ont paru toutes avoir une influence bien appréciable, il en est d'autres dont je n'ai pu me rendre compte, et qui font varier notablement les résultats, lors même qu'on opère à la même température et dans les mêmes conditions apparentes. On peut juger de l'importance des variations dues à ces diverses causes, par les chiffres du tableau suivant, qui m'ont été fournis par mes dernières expériences. Je me suis servi de la teinture normale de Dupasquier, contenant 2 gr. d'iode par décilitre, 0gr,01 par degré du sulfhydromètre.

Températ.	DEGRÉS SULFHYDROMÉTRIQUES. Eau douce.	Eau salée, à 14 gr. par litre.
12°	0,35 0,60	»
13°	0,50 0,45	»
14°	0,35	»
15°	0,40 0,35	»
22°	0,80	»
23°	0,80	»
26°	»	1,60
27°	»	1,50
28°	0,70	»
29°	1°	»
31°	»	1,80
32°	»	1,65
34°	1,90 1,90	1,90
35°	»	0,90 1,80, 1,80
36°	»	2°
39°	2,20	2,10 1
41°	»	2 2
42°	2,80	»
43°	»	2,20
44°	»	4,20 (dans une cuvette).
45°	2,60	»
46°	»	2,10 2,10
47°	3,30 3,40	2,40
48°	3,50 2,80 2,80	»
50°	3,10	3 2,50 2,40 2,40
51°	4,30	2,90 2 1,80 1,50
52°	»	3,10 1,70
53°	4	2,60 2,60
54°	»	5 (dans une cuvette).
55°	3,40	1,80
61°	4,80	»
62°	5 4	»
63°	4,60	»

NOTA. Les chiffres sulfhydrométriques les plus faibles, pour les degrés de température auxquels se rapportent plusieurs chiffres, ont été obtenus en ajoutant de l'amidon à plusieurs reprises, ou une forte proportion d'eau d'amidon.

Il résulte de ce qui précède que l'iode est absorbé en quantité notable par l'eau simple, à la température ordinaire, puisqu'il en faut de 0gr,0035 à 0gr,006 pour bleuir un litre d'eau additionnée d'amidon ; qu'il est absorbé en bien plus forte proportion par l'eau chaude, puisqu'elle en prend jusqu'à 0gr,05, à la température de 60 degrés, avant de le laisser réagir sur l'amidon ; que d'ailleurs l'iode est absorbé en quantité considérable par certains corps, comme l'acide urique, qui permettent de supposer que des matières organiques contenues dans les eaux minérales pourraient agir d'une manière analogue et altérer les résultats ; qu'il est absorbé en proportion égale par des composés sulfureux d'une nature et d'une action fort diverse, comme les monosulfures, l'acide sulfhydrique et les sulfites, qui peuvent se trouver réunis dans les eaux minérales, et qui sont entièrement confondus par la sulfhydrométrie ; qu'il est absorbé par d'autres composés sulfureux qui se trouvent également dans les eaux minérales, comme les polysulfures et les hyposulfites, dont l'action est diverse encore et dont le soufre n'est plus indiqué d'une manière même approximative par l'iode, qui ne signale dans les premiers qu'un seul équivalent de soufre, quand ils en contiennent plusieurs ; dans les seconds qu'une proportion de soufre bien inférieure aussi à la réalité, et qui ne donne pas même, dans ce dernier cas, des résultats constants, qu'enfin il n'indique nullement ni la quantité, ni même la présence du soufre hydraté, dont l'importance dans les eaux ne saurait être contestée.

Par toutes ces raisons, il me paraît impossible de considérer la sulfhydrométrie, employée seule, comme un bon moyen d'analyse des eaux sulfureuses, puisqu'elle confond les sulfites avec les sulfures et l'acide sulfhydrique, qu'elle confond aussi les hyposulfites avec les corps dont je viens de parler, qu'elle indique seulement une partie du soufre des polysulfures et qu'elle n'indique nullement le soufre hydraté ; qu'enfin elle peut faire croire à l'existence d'un principe sulfureux dans des eaux qui n'en contiennent point. Sans doute on peut éviter l'erreur qui serait produite par la température des eaux chaudes, en les faisant refroidir avant de les soumettre à l'action de l'iode. Mais on ne saurait éviter celle qui résulte de la quantité d'iode absorbée par l'eau simple et froide elle-même. On ne saurait éviter non plus celle qui pourrait résulter de la présence de matières organiques dans les eaux minérales. En définitive, donc, la teinture d'iode ne peut suffire à nous faire connaître avec certitude ni la nature, ni la proportion des composés sulfureux contenus dans les eaux minérales, et ne saurait être employée seule pour une analyse de ce genre. Elle ne dispense nullement de l'emploi des autres procédés analytiques fournis par la science actuelle pour la détermination de ces composés. Pas plus aujourd'hui qu'avant l'application de ce réactif, il n'est possible de faire en quelques instants, comme on l'a prétendu, en courant, si je puis ainsi dire, l'analyse d'une eau sulfureuse avec un peu d'exactitude et de précision.

S'ensuit-il que la sulfhydrométrie soit sans utilité pour l'étude et la connaissance des eaux minérales ? Loin de moi cette pensée. Lorsqu'on a bien étudié la constitution chimique d'une eau sulfureuse, lorsqu'on en a fait une analyse complète, la sulfhydrométrie permet de suivre et de surveiller avec une grande facilité, jour par jour, heure par heure, s'il le faut, les modifications qui peuvent survenir dans la source, sous l'influence des pluies, des orages, de la fonte des neiges, etc. Les résultats comparatifs qu'elle fournit alors ne sont pas sans doute à l'abri de l'erreur, si les eaux contiennent soit des polysulfures, soit des sulfites ou des hyposulfites réunis à un sulfure, soit du soufre hydraté, soit des matières organiques absorbant de l'iode ; mais, dans ce cas même, elle peut fournir encore généralement des évaluations suffisamment approximatives pour l'étude des variations des sources. Si l'on a affaire à une combinaison simple, à un monosulfure ou à de l'acide sulfhydrique, les données obtenues par l'emploi de l'iode peuvent être bien plus rigoureusement exactes encore. Sous ce rapport donc, la sulfhydrométrie rend de véritables et sérieux services. Elle rend aussi, d'ailleurs, des services assez importants lorsqu'on procède à l'analyse d'une eau sulfureuse, parce qu'elle fournit un moyen de comparaison ou de contrôle utile pour aider la marche du chimiste, pour éclairer et compléter les résultats donnés par les autres procédés, et, à tous ces titres, elle doit être considérée, je crois, comme une application avantageuse pour la science, à la condition, toutefois, que la facilité de son emploi ne fasse pas négliger les autres procédés. C'est un moyen commode ajouté aux autres moyens, mais qui ne doit et ne peut pas dispenser des autres.

J'insiste sur ce point, parce qu'il est à craindre que beaucoup de personnes, entraînées par les éloges exagérés, à mon sens, que ce procédé a reçus, et surtout par le peu de temps et de soins, par le peu de connaissances chimiques qu'il réclame, ne soient disposées à en faire un usage trop exclusif, qui deviendrait la cause de beaucoup d'erreurs. L'analyse d'une eau sulfureuse ne peut se faire en courant, je le répète ; elle demande nécessairement du temps et des soins, si l'on veut arriver à des résultats certains et précis. Quoique le nitrate d'argent ammoniacal, peut-être, fournisse en général les données les plus exactes, je ne veux pas éta-

blir de comparaison entre les divers procédés. Chacun de ces moyens est insuffisant si on l'emploie seul, et pour toutes les eaux sulfureuses également. Tous sont utiles, si on les emploie à propos et successivement, de manière à combiner les résultats qu'ils donnent et les indications qu'ils fournissent.

Lorsqu'on veut connaître parfaitement une source sulfureuse, il me paraît convenable, en général, de commencer par doser l'acide sulfurique des sulfates qu'elle contient, puis de doser tout le soufre qui s'y trouve, à quelque état que ce soit, en le transformant en acide sulfurique. Pour cela, j'ai essayé les divers procédés indiqués, et j'ai éprouvé de grandes difficultés pour faire passer tout le soufre à l'état d'acide sulfurique.

Après de nombreux essais, je suis arrivé à un moyen qui m'a donné d'excellents résultats et qui m'a paru pouvoir rendre d'assez grands services dans les cas de ce genre. Ce procédé consiste à mêler dans la dissolution sulfureuse un peu de chlorure ferrique parfaitement pur, ou de cyanure ferrico-potassique, puis à y verser une dissolution de chlore en excès, ou bien à y faire passer un courant de chlore jusqu'à ce que le liquide soit devenu complétement clair et limpide. Il suffit d'un temps fort court pour produire cet effet, même dans les quintisulfures ; et alors tout le soufre étant transformé en acide sulfurique, il est facile de le doser exactement par le chlorure de baryum.

Lorsqu'on connaît bien la quantité totale du soufre contenu dans le liquide, lorsqu'on en a séparé par le calcul, celui qui s'y trouvait préalablement à l'état d'acide sulfurique, il devient ensuite beaucoup plus facile, en se servant successivement de la teinture d'iode, de l'azotate d'argent dans les eaux qui ne sont pas trop fortement chlorurées, du sulfate de cuivre, etc., d'apprécier et de doser les diverses combinaisons du soufre existant dans la dissolution.

Dans le travail que j'ai rappelé plus haut, j'avais cherché à rendre la sulfhydrométrie applicable au plus grand nombre de cas possible, en isolant, par diverses dissolutions métalliques, les composés sulfureux qui peuvent se trouver réunis, pour doser ensuite séparément leur soufre par la teinture d'iode. N'ayant pu parvenir à séparer l'acide sulfhydrique et les monosulfures par les moyens proposés, j'en avais cherché d'autres, et j'avais cru, après d'assez nombreuses expériences, qu'il était possible de séparer assez exactement ces deux genres de combinaisons par les sels de cobalt. Depuis, j'ai obtenu des résultats contraires, qui m'ont fait douter de l'exactitude de mes premières observations. Je ne sais si cela tiendrait à une différence dans les conditions des réactifs ou à la manière de procéder. Pour séparer les sulfures des hyposulfites et sulfites, j'avais proposé la dissolution cobaltique, qui me paraît encore le meilleur réactif sous ce rapport. Pour séparer des hyposulfites et sulfites l'acide sulfhydrique, j'ai employé l'acétate de zinc, qui précipite bien le soufre de cet acide. Mais j'ai constaté et j'ai eu le soin de signaler cette cause d'erreur, que le sulfure de zinc s'acidifiant très rapidement, et passant en partie à l'état d'hyposulfite, on obtenait toujours ainsi un résultat sensiblement inexact, qui donnait une proportion d'acide sulfhydrique moindre et une proportion d'acide hyposulfureux plus grande que les proportions réelles. J'avais beau filtrer vite et filtrer à l'abri du contact de l'air, je trouvais toujours une erreur notable dans les résultats. Aussi, lorsque, dans la dernière séance, j'ai entendu l'indication des proportions considérables d'hyposulfite que M. Filhol a trouvées par ce procédé, dans les eaux de Luchon parvenues aux lieux d'emploi, n'ai-je pu me défendre de penser que cette proportion pourrait bien avoir été quelque peu grossie par la cause que je viens d'indiquer.

En résumé, la sulfhydrométrie me paraît être un moyen utile à joindre, comme auxiliaire, aux autres moyens d'analyse des eaux sulfureuses, un procédé très commode et très utile pour étudier les variations qui peuvent survenir dans une source sulfureuse dont la composition a été préalablement bien déterminée par une analyse exacte et complète ; mais si l'on voulait s'en rapporter à la teinture d'iode toute seule pour apprécier la composition d'une eau sulfureuse, on commettrait, je crois, le plus souvent, des erreurs très considérables, comme cela est arrivé déjà dans plus d'une circonstance. Sous ce rapport, la facilité même de son emploi devient un inconvénient très sérieux, parce qu'elle engage beaucoup de personnes à négliger les autres procédés chimiques, pour se contenter des résultats approximatifs ou censés tels que fournit la sulfhydrométrie, et qui sont fréquemment, en réalité, fort peu approximatifs.

M. *Réveil.* M. Gerdy vous a dit beaucoup de choses dont j'avais moi-même l'intention de vous entretenir. Sur le plus grand nombre des faits qu'il vous a signalés, mes observations sont d'accord avec les siennes : nous nous trouvons en contradiction sur deux points seulement. Je répondrai d'abord à M. Gerdy ; j'examinerai ensuite quelle est, selon moi, la valeur des faits qui ont été invoqués par M. Leconte en faveur de la sulfhydrométrie.

M. Gerdy vous a dit que les eaux sulfureuses se décomposaient à l'air avec une si grande rapidité, qu'au bout de quelques instants tout le soufre était ou brûlé ou déposé. Or, d'après notre honorable collègue, ce soufre, qui aurait une action sur l'économie, n'absorberait pas de l'iode. Je ne crois pas que les eaux sulfureuses se décomposent aussi rapidement et aussi complétement que M. Gerdy l'a dit : cela se voit dans certaines eaux qui deviennent laiteuses comme celles de Luchon ; mais d'autres, comme Baréges, Cauterets, etc., quoique aussi sulfureuses, ne blanchissent pas à l'air. Je ne pense pas non plus que la poudre blanche précipitée soit du soufre pur, mais bien mélangé d'hydrogène sulfuré, ou peut-être, comme cela a été dit, un sous-sulfure d'hydrogène dont l'équivalent serait représenté par SH^2.

Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Gerdy, lorsqu'il dit que l'eau pure absorbe de l'iode. Cette absorption n'a jamais lieu lorsqu'on opère sur de l'eau distillée froide ; mais on peut la remarquer dans certaines eaux calcaires ou dans celles dont la température est assez élevée.

M. Leconte trouve que la sulfhydrométrie est le moyen analytique le plus rapide, le plus exact, à condition qu'on s'entourera d'un certain nombre de précautions qu'il vous a indiquées, lorsqu'il a dit : 1° qu'il fallait ramener l'eau à la température de 15 degrés environ ; 2° préparer souvent la liqueur titrée alcoolique, qu'il préfère à la liqueur iodo-potassique indiquée par M. Filhol ; 3° séparer les matières organiques en suspension ; 4° saturer par un acide les carbonates, silicates, etc.; 5° séparer les sulfures par le sulfate neutre ou par l'acétate de zinc ; 6° opérer dans un vase à ouverture étroite, soit un ballon.

On conviendra que, ces précautions prises, l'opération cesse d'être rapide, et, disons-le, n'est pas encore suffisamment exacte. C'est ce que je vais essayer de démontrer.

Si l'on ramène la température de l'eau à 15 degrés pendant le refroidissement, les sulfures s'oxydent et se transforment en ces composés de la série thionique qui absorbent de l'iode en quantité variable, selon leur état d'oxydation, état qu'il est *impossible* de reconnaître, puisqu'il pourra y avoir dans l'eau tout à la fois un hyposulfate, un sulfite, un hyposulfite et un hyposulfate mono, bi ou trisulfuré.

Pour la préparation de la liqueur iodo-alcoolique titrée, il importe, dit M. Leconte, d'employer toujours le même alcool et le même iode ; mais l'alcool conservé en vidange s'oxyde, et l'aldéhyde qui peut se former est un corps réducteur. D'ailleurs, le choix de l'iode n'est pas indifférent : celui du commerce n'est jamais pur ; il est plus ou moins humide, et peut contenir diverses substances étrangères, du fer, par exemple. Il importe donc de le préparer soi-même par le procédé de M. Millon, qui consiste à décomposer l'iodure de potassium pur par un excès de chlore, et à faire réagir de l'iodure de potassium sur le chlorure d'iode formé ; il est enfin indispensable de faire fondre cet iode dans un tube scellé à ses deux extrémités.

Contrairement à l'opinion de M. Leconte, je préfère la solution iodo-potassique de M. Filhol à la liqueur iodo-alcoolique de M. Dupasquier, et cela pour deux raisons : 1° parce que l'iodure de potassium retient mieux l'iode que ne le fait l'alcool ; 2° parce que la solution de M. Filhol est moins dilatable. Il est vrai que l'on peut, comme le conseille M. Leconte, refroidir la liqueur alcoolique, de manière à l'employer toujours à la même température ; mais cela complique encore l'opération.

Pour séparer les matières organiques en suspension, la filtration est indispensable, la décantation insuffisante. D'ailleurs, à peine ces matières sont-elles séparées par un moyen ou par un autre, qu'on voit de nouveaux flocons se former. J'ai acquis par l'expérience la certitude que les matières organiques absorbaient l'iode.

Ce n'est pas seulement les carbonates et les silicates qui absorbent de l'iode, sans parler de la potasse ou de la soude caustiques que M. Longchamp admet dans les eaux sulfureuses, et que je crois ne pas y exister ; je signalerai encore, comme pouvant absorber l'iode, les phosphates, borates, arséniates, et surtout les arsénites. Il est vrai que, comme pour les carbonates et les silicates, on peut les saturer par un acide ; mais de deux choses l'une : ou l'on ne met pas suffisamment d'acide, et l'iode continue à être absorbé ; ou l'on en met trop, et alors les sulfures sont décomposés, et il se dégage du gaz sulfhydrique, qui n'est que trois fois soluble dans l'eau. Dans cette circonstance encore, je préfère l'emploi du chlorure de baryum, proposé par M. Filhol.

Reste enfin la question des polysulfures, que le sulfhydromètre ne peut jamais éclairer. On sait, en effet, qu'un équivalent d'un protosulfure exige un équivalent d'iode, quantité qui est également nécessaire pour saturer un équivalent d'un polysulfure ; de sorte qu'on s'expose à ne compter que 1 équivalent de soude, lorsqu'il y en a en réalité 2, 3, 4 ou 5.

Il est incontestable qu'il vaut mieux opérer dans un vase à ouverture étroite. Malgré cette précaution, il se dégage toujours une petite quantité d'iode, ce dont on peut s'assurer, en plaçant à la partie supérieure du vase un papier amidonné.

En résumé, selon moi, la sulfhydrométrie est une opération utile lorsqu'il s'agit de comparer les eaux les unes aux autres, ou de s'assurer des variations de composition qui peuvent survenir dans la même eau, mais

qui est tout à fait inexacte lorsqu'on a pour but la détermination de la quantité de soufre. Dans ce cas, je préfère le procédé plus long, mais plus rigoureux, qui consiste dans l'emploi du nitrate d'argent ammoniacal.

Je dirai, en terminant, que je ne comprends pas bien pourquoi M. Leconte admet la décomposition de l'eau lorsqu'il explique l'action de l'iode sur un sulfure ; il me paraît plus simple d'admettre que l'iode se combine avec le métal avec dépôt de soufre, au lieu de dire qu'il y a formation d'acide iodhydrique et d'un oxyde métallique ; tout cela revient au même au fond ; il n'y a de différence que dans l'explication du phénomène.

Enfin, je rappellerai que M. Filhol conseille l'emploi de l'iodure de potassium bien neutre pour préparer la liqueur iodo-potassique. M. Leconte se trompe encore lorsqu'il dit que je n'ai pas signalé des eaux sulfureuses contenant des polysulfures. J'ai indiqué celles de Luchon. Quant à la comparaison qu'il fait entre la précipitation du soufre des polysulfurés et celle qui se produit dans une solution d'acide sulfhydrique, il n'y a entre ces deux phénomènes aucune parité : dans le premier cas, c'est l'acide carbonique de l'air qui produit la précipitation ; dans le second, elle est due à l'oxygène. Or, les eaux qui contiennent des persulfures précipitent par les acides, ce que ne ferait pas une solution d'acide sulfhydrique.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE ANNUELLE LE 11 MAI, A TROIS HEURES,

24, rue de l'École-de-Médecine.

11e Anniversaire.

Ordre du jour : Compte rendu des travaux de l'année 1854-55, par M. Meding.

Réflexions sur le mécanisme des mouvements du cœur, par M. Ernst.

Compte rendu des maladies chirurgicales du cerveau et de ses enveloppes, de M. de Bruns ; par M. Führer.

Comptes rendus du bibliothécaire et du trésorier.

Proclamation du prix de la Société et des nominations de membres.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Maladie de l'oreille étendue au nerf pneumogastrique ; mort, par le docteur Coe.

Dans l'observation suivante de carie de la paroi de la cavité tympanique, la mort semble avoir été causée directement, suivant l'auteur, par l'irritation du nerf pneumogastrique, et plus spécialement de sa branche laryngée inférieure.

Obs. — Un malade, venu à la consultation de l'Hôpital général de Bristol, se plaignait d'un écoulement par l'oreille qui existait depuis quelques années, et de violents paroxysmes de douleurs dans l'oreille et dans la tête, qui se montraient chaque fois que l'écoulement se suspendait. On appliqua des sangsues à l'apophyse mastoïde, et des fomentations chaudes sur le côté de la tête ; en même temps, on ordonna du mercure à l'intérieur. Le jour suivant, des symptômes de méningite s'étant manifestés, le malade fut porté à l'hôpital ; il alla bien d'abord, pendant quelques jours ; mais plus tard il se plaignit de roideur dans le côté droit du cou, et éprouva des attaques subites de suffocation, comme s'il avait été atteint de spasme de la glotte. Il existait, sur le côté du cou, une tuméfaction en forme de corde, dirigée dans le sens de la gaîne des vaisseaux carotidiens : cette tuméfaction était douloureuse au toucher.

Le diagnostic fut : carie de la portion postérieure du temporal, méningite, obstruction du sinus latéral droit, soit par extension de l'inflammation, soit par dépôt secondaire de pus, coagulation consécutive du sang dans la veine jugulaire interne, inflammation de sa gaîne s'étendant au nerf pneumogastrique, et surtout au nerf laryngé inférieur.

L'autopsie justifia ce diagnostic. (*Association Medical Journal*, 29 déc. 1854.)

— Nous craignons fort que l'absence de détails suffisants ne laisse le lecteur dans le doute au sujet de la véritable nature de la maladie dont il est question.

Hydatides de la vessie, par le docteur Fleckles.

Obs. — Une femme de trente-sept ans, mariée depuis dix-neuf ans, sans avoir eu d'enfants, avait éprouvé, vers l'âge de treize ans, une douleur dans le côté droit, douleur qui revenait fréquemment, et qu'elle attribuait à une chute ou à un coup. Quelque temps après, s'était montrée une tumeur douloureuse dont le volume finit par égaler celui d'une tête d'enfant ; elle était placée entre l'ombilic et la région inguinale. Le diagnostic de cette tumeur resta longtemps incertain. Il y a cinq ans, la malade éprouva pour la première fois de violentes douleurs dans la région rénale droite. La tumeur de l'abdomen n'avait point changé de forme ni de volume ; elle semblait seulement un peu plus élastique. Elle était aussi devenue plus douloureuse au toucher. L'année suivante, la malade s'aperçut un jour qu'elle avait rendu en urinant, après des douleurs excessivement vives, un grand nombre de petites poches vésiculeuses de diverses grandeurs, et dont les plus considérables avaient environ le volume d'un haricot. Un médecin constata que c'étaient des hydatides. Ces évacuations durèrent un certain temps, pendant lequel la douleur diminua notablement. Les douleurs vésicales et rénales revenaient assez fréquemment, et s'accompagnaient, mais non toujours, d'expulsion d'hydatides. Revenue d'un voyage à Berlin, où on lui avait conseillé les eaux de Vichy, la malade rendit par le vomissement une masse considérable de vésicules hydatiques. Elle se rendit aux eaux de Karlsbad, dont l'usage externe et interne lui procura beaucoup de soulagement, et s'accompagna d'une diminution considérable du volume de la tumeur.

— Si, en l'absence de renseignements précis, il était permis d'émettre un avis sur ce cas intéressant, nous dirions que le siége de la tumeur, son volume, la marche des accidents, nous feraient admettre plutôt le diagnostic suivant : kyste hydatique du rein ouvert d'abord dans le bassinet, puis dans le tube digestif. (*Wiener Med. Wochenschr.*, nº 12.)

Observation rare de fracture du col du fémur, guérie sans le secours d'aucun appareil, par M. Ribes.

Obs. — Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de soixante-trois ans, qui, à la suite d'une chute sur la hanche gauche, perdit la faculté de marcher et de se tenir debout, en même temps qu'elle éprouvait une douleur extrêmement vive dans l'articulation coxo-fémorale. Elle resta deux mois couchée sans recevoir aucuns soins. M. Ribes, qui la vit à cette époque, trouva le membre dans la rotation en dehors, raccourci de quelques lignes. Un empâtement existait autour de l'articulation. Déjà la malade pouvait marcher. M. Ribes lui conseilla de se reposer plus fréquemment, de mettre sous les jarrets un gros traversin de paille pour tenir la jambe à demi fléchie sur la cuisse, et de s'aider de deux longues béquilles lorsqu'elle voudrait marcher. Elle se conforma à ces prescriptions, et aujourd'hui elle marche plus librement et en ne se servant que d'une canne.

M. Ribes dit que, même s'il avait été appelé dès le début, il n'aurait eu recours à aucun autre moyen contentif, et il s'appuie sur ce fait pour recommander, avec Sabatier, Mursinna, Dupuytren, A. Cooper, ce système simple de traitement, préférablement aux appareils à traction, qui, le plus souvent, laissent un raccourcissement aussi prononcé, et ont, en outre, des inconvénients sérieux, à cause de la violence qu'ils exercent sur les parties molles. (*Revue médicale*, 28 fév. 1855, p. 204.)

Instrument pour la mensuration et l'auscultation des calculs chez l'enfant, par M. Fleming.

L'importance d'avoir des notions précises sur le volume et la dureté d'un calcul vésical, avant d'entreprendre, chez l'enfant, la lithotritie, a suggéré l'idée de cet instrument. C'est un lithotriteur courbe, ordinaire, dont le manche seul offre quelques modifications. Il porte, sur l'une de ses faces, une échelle graduée qui indique avec précision, une fois le calcul saisi entre les branches, quel est le degré d'écartement de celles-ci, et quel est, par conséquent, le volume de la pierre elle-même. Un mécanisme spécial, fort utile, fixe provisoirement et avec promptitude les branches dans cette situation, et empêche le calcul de s'échapper, tandis qu'on est occupé à le mesurer.

Quant à l'auscultation, elle n'est facilitée que par la configuration du pavillon de la sonde, qui est construit de façon à pouvoir s'adapter dans le conduit auditif du chirurgien. (*The Dublin Quarterly Journal of Med. Science*, nov. 1854, p. 257.)

Empoisonnement aigu d'un enfant par de l'eau-de-vie de grains, par le professeur UHDE.

Les ouvriers de la campagne, dont le déjeuner se compose ordinairement d'un morceau de pain et d'un verre d'eau-de-vie, ont assez souvent l'habitude de faire prendre quelques gouttes de ce liquide à leurs enfants, même en bas âge, dans le but de leur *fortifier la constitution*. Or, voici ce qui arriva à un de ces enfants.

OBS. — Dans la matinée du 19 septembre 1853, le petit P..., âgé de près de deux ans, auquel on avait ainsi fait boire de l'eau-de-vie à diverses reprises, ayant aperçu sur la table une bouteille pleine d'eau-de-vie de grains, profita d'un moment de liberté, grimpa sur une chaise, s'empara du flacon, et but environ une demi-chopine (3 à 4 onces) de ce liquide, qui renfermait 43 à 45 pour 100 d'alcool. Il eut aussitôt des vertiges, tomba par terre, et s'endormit d'un profond sommeil; il avait les yeux largement ouverts, convulsionnés, les pupilles dilatées, les mâchoires fortement serrées l'une contre l'autre; la face était pâle, affaissée, fraîche et humide au toucher; l'enfant respirait d'une manière lente, faible, irrégulière, 16 fois par minute, et exhalait une forte odeur d'alcool. Les pulsations de l'artère radiale, au nombre de 64 par minute, étaient petites, lentes, irrégulières; la température du tronc différait peu de celle qui existe à l'état normal; celle des membres était notablement abaissée.

Traitement. — Renouvellement de l'atmosphère de la chambre, lit chaud, vessie remplie d'eau froide sur la tête, lavement d'eau fraîche avec du vinaigre, infusion de camomille alternant avec du café.

Vers le soir, le coma persistait, la respiration était râlante, les mâchoires un peu moins serrées; 144 pulsations. — Point d'émission de l'urine. — Dans la nuit, grincements de dents.

20 septembre. Même état comateux; pouls à 128, 44 inspirations très faibles par minute. Paupières demi-ouvertes, pupilles larges. Convulsions fréquentes des extrémités et grincements de dents. Peau brûlante et sèche au toucher. L'enfant a eu deux selles, mais n'a point uriné. — Infusion de valériane.

Mort avec des phénomène paralytiques, vers midi.

Autopsie, le 22 septembre. — Cadavre pâle, extrémités remarquablement souples, mâchoire inférieure mobile. Ventre rétracté, sonore à la percussion. Yeux enfoncés dans les orbites, pupilles largement dilatées. Les veines des méninges semblaient plus gorgées de sang que d'habitude. Le ventricule gauche du cœur *contenait une quantité extraordinaire d'un sang noir et fluide*. Canal intestinal pâle, ne renfermant point de gaz. Dans l'estomac et dans l'intestin, il y avait une matière liquide, jaunâtre, répandant une faible odeur alcoolique. En incisant le foie, on dégageait la même odeur. La vessie était fortement distendue par une urine jaune pâle. (*Deutsche Klinik*, 1854, n° 38.)

— D'après ce que nous connaissons des effets de l'ammoniaque dans l'ivresse, il est permis de penser que ce moyen eût été employé avec avantage dans le cas présent. Nous ferons remarquer également le trouble porté par l'alcool dans l'accomplissement des fonctions de l'hématose.

Absence de péricarde.

Le docteur Bristowe, dans la séance du 16 janvier 1855, a montré à la Société pathologique de Londres un exemple de cœur renfermé dans la même cavité séreuse que le poumon gauche. Sur le côté droit du cœur existait un diverticulum qui semblait être un péricarde rudimentaire; il se continuait un peu, en avant et en arrière, sur les vaisseaux, près de la base du cœur. Le malade était mort d'une lésion de la valvule mitrale, avec congestion et œdème des poumons accompagnés d'ictère. (*Association Medical Journal*, 19 janvier 1855.)

Calcul adhérant à la vessie par le moyen d'une aiguille, par le docteur J. SIMON.

Chez un petit garçon âgé de six ans, auquel M. Simon avait pratiqué l'opération de la lithotomie, il sentit, après avoir enlevé le calcul, que quelque chose restait dans la vessie; il se trouva que c'était la moitié supérieure d'une aiguille, dont l'autre moitié fut retrouvée dans le calcul. M. Simon supposa que l'aiguille avait été introduite par le rectum, et que la portion qui faisait saillie dans la vessie avait servi de noyau à la formation du calcul. (*Association Medical Journal*, 19 janvier 1855.)

— Quant à nous, nous croyons qu'il est plus simple d'admettre que l'aiguille avait été avalée par l'enfant, et qu'elle avait cheminé à travers les tissus, sans provoquer le moindre accident, avant de s'engager dans la vessie par une de ses extrémités, qui a servi de centre d'attraction à la matière lithique.

De la décoction de tête de pavot contre le prurit de la vulve, par M. BALBO.

Malgré le nombre déjà considérable des prétendus spécifiques du *prurigo pudendi*, il ne saurait être inopportun de publier tous les remèdes, et surtout les remèdes faciles à composer, qui ont été expérimentés avec succès dans le traitement de cette pénible incommodité.

OBS. — M. Balbo eut occasion de voir deux femmes, l'une de vingt-six ans, l'autre de vingt-cinq, affectées de démangeaison opiniâtre de la vulve. La maladie, chez la première, avait succédé à une couche; chez l'autre, elle paraissait liée à l'existence de pertes blanches. Mais sur aucune on ne put constater ni vésicules, ni papules, ni le moindre signe perceptible de lésion matérielle de la peau. Ses clientes étant à une grande distance de tout secours pharmaceutique, M. Balbo eut l'idée de leur donner trois ou quatre têtes de pavot, en leur recommandant de les faire bouillir dans de l'eau de mauve, puis de bassiner fréquemment la partie douloureuse avec un linge imbibé de ce liquide tiède. Toutes deux furent promptement et complétement guéries. Chez la dernière, il fallut ajouter quelques injections faites dans l'urètre avec la même décoction.

— Ce topique est d'un emploi tellement commode, qu'on aurait la plus grande facilité à le faire servir de véhicule à quelque autre médicament plus actif, si (sans vouloir contester sa vertu propre) il venait à se montrer impuissant ou seulement insuffisant contre quelque cas particulièrement tenace. (*Gazzetta medica italiana*, *Stati Sardi*, 12 fév. 1855, p. 49.)

Note sur la nature du glaucome, par le docteur DE GRAEFE.

Bien des idées diverses ont été émises sur la nature de cette affection, assez rare et assez mal étudiée jusqu'ici pour qu'il soit difficile de se former une opinion par la lecture de ce qui a été écrit à ce sujet. C'est ainsi qu'on a placé successivement le siége du glaucome dans le corps vitré, dans la membrane hyaloïde, dans le cristallin, ou dans les membranes de l'œil. Le docteur de Graefe, s'appuyant sur des observations faites avec l'ophthalmoscope, établit en principe que la cause du glaucome ne réside point dans un travail d'exsudation des membranes internes de l'œil; que, dans cette maladie, une modification spéciale de ces membranes est aussi peu nécessaire qu'une altération quelconque de la cornée, de l'humeur aqueuse, du système cristallinien et du corps vitré. Constamment le docteur de Graefe a trouvé:

1° *Une modification du nerf optique à son entrée dans l'œil*;

2° *Des pulsations de l'artère centrale, spontanées ou provoquées par une pression légère.*

1° La *modification du nerf optique* consiste dans une saillie plus considérable que d'habitude, formée par le nerf à son point d'émergence dans l'œil; cette petite éminence arrondie est entourée d'une zone circulaire qui a conservé son niveau normal, mais qui se distingue nettement des parties environnantes par une coloration blanchâtre, sans offrir toutefois l'aspect brillant de la tache qui résulte de l'absence du pigment choroïdien; cette zone est plus ou moins large, et couverte quelquefois en partie par la papille du nerf, dirigée un peu latéralement. Quant à la papille elle-même, elle est diversement colorée, ordinairement d'un jaune sale, ou tirant sur le bleu, plus rarement rouge pâle (hématine infiltrée?). Dans deux cas, elle avait une couleur rouge sanguin, due sans doute à une ecchymose.

Ces anomalies peuvent exister sans aucune lésion fonctionnelle de la vue, et M. de Graefe les a souvent rencontrées sur des vieillards dont la vision n'était nullement troublée.

Ce qui est plus important, c'est l'*état des vaisseaux;* les veines traversent distinctement la zone pour arriver à la base de la papille, où tantôt elles disparaissent complétement comme si elles

étaient coupées net, et tantôt ne se voient plus que comme à travers un voile, avec des contours mal dessinés, qui redeviennent plus nets au centre de la papille.

La première apparence provient de ce que la papille, vue par le côté, cache une portion des vaisseaux, que l'on découvre dans tout leur trajet lorsqu'on examine l'œil dans la direction de l'axe optique.

2° Les *pulsations spontanées de l'artère centrale* sont faciles à voir sur des glaucomes complétement développés, lorsque les humeurs de l'œil ont conservé une certaine transparence ; quelquefois cependant, surtout quand le glaucome n'a pas encore atteint son parfait développement, les pulsations ne surviennent que lorsqu'on comprime légèrement l'œil avec le doigt. A l'état normal, toute compression, quelque énergique qu'elle puisse être, est incapable de produire ce phénomène. Les pulsations sont isochrones aux battements de l'artère radiale, et s'étendent à tous les rameaux de l'artère centrale ou à quelques-uns seulement, mais jamais au delà de la petite éminence nerveuse.

Ce sont là, dit l'auteur, les lésions essentielles du glaucome, comme on peut s'en convaincre en examinant un œil dans lequel l'amaurose glaucomique est à son début, tandis que sur l'autre œil la maladie est arrivée à son dernier terme. Sur le premier, ce que l'on observe d'abord, c'est la modification mentionnée de l'entrée du nerf optique ; les pulsations, non encore spontanées, sont développées par une pression légère. Cet état de choses peut rester stationnaire chez les gens âgés, quand il existe des deux côtés. Si la maladie fait des progrès, et donne naissance, du côté de la rétine et de l'iris, aux véritables phénomènes fonctionnels qui caractérisent le glaucome, le nerf optique lui-même s'altère rapidement, revêt la forme et la couleur que nous avons décrites, et montre la disposition spéciale de ses vaisseaux.

La *cause* qui produit tous ces phénomènes réside *en dehors de l'œil, dans le trouble circulatoire déterminé par la rigidité des artères ;* il en résulte un défaut de nutrition qui explique en même temps l'altération du nerf optique (ramollissement jaune, gélatineux), celle des vaisseaux ciliaires, et les lésions multiples des autres parties de l'œil, principalement de l'iris et de la choroïde. Ces lésions, que M. de Graefe a eu l'occasion d'étudier sur le cadavre, sont des atrophies, des oblitérations, des dilatations variqueuses des veines, des macérations de pigment, des infiltrations œdémateuses et des épanchements sanguins ; elles n'ont rien d'inflammatoire. (V. *Graefe's Arch. f. Ophth.*, et *Allg. M. C. Zeit.*, 1854, n° 98.)

Hernie crurale étranglée, contenant l'ovaire et la trompe de Fallope, par M. PARKER.

Outre la présence de l'ovaire dans une hernie *crurale*, fait assez rare, ce cas est surtout intéressant, en raison du parti que le chirurgien prit à l'égard de l'organe hernié.

OBS.— Une femme de soixante-neuf ans portait depuis plusieurs années, du côté droit, une hernie qu'elle avait essayé, mais en vain, de contenir à l'aide d'un bandage. Réductible néanmoins jusqu'à ces derniers temps, la hernie n'avait qu'une seule fois nécessité la présence d'un médecin, qui parvint assez aisément à la repousser dans l'abdomen.

Lorsque M. Parker la vit, elle souffrait, depuis trois jours, de vomissements et de nausées, avec constipation. Peau froide ; pouls faible, à 90 ; la tumeur, sortie depuis cette époque, dure et douloureuse, surtout à son col, sous le ligament de Poupart, fut réduite une première fois, avec le secours du chloroforme. Mais elle sortit de nouveau, ce qui montra qu'on n'avait obtenu que la réduction *en masse*.

Les accidents persistant, on en vint à l'opération. Après avoir mis le sac à nu et essayé infructueusement de le réduire, lui et son contenu, sans l'ouvrir, il fallut l'inciser. Une anse intestinale se présenta, d'un rouge foncé, mais non gangrenée. Le collet du sac ayant été débridé, et l'intestin attiré en bas et reconnu sain, on le réduisit. M. Parker vit alors quelque chose de dur, grenu et vasculaire, qui adhérait à la surface du sac par une petite bande, et qui était resté en place. Certain que ce n'était point l'épiploon, il le considéra comme le produit d'une inflammation ancienne. En conséquence, et comme cette partie saignait, il plaça autour d'elle une ligature et coupa au-dessous. En l'examinant alors, il constata qu'il avait excisé l'extrémité frangée de la trompe de Fallope. Il reconnut l'ovaire, le repoussa vers le ventre avec le reste de la trompe, réunit la plaie par la suture. La malade guérit.

— Dans les monographies publiées sur la hernie de l'ovaire, on trouve aussi des cas où l'ablation de cet organe, avec ou sans ses annexes, fut pratiquée. Mais cette conduite était commandée à l'opérateur par l'état de gangrène réalisée ou imminente que présentaient les parties. Ici, aucune indication semblable n'autorisait l'excision ; et si elle a été faite, c'est par suite d'une méprise, largement excusée d'ailleurs par l'aspect si insidieux, si défiguré, qu'offrent les viscères herniés après un étranglement de trois jours. Du reste, la méprise de M. Parker n'avait pas, chez une femme de soixante-neuf ans, de conséquences capables de lui faire regretter bien vivement les suites de son erreur. (*New-York Medical Times*, janvier 1855, p. 109.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité d'anatomie générale, par M. L.-A. SEGOND, professeur agrégé à la Faculté de médecine. — Librairie de VICTOR MASSON.

Quel est le domaine de l'anatomie générale ? En jetant un coup d'œil sur les divers ouvrages qui ont trait à cette science, on s'aperçoit immédiatement que cette question n'est pas résolue de la même manière par tous les auteurs. Un des résultats des études histologiques auxquelles on s'est livré dans ces derniers temps, a été une certaine tendance à confondre l'anatomie générale et l'anatomie de structure. Or, ces deux sciences sont tout à fait distinctes. Pour préciser les vraies limites de l'anatomie générale, M. Segond l'oppose à l'anatomie spéciale ou descriptive, sur la circonscription de laquelle on s'entend habituellement. Lorsqu'on ouvre un traité d'anatomie spéciale, on y voit un certain nombre de questions étudiées à l'occasion de chaque organe en particulier : ces questions sont la forme, la position, les connexions, la structure, etc. ; elles doivent être résolues autant de fois qu'il y a d'organes à étudier, sans que la solution donnée pour l'un d'eux puisse dispenser d'y revenir avec les mêmes détails à propos de l'organe suivant. L'anatomie générale s'occupe des mêmes questions, mais elle les envisage d'une manière abstraite, indépendamment, par conséquent, des organes spéciaux qui les présentent. L'anatomie générale sera donc la théorie de la forme, de la position, des connexions, de la structure ; de sorte qu'un point quelconque d'anatomie y sera résolu une fois pour toutes. Elle s'attache uniquement à saisir ce qu'il y a de commun entre un grand nombre de problèmes considérés comme distincts dans l'anatomie descriptive. L'anatomie générale est donc bien plus étendue que l'histologie : outre la connaissance de la texture des parties, elle embrasse tous les problèmes de l'anatomie spéciale.

L'organisme tout entier se compose d'un certain nombre d'appareils, dont chacun est formé de plusieurs organes réunis en vue d'un même but. Mais tout organe est constitué par divers tissus ; d'où il suit que, pour comprendre la forme spéciale d'un organe, il est indispensable d'interroger d'abord la structure. Trois parties distinctes composeront donc l'anatomie générale : l'étude de la structure, celle des organes et celle des appareils. Le volume que nous avons sous les yeux est consacré à la première partie, ou étude de la structure. L'étude générale de la structure des corps organisés comprend l'étude des substances organiques ou principes immédiats qui entrent dans leur composition, celle des éléments anatomiques, des tissus, des membranes et des parenchymes. Chacune de ces questions fait l'objet d'un chapitre particulier dans l'ouvrage de M. Segond, dont le plan est devenu par là d'une simplicité et d'une netteté admirables. Ne donnant que très succinctement, et lorsqu'elles étaient absolument nécessaires, les descriptions minutieuses fournies par l'histologie, M. Segond a cherché à fonder la *théorie de la structure*, et cela en considérant successivement les cinq degrés de l'organisation indiqués plus haut.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les considérations auxquelles il se livre à propos de chacun de ces degrés. Un exemple nous suffira pour montrer la marche qu'il a suivie dans cette étude. Les éléments anatomiques, dit M. Segond, peuvent se rapporter à trois types fondamentaux : la cellule, la fibre et le tube. « La cellule est » l'élément anatomique de la végétalité ; la fibre et le tube appar» tiennent chacun à un degré de l'animalité. On trouve, il est vrai, » dans les végétaux, des éléments en forme de fibres et de tubes ; » mais ils dérivent de la cellule par simple métamorphose, tandis » que, dans l'animal, l'élément fibre et l'élément tube naissent » directement des substances organiques propres aux animaux.... » La cellule nous offre tous les phénomènes de la végétalité, nu» trition, développement, reproduction. La fibre, outre qu'elle se » nourrit à la manière des cellules, présente encore la propriété fon» damentale de la contractilité ; le tube, enfin, se nourrit comme » la cellule, peut manifester de la contractilité comme la fibre, mais » présente spécialement la propriété de transmettre. »

Ces vues sont sans doute très ingénieuses ; mais nous craignons que pour embrasser un plus grand nombre d'objets dans ses généralités, M. Segond ne leur ait prêté quelquefois des analogies qui n'existent pas. Peut-on comparer les phénomènes de végétalité d'une cellule, de la cellule hépatique, par exemple, qui puise dans les liquides organiques certains matériaux qu'elle élabore dans son intérieur, pour les faire servir ensuite, dans l'économie, à des usages variés, avec les phénomènes de nutrition de la fibre contractile ou nerveuse, qui ne reçoit de plasma qu'autant qu'il lui en faut pour maintenir son état d'intégrité ? Est-il possible de donner la contractilité comme un caractère général de la fibre, quand nous voyons un si grand nombre d'organes fibreux privés de toute espèce de contractilité ? Et n'est-ce pas simplement pour créer une opposition plus saisissante entre ces trois types, que M. Segond dote le tube nerveux de la contractilité, que personne n'a jamais observée, à notre connaissance, tandis qu'il attribue à la gaîne amorphe des tubes nerveux, élément qui paraît tout à fait accessoire, le rôle de conducteur du fluide nerveux, qui ne doit être rapporté, selon toute probabilité, qu'au cylindre de l'axe, partie essentielle de la fibre nerveuse, la seule peut-être qui soit constante, et qui affecte la forme d'une fibre arrondie ou aplatie, et non celle d'un tube?

Ces réflexions, tout à fait secondaires, ne diminuent en rien le mérite et l'importance du travail de M. Segond, auquel il restera toujours l'honneur d'avoir un des premiers tenté de réunir en système tous les éléments si variés que nous a fait connaître l'analyse microscopique, et auquel une connaissance parfaite de tous les travaux d'anatomie publiés, soit en France, soit à l'étranger, donnait certainement le droit d'entreprendre une semblable systématisation.

Marc Sée.

VII.

VARIÉTÉS.

— L'ozone et le choléra. S'étant procuré la liste quotidienne des morts du choléra à Aarau, en Suisse, du 15 août au 14 octobre 1845, M. Wolf, directeur de l'observatoire de Berne, a groupé les jours où il n'y avait eu aucun cas de mort, ceux où il y en avait eu un ou deux, et enfin les jours où il y en avait eu trois morts et au delà : « J'ai trouvé, dit-il, que la moyenne correspondante des réactions de l'ozone à Berne est :

Pour les jours de la première classe.	6,48
— seconde classe	5,48
— troisième classe	4,58

» J'en conclus, dit M. Wolf, qu'effectivement le choléra est pour le moins extrêmement favorisé par la diminution de l'ozone. » (*L'Ami des sciences.*)

— Les professeurs du Collége de France se sont réunis pour présenter deux candidats à la chaire d'histoire naturelle des corps organisés, fondée aurefois pour Cuvier, et occupée en dernier lieu par M. Duvernoy. M. Flourens a été présenté au premier rang, et M. Valenciennes au second. M. de Quatrefages avait obtenu une voix au premier tour et quatre voix au second.

— Le banquet annuel de la *Société médicale allemande de Paris* aura lieu le vendredi 11 mai 1855, à six heures du soir, chez Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

— M. Raymond, médecin aide-major de 1re classe, vient d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le gouvernement anglais vient de nommer les jurés qui doivent représenter leurs compatriotes exposants dans le jury international pour l'exposition de 1855.

Dans la classe XII (hygiène, pharmacie, médecine et chirurgie) ont été nommés :

Jurés titulaires : Sir Joseph Olliffe, docteur en médecine, médecin de l'ambassade anglaise à Paris ; et M. le docteur Royle, professeur de matière médicale au Collége royal (King's College) de Londres.

Juré suppléant : M. Chadwick, ancien membre du conseil de salubrité de Londres.

— La Société médicale des hôpitaux de Paris a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et de ses comités. M. le professeur Rostan a été élu président, et M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, vice-président pour l'année 1855-1856. Ont été réélus : trésorier, M. Labric ; secrétaire général, M. Roger (Henri) ; secrétaires particuliers, MM. Hérard et Moutard-Martin. Ont été nommés membres du conseil d'administration : MM. Beau, Bourdon, Bouvier, Grisolle et Legroux ; membres du conseil de famille : MM. Baillarger, Barth, Bricheteau, Gilletto et Guillot (Natalis).

La Société se compose de membres titulaires, de correspondants et d'associés. Peuvent être admis comme correspondants, les médecins attachés comme chefs de service à un hôpital civil ou militaire, soit en province, soit à l'étranger, et qui auront rempli les conditions spécifiées dans le règlement (présentation d'un mémoire original inédit, demande écrite d'admission et acquittement d'un droit de diplôme). Les membres associés ne sont assujettis qu'à ces dernières conditions.

La Société se réunit en séance publique les deuxième et quatrième mercredis de chaque mois, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, 2. Ses procès-verbaux sont publiés dans un *bulletin* et dans des *actes*.

— M. le docteur de Beauvoys a fait connaître dernièrement à la Société d'acclimatation les résultats qu'il a obtenus dans de nouvelles expériences sur l'anesthésie des abeilles. Les vapeurs de filasse imbibée de sel de nitre, dit-il, endorment si vite les abeilles, qu'elles ont à peine le temps de s'en apercevoir. Ce procédé est donc essentiellement pratique et très économique ; on pourra y avoir recours partout, et renoncer à la coutume barbare de tuer ces utiles mellifères pour récolter leurs produits.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Aristoteles Thierkunde, ein Beitrag zur Geschichte der Zoologie, Physiologie und alten Philosophie (Zoologie d'Aristote. Étude sur l'histoire de la zoologie, physiologie et philosophie ancienne), par *J.-B. Meyer*. In-8. Berlin, chez G. Reimer. 8 fr.

Chirurgisch-anatomische Tafeln, 3. Abth. : die Glieder (Atlas chirurgico-anatomique, 3e part. les membres), par *A. Nuhn*. Folio et texte, in-4. Mannheim, chez Bassermann. 24 fr.

Ueber Resectionen und Amputationen (Sur les résections et les amputations), par *J.-F. Heyfelder*. In-4. Bonn, chez Weber. Cart. 20 fr.

Zur Anatomie des Rückenmarkes (Contribution à l'anatomie de la moelle épinière), par *F. Bratsch & F. Banchner*. In-4. Erlangen, chez Enke. 3 fr. 75

The Diseases of the Digestive Organs of the Horse, including those of the Urinary and Generative Systems ; with Illustrations (Les maladies des organes de la digestion chez le cheval, comprenant celles du système urinaire et de la génération), par *W. Percivall*. Nouv. édit. In-8. Longman. 17 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 18 MAI 1855. — N° 20.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 14 mai 1855, M. BINAUT, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, a été nommé professeur titulaire de la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, dans ladite École.

— Par le même arrêté, M. PILAT, suppléant, est nommé professeur adjoint ; il sera chargé, à ce titre, de la chaire de pathologie interne.

— Par arrêté en date du 16 mai 1855, M. LECLERC, bachelier ès sciences, a été nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Rennes.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 17 mai 1855.

THÉORIE DE M. GAIRDNER (d'Édimbourg) SUR LA FORMATION DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

Le travail récemment publié par le rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE sur la *Théorie de MM. Andral et Gairdner concernant la formation de l'emphysème pulmonaire dans les poumons tuberculeux* (GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. II, p. 157) avait été antérieurement l'objet d'un rapport de MM. Barth et Léger à la *Société médicale des hôpitaux*. Ce rapport, ayant été inséré dans l'UNION MÉDICALE, a motivé de la part de M. Gairdner la réclamation suivante, adressée à ce journal :

Édimbourg, le 4 mai 1855.

Monsieur le Rédacteur,

Je lis en ce moment, dans votre numéro du 17 avril, un rapport de MM. Barth et Léger, sur un mémoire de M. Dechambre, qui me fait l'honneur de me nommer à côté de M. Andral, en critiquant la théorie de l'emphysème pulmonaire dont il nous croit les auteurs. M. Dechambre essaie de bouleverser la théorie de M. Andral, et MM. Léger et Barth croient « qu'il serait difficile de combattre les raisons sur lesquelles il s'appuie pour démontrer son insuffisance. » Cela ne m'étonne pas, monsieur le rédacteur, parce que j'ai plusieurs fois, dans mes écrits sur l'emphysème, éprouvé la nécessité de combattre cette théorie ; mais ce qui m'étonne, c'est que le véritable antagonisme où je me trouve avec M. Andral à cet égard n'empêche pas que ma théorie de l'emphysème soit con-

---

FEUILLETON.

Le Banquet de l'internat.

Eh pourquoi pas ? Quel est donc, je vous prie, dans la vie du médecin, l'événement qui mérite plus que la conquête de l'internat d'être commémoré par un banquet à tout crin ? La première ambition satisfaite, c'est le premier louis d'or de l'épargne, sur lequel on fait une croix. Et cette ambition-là, jamais grand cordon de la Légion d'honneur, jamais bâton de maréchal, jamais portefeuille de ministre, et, bien plus encore, jamais premier aveu de la bouche aimée, n'en alluma de plus ardente. Souvenez-vous ! Avec quelles émotions, dans les journées de concours, on s'acheminait le soir vers le *parvis Notre-Dame*, où devait avoir lieu l'appel de la série, scène digne du pinceau de Muller autant, pour le moins, que l'*Appel des condamnés !* Quel chagrin quand on avait *mal passé !* Quel supplice de voir *bien passer* les autres ! Et le jour des nominations, *novissimâ die*, quelles figures sombres, pâles, tourmentées, quelles ombres inquiètes erraient autour du lieu fatal ! Énée n'en rencontra pas de plus suppliantes aux rives de l'Achéron. Hélas ! toutes ces ombres ne verront pas les champs Élysées ; la barque prendra les unes et repoussera les autres :

. . . . . Nunc adcipit illos,
Ast alios longè submotos arcet arenâ.

Mais quand on était victorieux, quand un juge bienveillant vous jetait au sortir de la séance cette parole triomphante : Vous êtes interne ! quand cette musique chantait en vous, quand cette porte d'ivoire vous était ouverte, quand cette étoile se levait sur les obscurités de votre avenir, quel ravissement ! quelle exultation ! On avait hâte d'envoyer cette joie par la poste à la bonne mère impatiente, à la sœur curieuse, aux amis et à tout le pays. On ne manquait pas de se faire confectionner des cartes nouvelles, avec mention des titres et qualités ; et surtout on se sentait plus homme, plus sûr de sa force. On avait attrapé un bout de myrte ; on pouvait donc prétendre à la couronne de laurier, quand le temps du laurier serait venu.

Voilà la fête de la jeunesse instituée par la fondation du nouveau banquet. Le mode de consécration est vieux ; mais l'exécution a eu, et aura probablement toujours, un cachet particulier. Celui qui crierait à la contrefaçon aurait le plus grand tort. Le banquet de samedi ne ressemblait à aucun autre de ceux que notre mémoire nous rappelle. D'abord ce

fondue avec la sienne. M. Dechambre, en m'attribuant une modification de la théorie de M. Andral, a reproduit une erreur que j'ai déjà tâché de redresser. Dans une lettre au rédacteur des *Archives générales* (numéro de novembre 1854), et dans les travaux originaux dont cette lettre exprime les résultats, je crois avoir posé une doctrine sur l'emphysème et sur plusieurs autres lésions pulmonaires que M. Dechambre n'a pas pu combattre, parce qu'il n'est pas encore arrivé à une appréciation de ses fondements mêmes. Cette doctrine doit, sans doute, être livrée à la critique; mais je crois remplir un devoir en appelant M. Dechambre à l'examen des documents que j'ai indiqués, au lieu de ces analyses imparfaites auxquelles il s'est évidemment arrêté. Du reste, je remercie M. Dechambre de s'être occupé de mes recherches.

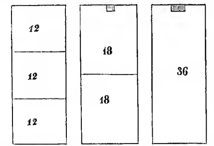
Agréez, etc. H.-J. Gairdner,

Médecin de l'infirmerie royale à Edimbourg.

Nous ne devons pas négliger d'ajouter que M. Gairdner a bien voulu nous envoyer directement sa brochure sur l'*Anatomie pathologique de la bronchite*, publiée en 1850, et où il a déposé sa théorie de l'emphysème. Une semblable manière de réclamer, où l'on substitue aux récriminations l'offre d'un examen sur pièces, a toutes nos sympathies; et nous y répondrons en produisant tout ce qu'il faudra du texte de M. Gairdner pour établir clairement sa pensée, ou plutôt pour la *rétablir;* car, il faut le dire tout de suite, ce n'est pas sans raison qu'il reproche à l'analyse que nous avons reproduite d'être imparfaite. Nous verrons ensuite jusqu'à quel point la théorie ainsi rectifiée devient plus soutenable.

Voici d'abord les passages de *The pathological Anatomy of bronchitis*, qui se rapportent à la question en litige. Nous traduisons scrupuleusement:

« Chaque lobe contient (par supposition) 12 pouces cubes ou toute autre mesure d'air, et il est disposé normalement pour contenir cette quantité sans qu'il y ait pression sur la circulation capillaire, ni risque de violence sur le tissu de l'organe.



Il est évident qu'une lésion, de quelque degré qu'elle soit, qui laisse au lobe supérieur son volume normal, ne peut aucunement affecter l'expansion des deux autres. Ceux-ci continueront, en toutes circonstances, à être capables de recevoir leurs 12 mesures normales d'air; elles ne pourront en recevoir davantage, non parce que le tissu pulmonaire résistera à une plus grande expansion, mais parce que l'appareil mécanique sera impuissant à la produire...... Mais supposons le cas d'une lésion dans laquelle les cellules d'un des lobes sont fermées par l'affaissement de leurs parois, *avec diminution du volume total de ce lobe*. Dans ce cas, il est *évident* que les puissances inspiratrices agiront d'une façon exceptionnelle sur les lobes restants et tendront à attirer en eux l'air qui ne peut pénétrer dans le lobe oblitéré. Si ces forces ont une puissance suffisante pour vaincre la résistance offerte par le poumon sain dans ces circonstances, et si les parties saines du poumon cèdent également dans toutes les directions, *il est évident* que la condition réalisée pourra être celle de la figure 2, dans laquelle l'expansion pulmonaire est à son *maximum* normal; mais l'air est autrement distribué, étant exclu d'un lobe et étant porté dans les autres à 18 mesures au lieu de 12. De même, l'oblitération de deux lobes, si elle était accompagnée d'affaissement du tissu, amènerait nécessairement, dans l'hypothèse d'une pleine dilatation du poumon, l'accumulation des 36 mesures d'air dans le lobe restant, comme le représente la figure 3. Dans un lobe ainsi distendu, la circulation capillaire serait certainement obstruée, comme dans les expériences de M. Poiseuille; et un état, d'abord purement mécanique, se compliquerait des altérations de structure qui se produisent dans l'emphysème chronique (p. 59 et 60).

La lettre aux Archives générales de médecine, dont il est question dans la réclamation publiée par l'Union médicale, est écrite en français par M. Gairdner lui-même et n'expose pas conséquemment à des citations inexactes. La théorie de l'auteur y est résumée dans les lignes suivantes:

Il me semble évident que les forces inspiratrices qui, selon moi, sont les seules causes productrices de l'emphysème, doivent agir d'une manière tout à fait différente sur un poumon sain, hépatisé ou tuberculisé, et sur un poumon dont certaines parties sont ratatinées ou affaissées. *C'est en effet uniquement dans les cas d'atrophie ou d'affaissement que la dilatation des vésicules saines peut arriver pendant l'expiration.* En voici la raison: Un homme sain peut inspirer avec la plus grande force dont il est capable, sans apporter par là aux vésicules du poumon la moindre violence, parce que le poumon peut, dans ce cas, suivre sans gêne les mouvements du thorax et se dilater d'une manière égale et, pour ainsi dire, homogène. De même, quand il y a des tubercules ou des portions hépatisées, sans que le volume général du poumon ait subi quelque altération, les parties saines se dilatent toujours d'une manière normale et égale. Comment, en effet, pourrait-il en être autrement, puisque le poumon est expressément fait pour se dilater jusqu'à un certain volume, et que les parois thoraciques sont aussi expressément faites pour effectuer une semblable dilatation? Mais si des parties considérables du poumon se trouvent atrophiées ou affaissées, *il est bien évident que ces parties-là s'opposent à la dilatation du thorax d'une manière proportionnée à leur altération de volume*: le poumon, *néanmoins*, se dilatera suivant les puissances inspiratrices et le volume actuel du thorax: de là l'agrandissement des vésicules saines, la violence, la distension morbide, la destruction des parois, en un mot l'*emphysème pulmonaire.* (*Archives gén. de méd.*, nov. 1854.)

---

n'était pas le *banquet de Platon;* la philosophie grecque y était étrangère. Nous n'oserions dire non plus que ce fût le *banquet des sept Sages*, n'ayant pas calculé si le nombre des sages y atteignait le chiffre 7. A coup sûr encore, ce n'était pas le *banquet des Girondins;* car aucun de ceux qui étaient là ne songeait, je vous jure, à mourir le lendemain. Si l'on voulait absolument un terme de comparaison, il vaudrait mieux l'emprunter au *Satyricon*, où Pétrone a mis une gaieté si leste: *fabulæ vibrabant!* La *vibration* a été forte, longue, continue, et les promeneurs du Palais-Royal y accouraient comme les carpes au son d'une cloche.

Oui, c'était le banquet des internes, rien que des internes, et voilà le plaisir. Pas de maîtres, pas d'académiciens, pas de professeurs; une réunion d'internes, rien de plus, rien de moins. M. Serres, qui présidait, *interne*; M. Cruveilhier, M. Laugier, M. Grisolle, M. Blache, etc., etc., *internes!* Il faut avoir la gaieté de son âge, ou l'aimer, si on ne l'a plus, et un convive au banquet de l'internat ne doit pas avoir plus de vingt-cinq ans. C'est ainsi que tout le monde l'a compris. Si donc on vous disait qu'un professeur agrégé a montré dans la chanson des talents qu'il n'a pas coutume d'utiliser à la salle des actes, vous êtes averti que ce sera une calomnie pure: c'est un interne de la Pitié qui a chanté. Et si la voix publique vous apprenait qu'un rédacteur de ce journal a proposé de boire au salut des malades qui pourraient avoir affaire la nuit suivante aux internes de garde, mettez hardiment la chose sur le compte d'un interne de la Salpêtrière. Un interne à barbe grise a témoigné d'une adresse remarquable dans l'art d'attraper au passage des écrevisses lancées à toute volée; quelques autres ont escamoté un plat de fraises avec une main de prestidigitateur. Ainsi, pendant trois ou quatre heures, a circulé, à travers une file de cent cinquante convives, un courant continu de joie communicative. En vain la chaîne des plus jeunes était coupée d'espace en espace par de petits groupes d'anciens, destinés peut-être, dans quelque cervelle prévoyante, à servir de corps isolants; le courant traversait tout, ne laissant pas un anneau étranger à la commotion générale.

Eh bien, quoi? Où est le mal? Qui donc, parmi les *vieux,* pourrait regretter d'avoir vu passer devant lui le fantôme de sa jeunesse? Redevenir jeune, même pour peu d'instants, mais c'est un plaisir qu'on ne se donne d'ordinaire que moyennant un pacte avec le diable! Toutes les légendes s'accordent là-dessus. Vos rides s'en vont, vos dents repoussent, et avec elles l'appétit et la bonne humeur; mais le sablier va toujours son train, et, à l'échéance, Belzébuth vous apparaît en manière d'huissier, qui vous emporte au fin fond des enfers. N'est-il pas cent fois préférable de se faire jeune de sa propre autorité et moyennant le prix d'un dîner,

Il est facile de marquer en quoi cet exposé de la théorie de M. Gairdner diffère de celui que M. Gallard en a donné dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (août 1854), que nous lui avons emprunté pour notre propre travail, et contre lequel réclame le médecin écossais. M. Gallard a cru qu'il suffisait, dans la pensée de M. Gairdner, qu'une portion du poumon devînt imperméable, n'importe comment, avec ou sans changement du volume de la partie malade, pour que les parties saines fussent obligées de recevoir autant d'air qu'en appelait le poumon tout entier avant la maladie, et, conséquemment pour que les vésicules restées perméables subissent une expansion anormale, une vraie distension, l'état enfin qui, devenu permanent, constitue l'*emphysème vésiculaire* de Laënnec. M. Gairdner, au contraire, renvoie cette théorie à d'autres, à M. Andral, à M. Bourgery, à M. Gallard lui-même, et la combat par les raisons qu'on a vues plus haut; en sorte que l'opposition dont elle a été l'objet de notre part se fortifie maintenant d'une autorité de plus, et que nos arguments, déplacés à Édimbourg, sont parfaitement de mise à Paris. Mais M. Gairdner veut que ce qui n'est pas possible avec une simple oblitération du poumon le soit avec une oblitération *compliquée d'une diminution de volume*. Ce sont là maintenant, entre lui et nous, les termes de la question.

Eh bien, avant de voir jusqu'à quel point la théorie peut tirer bénéfice de cette explication, il nous est impossible de ne pas faire remarquer que, des passages cités, le premier est contredit par le second, et celui-ci se contredit dans ses propres termes.

La théorie signifie que, dans les cas d'atrophie, d'affaissement, d'inexpansibilité d'une portion du poumon, les parties saines se dilatent au delà du *maximum* qui répond, dans l'état normal, à la plus forte inspiration; car si l'expansion ne dépassait pas ce *maximum*, l'emphysème — c'est M. Gairdner qui le dit (*Anat. pathol. de la bronchite*) — n'aurait jamais lieu. Cette dilatation forcée des vésicules, sous l'action inspiratrice, suppose donc que les parties saines se gonflent d'abord de toute la quantité que comporte physiologiquement l'inspiration la plus ample, puis d'une quantité excédante. Or, cet excès de dilatation n'est nécessaire, n'est possible, qu'à la condition que l'agrandissement du thorax se fera au niveau de la partie oblitérée comme au niveau des parties perméables, parce que alors, la première ne suivant pas les côtes dans leur mouvement, les secondes seront obligées d'y suppléer pour remplir le vide. Mais l'auteur dit précisément (*Lettre aux Archives*) que les parties atrophiées du poumon s'opposent à la dilatation du thorax *en proportion de leur altération de volume*. Dès lors, comment le reste de l'organe serait-il forcé de subir une expansion extra-physiologique? Voilà la contradiction renfermée dans les deux exposés de l'auteur. La seconde, que nous signalons dans la formule même de sa théorie, n'est pas moins flagrante; car il vient à peine de reconnaître l'obstacle apporté à la dilatation du thorax par l'imperméabilité du tissu pulmonaire, qu'il ajoute: « Le poumon néanmoins se dilatera suivant les puissances inspiratrices. » Dès l'instant où l'action des puissances inspiratrices se limite *en proportion* de l'inexpansibilité du poumon, il est difficile de comprendre que le poumon puisse se dilater au delà des limites physiologiques.

En principe, l'objection offerte par M. Gairdner en personne contre sa théorie n'est pas absolument péremptoire, et c'est nous qui prendrons soin d'en atténuer la portée. Non, il n'est pas probable que l'atrophie d'un lobe enchaîne les mouvements inspiratoires *proportionnellement* à la diminution de l'expansibilité du tissu Les côtes, à la vérité, ont suivi dans son retrait le lobe atrophié; mais comme leur jeu est resté libre, on conçoit très bien qu'elles puissent se soulever et s'efforcer d'accroître la capacité thoracique, non-seulement dans la mesure permise par le peu d'élasticité laissé à la partie malade, mais encore dans celle que rendra possible l'expansion *maximum* des parties saines. Et ce *maximum* ne sera plus le même qu'à l'état normal, puisqu'une forte inspiration, *bien que d'une amplitude bornée aux limites physiologiques*, aura réellement ouvert à l'expansibilité du tissu sain un espace d'une étendue exceptionnelle. Dans cette hypothèse donc, les vésicules pourront être positivement distendues et agrandies, et l'emphysème pourra se former.

Mais ce n'est pas là encore un fait démontré, et, en tout cas, nous ne croyons pas que l'ampliation des vésicules pulmonaires pendant l'inspiration puisse jamais dépasser de beaucoup la mesure *maximum* de l'état normal. Il ne faut jamais oublier l'énorme poids de 1 kilogr. par centimètre carré qui pèse sur les parois thoraciques. Tant que le mécanisme de l'appareil respiratoire n'est pas dérangé, l'équilibre de la colonne d'air intérieure et de la colonne extérieure rend facile le jeu des parois thoraciques; mais que le maintien de cet équilibre rencontre dans l'intérieur du poumon une difficulté quelconque, et aussitôt les puissances inspiratrices sont condamnées à un effort considérable qui en limite rapidement l'action.

---

qu'on mange? Or, pour cela, quel meilleur moyen que de se mêler à ceux qui sont jeunes réellement? Soyez tranquilles, ils ne se fâcheront pas d'avoir des Catons dans leurs rangs; tâchez seulement de ressembler tout à fait à Caton l'Ancien, qui réchauffait sa vertu dans des flacons de falerne. C'est Horace qui le dit:

Narratur et prisci Catonis
Sæpè mero caluisse virtus.

L'élève interne est une figure digne d'étude et pour laquelle nous avons un grand faible. Au milieu de ses plaisirs et dans le plus fort de ses entraînements, nous ne perdons jamais de vue le brevet de travail et d'intelligence qu'il a conquis avec ses fonctions. La bombance peu boutonnée et le couplet sans cravate n'inquiètent pas chez lui, n'étant que l'intermède de travaux opiniâtres; et il apparaît toujours, quoi qu'il fasse, sous des traits sérieux, parce qu'on sait ce qu'il est et qu'on préjuge ce qu'il sera. C'est un privilége qu'il a sur le simple étudiant, qui n'a pas fait ses preuves. Rassemblez vos souvenirs, vous qui avez vécu de la vie de l'internat et qu'une période déjà longue sépare de ce charmant berceau du succès. Où sont maintenant vos collègues? Les coryphées de la salle de garde, les amants des étoiles qui connaissaient les allées sombres de la Salpêtrière et de Bicêtre, les larrons de la basse-cour, les virtuoses qui ne déployaient leurs talents qu'après les fenêtres fermées, les accroche-cœurs du dedans et du dehors, où sont-ils et que sont-ils devenus? Ils sont les plus recherchés dans la clientèle; les plus élevés, les plus honorés dans la société. Rien du vieil homme ne les a suivis dans le saint ministère de la profession. Le démon d'autrefois verse maintenant à pleines mains aux pauvres les soins, la consolation et l'aumône. Il garde sous la pierre scellée de sa conscience des secrets redoutables. La mère met la vie de son enfant — toute son âme — entre ses mains savantes. Une famille en pleurs boit sur ses lèvres la dernière espérance que permettent encore la science du médecin et le dévouement de l'ami, et c'est lui qui prendra dans ses mains la main froide et visqueuse du mourant et qui tendra l'oreille à son souffle pour recueillir une dernière parole, une dernière volonté. Voilà le rôle qui attend ceux qui riaient et chantaient si fort samedi dernier; et puisqu'ils seront un jour ce que nous sommes ou devons être, pourquoi ne seraient-ils pas aujourd'hui ce que nous avons été?

Le banquet de l'internat vivra sans doute; car il a une raison d'être particulière. Il amène d'agréables rapprochements qui n'auraient pas lieu sans lui; avantage que ne sauraient offrir au même degré les banquets

Nous rappellerons, en outre, malgré l'affirmation contraire de l'auteur, ce que nous disions dans notre premier article, à savoir, que l'emphysème qui se lie à la tuberculisation pulmonaire siége le plus souvent dans le lobe supérieur, aux environs des tubercules, et non dans les lobes inférieurs, comme il devrait arriver si cet emphysème était le résultat d'inspirations forcées. Il ne nous paraît pas qu'il puisse y avoir de doute à cet égard.

Enfin, nous appelons de nouveau la réflexion sur les expériences citées dans ce même travail, et qui tendent à établir que la quantité d'air nécessaire à l'hématose est relativement faible, et que par conséquent le plus grand besoin de celui qui a une portion du poumon oblitérée n'est pas de respirer profondément, mais de respirer fréquemment, comme font en effet les phthisiques.

Quoi-qu'il en soit, nous répétons volontiers que la théorie réellement professée par M. Gairdner diffère sensiblement de celle qu'on lui avait attribuée en France, et n'est pas entièrement passible des mêmes objections.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Note sur une nouvelle altération du foie qui se rencontre dans certains états typhoïdes, par le professeur Frerichs (publiée sous forme de lettre à M. le professeur Oppolzer), traduite de l'allemand par le docteur Leudet.

Pendant mon dernier séjour à Vienne, je vous ai entretenu d'un dépôt cristallin rencontré par moi, pour la première fois, dans un cas d'atrophie aiguë du foie (voir notre note sur l'exposé historique des doctrines allemandes touchant cette maladie, dans la *Gazette hebdomadaire*, 1853, n° 7, p. 87). J'ai, depuis trois années, continué mes études à ce sujet, espérant arriver à des données plus positives sur le mécanisme mystérieux de la production de cette altération pathologique.

Depuis quelque temps, j'ai réussi à me rapprocher de mon but, et suis arrivé à des résultats qui, je l'espère, pourront paraître intéressants aux médecins.

Les cristaux sont formés par la leucine et la tyrine (voir, à la suite de cet article, la note que nous donnons sur les caractères de ces substances organiques). La première substance se rencontrait sous forme de globes sphériques à couches concentriques; la seconde offrait l'apparence de faisceaux aiguillés. Dans l'atrophie aiguë du foie, ces cristaux se rencontrent en grand nombre dans le parenchyme de l'organe, et tapissent les parois des veines hépatiques, sous forme de riches efflorescences. Dans un cas de ramollissement du foie, consécutif à un obstacle au cours de la bile, par suite d'une oblitération du canal cholédoque, les petites ramifications des veines hépatiques étaient presque complétement remplies de ces cristaux, qui représentaient, examinés à l'œil nu, des cordons solides, d'un gris jaunâtre, arrondis. Les branches de la veine porte et des canaux biliaires n'en renfermaient aucune trace.

Jusqu'alors, la leucine et la tyrine, produits de décomposition, n'avaient été obtenues en masse que des corps albuminoïdes ou de leurs plus proches dérivés, sous l'influence de réactifs énergiques ou de la putréfaction, mais jamais comme produits de la transformation normale des substances organiques dans l'économie humaine. Cette circonstance nous révélait donc l'existence de transformations chimiques dans l'organisme, inconnues jusqu'alors, et nous indiquait une étude nouvelle, celle de ses conditions de production et de sa signification.

J'examinai d'abord, par les procédés connus, les foies frais d'animaux sains, de chiens et de bœufs, sans arriver à aucun résultat positif; je ne rencontrai également aucune trace de leucine ou de tyrine dans ces foies abandonnés à une putréfaction spontanée. Il en fut de même quand j'examinai les glandes hépatiques de malades morts de phthisie, d'affection du cœur, de pneumonie; deux foies gras; le foie d'un individu mort de diabète avec obstruction des canaux cholédoque et pancréatique par un cancer du pancréas; enfin, les foies de sujets morts de maladies diverses, sans symptômes cérébraux. J'avais soin d'examiner l'organe pendant qu'il était encore frais, et quand la putréfaction avait déjà commencé. Je constatai également la même absence de ces deux substances organiques dans les foies de malades qui avaient succombé à une infection purulente, à une phthisie aiguë ou à une intoxication urémique.

La leucine et la tyrine semblent manquer dans la substance du foie des hommes sains; en tout cas, elles y existent en proportion beaucoup moindre qu'à la suite de certaines maladies. Quand on les rencontre, on ne peut attribuer leur présence à l'influence de la putréfaction. Il n'en était pas de même chez les individus qui succombaient dans le cours du typhus, de fièvres exanthématiques, de la variole, en un mot de maladies générales avec symptômes cérébraux à forme typhoïde. Dans ces cas, on parvenait *constamment* à extraire du foie une grande quantité de cristaux de tyrine ou de leucine, que cet organe offrît ses caractères extérieurs normaux, qu'il fût graisseux, ou qu'il fût parsemé çà et là de dépôts plastiques. Dans la substance qui renfermait ces cristaux, on trouvait encore d'autres cristallisations que nous croyons appartenir à la taurine, à un corps qui se dissout dans l'oxyde de cuivre hydraté en lui donnant une couleur bleue (peut-être de la glycine), des sels organiques en quantité trop peu considérable pour pouvoir déterminer leur nature, et enfin, dans le plus grand nombre de cas,

des sociétés médicales, si nombreux à Paris. Comme ceux-ci n'appellent à la même table que des collègues de tous les jours, le dîner ne fait, pour ainsi dire, que continuer la collaboration. Une réunion d'anciens internes, au contraire, a tout l'attrait de l'imprévu; elle met en présence les camarades d'autrefois que le vent du hasard a dispersés aux quatre points cardinaux; elle ouvre aux bruyants propos la source intarissable des souvenirs de jeunesse. Les absents même, on les évoque, on les fait revivre, on les met presque de la partie. Quelques-uns, hélas ! sont absents pour toujours; ils sont tombés sur la route; on apprend du moins leur histoire, et l'on sait où leur envoyer une pensée du cœur. Ainsi, dans une courte soirée, on a pu suivre la trace de tous ceux avec qui on a vécu pendant quatre ans, avec qui on avait partagé le bonheur présent et les espérances de l'avenir. Ajoutons que c'est un spectacle plein d'intérêt que le rapprochement de plusieurs générations parties successivement du premier échelon du succès, l'internat, et que le temps a groupées à des hauteurs diverses jusqu'au sommet marqué par l'Institut. Ce mélange cordial des grands et des petits, en effaçant pour un moment les différences, ne fait que stimuler davantage l'émulation des plus jeunes, que leur inspirer la résolution de faire effort pour s'élever un jour d'eux-mêmes au niveau de ceux qui ont bien voulu venir jusqu'à eux. Il constate, d'ailleurs, pour le moment, le caractère amical, paternel, des rapports des maîtres avec les élèves; et M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a répondu à un sentiment général quand il a proposé ce toast, qui nous servira aussi de conclusion : A l'union des internes et des chefs de service !

A. Dechambre.

— Depuis quelque temps les ouvrières en soie fournissaient un nombre considérable de malades aux hôpitaux; elles présentaient les mêmes symptômes. L'une d'elles observa que chaque fois qu'elle mouillait ses doigts ou qu'elle passait le fil de soie dans sa bouche pour resserrer les brins, elle éprouvait une saveur légèrement sucrée, puis des coliques quelques moments après. Ces indications arrivèrent à la connaissance de M. Chevallier, membre du conseil de salubrité, qui fit acheter de la soie dans une grand nombre de fabriques. Cinquante échantillons, tous trempés séparément dans une petite quantité d'eau, abandonnèrent une forte partie de leur poids. Une matière pesante imprégnait donc la soie. Cette matière fut reconnue pour de l'*acétate de plomb*. La quantité de ce poison mêlé à la soie est en poids de 20 p. 100, soit 1/5e (on sait que la soie se vend au poids).

beaucoup de sucre, qui retenait accolées toutes ces substances et rendait leur séparation plus difficile.

Je recherchai en outre si la rate contenait également de la leucine et de la tyrine. Ces investigations chimiques sont difficiles dans cet organe, à cause de l'impossibilité d'avoir recours à l'hydrogène sulfuré pour se débarrasser du plomb qui a servi à séparer les matières albuminoïdes. Je n'ai pu extraire de la leucine de la rate que dans un seul cas : c'était sur le cadavre d'un homme mort de pneumonie avec gonflement aigu de la rate, chez lequel on avait dû faire la trachéotomie, à cause d'un rétrécissement syphilitique du larynx.

Il faudra encore rechercher quelle part les muscles et les nerfs prennent à la production de ces substances. Le foie paraît être, en tout cas, le siége principal de leur développement : c'est ce que semble démontrer leur accumulation dans les rameaux des veines hépatiques, à l'exclusion de l'artère hépatique ou de la veine porte; enfin, leur existence dans des affections locales du foie, par exemple dans l'obstruction des canaux biliaires.

Nous laissons de côté, et les abandonnons aux chimistes et aux physiologistes, toutes les considérations auxquelles pourrait donner lieu la production simultanée de sucre, de leucine, de tyrine, etc., relativement à la constitution chimique des corps albuminoïdes. Ici nous signalerons seulement ce qui intéresse plus particulièrement les pathologistes. D'abord, nos recherches démontrent que, dans un certain nombre de maladies à symptômes typhoïdes, on rencontre, et il se forme vraisemblablement, dans le foie, une grande quantité de leucine et de tyrine qui se mêle au sang dans les veines hépatiques et passe dans le torrent de la circulation ; d'où nous pouvons conclure que, dans le typhus, le foie devient le siége de transformations qui paraissent avoir une certaine importance relativement à la constitution du sang. Le foie joue donc dans ces maladies un rôle beaucoup plus important qu'on ne l'avait jusqu'alors soupçonné.

Nous avions ensuite à résoudre les questions suivantes : Que deviennent la leucine et la tyrine dans le sang ? Quelles métamorphoses subissent-elles ? Quelle action exercent-elles sur le système nerveux ?

Dans ce but, nous examinâmes le sang et les divers produits de sécrétion ou d'excrétion des malades morts du typhus ; je trouvai dans leur sang des cristaux identiques avec ceux de la leucine, après avoir éprouvé quelques difficultés à séparer cette substance des sels du sérum. Chez les malades, la bile en contenait également, mais en proportion moindre ; enfin, ces corps manquaient complétement dans les matières excrémentitielles de l'intestin, dans les crachats, et se rencontraient dans l'urine.

Ce n'est qu'en partie que la leucine passe en nature dans l'urine ; une autre partie du principe organique s'y rencontre à l'état de valérianate d'ammoniaque. En distillant de l'urine d'un malade atteint de typhus, avec de l'acide phosphorique, nous avons recueilli un liquide acide qui, combiné avec la baryte, donnait, par l'addition d'un acide, une odeur que Lœwig et Baumert crurent devoir reconnaître pour celle de l'acide valérianique. Je ferai préparer une quantité plus considérable de ce sel de baryte et déterminer sa composition atomique.

On pouvait facilement, après avoir constaté la présence de ces substances dans le sang, croire qu'il existait un rapport entre ce phénomène et l'apparition des symptômes cérébraux, de la somnolence typhoïde, accidents qui existent toujours quand on rencontre de la leucine et de la tyrine dans le sang. Pour avoir quelques données plus positives à cet égard, j'injectai une certaine quantité de leucine dans la veine jugulaire de plusieurs chiens. Les animaux restèrent bien portants et gais. La leucine fut retrouvée dans l'urine. Nous essayâmes ensuite d'une dissolution de tyrine dans du carbonate de chaux : le résultat fut encore négatif; on retrouva la tyrine, en partie du moins, dans l'urine. Enfin, une injection de valérianate d'ammoniaque ne troubla en rien les fonctions du cerveau ou de la moelle. Maintenant, nous devons nous demander si, dans la transformation des substances albuminoïdes en leucine, tyrine, sucre, etc., il ne se forme pas en outre d'autres produits qui peuvent exercer une influence délétère sur le système nerveux; ou peut-être cela a-t-il lieu au moment où la leucine se transforme en valérianate d'ammoniaque et d'autres produits. Nous sommes actuellement occupé de la solution de ces questions.

Les résultats de nos expériences, que nous nous proposons du reste de continuer, peuvent se résumer ainsi :

1° Dans l'atrophie et le ramollissement aigu du foie, il se forme dans cet organe une grande quantité de leucine et de tyrine qui pa se en partie dans le sang.

2° L'intoxication cholémique ne dépend pas d'une accumulation de la bile dans le sang, mais de la décomposition des matières albuminoïdes dans le foie. Nous n'avons rencontré les symptômes d'intoxication que dans les cas où les cristaux susmentionnés se rencontraient dans les veines hépatiques.

3° Dans les maladies typhiques et exanthématiques, il se forme dans le foie de la leucine et de la tyrine.

4° Le foie contribue ainsi à l'altération du sang qui caractérise ces phénomènes morbides.

5° La leucine et la tyrine existent dans le sang des malades atteints de typhus et de variole ; elles passent en nature ou décomposées dans les produits des sécrétions ou des excrétions.

6° L'altération hypothétique du sang, jusqu'ici admise dans ces maladies, s'explique ainsi d'une manière évidente. Les substances azotées organiques subissent, en partie du moins, une autre transformation que celle qui existe normalement et qui aboutit à la formation de l'urée. (*Wiener Mediz. Wochenschrift*, 1854, n° 30, p. 466).

— La leucine, découverte par M. Braconnot dans la chair de bœuf, étudiée ensuite par MM. Cahours, Laurent et Gerhardt, cristallise en aiguilles qui ne sont jamais libres, mais toujours cohérentes, et forment des masses sphériques (Robin et Verdeil, *Traité de chimie anat.*, v. III, p. 422, et atlas, pl. XLII).

La tyrine, découverte par Liebig dans le fromage, se présente sous forme d'aiguilles à éclat soyeux, peu solubles dans l'eau, insolubles dans l'alcool et dans l'éther, très solubles dans les alcalis. La tyrine contracte des combinaisons avec les acides, à l'exception de l'acide acétique.

La tyrine a été trouvée dans le fromage privé de beurre, dans la fibrine desséchée ou dans l'albumine. (Lehmann, *Physiol. Chemie*, v. I, p. 147, 2e édit., 1850.) (*Note de la rédaction.*)

FORMULE ANTIDYSENTÉRIQUE.

Décoction de chiendent, forte ou concentrée, un litre par jour.

Dans cette tisane à froid brassez cinq ou six blancs d'œufs en versant peu à peu la tisane sur les blancs d'œufs; ajoutez dans cette tisane de chiendent ainsi albuminée deux cuillerées à bouche de charbon d'Andriz bien pulvérisé et passé au tamis fin. Édulcorez, aromatisez suivant le goût du malade. Prescrivez de petites tasses à café de ce breuvage, toujours à froid, sans dépasser la quantité d'un litre par douze heures, ce qui n'est rien moins qu'absolu. Donnez un ou deux demi-lavements quotidiens de cette même tisane.

Après quelques jours de traitement, alors que la langue est large, plate, blanche, usez de l'ipécacuanha pulvérisé comme vomitif, deux ou trois jours consécutifs.

Au bout de trois semaines, prescrivez la manne laxative dans un verre d'eau ou de lait. (On ne dit pas s'il faut en user plusieurs jours de suite.)

Prescrivez 125 grammes de riz cuit, bien sec, et un œuf mollet avec ce riz ; donnez en même temps un peu de volaille rôtie ou bien cuite dans l'huile d'olive. (*Gazette médicale de Montpellier.*)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

EXOPHTHALMIE ET ARRACHEMENT DE L'ŒIL DU FŒTUS SURVENUS PENDANT LE TRAVAIL DANS DEUX ACCOUCHEMENTS SUCCESSIFS CHEZ LA MÊME FEMME, analyse critique d'un travail de M. Hofmann (de Burgsteinfurt).

L'accident observé par le médecin allemand, aussi rare qu'extraordinaire dans les circonstances où il s'est produit, mérite d'autant mieux de fixer l'attention, qu'une semblable lésion pourrait donner lieu à une appréciation médico-légale erronée et fort préjudiciable, si cette lésion était prise, comme on s'y sent disposé de prime abord, pour un témoignage d'impéritie ou d'une tentative criminelle. Mais comment peut-il se faire que la pression exercée sur la tête du fœtus pendant le travail, pression qui a quelquefois pour conséquence la fracture des os du crâne, des épanchements sanguins, etc., puisse non-seulement chasser l'œil de la cavité orbitaire, mais encore déchirer en partie ou en totalité les éléments anatomiques qui l'y fixent? C'est ce qu'il sera plus aisé de comprendre et d'expliquer après une exposition sommaire des faits.

Obs. — Appelé en toute hâte, le 23 décembre 1850, à huit heures du matin, dans une localité voisine, pour une dame dont le travail se prolongeait et pour laquelle il avait prescrit, à minuit, 1 gramme 50 centigrammes d'ergot de seigle, sur les renseignements fournis par la sage-femme qui l'assistait, M. Hofmann trouva à son arrivée l'accouchement terminé; mais on réclama ses soins pour l'enfant qui venait de naître et qui était encore au bain. Sur cet enfant, du sexe féminin, né à terme, bien constitué et robuste, on voyait le globe oculaire droit entouré d'un peu de tissu cellulaire lâche, pendant hors de l'orbite sur la joue et ne tenant plus que par quelques fibres du muscle droit inférieur. Il ne restait sur le globe que quelques petites portions des muscles de l'œil; la portion du nerf optique restant avait environ trois quarts de pouce; le moteur oculaire, l'artère et la veine ophthalmique étaient déchirés tout près du bulbe; la cornée était brillante et transparente, l'iris coloré en brun et la pupille immobile. Les paupières étaient tuméfiées et congestionnées comme dans l'ophthalmie des nouveau-nés, mais sans traces de mucosités ni de pus; la cavité orbitaire était comme remplie d'une masse charnue qu'on apercevait en écartant la paupière. L'enfant était du reste bien portant et ne donnait aucun signe de douleur même quand il introduisit le petit doigt dans la cavité orbitaire pour l'explorer. La tête, bien proportionnée au reste du corps, ne présentait nulle part de dépression. Cet état des choses ne laissant aucun espoir de replacer avec succès le globe dans l'orbite, il coupa les fibres du droit inférieur auxquelles était suspendu le bulbe, et au même instant la commissure droite de la bouche fit un petit mouvement, puis reprit aussitôt sa forme.

Après vingt-quatre heures la tuméfaction des paupières était plus forte et leur coloration violacée plus foncée; il y avait un peu de pus entre les bords, et le tout était un peu douloureux. Pour tout traitement on ne fit que des fomentations émollientes avec addition d'un peu d'extrait de Saturne; rien ne vint entraver la résolution et la cicatrisation, et quelques semaines après les paupières étaient revenues à l'état normal, le bord de la supérieure dépassant un peu celui de l'inférieure à cause de l'absence du globe oculaire.

Les renseignements fournis par la sage-femme sur la marche et les particularités du travail jettent peu de lumières sur l'interprétation à donner à ce fait. Appelée à trois heures la veille, elle trouve le travail commencé depuis quelques heures, marchant régulièrement, le col assez dilaté pour recevoir sans peine l'extrémité du doigt. A onze heures du soir il y eut une forte contraction utérine et les membranes se rompirent avec un bruit tel que toutes les personnes présentes l'entendirent; une grande quantité d'eau s'écoula, le col était dilaté de la grandeur d'une pièce de 1 franc, la tête appuyée contre le pubis, le toucher faisant reconnaître directement la suture sagittale. Une heure plus tard les douleurs s'étant ralenties, on envoya chercher le seigle ergoté, dont la première dose fut donnée à une heure du matin, la seconde une heure après. Les contractions ayant recommencé on éloigna un peu plus les trois doses qui restaient; la tête avançait lentement, lorsqu'une forte contraction la fit pénétrer subitement entre les grandes lèvres. Il y eut alors temps d'arrêt des contractions. Ce fut à ce moment que la sage-femme fit appeler M. Hofmann. Mais à peine dix minutes s'étaient écoulées qu'une nouvelle contraction expulsa la tête; la sage-femme soutenait le périnée, et pendant le passage de la face, l'œil qui pendait hors de l'orbite, lui tomba dans la main et elle le prit d'abord pour le cordon.

Il n'y eut hémorrhagie ni du côté de l'orbite ni du côté du globe oculaire, les paupières étaient déjà tuméfiées. L'enfant fit d'abord peu de mouvements, mais il respira de suite et se mit à crier pendant qu'il était dans le bain.

La femme avait éprouvé pendant la dernière quinzaine de sa grossesse des coliques assez vives, elle n'avait pas fait de chutes ni reçu de coup sur le ventre. C'était son deuxième accouchement. Son premier enfant était né à sept mois et était mort de convulsion peu de temps après sa naissance.

Bien que M. Hofmann pensât, pour expliquer l'accident, à quelque saillie osseuse du bassin, le cas lui paraissait si extraordinaire, qu'il ne pouvait se défendre de l'idée que la sage-femme avait, par une manipulation quelconque, arraché le globe oculaire, bien qu'elle assurât n'avoir pas exercé la moindre traction et que son assertion ne fût pas contredite par les assistants.

Redevenue enceinte, son accouchement fut cette fois confié aux soins de M. Hofmann. Appelé le 12 avril 1852, vers cinq heures du matin, il trouva les eaux écoulées depuis trois ou quatre heures, le col assez dilaté pour permettre l'introduction du doigt et la tête se présentant sur le détroit supérieur. Depuis quelques heures les contractions étant devenues de plus en plus faibles, il fit prendre deux doses d'ergot de seigle d'un demi-scrupule chacune. Vers huit heures, les douleurs devenant plus fortes, la tête avançait peu à peu. Mais malgré de fortes contractions elle ne s'engageait pas dans le détroit inférieur. A dix heures il appliqua le forceps, et en deux tractions il amena la tête dans le vagin. Le forceps, dont l'application avait été très facile, avait saisi la tête sur les deux côtés et n'avait presque pas laissé de traces sur la peau. Lorsque la tête eut dépassé le détroit inférieur il ôta le forceps pour laisser faire la nature. S'apercevant que la tête n'avançait pas, malgré les contractions les plus énergiques, il introduisit les doigts entre celle-ci et les parois du vagin pour reconnaître l'obstacle: c'était le cordon entortillé autour du cou de l'enfant et fortement tendu. Écartant ses deux doigts afin de se procurer l'espace nécessaire pour couper le cordon, tout à coup un globe oculaire vint tomber dans cet espace. L'ayant mis de côté, il coupa le cordon et amena facilement la tête en appliquant ses doigts derrière les oreilles. L'enfant était dans un état de mort apparente, mais il fut bientôt rappelé à la vie. Afin de reconnaître la cause de cet accident singulier, il introduisit, aussitôt après l'expulsion de l'enfant, la main dans la matrice et rencontra une assez forte proéminence du promontoire; le coccyx semblait dirigé directement vers le rectum, le reste du bassin n'offrait rien d'anormal.

L'enfant était un garçon robuste et bien conformé, dont les diamètres de la tête avaient leur étendue ordinaire, chez lequel, comme chez sa sœur, manquait le globe oculaire droit. L'hémorrhagie de l'orbite subsistait encore; les paupières n'étaient ni rouges, ni tuméfiées comme chez la petite fille. En soulevant la paupière supérieure, il trouva l'orbite rempli de sang incomplétement coagulé; ce qui restait des muscles ressemblait à de petites mèches de chair. A en juger par l'aspect que présentait l'orbite, il ne pouvait y avoir plus d'une heure que l'accident était arrivé. L'œil gauche proéminait aussi un peu plus qu'à l'état normal. Au-dessus de l'œil droit, sur la protubérance frontale, l'os avait subi une dépression considérable.

L'enfant ne cessait de crier, et le soir du même jour il s'éteignit doucement. Il pesait presque huit livres, la circonférence et le diamètre de sa tête étaient plutôt au-dessus qu'au-dessous de la moyenne. La dépression de la tubérosité frontale était presque de trois quarts de pouce. La tumeur œdémateuse de cuir chevelu occupait le pariétal droit, qui présentait une coloration rouge bleuâtre, de même que la tubérosité frontale; l'orbite droit était rempli de caillots de sang, l'œil gauche ne proéminait plus et ne présentait rien d'anormal. Lorsqu'on exerçait une pression sur la partie déprimée du frontal droit on faisait sortir de l'orbite droit les caillots de sang; une pression plus forte faisait proéminer un peu l'œil gauche. La surface externe de l'occipital et des pariétaux avait une coloration d'un rouge brun foncé, un peu moins prononcée que celle du frontal droit. Par rapport aux pariétaux, l'occipital était déprimé de presque un demi-pouce. La petite fontanelle était formée par un petit os triangulaire uni par du tissu fibreux aux pariétaux et à l'occipital. Il existait une extravasion sanguine dans la cavité crânienne; ce sang épais, d'une couleur brune violette, augmentait encore vers l'occiput et recouvrait complétement les parties postérieures du cerveau et la totalité du cervelet; sous le frontal droit il y avait une petite quantité de sang extravasé. La portion du frontal déprimée avait son épaisseur normale; l'encéphale présentait une dépression analogue à celle du frontal mais sans nulle solution de continuité. Les nerfs olfactifs étaient intacts des deux côtés; le nerf optique du côté droit avait en grande partie disparu, il n'en restait qu'une petite portion; les autres nerfs étaient intacts dans leur trajet crânien des deux côtés. La base du crâne était recouverte d'un sang épais d'un rouge brun.

Lorsque l'encéphale, en général très congestionné et très ramolli, fut enlevé, on put apercevoir une fracture de la partie orbitale du frontal droit. Cette fracture commençait près de l'apophyse *crista galli*, se dirigeait en avant et en dehors vers le bord supérieur de l'orbite, de là elle revenait en arrière et en dehors vers la petite aile du sphénoïde, traversait cette aile et se prolongeait jusqu'à la grande aile où elle se divisait en deux branches dont l'une se dirigeait à droite, retournait à l'angle mastoïdien du pariétal, et l'autre dirigée en dedans se terminait au grand trou rond. La partie orbitale du frontal droit était très mince comme du papier. La partie orbitale du frontal gauche présentait aussi une fracture. Elle commençait comme celle du côté opposé près de l'apophyse *crista galli*, se dirigeait de dedans en dehors jusqu'à la place qui correspond extérieurement à l'insertion du temporal et se terminait dans le voisinage de la petite aile du sphénoïde.

Le globe oculaire arraché présentait comme le premier quelques vestiges des muscles, le nerf optique long d'un pouce et demi, la veine ophthalmique longue de trois quarts de pouce et le nerf moteur oculaire déchiré de la même manière que dans le premier cas.

Une nouvelle grossesse va nous permettre de connaître plus exactement la forme et le degré de rétrécissement du bassin qu'il importe de bien connaître pour expliquer les faits précédents. L'accouchement prématuré artificiel fut décidé, et le 27 mars (époque supposée entre le septième et le huitième mois), M. Hofmann fit commencer les injections d'eau chaude dirigées sur le col ; on en fit chaque jour cinq chacune de quatre à cinq seringues remplies d'eau chaude. Le 31, les premières douleurs se manifestèrent; on continua les injections, et le 3 avril seulement le travail commença. L'enfant, dont la présentation n'avait pu être reconnue à cause de son élévation, présentait le siége. Dans la nuit du 4 au 5 le siége entra dans le bassin. A cinq heures du matin il fit des tractions avec la main pour accélérer l'expulsion. Lorsque le corps de l'enfant fut descendu jusqu'au nombril, il fallut faire la ligature et la section du cordon qui était tendu comme une corde. Le passage de la tête à travers le bassin présenta de grandes difficultés. En position transversale, elle était trop haut pour permettre l'application du forceps. Ayant peu d'espoir pour la vie de l'enfant dont le cordon était sans pulsation et les extrémités froides, il introduisit l'index de la main droite dans la bouche de l'enfant et pressant avec la main gauche sur la paroi abdominale de la mère, il fit l'extraction de la tête; pendant le passage de laquelle la patiente avait éprouvé une sensation comme si les os avaient été séparés. Toutes les tentatives pour rappeler à la vie l'enfant furent inutiles. Son cadavre ne présentait nulle part de lésions ni de dépressions sur le crâne. Il avait un volume considérable relativement à son âge supposé : long de 19 pouces, il pesait 6 livres; le diamètre antéro-postérieur de la tête était de 4 pouces 1/2, et le transversal de 3 pouces 3/4.

La femme, dont l'état fut d'abord assez satisfaisant, eut un peu plus tard de la fièvre, des douleurs dans la fesse droite; les parties molles qui entourent la symphyse pubienne étaient douloureuses au toucher; difficulté de retenir les urines, peu d'appétit, peu de lait dans les seins. Il se développa dans les muscles fessiers du côté droit un abcès qui entretenait la fièvre et qui fut ouvert dans la sixième semaine; bientôt après se déclarèrent les symptômes de la fièvre hectique, toux, asthme, œdème des extrémités inférieures et des parties génitales; enfin la mort arriva dans le cours de la huitième semaine.

M. Hofmann ne fut autorisé qu'à ouvrir l'abdomen pour prendre les dimensions du bassin. Le diamètre sacro-pubien n'avait que 3 pouces, le transversal 4 pouces 3/4, l'oblique 4 pouces 1/2; l'inclinaison du bassin était assez forte, le promontoire proéminait fortement; absence de déformation, d'obliquité, d'exostose du bassin, colonne vertébrale droite. Les deux pubis étaient séparés l'un de l'autre, et en divisant les parties molles qui recouvraient la symphyse on trouvait un vide produit par la résorption du cartilage; cette poche était remplie d'une matière caséiforme; les extrémités des deux pubis étaient raboteuses; une forte compression exercée des deux côtés des pubis les rapprochait presque entièrement. La matrice était revenue à son état normal.

Laissant à la sagacité du lecteur le soin de déduire les enseignements divers qui ressortent naturellement de cette curieuse et intéressante observation, nous n'insisterons que sur le fait nouveau qu'elle met en relief d'une manière si tranchée : à savoir, l'exophthalmie et l'arrachement de l'œil comme conséquence de la fracture et de la dépression du frontal. S'il faut en chercher la cause dans le rétrécissement et la forme du bassin, comme il n'est guère permis d'en douter, on voit d'abord que cette forme de rétrécissement n'a rien de spécial ni d'insolite : un promontoire très proéminent, à bord tranchant, un diamètre antéro-postérieur de trois pouces, des diamètres transversal et obliques rétrécis d'un demi-pouce, sont des conditions anormales qui se rencontrent fréquemment et qui n'ont pas jusqu'à ce jour produit l'accident complexe qui nous occupe. Il est à peine nécessaire d'ajouter que, dans les deux cas, l'accident a dû avoir lieu de la même manière et par le concours des mêmes causes, bien que, dans le premier, on n'ait point observé la dépression frontale. Sans doute les désordres ont été moindres ; peut-être y a-t-il eu seulement dépression sans fractures, dépression promptement effacée par l'élasticité de l'os et la portion de cerveau sous-jacente. Ce sont évidemment deux degrés différents d'un accident identique, produits par le concours des mêmes agents. Il faut dire, avec l'observateur de ces faits, qu'il n'y a pas de doute que, dans les deux cas, le globe oculaire n'ait été expulsé de l'orbite par une compression forte exercée en premier lieu sur la tubérosité frontale par le promontoire ; celle-ci ayant cédé, la paroi supérieure de l'orbite s'était fracturée à son tour, tandis que la paroi inférieure avait résisté. Les parois orbitales avaient dû se toucher, sans quoi toutes les parties molles n'auraient pas été arrachées. Nous ne trouvons pas cette dernière partie de l'explication vraisemblable. On conçoit, à la rigueur, que le bord supérieur de l'orbite venant s'appliquer sur le bord inférieur, coupe en mâchant les racines de l'œil ; mais on ne trouverait pas, dans cette hypothèse, des traces si manifestes de tiraillements et d'allongements des divers tissus déchirés. Supposons, au contraire, un effacement plus ou moins complet de la cavité orbitaire, comme il a été expliqué ci-dessus, mais suffisant pour expulser le globe oculaire, il est vraisemblable que l'œil sortira de sa cavité sans que ses attaches subissent de déchirure ; et cela est d'autant plus vraisemblable, que cette expulsion doit s'être opérée avec une certaine lenteur. Le globe étant ainsi sorti de sa cavité, et ne pouvant s'écarter ni d'un côté, ni de l'autre, il sera retenu par le rebord saillant du promontoire, pendant que la tête descend dans le fond de l'excavation pelvienne : de là les allongements, les déchirures sur des points inégaux, et jusque dans la cavité crânienne, pour les nerfs et les vaisseaux.

Il n'y a pas à douter non plus que la dépression frontale et la fracture n'aient été produites par la saillie du promontoire, la tête ayant été constatée en deuxième position dans le second cas, la tubérosité frontale droite était tournée vers le promontoire, tandis que l'occiput était appuyé contre le pubis. Mais pourquoi la tête n'avait-elle pas exécuté les mouvements de rotation qu'elle exécute dans un accouchement normal? M. Hofmann pense qu'un mode particulier de contraction utérine y a puissamment contribué. Les contractions étaient très énergiques, en particulier celles du segment inférieur. Ces dernières emprisonnaient la tête avec une telle force, en appuyant le front contre le bord tranchant du promontoire et l'occiput contre le pubis, que celui-ci ne put glisser sous la symphyse et le front entrer dans l'espace sacro-iliaque. Les contractions du fond de la matrice augmentèrent encore cette compression ; enfin, une contraction plus énergique triomphant de la résistance des os, et le frontal s'étant fracturé, le diamètre de la tête se trouva raccourci, celle-ci put effectuer son passage. Nous ne voulons ni affirmer, ni infirmer la première partie de cette explication ; mais ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que le promontoire, comme agent passif, et les contractions utérines, comme agent actif, sont les véritables causes de la fracture crânienne et de la conséquence malheureuse et bizarre qu'elle a eue sur l'œil correspondant. Les adversaires du seigle ergoté prétendraient, sans doute, que c'est à l'excès d'activité imprimée à l'action de l'utérus qu'il faut imputer l'accident. Sans aller aussi loin, nous n'en saisirons pas moins l'occasion de rappeler, sans doute en vain, que cet agent est formellement contre-indiqué dans les accouchements avec vice de conformation du bassin, et qu'il peut, en pareil cas, avoir les conséquences les plus fâcheuses. (*Monatsschrift für Geburts.-und Frauenkrankh.*, déc. 1854.)

MORPAIN.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

TÉRATOLOGIE. — *Deuxième note sur la monstruosité double chez les poissons*, par M. *Lereboullet*. — L'auteur ayant observé tout récemment plus d'un millier d'œufs de brochet, à l'époque où le blastoderme est sur le point d'avoir envahi totalement le vitellus, a pu assister en quelque sorte, sur un certain nombre d'entre eux, à la formation de la monstruosité. Les anomalies de plusieurs sortes, dont il trace la description sommaire, ont leur origine sur le bourrelet blastodermique, c'est-à-dire ce bourrelet qui borde circulairement l'ouverture de la bourse formée par le blastoderme, et dans laquelle le vitellus est enfermé. Ce bourrelet constitue le véritable *germe embryonnaire*, germe toujours simple, unique, comme le vitellus que le blastoderme recouvre, mais susceptible, quand le développement est dérangé de sa marche régulière, de végéter comme la substance dont se compose le corps des polypes, et de produire des formes variées, qui cependant montrent toujours, dans leur évolution ultérieure, une tendance manifeste à revenir au type primitif de l'espèce. (*Comm.* : MM. Valenciennes, Coste, de Quatrefages.)

CHIRURGIE. — *Élimination, par les seuls efforts de la nature, des parties sphacélées par suite de congélation*, par M. *Baudens*. — De nombreuses observations faites sur des militaires venant de Crimée ont paru démontrer à l'auteur, contrairement à l'opinion reçue : 1° que le chirurgien doit s'abstenir, et réserver exclusivement aux efforts réparateurs de la nature le soin d'éliminer les parties mortes par suite de congélation ; 2° que la nature trace le cercle de démarcation entre le vif et le mort bien mieux que la main du chirurgien, et surtout au prix de moins grands sacrifices. M. Baudens a vu, dans le seul hôpital de Marseille, 303 malades évacués porteurs de congélations partielles des pieds : sur ce chiffre de 303, 300 sont ou guéris ou en voie de guérison ; l'art n'est pas intervenu, c'est la nature qui seule a fait tous les frais de la cure. 3 seulement ont subi des amputations partielles de la main de l'opérateur.

Après avoir insisté sur la parcimonie dont use la nature dans l'élimination des tissus mortifiés, M. Baudens tire de ce fait un nouvel argument en faveur de la doctrine qu'il a émise autrefois, à savoir, que les lieux dits d'élection n'étaient que des vues de l'esprit, non motivées par la pratique, et qu'il y a avantage à toujours amputer sur la ligne rigoureuse de démarcation des parties saines et malades. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

GLYCOGÉNIE. — *Sur la sécrétion du sucre et de la bile dans le foie* (lettre de M. *Luc. Moleschott*, de Heidelberg, à M. *Cl. Bernard*). — L'auteur de la lettre donne une analyse sommaire d'expériences pratiquées en 1852 et encore inconnues en France.

Il a, sur un grand nombre de grenouilles, extirpé le foie, qui contient du sucre tout aussi bien que celui des mammifères, et il a réussi à garder ces animaux vivants pendant deux ou trois semaines après l'opération. Après ce laps de temps, il a examiné le sang, les muscles, le suc gastrique et l'urine de ces grenouilles, sans y pouvoir trouver aucune trace de bile ou de sucre. Or c'est un fait avéré en physiologie, qu'après l'extirpation des reins l'urée s'accumule dans le sang ; on devrait donc s'attendre à trouver les acides organiques de la matière colorante de la bile, ainsi que du sucre, dans le sang ou dans les tissus d'animaux privés du foie, pendant quinze à vingt et un jours, si le foie n'était pour ces substances qu'un appareil de filtration. Puisqu'il n'en est rien, M. Moleschott conclut que la bile et le sucre sont formés dans le foie.

Ce physiologiste a trouvé encore que le foie ne contribue pas peu à la métamorphose rétrograde des substances animales. C'est ainsi qu'en comparant, dans les mêmes conditions d'âge, de sexe, de poids, de température, de pression atmosphérique, des grenouilles intactes à des grenouilles chez lesquelles il avait fait l'excision du foie, et à d'autres auxquelles il avait amputé les deux jambes pour leur faire perdre une quantité plus grande de sang qu'il ne s'en perdait par l'extirpation du foie, M. Moleschott a trouvé que les animaux privés de foie exhalent beaucoup moins d'acide carbonique que des animaux intacts, d'une part, et que des animaux amputés, d'autre part, bien que la quantité de sang perdue par ces derniers soit plus considérable.

MÉDECINE. — *Emploi du bicarbonate de soude contre l'angine couenneuse : Réclamation de priorité adressée, à l'occasion d'une note récente de M. Marchal (de Calvi)*, par M. *Lemaire*. — L'auteur de la réclamation rappelle qu'il a publié en 1853, dans le *Moniteur des hôpitaux* (n^os^ 12, 14 et 16 juillet), un mémoire intitulé ; *De l'emploi du bicarbonate de soude comme antiphlogistique*, et dans lequel sont consignées six observations d'angine couenneuse et de croup, guéries rapidement par le bicarbonate de soude à haute dose. (*Renvoi à la commission déjà nommée :* MM. Andral, Rayer, Bernard.)

EAUX MINÉRALES. — *Notice sur les bains de mer de Biarritz*, par M. *Affre* (pour le prix *Montyon*).

Sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des tumeurs en général, et surtout des bubons suppurés, par M. *Bonnafont*. (*Future commission des prix Montyon.*)

CORRESPONDANCE. — M. le ministre de l'instruction publique transmet une ampliation d'un décret impérial en date du 26 avril 1855, autorisant l'Académie à accepter le legs qui lui a été fait par feu le docteur *Lallemand* d'une somme de 50,000 francs, dont le revenu, affecté à une rente viagère au profit du docteur *Gubler*, sera, après le décès de ce médecin, appliqué à la fondation d'un prix décerné par l'Académie pour travaux relatifs au système nerveux.

M. le ministre de l'instruction publique invite l'Académie à lui présenter, conformément au décret du 28 mars 1852, deux candidats pour la chaire d'histoire naturelle (corps organisés) vacante au Collége de France par suite du décès de M. *Duvernoy*.

La section d'anatomie et de zoologie est invitée à présenter à l'Académie, dans une prochaine séance, une liste de candidats.

SÉANCE DU 7 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ANATOMIE COMPARÉE. — *Mémoire sur l'encéphale de l'éléphant*, par M. *Gratiolet*. — L'auteur, ayant été chargé de faire l'anatomie d'un éléphant d'Afrique mort récemment au Muséum d'histoire naturelle, expose les principaux résultats de ses recherches. L'encéphale des éléphants, dont la masse est triple au moins de celle de l'encéphale humain, diffère surtout de ce dernier par l'absence complète d'une corne postérieure au ventricule latéral, par le développement des masses latérales du cervelet, par la moindre épaisseur relative du corps calleux, par l'étroitesse de l'espace interpédonculaire et du *tuber cinereum*, enfin par l'absence de toute trace d'éminences mamillaires.

Les hémisphères cérébraux, très développés, fortement écartés en arrière, laissent à découvert le cervelet et n'offrent qu'une scissure de Sylvius rudimentaire.

Les lobes olfactifs sont très grands, et creusés d'un ventricule qui communique largement avec les cornes frontales des ventricules latéraux.

D'où il suit que si, par les parties constituantes de l'isthme et par le cervelet, l'encéphale de l'éléphant est presque un encéphale humain, par les hémisphères cérébraux et les lobes olfactifs, c'est un cerveau d'animal, et d'animal d'un type assez inférieur, mais ennobli, toutefois, par des développements excessifs de tous ses plis, et surtout de ses plis frontaux. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Geoffroy Saint-Hilaire.)

CHIRURGIE. — *Lettre sur l'origine et le caractère de la méthode sous-cutanée*, par M. *Phillips*. — Qu'est-ce que la méthode sous-cutanée? Quel est son véritable caractère? Telles sont les deux questions essentielles que M. Phillips cherche à résoudre dans cette note.

D'après lui, étant données des plaies sous-cutanées qui suppurent et des plaies sous-cutanées qui ne suppurent pas, la véritable méthode sous-cutanée consiste dans la découverte de la cause de cette différence, et dans l'institution des principes et des règles qui sont propres à ne produire que des plaies sous-cutanées qui ne suppurent pas, et à faire bénéficier de cet avantage toutes les opérations de la chirurgie qui peuvent être pratiquées sous la peau.

Le caractère de la méthode consiste donc essentiellement dans un principe nouveau découvert et fécondé par M. Jules Guérin : l'organisation immédiate des plaies maintenues à l'abri du contact de l'air, et la régularisation d'un manuel opératoire propre à assurer la rigoureuse application de ce principe à toutes les opérations de chirurgie. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

PATHOLOGIE. — *Quelques remarques sur le Trichomonas vaginal de Donné*, par MM. *Scanzoni* et *Kœlliker*. — Le *Trichomonas* vaginal, décrit pour la première fois par M. Donné, et regardé tour à tour comme un infusoire (Donné, Dujardin, Raspail), comme un acarien (Froriep, Ehrenberg), comme une cellule épithéliale de l'utérus (Lebert, Valentin, J. Vogel, Siebold, Wagnor), vient d'être étudié récemment par MM. Kœlliker et Scanzoni, qui lui ont trouvé tous les caractères des véritables infusoires, tels à peu près que les avait décrits M. Donné.

On ne trouve jamais de Trichomonas dans le mucus du col utérin, ce

qui devrait être le cas, si ceux-ci n'étoient que des cellules vibratiles. Ceux qui ont émis cette opinion se sont laissé induire en erreur par des préparations traitées avec de l'eau qui est très nuisible à ces petits animaux, les gonfle, les prive de mouvements, et ne tarde pas à les détruire. Si, au contraire, on observe au microscope le mucus vaginal *pur*, on trouve une assez grande quantité d'infusoires à forme allongée, soit ovoïde, soit piriforme, de 0,008 à 0,018 de millimètre, portant à l'une des extrémités deux ou trois longs filaments flagelliformes, avec des cils vibratiles assez courts, et terminés à l'autre extrémité par une queue mince assez rigide et non contractile.

Ces petits animaux, qui exécutent des mouvements très vifs, ne seraient pas, d'après MM. Scanzoni et Kœlliker, une conséquence du principe vénérien ; on les trouve dans le mucus vaginal de presque toutes les femmes. Cependant ils acquièrent leur plus grand développement dans une sécrétion vraiment morbide.

Médecine et chirurgie. — M. *Baudens* adresse une lettre relative à des observations générales qu'il a pu faire dans le cours de la mission qui lui a été confiée pour l'organisation d'hôpitaux destinés à recevoir des malades de l'armée de Crimée.

L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine, constituée en commission du legs *Bréant*, les communications de MM. les docteurs *Martin-Duclaux*, *Pelka*, *Dain* et *Ogniben*, relatives au choléra.

Comité secret. — La section d'anatomie et de zoologie, par l'organe de son doyen M. *Duméril*, présente M. *Flourens* et M. *Valenciennes* comme candidats pour la chaire d'histoire naturelle (corps organisés) vacante au Collège de France par suite du décès de M. *Duvernoy*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 15 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Une demande d'avis relative à une source minérale, dite de l'*Eugénie*, à Vals (Ardèche). (*Commission des eaux minérales.*) — *b*. Une lettre de M. le docteur *Pagès*, médecin des eaux de Baréges, annonçant qu'une maladie d'yeux l'empêche momentanément d'envoyer son rapport annuel. (*Commission des eaux minérales.*)— *c*. Divers rapports sur l'épidémie cholérique de 1854, par MM. les docteurs *Vingtrinier* et *Duclos* (de Rouen), *Caron* (de Neufchâtel), *Jolert* (de Guyonville). (*Commission du choléra de* 1854.) — *d*. De nouvelles observations de M. le docteur *Ourgaud* (de Pamiers) sur les propriétés anticholériques du valérianate de zinc. (*Commission du choléra de* 1854.)— *e*. Plusieurs rapports sur différentes épidémies, par MM. les médecins des épidémies du département des Basses-Alpes et du département de la Sarthe. — *f*. Un rapport de M. le docteur *Sclafer* sur une épidémie de variole dans la commune de Remelfing (Moselle). (*Commission des épidémies.*)— *g*. Diverses recettes contre le choléra, les engelures, la dysentérie, le scorbut, etc., par des personnes étrangères à la médecine. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie trois rapports imprimés relatifs à l'invasion épidémique de Londres en 1854, par MM. les docteurs *Sutherland*, *Glover*, et par le conseil médical établi près le *general Board of health*. (*Comm.:* M. Gérardin.)

3. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département des Vosges, et de l'année 1825 à l'année 1854 dans l'île de la Réunion, par M. Reydellet. (*Commission de vaccine.*)

4. Communications de : *a*. M. le docteur *Blanc*, d'Uzès (sur le choléra épidémique). — *b*. M. le docteur *Martin-Duclaux*, de Saint-Julia, (histoire et rapport sur les épidémies de choléra et de suette qui ont régné en 1854 dans quelques communes du canton de Recvel (Haute-Garonne). (*Commission du choléra de* 1854.) — *c*. M. le docteur *Baud*, inspecteur des eaux de Contrexeville (Note sur l'usage thérapeutique de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d*. M. le docteur *Dufresse-Chassaigne* (Sur la détermination de la quantité de soufre ou de gaz hydrosulfurique contenue dans les eaux thermales de Bagnols-les-Bains (Lozère) à l'aide du sulfhydromètre). (*Commission des eaux minérales.*) — *e*. M. *Paul Hogg*, pharmacien à Paris (Note sur le mode de préparation d'huile de foie de morue employé par M. Berthé). (*Comm.:* MM. Guibourt, Robinet, *rapporteur.*) — *f*. M. *Hoffmann*, pharmacien à Paris (Du soufrage de la vigne, nouvelle méthode d'appliquer le soufre sur une grande échelle pour la destruction de l'oïdium Tuckeri). (*Comm.;* M. Bouchardat.) — *g*. M. le docteur *Devilliers* (Tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon pour l'année 1854, avec des observations à l'appui). (*Comm :* MM. Hervez de Chégoin, Gimelle.) — *h*. M. *Gillet*, fournisseur des hôpitaux de Marseille (Description et dessin d'un nouvel appareil propre aux amputés de la jambe). (*Comm.:* MM. Bégin, Larrey.)

Élection. — L'Académie procède par la voie du scrutin à la nomination d'un membre résidant dans la *section d'hygiène et de médecine légale.* Votants, 75 ; majorité, 38.

Au premier tour de scrutin, M. *Guérard* obtient 39 suffrages ; M. *Devergie*, 23 ; M. *Tardieu*, 10 ; M. *Boudin*, 2 ; M. *Brierre de Boismont*, 1.

M. *Guérard*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur le rapport de M. Bousquet.

Aliénation mentale. — M. *Baillarger* a la parole pour la réfutation du rapport lu dans la dernière séance par M. Bousquet. L'orateur ne saurait partager les opinions de M. le rapporteur, qui tendraient à faire peser sur la pathologie mentale une accusation d'incertitude, de doute, d'obscurité même et de confusion. M. Baillarger espère démontrer tout ce qu'il y a d'exagéré dans cette appréciation, aussi bien que dans le jugement si sévère que M. Bousquet a porté du travail de M. Moreau.

Envisageant d'abord la folie en elle-même, dans son essence, M. Baillarger pense, comme M. Moreau, qu'il est légitime, qu'il est rationnel de la rattacher au cadre des maladies des organes, dont on a cherché trop longtemps à la distraire ; de la soumettre au même genre d'étude et d'adopter pour son traitement des principes plus conformes à ceux qui régissent la thérapeutique des autres affections.

D'ailleurs, M. Bousquet se plaît à constater l'accord qui règne sur ce point entre la science et les croyances du vulgaire qui dit d'un homme atteint de folie, *qu'il a la cervelle dérangée*. Pourtant, telles n'étaient pas autrefois les idées de M. Bousquet, qui, dans une discussion encore récente, soutenait avec l'accent de la conviction, les doctrines de Leuret. N'est-ce pas la lecture du mémoire de M. Moreau qui aurait opéré la conversion de M. Bousquet?

Rappelant d'une manière succincte les opinions de Leuret sur l'aliénation mentale, qui pourraient se résumer dans ces mots : « *La folie est une erreur, et l'aliéné est un homme qui se trompe.* » M. Baillarger démontre où conduisent les conséquences de ces principes qui font de la folie une *maladie de l'âme*, et qui dédaignant les ressources de la thérapeutique ordinaire, ne veulent reconnaître que l'efficacité du *traitement moral.*

M. Baillarger, moins que personne ne nie l'utilité du traitement moral ; mais il pense qu'il est irrationnel de l'appliquer systématiquement à tous les genres de folie. La forme du traitement doit être subordonnée à la forme même de la maladie et varier comme cette dernière.

Pour prouver qu'il n'est pas toujours possible de guérir la folie par le raisonnement et par la discussion, M. Baillarger rapporte un fait où cette méthode échoua, alors que le cas paraissait le plus favorable pour son succès.

L'orateur, passant ensuite aux objections formulées par M. Bousquet à propos de la *nosologie des maladies mentales*, repousse le reproche de doute, d'embarras, d'incertitude, adressé aux aliénistes qui, d'après l'honorable rapporteur, ne seraient à l'*aise que dans les livres*.

Comparant la nosologie actuelle des affections mentales avec ce qu'elle était au temps de Pinel, et choisissant des exemples dans l'*idiotisme*, où Pinel avait arbitrairement confondu différentes formes de folie distinguées de nos jours sous les noms d'idiotie, de démence proprement dite, de stupidité ou démence aiguë, et de mélancolie avec stupeur ; et dans la *paralysie générale*, si nettement rattachée par M. Bayle à une forme d'aliénation, à la *manie ambitieuse*, M. Baillarger démontre que les essais de classification entrepris, depuis quelques années, par les aliénistes, ont jeté une vive clarté sur la pathologie mentale et lui ont imprimé l'impulsion d'un progrès réel et durable.

M. Bousquet prétend encore que les différentes formes de la folie n'ont rien de distinct, rien de nettement tranché ; qu'elles se mêlent et se confondent chez le même malade. C'est ainsi, dit-il, qu'à la manie se mêlent toujours des idées fixes, c'est-à-dire de la monomanie, du délire général et du délire partiel.

L'exemple est mal choisi, répond M. Baillarger ; car, pour caractériser la *manie* on a d'autres signes que la *généralité* ; et l'on sait qu'Esquirol ne pensait pas qu'il fût possible de trouver un malade qui eût un délire *absolument général*. L'*étendue* du délire n'est donc pas ici le seul élément du diagnostic.

Et la preuve encore que la manie est bien distincte de la monomanie, c'est que ces deux genres de folie réclament des traitements différents. M. Ferrus, dans un travail remarquable, a démontré l'efficacité des bains prolongés dans la manie, tandis que la monomanie exige le plus souvent un traitement moral.

M. Baillarger ne se dissimule pas toutes les difficultés que l'on rencontre dans la distinction des espèces ou des formes secondaires qui ne sont quelquefois, le plus souvent même, séparées que par des nuances très faibles et des transitions difficiles à saisir. Pourtant il existe un assez grand nombre de ces classifications partielles qui paraissent définitivement acquises à la science. En tout cas, M. Bousquet n'aurait pas prononcé une sentence si rigoureuse sur la nosologie mentale, s'il avait eu soin de distinguer la classification de la folie proprement dite de la classification des variétés.

M. *Baillarger* partage les idées de M. Bousquet relativement à l'infidélité de l'*anatomie pathologique* dans les maladies mentales. Pourtant il croit que pour être impartial en face des noms de Pinel, d'Esquirol et de Georget, qui accordent peu de crédit aux lésions cadavériques, il convenait de citer les noms de Boucher, de Cazauvielh, de MM. Calmeil, Foville, Parchappe et Ferrus, dont les recherches ont été si utiles à l'anatomie pathologique de la folie.

Abordant enfin la *physiologie pathologique* de l'aliénation, que M. Bousquet a critiquée si vivement dans le travail de M. Moreau, l'orateur soutient l'assimilation établie par ce dernier entre le rêve et la folie.

Quelle est, en effet, dit M. Baillarger, la condition essentielle, fondamentale, des rêves? C'est l'indépendance des facultés, l'exercice volontaire, ou, comme on le dit, l'*automatisme* de l'intelligence. Cet automatisme, qui est le repos de l'intelligence, et qu'on trouve dans les *rêveries* qui se produisent pendant la veille et dans les *distractions* qui sont si familières aux savants, cet automatisme intellectuel est aussi la base et la condition fondamentale, l'origine et le point de départ de la *folie*.

Esquirol, et M. Flourens après lui, ont professé que la folie consistait dans une lésion de l'attention.

Mais c'est là une pure hypothèse, dont tous les aliénistes sentent aujourd'hui l'inanité, et avec laquelle il n'est pas possible, d'ailleurs, d'expliquer le délire fébrile, dans lequel le malade conserve souvent une attention suffisante pour prévenir la prévoyance des personnes qui l'entourent, et demander les soins que réclame son état.

Ce qu'il y a de lésé dans la folie, c'est la résistance qu'opposent les idées à la direction.

Une deuxième analogie entre le rêve et la folie, c'est l'*erreur*, qui résulte dans ces deux états de l'*absence des idées intermédiaires* (Pariset). Dans le rêve comme dans la folie, ces idées sont paralysées, supprimées.

M. Baillarger trouve encore d'autres traits de rapprochement entre le rêve et la folie, dans ces hallucinations, ces *images fantastiques*, comme disent les Allemands, qui se produisent au moment où nous commençons à nous endormir, pendant cet état intermédiaire à la veille et au sommeil, où nous assistons éveillés à notre rêve; puis, dans l'état des malades atteints de *mélancolie avec stupeur*, qui s'imaginent tous, lorsqu'ils reviennent à la raison, qu'ils sortent d'un long sommeil, comme s'ils avaient fait un cauchemar prolongé durant des mois entiers.

Enfin, dit en terminant M. Baillarger, il y a des folies qui ne sont que des rêves continués; témoin un négociant grec qui, à la suite d'une suppression d'hémorrhoïdes, rêva toutes les nuits, pendant plusieurs mois, qu'il était couvert de diamants et qu'il distribuait des trésors à ses amis: bientôt le rêve se manifesta pendant la veille; le malade est pris de manie ambitieuse, il était paralytique.

On a vu encore des idées fixes se continuer après un rêve, ou plus souvent peut-être à la suite du délire qui accompagne les fièvres graves, la fièvre typhoïde en particulier. C'est ainsi qu'en 1815, un médecin des hôpitaux de Paris, que M. Bousquet connaît fort bien, après une affection typhoïde grave, fut poursuivi, durant plusieurs mois après sa guérison, par l'idée qu'il possédait une maison de campagne et un cheval blanc, qui ne lui avaient jamais appartenu qu'au milieu de son délire.

L'ensemble de ces faits conduit M. Baillarger à accepter, contre l'avis de M. Bousquet, l'assimilation du rêve et de la folie faite par M. Moreau (de Tours).

Après un court incident, provoqué par cette particularité que MM. Londe et Ferrus, *membres de la commission*, ont demandé la parole *contre* le rapport, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Foucault* (de Nanterre) présente la description d'un appareil nouveau pour la réduction des fractures et des luxations des membres. Cet appareil, dont l'auteur soumet le dessin à l'Académie, et qui sert à opérer, sans les mains d'un aide, l'extension et la contre-extension, et peut être aussi employé pour l'extension prolongée, est appelé par M. Foucault *cric chirurgical*. (*Comm.*: MM. Depaul, Velpeau, Larrey, *rapporteur*.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 20 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. *Chausit*, membre nouvellement élu, assiste à la séance et fait hommage à la Société de son *Traité élémentaire des maladies de la peau*.

Les membres de la commission pour l'examen des employés de la préfecture interrogent plusieurs malades de cette administration.

M. *Durand-Fardel* lit le rapport suivant sur un mémoire de M. *Foltz*, professeur agrégé de l'école de médecine de Lyon, sur le *liquide céphalo-rachidien*.

Ce mémoire a pour objet de compléter, non pas l'étude anatomique du liquide céphalo-rachidien, que M. Magendie a tracée du premier coup d'une manière si précise et si lumineuse, mais l'étude physiologique de ce liquide, laquelle laisse encore assez à désirer.

Le cerveau et la moelle épinière sont immédiatement enveloppés d'une atmosphère de sérosité, douée d'une force de pression en tous sens, qui a pour but, dans la vie fœtale et la première enfance, de garantir le développement du cerveau et la conformation régulière du crâne contre la pression du liquide amniotique et de l'atmosphère; plus tard, d'isoler la moelle épinière des parois du conduit mobile qui la renferme, de remplir les vides qui résultent de la conformation de l'encéphale et des variations de volume qu'il peut éprouver, peut-être d'isoler les filets nerveux à leur sortie de la moelle et du cerveau.

Telle est la définition que nous faisions nous-même en 1843, dans les *Annales médico-psychologiques*, du liquide céphalo-rachidien, dont le siége se trouve entre la pie-mère et l'arachnoïde cérébrale ou spinale, ou plutôt dans l'espace cellulo-vasculaire que forme la pie-mère au-dessous de l'arachnoïde.

Nous passerons rapidement sur les premières propositions développées par M. Foltz.

La densité du liquide céphalo-rachidien pouvant être représentée par 1,010, ce liquide doit être considéré comme *un bain dans lequel l'encéphale pèse sensiblement 26 grammes, ou la cinquantième partie de son poids.*

Cette proposition résulte de calculs basés sur ce principe, que tout corps entièrement plongé dans un liquide, perd un poids égal au volume du liquide qu'il déplace. Le liquide céphalo-rachidien joue ainsi le rôle d'un *ligament suspenseur* du cerveau.

En même temps le liquide *céphalo-rachidien sert à amortir dans une proportion considérable la violence des chocs transmis aux centres nerveux.*

Nous n'entrerons pas dans les détails empruntés à des notions de physique, au moyen desquels l'auteur cherche à démontrer cette assertion, que tout porte à accepter; mais nous nous arrêterons à la proposition suivante, qui comprend la partie la plus intéressante du mémoire de M. Foltz: C'est que le *liquide céphalo-rachidien est le régulateur de la circulation encéphalique.*

M. *Foltz* fait d'abord remarquer la disposition générale de la circulation encéphalique: les quatre artères volumineuses et flexueuses qui apportent le sang dans la cavité crânienne, et, une fois arrivées à la base du cerveau, y étalent horizontalement leurs anastomoses larges et multipliées; les veines encéphaliques, longues et flexueuses comme les artères, dont il signale surtout la direction ascendante; la direction horizontale, au contraire, et la longueur remarquable des sinus; la résistance considérable de leurs parois, qui contraste avec la flexibilité et la ténuité extrême des parois des veines et des] artères cérébrales. Si l'on ajoute à cela l'absence de toute pression atmosphérique, la faible influence de la pesanteur, on aura résumé les principaux points de la constitution anatomique de la circulation encéphalique.

Mais comment s'accomplit cette circulation elle-même? De tous les organes, le cerveau est certainement un de ceux où la circulation sanguine est exposée aux changements les plus rapides, les plus inattendus, non pas en raison de phénomènes réguliers ou périodiques, et en rapport avec des fonctions nécessaires, mais en raison de toutes les vicissitudes auxquelles il est exposé par suite des usages multiples auxquels il préside. Quelles sont les dispositions protectrices ou régulatrices auxquelles il doit de subir sans dommage, dans le plus grand nombre des cas, sinon toujours, ces phénomènes alternatifs de fluxion et de déplétion que la texture délicate de son propre tissu et des vaisseaux qui le pénètrent semble devoir rendre toujours périlleux pour son intégrité? « Comment, disait Abercrombie, l'apoplexie n'est-elle pas l'effet de toute augmentation dans la masse du sang? Comment n'est-elle pas déterminée par chaque acte d'intempérance, par tout violent exercice ou par toute commotion un peu forte? Existe-t-il quelque moyen par lequel les effets de ces causes singulières se trouvent détournées, quoique, dans certaines

conditions de l'économie, chacune d'elles puisse être saisie d'apoplexie complète?

M. Foltz pense que c'est dans le liquide céphalo-rachidien qu'il faut chercher l'explication de cette innocuité qui préserve le cerveau de telles conséquences. Le cerveau serait, dit-il, dans un état de congestion permanente, si le sang ne trouvait dans le liquide céphalo-rachidien un régulateur qui modère son arrivée et favorise son retour.

Le sang et le liquide céphalo-rachidien sont constamment en équilibre de pression; la pression du liquide varie avec celle du sang, l'une et l'autre cessent avec les battements du cœur. Que le sang, par une cause quelconque, arrive en abondance au cerveau, sa pression augmente. Le liquide céphalo-rachidien, incompressible de sa nature et contenu dans la dure-mère, qui est inextensible, réagit proportionnellement à la pression du sang, et s'oppose à la dilatation exagérée des vaisseaux : de là arrêt dans la quantité de sang qui arrive au cerveau. Il y a plus, le liquide céphalo-rachidien transmet aux veines la pression qu'il reçoit des artères et fait progresser le sang veineux. M. Foltz rapporte une expérience qui démontre que le liquide sous-arachnoïdien, en comprimant les veines cérébrales et médullaires, en expulse le sang et le fait progresser vers le cœur. On peut comparer, en un mot, l'effet du liquide céphalo-rachidien à celui du *régulateur* d'une machine à vapeur, qui rétrécit ou élargit le passage de la vapeur, et la dispense selon les besoins de la machine.

Nous n'avons pas l'intention de présenter d'objections à cette théorie que M. Foltz a exposée d'une manière très vraisemblable et qui peut bien être l'expression exacte de la manière dont les choses se passent. Cependant, je placerai en regard quelques idées qui me sont personnelles, sur le rôle que le liquide céphalo-rachidien est appelé à jouer dans la circulation encéphalique, à propos d'études approfondies que j'ai eu occasion de faire sur la pathologie des méninges et de l'encéphale.

Tous les organes parenchymateux, sujets à éprouver des variations de volume, suivant la proportion du sang qui les aborde ou les délaisse, se trouvent situés de manière à se dilater ou à se resserrer avec une entière facilité, par suite de la disposition des régions qui les renferment, telles que le thorax ou l'abdomen, dont les parois extensibles n'opposent aucun obstacle à leur expansion et les suivent aisément dans leur retrait.

Il semble, au premier abord, que la voûte rigide constituée par le crâne, que la texture inextensible de la dure-mère, placent l'encéphale dans des conditions différentes. Il n'en est rien. Séparé de ces parois inflexibles par la région des méninges, qu'il est loin de combler, le cerveau et tout son système circulatoire peuvent éprouver avec non moins de facilité toutes les variations de volume que les circonstances sont de nature à y occasionner. Cependant, comme aucun vide ne peut exister dans l'intérieur du crâne inaccessible à la pression atmosphérique, le liquide céphalo-rachidien se trouve là pour céder la place à l'excès du sang qui aborde la cavité crânienne, ou prendra celle du sang qui s'en retire.

Il nous a toujours paru, en effet, que la fonction essentielle du liquide céphalo-rachidien était celle-ci : s'accommoder aux variations de forme et de volume que les organes qui y sont plongés peuvent avoir à subir. C'est ainsi qu'à la suite des désorganisations, traumatiques ou autres, du cerveau ou du cervelet, ce liquide vient combler l'espace qui succède à une atrophie partielle suite d'une hémorrhagie ou d'un ramollissement cicatrisés. C'est ainsi que dans l'atrophie sénile du cerveau sa proportion s'accroît en raison du retrait des circonvolutions, ce qui fait que l'on doit considérer les amas considérables de sérosité, qui enveloppent si souvent le cerveau des vieillards, comme un véritable état physiologique commandé par le rapetissement de cet organe, si ordinaire à une époque avancée de la vie.

Ne doit-on pas admettre que, se prêtant de même à l'abord plus ou moins considérable du sang qui, dans l'état physiologique, s'opère dans le cerveau, à la suite de ces circonstances innombrables auxquelles faisait allusion Abercrombie dans le passage que nous avons reproduit plus haut, le liquide céphalo-rachidien augmente ou diminue de proportion, de manière à laisser un champ libre à l'expansion des vaisseaux, comme les parois extensibles de la poitrine et de l'abdomen laissent le foie, la rate, le poumon, se dilater ou revenir sur eux-mêmes, suivant que plus ou moins de sang y abonde dans un temps donné ?

Ce qui distingue cette explication de celle donnée par M. Foltz, c'est que notre honorable confrère de Lyon attribue au liquide céphalo-rachidien un rôle actif, tandis que nous ne lui accordons qu'un rôle purement passif ; ce qui les rapproche, au contraire, c'est que l'un et l'autre nous trouvons une relation directe entre l'existence de ce liquide et la circulation encéphalique, dont il serait destiné, dans les deux hypothèses, à assurer la liberté comme à mesurer la régularité.

A l'occasion de ce rapport, M. *Forget* demande si l'écoulement rapide du liquide céphalo-rachidien dans les fractures du crâne a été compris dans le travail de M. Foltz, et interprété comme il doit l'être.

M. Foltz, dit M. *Durand-Fardel*, a plutôt invoqué des vues théoriques que des explications reposant sur des faits pathologiques ou sur des expériences physiologiques.

M. le docteur *Foltz* est nommé membre correspondant de la Société.

M. *Audouard* a la parole pour lire une observation de guérison de pharyngite vénérienne, traitée par des applications locales sur la verge. (Un extrait de ce travail paraîtra dans un prochain numéro.)

M. *Bourguignon* lit un travail sur l'enseignement médical.

La séance est levée à cinq heures et demie.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 18 MAI.

1° Rapport de M. *Debout* sur un travail de M. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

2° Rapport de M. *Cazeaux* sur un travail du docteur Richard sur l'écoulement par le mamelon, comme diagnostic dans les maladies du sein.

3° Rapport de M. *de Pietra Santa* sur divers mémoires du docteur Saurel.

4° Communication de M. *Audouard* sur la contagion miasmatique.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Limonade oxalico-martiale contre les fièvres intermittentes, par le docteur Pietro Gamberini.

On a souvent employé les préparations ferrugineuses dans les fièvres intermittentes, mais moins à titre spécifique que pour combattre, soit les lésions d'organes, soit les diverses cachexies dont ces affections se compliquent.

Quelques praticiens, cependant, ont attribué au fer une efficacité directement périodique. Joseph Franck lui aurait dû de nombreux succès, Marc prescrit le sulfate martial, Wheaton le phosphate, Zollikofer l'hydrocyanate; Benherald préfère même le sous-carbonate de fer à l'écorce péruvienne.

Ce sont ces autorités qui ont engagé M. Gamberini à entreprendre ses essais. Son choix s'est porté sur le sulfate de fer qu'il a administré de diverses manières et à différentes doses. Les insuccès complets ont été rares ; encore M. Gamberini en accuse-t-il l'intolérance des viscères plutôt que l'impuissance du médicament. Selon lui, si ce sel ne mérite pas d'être placé au-dessus du quinquina, il rend au moins la cure radicale plus certaine lorsque la fièvre est entretenue par l'engorgement de la rate.

Au reste, M. Gamberini, considérant que le principe fébrile exerce spécialement son action sur la moelle épinière, a cru devoir assurer au remède ferrugineux un adjuvant qui pût modérer la susceptibilité nerveuse. Ce sédatif éprouvé par Coindet et Christison est l'acide oxalique. La formule de sa limonade est donc ainsi composée :

Pr. : Sulfate de fer. .	60	centigrammes.
Acide oxalique.	30	—
Eau distillée. .	1500	grammes.
Sucre blanc. . .	45	—

Cette préparation, administrée dans l'apyrexie doit être continuée les jours suivants. Il faut avoir soin de remuer le vase afin que le remède se trouve également suspendu dans la masse du liquide. Quoique d'un goût martial assez prononcé, les malades s'accoutument assez bien à l'apozème de M. Gamberini.

Quant aux résultats curatifs, notre confrère italien a opéré sur des fièvres tierces, quotidiennes, quartes, simples ou compliquées. Souvent une seule administration a suffi pour interrompre ou amender notablement les accès. Dans d'autres cas, la préparation a dû être répétée deux ou trois fois, et presque toujours alors il y avait obstruction splénique. En revanche, celle-ci diminuait inévitablement et finissait par céder à la continuation du médicament.

Dans les mois de septembre de 1853 et 1854, une épidémie de

fièvre intermittente s'étant déclarée à Bologne, M. Gamberini eut à soigner, à l'hôpital Sainte-Ursule, beaucoup de soldats pontificaux. L'effet de la limonade oxalico-martiale a, comme antérieurement, répondu à l'attente de l'expérimentateur.

Plusieurs médecins à qui M. Gamberini fit part de ces résultats, entre autres MM. Leonesi et Bottazzi, usant de sa formule, déclarent également en avoir retiré un grand profit, même dans les cas où avait échoué le sulfate de quinine.

Nous avons cru devoir mentionner ces faits; car bien qu'on ait déjà préconisé, à peu près en vain, une foule de succédanés au quinquina, il est toujours bon de favoriser des expériences au bout desquelles viendra peut-être un jour le succès. (*Bolletino de scienze mediche di Bologna*, février 1855.)

Épidémie de furoncles et d'anthrax,
par M. THOMAS HUNT.

Il y a peu d'années, M. Tholozan (*Mémoires de la Société de biologie de Paris*, v. IV, p. 193) publiait une note sur l'épidémicité de certaines affections du tissu cellulaire et particulièrement du panaris, du furoncle et de l'anthrax. Dans ce petit mémoire, notre confrère rappelait les recherches de M. Martin (*Recueil de médecine militaire*, vol. LVII, 1844) et le travail plus récent du docteur Hamilton Kinglake (*Dublin Med. Press*, juillet 1852; *Monthly Journ. of med. Science*, 1852; *Arch. gén. de méd.*, sér. V, vol. I, p. 328). En 1834, M. Martin avait eu l'occasion d'observer une véritable épidémie de panaris sur les soldats du 57e régiment de ligne; M. Kinglake avait en Angleterre pu faire les mêmes remarques dans le comté de Somerset; enfin, vers la même époque, M. Hunt entretenait la Société épidémiologique de Londres de ce sujet intéressant.

Dans un mémoire récent, lu devant la Société médicale de Londres, M. Hunt vient de communiquer de nouveaux détails sur cette épidémie qui, suivant notre confrère anglais, aurait pris, dans ces dernières années, une extension considérable et exceptionnelle. L'épidémie se traduisait par l'existence d'un grand nombre de panaris, de furoncles, d'anthrax et même de beaucoup de phlegmons. C'est en 1847 que ces maladies, habituellement légères et surtout sporadiques, commencèrent à se produire sous forme épidémique, et cela non-seulement dans les diverses provinces de la Grande-Bretagne, mais même en France, en Autriche, en Amérique, aux Indes et jusqu'au cap de Bonne-Espérance. Dans l'impossibilité de fournir des renseignements statistiques sur l'étendue de l'épidémie dans ces diverses contrées, M. Hunt emprunte de précieux renseignements à un recueil dont la *Gazette hebdomadaire* a plusieurs fois entretenu ses lecteurs; nous voulons parler du *Registrar general*. La moyenne des cas de décès par suite de furoncles et d'anthrax était ordinairement de cinq à six par an: de 1847 à 1854, on vit le nombre des décès, sous l'influence de ces maladies cutanées, s'élever de huit à quatre-vingt-onze par an. M. Hunt fait remarquer que, pendant le même espace de temps, le chiffre des décès par suite de variole a suivi la même progression ascensionnelle. L'épidémie furonculeuse a régné indistinctement dans toutes les saisons, frappant presque indifféremment toutes les classes de la société, mais surtout la classe pauvre. Examinant enfin la cause de cette épidémie nouvelle, M. Hunt croit la trouver dans un caractère général asthénique des maladies, caractère qui aurait remplacé la constitution sthénique du commencement du siècle. Cette opinion pourrait provoquer plus d'une objection; nous nous bornerons à l'indiquer ici. Le traitement de ces maladies cutanées n'a rien présenté de nouveau; seulement M. Hunt signale l'utilité du sulfate de fer pris à l'intérieur dans les cas de disposition furonculeuse rebelle. (*Association Med. Journ.*, 23 mars 1855.)

Caractères microscopiques et chimiques de la cholestérine, par le docteur JAC. MOLESCHOTT.

L'étude microscopique des éléments normaux et pathologiques ne comprend pas seulement les caractères que fournit la forme extérieure; outre la connaissance des propriétés physiques, le microscope, beaucoup trop décrié, a encore introduit dans la science celle des caractères chimiques. Aujourd'hui la chimie ne s'occupe pas seulement des réactions auxquelles donnent lieu les différents corps agissant les uns sur les autres, elle embrasse en outre la chimie microscopique. Nous devions ces détails à ceux de nos lecteurs qui ne sont pas versés dans l'étude de ce nouvel instrument; ce sont là des notions élémentaires pour tous ceux qui se sont occupés, même peu de temps, de ce genre de recherches. L'étude à laquelle le savant professeur de Heidelberg vient de se livrer est une question d'actualité. Il y a deux ans à peine, M. R. Virchow faisait connaître à l'Académie des sciences l'existence, dans le cerveau, de corps particuliers nommés corps amylacés, et qui présentaient tous les caractères de la cellulose. M. Meckel, de Helmsbach, soumettant cette question à de nouvelles recherches, crut reconnaître dans ces corpuscules nouveaux les réactions qu'il avait déjà observées lors de ses belles et célèbres expériences sur les corps gras. De part et d'autre les preuves furent apportées à l'appui de l'une ou l'autre opinion. Les uns prétendaient que la cellulose, la fécule, avaient seules la propriété de se colorer en bleu par l'addition d'un peu de teinture d'iode et d'acide sulfurique; d'autres attribuaient ces propriétés également à la cholestérine. M. Virchow avait déjà, il y a près de cinq ans, signalé la production de la teinte brunâtre offerte par la cholestérine additionnée d'une petite quantité d'acide sulfurique. M. Jac. Moleschott a ajouté à ces connaissances en démontrant que la couleur varie suivant les proportions relatives d'acide sulfurique et d'eau mises en contact avec la cholestérine; il est arrivé aux résultats suivants: Trois parties en volume d'acide et une partie d'eau donnent à la cholestérine une belle couleur violette; cinq parties d'acide et une partie d'eau une couleur rouge carmin; deux parties d'acide et une partie d'eau la couleur lilas. Chose remarquable, l'acide sulfurique, composé de trois parties d'acide et une partie d'eau, altère plus les angles et les bords des cristaux que le même réactif formé dans les proportions suivantes : 2 1/2 : 1, 1 : 1 ou 5 : 1, etc. En faisant agir sur la cholestérine un liquide, composé de quatre volumes d'acide pour un d'eau, ou de trois parties d'acide pour un d'eau, l'auteur a obtenu une belle couleur bleue.

Quand on réfléchit à la diffusion extrême de la cholestérine dans l'économie à l'état normal ou pathologique, on est forcé de reconnaître toute la valeur de la découverte de Meckel. L'auteur termine en déclarant qu'à l'exemple de Virchow il admet que les corps trouvés dans le cerveau sont composés de cellulose et de fécule. (*Wiener Med. Wochens.*, 1855, n° 9, p. 129.)

Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum, par M. le docteur GOSSELIN, chirurgien de l'hôpital Cochin.

Certes, les rétrécissements du rectum sont loin d'être communs, surtout si l'on fait abstraction des rétrécissements cancéreux; mais ils ne constituent pas non plus une de ces affections qu'on ne rencontre qu'à de rares intervalles, car il est peu de services chirurgicaux un peu importants dans lesquels il ne s'en présente un ou deux cas par an, et dans les hôpitaux spéciaux, de femmes principalement, il est assez fréquent d'en rencontrer plusieurs à la fois. C'est donc un véritable service que M. Gosselin a rendu à la science et à l'art de guérir en appelant l'attention sur cette affreuse maladie, trop négligée jusqu'ici, même par les médecins qui ont fait des maladies syphilitiques l'objet spécial de leurs études.

Mais ce n'est pas là le seul mérite du mémoire dont nous désirons faire ressortir les particularités les plus importantes; ce qui donne à ce travail un caractère éminemment pratique, c'est d'établir d'une manière sûre les principes qui devront guider le médecin dans le traitement des rétrécissements du rectum, et de mettre sur la voie des moyens qui permettront peut-être quelquefois de les prévenir.

C'est un fait connu de tout le monde: les rétrécissements *syphilitiques* du rectum sont les plus fréquents, bien qu'ils le soient peut-être un peu moins que ne semble le croire M. Gosselin, qui a recueilli ses observations à l'hôpital de Lourcine. Or, la première

idée du médecin en face d'une affection syphilitique, c'est de lui opposer les mercuriaux.

Eh bien ! on ne saurait trop le répéter, l'influence du mercure, sous n'importe quelle forme, et de la médication antisyphilitique en général, est complétement nulle sur les coarctations du rectum, même dans les cas où les antécédents et la marche de la maladie ne permettent pas le moindre doute relativement à son origine syphilitique.

Les rétrécissements du rectum ne sont pas les seules affections vénériennes rebelles au traitement antisyphilitique ; il n'est personne qui ne sache qu'il en est de même des condylomes, qui n'en sont pas moins des effets de la vérole. Ce caractère commun a engagé M. Gosselin à faire de toutes ces lésions une classe à part parmi les accidents syphilitiques, distincte à la fois des accidents primitifs, secondaires et tertiaires. Pour cet éminent observateur, ces lésions doivent être considérées comme des lésions de voisinage, lésions tout à fait locales, indépendantes de l'infection générale, et résultant de la propagation aux organes environnants de l'inflammation qui accompagne nécessairement les manifestations primitives de la syphilis.

Cette opinion, basée sur une saine observation des faits, en même temps qu'elle explique l'inefficacité du traitement général, toujours très préjudiciable à des malades ordinairement déjà fort affaiblis, cette opinion, disons-nous, a conduit M. Gosselin à établir les véritables bases du traitement prophylactique des rétrécissements syphilitiques du rectum. Ayant vu, chez toutes ses malades, ces rétrécissements s'accompagner de condylomes aux parties génitales et autour de l'anus, il en est venu à soupçonner l'existence d'un rétrécissement dans tous les cas où il a rencontré ces dernières lésions, et plus d'une fois ses prévisions ont été justifiées par le toucher rectal ; c'est ainsi qu'il a pu suivre pas à pas le développement de la coarctation chez une femme qui ne présentait aucun trouble fonctionnel de nature à appeler l'attention du côté du rectum. Or ce n'est qu'à cette période initiale du mal qu'il est possible de songer à une guérison radicale ; plus tard, quand les lésions ont pris tout leur développement, le traitement chirurgical, le seul qui soit susceptible de donner quelques bons résultats, ne doit être considéré que comme palliatif, et ne saurait conduire qu'à une guérison temporaire.

M. Gosselin distingue avec raison ces lésions en celles qui occupent le pourtour de l'anus, celles qui existent au niveau du sphincter et qui constituent le rétrécissement proprement dit, et celles qui ont leur siége dans la *portion ampullaire* du rectum, au-dessus du sphincter et dans une étendue de 10 à 12 centimètres. Ces dernières, qui ont passé presque inaperçues jusqu'à ce jour, paraissent être, suivant M. Gosselin, un résultat direct de la cause qui a produit le rétrécissement, et non un effet de l'irritation déterminée par la stase des matières fécales ; quoi qu'il en soit, elles expliquent parfaitement et l'abondante suppuration que les malades rendent par l'anus, et le marasme dans lequel ils ne tardent pas à tomber. Ces lésions de la portion ampullaire du rectum, qui, d'après M. Gosselin, peuvent préexister au rétrécissement lui-même, et qui consistent en une dénudation avec destruction partielle du derme muqueux et de ses follicules glandulaires, expliquent aussi comment certains auteurs ont pu, mais à tort, rapporter le rétrécissement à une prétendue dysentérie, qui n'existait nullement.

La présence de condylomes au pourtour de l'anus devra donc toujours porter le médecin à soupçonner un commencement de coarctation du rectum, et l'engager à explorer cet organe par le toucher, surtout lorsqu'une diarrhée purulente semblerait annoncer une dysentérie, mais aussi en l'absence de tout trouble fonctionnel appréciable. Voici quel est, d'après M. Gosselin, l'ordre dans lequel se succèdent ordinairement les accidents : chancres et condylomes au pourtour de l'anus, suppuration de la portion sphinctérienne du rectum, rétrécissement et suppuration de la portion ampullaire de cet organe.

Lorsque le médecin est appelé trop tard pour songer à prévenir le rétrécissement, comme cela arrive ordinairement, son but doit être de dilater le rectum et de combattre les lésions qui existent au-dessus de la coarctation. La première indication peut être remplie soit au moyen de mèches ou de canules, soit par des incisions multiples. Ces dernières doivent être assez profondes : l'épaisseur qu'ont acquise les tissus au niveau de la lésion est toujours assez considérable pour écarter la crainte de dépasser les parois du rectum. On satisfera à la seconde indication par l'emploi de lavements astringents avant les pansements ; dans les cas de constipation, on administrera des purgatifs, car le contact des matières fécales avec les parties malades ne peut qu'augmenter encore l'irritation et la suppuration déjà existantes.

Mais il est une indication capitale qu'on ne devra négliger dans aucune circonstance : c'est celle qui consiste à réparer les forces des malades, ordinairement très affaiblis et par les symptômes locaux et par les troubles fonctionnels auxquels ces derniers donnent lieu ; un traitement tonique et un régime fortifiant seront donc les compagnons inséparables du traitement local. (*Arch. gén. de méd*, déc. 1854.)

Médication purgative contre la hernie étranglée, par M. le docteur J. Verdier.

A propos d'un travail de M. Blanc sur l'application de la ponction au traitement de la hernie étranglée, M. Verdier rappelle les avantages que présente la médication purgative, employée dans les mêmes circonstances.

Proposée d'abord par MM. Surville et Mayer, cette médication a toujours donné les meilleurs résultats à M. Verdier. Comme eux, il a recours à l'huile de ricin, mais sans y ajouter quelques gouttes d'huile de croton-tiglium. Il administre le médicament à la dose de deux cuillerées, répétée toutes les demi-heures jusqu'à effet purgatif. En même temps il donne du laudanum, dans le double but de modérer les douleurs et la disposition au vomissement. Il ne néglige, d'ailleurs, ni la saignée, quand elle est indiquée, ni les bains, ni les applications de belladone, ni aucun autre moyen dont l'application a été reconnue utile.

S'il arrive que le malade rejette les premières doses d'huile de ricin, M. Verdier a l'habitude d'en donner une nouvelle quantité aussitôt que les efforts de vomissement se sont calmés. De cette manière, il a constamment réussi à produire la purgation et à faire rentrer la hernie.

Parmi un assez grand nombre de malades chez lesquels ce traitement a été mis en usage, M. Verdier en cite huit dont il se souvient particulièrement ; mais il ne donne l'observation détaillée que du dernier.

C'était un homme d'environ quarante-cinq ans, robuste, porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale droite, d'un petit volume, et facile à faire rentrer dans l'abdomen.

A la suite d'un effort, la hernie augmenta subitement de volume, et devint irréductible par le taxis. Le malade fut saigné, puis placé dans un bain, au sortir duquel le taxis fut de nouveau essayé en vain. La tumeur avait le volume du poing ; elle était rouge, dure, rénitente, excessivement douloureuse. L'agitation et les douleurs du malade étaient extrêmes, le pouls fréquent et développé ; il y avait eu déjà un premier vomissement.

C'est alors qu'on ordonna l'huile de ricin, suivant la méthode indiquée plus haut. Avec la première dose, le malade prit 20 gouttes de laudanum, puis 6 gouttes avec les doses suivantes, jusqu'à cessation des douleurs. Cataplasmes sur la tumeur. Six heures après l'ingestion des premières cuillerées d'huile de ricin, un mouvement commença à se produire dans les intestins, et une heure plus tard la hernie rentra et les douleurs se calmèrent. Enfin il survint des selles copieuses, fétides, et contenant beaucoup de sang. Le malade avait pris environ 400 grammes d'huile de ricin. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 mars 1855.)

— Pour dire notre opinion sur la valeur du traitement préconisé par le docteur Verdier, nous ajouterons qu'il ne faudrait peut-être pas l'appliquer à tous les cas indistinctement ; que l'huile de ricin, donnée à doses énormes telles que 400 grammes, doit sans doute produire un violent mouvement péristaltique et un flux de

liquides intestinaux qui pourront être très avantageux dans certaines hernies étranglées plutôt par engouement, comme celles que l'on rencontre chez les personnes âgées. Mais dans un cas de hernie crurale d'un petit volume, par exemple, où la constriction serait très forte et les accidents locaux et généraux très graves, nous avouerons que les purgatifs nous sembleraient d'une utilité trop douteuse pour qu'ils pussent nous déterminer à différer longtemps l'opération.

Observations de trépanation.

Nous donnons succinctement, comme le texte anglais, les principales circonstances de ces faits, empruntés à la pratique des divers hôpitaux de Londres.

Obs. I. Un homme de cinquante six ans avait, à la suite de chute, une dépression limitée de l'angle antéro-inférieur du pariétal droit. Les symptômes de compression persistant, M. Luke, le deuxième jour, enleva la portion enfoncée, à l'aide de la scie de Hey. Il fit alors l'ablation d'une masse considérable de sang située entre le crâne et la dure-mère intacte. Nulle amélioration ; mort au bout de deux jours. Pas d'autopsie.

Obs. II. Un garçon de seize ans fit une chute, et fut reçu dans le service de M. Ward, avec une fracture du frontal s'étendant aux deux orbites. Les accidents de compression ne commencèrent que le quatrième jour. On enleva alors une portion osseuse cunéiforme, déprimée, sans avoir besoin d'appliquer l'appareil instrumental de la trépanation. La fracture était très étendue et la dure-mère déchirée. La mort eut lieu le lendemain de l'opération.

Obs. III. Un homme âgé de quarante-neuf ans eut le crâne fracturé par suite d'une chute. Il n'y avait pour tout symptôme qu'une paralysie du bras gauche, l'intelligence restant intacte. M. Hilton, le second jour, remit en place l'os déprimé. Il y eut, consécutivement, escharre de la dure-mère et fongus du cerveau. Frissons, pyémie. Mort le quatorzième jour. Autopsie : les veines du diploé étaient remplies de pus ; la lésion du cerveau portait sur la couche optique droite.

Obs. IV. Un homme de trente-cinq ans s'était tiré un coup de pistolet à la tempe droite. La balle, sans entrer dans le crâne, se divisa en deux parties qui se perdirent dans les parties molles. Une portion du frontal était enfoncée. M. Birkett, pensant qu'elle était cause des accidents de compression qui existaient, emporta avec le trépan plusieurs esquilles. La dure-mère était lacérée. Le blessé survécut six jours. L'autopsie révéla une contusion et une déchirure étendues de l'hémisphère cérébral droit, qui avaient probablement été produites par la force de l'explosion.

Obs. V. Un homme de quarante-deux ans fut reçu dans le service de M. Grischen, avec une fracture comminutive du crâne, compliquée d'enfoncement. Il n'y avait point de symptômes de compression du cerveau. Après l'opération du trépan, l'état du malade commença à s'améliorer. Et maintenant sa blessure est en voie de guérison.

En jetant un coup d'œil sur ces faits, deux remarques se présentent à l'esprit. D'abord, l'influence pernicieuse de l'opération même paraît mise hors de doute par les observations I et II, où la mort suivit de très près l'application du trépan, bien que, sans doute, on n'eût pas attendu, pour la pratiquer, que les blessés fussent déjà arrivés à un état absolument désespéré.

En second lieu, quant aux indications du trépan, il est justement admis que les symptômes de compression constituent la plus formelle. Et cependant, on reconnaît avec étonnement que, dans les quatre premiers cas, où l'existence de la compression cérébrale est mentionnée, la mort a suivi l'opération. Chez le dernier malade seul, il est spécifié que nulle compression n'existait. Or, néanmoins, la trépanation a sauvé la vie de ce sujet. (*Medical Times and Gazette*, 27 janv. 1855, p. 85.)

Observation de syphilis compliquée de rhumatisme, par M. Artaud (de Gondrin).

Les nouvelles et populaires études sur la syphilis larvée ou compliquée agrandiraient légitimement le champ de cette spécialité, s'il suffisait, pour conclure à l'existence de l'élément vérolique, d'avoir constaté une amélioration survenue pendant le cours d'un traitement dont le mercure faisait partie. Cette tendance, dont on semble s'honorer parce qu'elle se cache sous le manteau d'une haute préoccupation philosophique, nous paraît avoir inspiré les conclusions que M. Artaud présente à propos du fait suivant.

Obs. — Un homme de trente-deux ans vint le consulter, affecté d'un rhumatisme chronique. Toutes les articulations étaient gonflées d'une manière extraordinaire ; douleurs vives, surtout la nuit. Appétit nul ; grande faiblesse ; marche presque impossible ; peau flasque et décolorée ; l'aspect de la face semblable à celui des syphilitiques constitutionnels. Le malade avait eu autrefois des chancres qu'il guérit par la seule cautérisation ; plus une blennorrhagie.

M. Artaud ne doutant pas que la syphilis et le rhumatisme n'agissent ici de concert, voyant aussi à combattre la faiblesse (ainsi qu'il le dit lui-même trop succinctement), la première à l'aide du mercure, le second par la tisane de Vigarous n° 1, la dernière par le vin de quinquina. Au bout de près de deux mois de ce traitement, il ne restait que peu de chose de cette grave maladie.

Nos motifs de réserve contre l'interprétation étiologique donnée de ce fait par l'auteur, sont :

Que le chancre, seule origine possible de la syphilis constitutionnelle, n'ayant pas été traité par le mercure, aurait dû, s'il avait été infectant, dérouler ses conséquences au temps et avec les caractères réguliers ;

Que cependant il n'y eut, ni alors ni depuis, aucun des accidents constitutionnels de la peau et des muqueuses, qui, en pareil cas, ne manquent guère ;

Que, pour pouvoir conclure des effets curatifs du mercure à la nature syphilitique du mal, il faut n'avoir associé à ce remède aucun autre médicament actif, ce qui n'a point été observé.

Du reste, la conduite même de M. Artaud semble justifier notre hésitation à adopter sa manière de voir sur l'essence syphilitique de cette affection ; car, ayant eu à traiter, quelques mois après, chez ce sujet, une récidive de la même maladie, ce n'est ni au mercure, ni à aucun autre antivénérien qu'il a donné la préférence. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 janv. 1855, p. 22.)

Considérations sur la syphilis comme cause d'avortement, par M. Johns.

Un seul fait est rapporté par l'auteur, qui nous paraît un peu trop disposé à s'autoriser de cet exemple unique pour établir des conclusions générales. Le voici en deux mots :

Obs. Une dame, niant, ainsi que son mari, avoir jamais eu d'accidents syphilitiques, avait eu quatre enfants, tous morts-nés : le premier à terme, le deuxième à huit mois, le troisième à sept, le quatrième à six. Elle consulta M. Johns pendant le cours d'une cinquième grossesse, les règles manquant déjà depuis trois mois. Malgré un traitement institué dès lors avec l'iode et le mercure, elle accoucha, quatre mois après, d'un fœtus hydrocéphalique putréfié. Deux mois après, M. Johns la soumit pendant plusieurs mois à l'administration du mercure, et en fit prendre également à son mari.

Elle devint de nouveau enceinte, quatre mois et demi après que ce dernier traitement eut été commencé. Cette fois, la grossesse se termina par la naissance à terme d'un enfant bien portant.

M. Johns avance que l'ordre des avortements indique leur cause, fait reconnaître qu'ils sont dus à la syphilis. Nous savons au contraire que, dans le plus grand nombre des cas, les avortements successifs dus à l'influence syphilitique se font à une époque de plus en plus rapprochée du terme naturel de la grossesse. S'il en a été différemment dans ce cas, c'est une exception prévue par la théorie : c'est sans doute parce que le père, seul malade, ajoutait, à chaque grossesse, quelque chose à l'infection de sa femme, qui n'était contaminée que par l'intermédiaire de chaque fœtus.

M. Johns établit, en second lieu, que le mari, dans des cas de ce genre, doit toujours subir un traitement mercuriel. A coup sûr, c'est une précaution excellente, et que nous ne déconseillerons jamais, lorsqu'il est possible de l'exécuter. Mais il ne faudrait pas cependant y attacher une confiance telle que, le père étant absent ou refusant de se laisser traiter, on négligeât, par suite de cette conviction, de donner des remèdes à la mère. Le premier insuccès de M. Johns ne prouve point l'insuffisance du mercure administré

à la mère seule : il ne prouve qu'une chose, c'est que, commencée après trois mois de grossesse, cette médication, malgré toute sa puissance, peut fort bien échouer contre une diathèse qui a une telle avance sur le remède. (*The Dublin Quarterly Journ. of Med. Scienc.*, nov. 1854, p. 257.)

Fracture comminutive, amputation spontanée, guérison, par M. Nieto.

Voici un nouveau document clinique à ajouter aux faits nombreux qui plaident en faveur de la temporisation dans le cas de gangrène, même de cause traumatique.

Obs. Un homme de trente ans reçut une balle qui traversa la jambe, en brisant la partie inférieure du tibia et du péroné, avec dégât considérable des parties molles. La gangrène se déclara et marcha avec une rapidité telle, qu'au bout de peu de jours tout espoir semblait perdu, et qu'un homœopathe même n'osa prescrire un seul globule. S'il eût pu prévoir la suite !...

Cependant la nature opéra une réaction telle, que peu à peu le pied se détacha entier. Il ne resta plus alors au chirurgien qu'à faire une sorte de raccoutrement du moignon, en formant un lambeau avec des chairs saines, restées exubérantes à la partie postérieure du membre, et en égalisant les surfaces osseuses, moitié par l'ablation des esquilles, moitié par quelques traits de scie. Il y eut peu de sang répandu, à cause de l'oblitération produite par la gangrène des principaux troncs artériels. Sauf un abcès de la partie antérieure de la jambe, le rétablissement eut lieu sans accidents et fut complet.

L'auteur croit (et nous partageons son avis) que l'amputation faite soit durant la prostration extrême des premiers moments, soit alors que le travail gangréneux s'accomplissait, aurait offert les plus graves dangers. Un blessé que, dans des conditions toutes semblables, il avait cru devoir amputer avant que la gangrène se fût limitée, succomba. (*El Siglo medico*, 18 fév. 1855, p. 51.)

Blennorrhagie chez un homme atteint de fistule de la portion membraneuse de l'urètre, par le docteur Breithaupt.

M. Ricord eut une fois l'occasion d'observer un malade atteint de blennorrhagie dans des conditions identiques avec celles du docteur Breithaupt. Le malade de M. Ricord fut traité par le copahu. Pendant ce traitement, un seule portion de la continuité du canal se modifia d'une manière avantageuse; c'était celle qui était située en arrière de la solution de continuité, la même qui était habituellement parcourue par l'urine, ce liquide s'écoulant par la fistule sans parcourir la portion du canal étendue à l'extrémité du gland. M. Breithaupt publie un fait où la maladie ne s'est pas modifiée de la même manière. Quoique la partie située en arrière de la fistule fût parcourue seule par l'urine, elle se modifia aussi bien que la partie située en avant pendant le traitement par les balsamiques. Suivant M. Breithaupt, ce fait prouverait que l'on a eu tort d'avancer que le copahu n'agit que par le contact des urines chargées du principe balsamique sur la muqueuse malade; le fait qu'il a pu observer démontre, suivant lui, que les balsamiques agissent par absorption et introduction dans le torrent circulatoire. (*Militair-Medicinal-Berichte, Preuss. Ver. Zeit.*, février 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Les eaux laxatives de Niederbronn, *description physique et médicale de cet établissement de bains, précédée de considérations générales sur l'action des eaux*, par le docteur J. Kuhn, médecin inspecteur, etc.— 1 vol. in-8 avec vignettes. Paris, chez Victor Masson.

Les eaux de Niederbronn sont des eaux salines, chlorurées. Le chlorure de sodium en est la caractéristique ; il y est à la dose de 3,070 sur 4,784 de principes minéralisateurs (analyse de MM. Figuier et Mialhe). Ces eaux appartiennent donc à une classe bien déterminée d'eaux minérales. Mais s'il est possible d'en déduire quelques données générales relativement à leurs applications thérapeutiques, il faut se garder de croire qu'on puisse trouver dans leur composition chimique la clef de toutes les indications qu'elles sont appelées à remplir.

Si la composition chimique d'une eau minérale forme le caractère essentiel du médicament, les différents modes d'administration de cette eau, et les conditions multiples, plus hygiéniques que médicamenteuses, où se trouve placé le malade qui veut en faire usage, forment le caractère infiniment plus compliqué de la médication. Et si, pour continuer cette opposition, la prédominance d'un principe particulier, chlorure de sodium, bicarbonate de soude, sulfures, semble assigner une apparence de simplicité au médicament en question, les matériaux différents qui, en proportion quelconque, viennent s'y joindre, la température propre, l'existence de matières organiques indéfinissables encore, les réactions imprévues que toutes ces substances peuvent avoir à subir dans l'économie, toutes ces conditions font, de la médication dont il s'agit, une des plus compliquées auxquelles nous puissions avoir affaire.

Tel est le point de vue qui domine l'intéressant travail de M. Kuhn. Ce point de vue, nous ne pouvons que nous y rallier hautement, car c'est lui qui a présidé à toutes les études que nous avons publiées nous-même sur les eaux de Vichy. Comme M. Kuhn, comme les écrivains les plus sérieux sur la matière, nous avons cherché depuis longtemps à combattre les idées erronées qui s'étaient propagées au sujet de la *spécificité* des eaux minérales, ce qui, bien entendu, ne touche en rien à la *spécialité* d'action qui appartient à la moindre d'entre elles, comme à chacun des médicaments dont se compose la matière médicale.

Le livre de M. Kuhn a un caractère plus scientifique que n'en ont habituellement les écrits de ce genre : nous avons des raisons de croire que le temps de ces *hand-books*, guides ou réclames, qui ont défrayé jusqu'ici la plupart des publications médicales sur les eaux minérales, est passé. Pourquoi notre estimable confrère a-t-il encore cédé à l'usage en sacrifiant quelques pages à des détails, au moins superflus, sur l'archéologie, la topographie pittoresque, l'économie domestique ? Si l'on croit indispensable que les médecins se trouvent renseignés sur certaines questions extra-scientifiques, intéressantes pour leurs clients, pourquoi ne pas au moins les reléguer discrètement dans quelque appendice ? Le tarif des bals, du cabinet de lecture et des garçons de bains, est-il bien à sa place entre une très savante introduction sur l'endosmose, et une étude non moins intéressante sur les propriétés médicales des eaux de Niederbronn?

C'est en effet spécialement sur l'étude de l'endosmose que M. Kuhn base l'appréciation de l'action thérapeutique des eaux, au point de vue de la pénétration des principes minéralisateurs, ou de leur simple action sur les surfaces. Il en fait l'introduction de son livre, le pivot de sa pratique, comme il y trouve l'interprétation d'une partie des phénomènes thérapeutiques. C'est là, assurément, un point de départ très scientifique, mais que nous ne saurions cependant accepter sans quelques restrictions.

Les phénomènes d'endosmose, c'est-à-dire d'équilibration entre deux liquides différents séparés par une membrane, sont soumis, avec une régularité pour ainsi dire mathématique, à deux conditions : le degré de saturation ou de température propre à chacun de ces liquides. M. Kuhn, appliquant ces principes aux eaux salines prises en bains ou en boissons, conclut : que les bains chauds favorisent l'exhalation des parties aqueuses du sang et l'introduction des principes salins; que les bains frais sollicitent l'absorption de l'eau en s'opposant à celle des sels. Ainsi, pour l'usage de l'eau à l'intérieur, si l'on veut obtenir l'absorption des sels dans l'estomac, on devra l'administrer à doses faibles, à longs intervalles et à température *élevée ;* si l'on veut éviter l'absorption des sels (dans la médication purgative), l'eau est prise en plus grande proportion et à température *indifférente*, c'est-à-dire se rapprochant le plus possible de celle du sang, ou bien un peu plus basse..., etc.

Ces données, très bien et longuement développées par M. Kuhn,

et fort ingénieusement appliquées au mode d'administration des eaux de Niederbronn, suivant que l'on veut avoir recours à la médication altérante par introduction des principes minéralisateurs dans l'économie, dans les scrofules par exemple, ou bien à la médication purgative, tout exactes qu'elles peuvent être, sont cependant fort incomplètes. Dans quelque limite que nos propres tissus subissent les lois physiques auxquelles la matière se trouve soumise, il est difficile de croire que les choses se passent à la surface de la peau ou de la muqueuse intestinale, comme autour d'une membrane tendue entre deux solutions salines. La vie sépare ces deux sortes de faits, et nos organes, comme ceux des plantes, sont pourvus d'une force élective qui vient singulièrement compliquer les phénomènes d'endosmose et qui différencie essentiellement l'assimilation chez les êtres organisés ou chez les êtres inorganisés. Nous n'acceptons donc que dans une limite restreinte ces données de la physique ; et si nous avions eu quelque part à prendre dans la rédaction de cet ouvrage, ce qui eût été fort dommage sous tous les autres rapports, nous aurions cru mieux faire en mettant à la place de cette introduction, qui pèse sur tout le livre de son dogmatisme expérimental et mathématique, un simple chapitre, dont le lecteur eût, plus librement, extrait ce qu'il peut y avoir là de bon et d'applicable à la question thérapeutique.

Les caractères distinctifs de l'eau de Niederbronn sont les suivants :

Elle ne jouit que d'une faible thermalité, n'a qu'un degré moyen de minéralisation, et est peu riche en gaz ;

Elle est facilement supportée à des doses élevées et rapprochées, ce qui permet de l'employer comme purgative ;

Elle purge doucement, sans excitation ni ivresse minérale ;

Elle est très digestive ;

Elle se prête parfaitement à la méthode résolutive abdominale ;

Son pouvoir excitateur cutané n'a qu'une intensité moyenne ;

M. Kuhn administre les eaux de Niederbronn d'après trois méthodes principales, purgative, résolutive et tonique.

L'idée de spécificité ne tient donc aucune place dans cette appréciation de l'action thérapeutique des eaux de Niederbronn. Dans les affections scrofuleuses même, malgré leur qualité d'eaux chlorurées, M. Kuhn paraît compter surtout sur leurs propriétés digestives ; cependant il trouve à opposer leur action résolutive aux engorgements glandulaires ou autres. Mais il ne paraît pas beaucoup s'inquiéter de l'influence que peut exercer, sur la constitution de l'économie, la pénétration du chlorure de sodium. Ces eaux ne paraissent contenir qu'une faible proportion d'iode et de brome. Mais ces principes empruntent peut-être à la manière dont ils se présentent à l'économie, dans les eaux minérales, des propriétés toutes particulières. Le fer, si précieux et si actif dans les eaux minérales, s'y trouve en proportion presque homœopathique, en comparaison des doses que la thérapeutique en prodigue, si souvent en vain.

Le livre de M. Kuhn se termine par une partie hygiénique, surtout écrite pour les malades peut-être, mais fort instructive pour les médecins Ce chapitre décèle un excellent esprit et une connaissance parfaite de la médecine thermale. En résumé, l'ouvrage que nous venons d'analyser est un tableau très intéressant d'une station thermale importante, et sa lecture, facile et agréable, ne peut manquer de laisser dans l'esprit une idée fort précise de la médecine qui s'y fait ; tel en était sans doute le principal objet.

Durand-Fardel.

Études de médecine théorique et pratique (*Programme und Beitraege zur theoretischen und practischen Medicin*), par le docteur C.-C. Artus (première partie). Braunschweig, chez Schwetschke, 1854.

Cet ouvrage, comme le titre nous l'indique, a été écrit par un médecin praticien après une expérience de vingt-cinq années ; la partie que nous avons aujourd'hui entre les mains ne nous a pas paru néanmoins être un exposé de médecine pratique. Les notions de pathologie générale qui sont énoncées sont d'un vague désespérant, et, malgré les connaissances étendues dont l'auteur fait preuve, c'est à peine s'il est possible au lecteur de le suivre à travers une foule de discussions toutes théoriques. Les sujets que l'auteur traite dans ce premier fascicule consistent dans les éléments de nos connaissances médicales, celles qui dérivent des sciences physiques, chimiques, etc., celles que nous fournit la tradition et l'histoire médicale. M. Artus insiste avec juste raison sur les progrès réels dont la science médicale est redevable aux développements récents des sciences dites accessoires. L'étiologie est le sujet d'un long chapitre où l'auteur entre dans de longs développements sur l'influence des causes des maladies ; nous ne trouvons rien de nouveau à y signaler. L'ouvrage se termine par un exposé de nos connaissances actuelles sur la congestion et l'inflammation. L'œuvre de M. Artus a été jugée avec une grande sévérité par le rédacteur d'un journal médical prussien (*Preus. Medic. Vereins Zeit.*) Nous croyons aussi que ce fascicule n'intéressera nullement les praticiens ; nous espérons que les autres livraisons du même ouvrage qui doivent traiter de la pathologie nous feront connaître quelques faits pratiques, tels qu'on peut et qu'on doit en recueillir dans une pratique de vingt-cinq ans.

L.

VII.

VARIÉTÉS.

— Par décrets impériaux ont été nommés chevaliers de l'ordre de la Légion d'honneur, savoir :

MM. Dusseuil, médecin-major du 36e de ligne ; — Manes, docteur en médecine, attaché à l'hospice de la ville de Pau ; — Mousis, officier vétérinaire des haras.

— Par décret impérial du 9 mai, M. Martin, chirurgien de la marine de 2e classe, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur, à l'occasion de sa belle conduite à l'affaire du 6 janvier contre les rebelles de Shang-Haï.

— Le docteur Wahu, chef de l'hôpital militaire de Cherchel, écrit à l'*Ami des sciences* que l'*asphodèle*, dont on retire de très bon alcool, est en grande abondance et vient *sans culture* en Algérie. « On en peut ramasser de quoi fournir pendant des années à des distilleries établies sur une grande échelle. » — M. Wahu écrit aussi que le *caroubier* fournit également un des meilleurs alcools.

— Le diplôme de docteur en médecine vient d'être conféré, par le *Female medical College*, de Philadelphie, à six *étudiantes*.

— L'*Edinburgh medical and surgical Journal* et le *Monthly Journal of medical Science* se sont réunis en une seule publication.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratiques pour 1855, Résumé des travaux pratiques les plus importants publiés en France et à l'étranger pendant l'année 1854, par MM. les docteurs *Jamain* et *Wahu*. (10e année.) Paris, Germer Baillière. 1 volume grand in-32 broché. 1 fr. 25 c.

Annuaire de thérapeutique, de Matière thérapeutique, de Pharmacie et de Toxicologie pour 1855, contenant le Résumé des travaux thérapeutiques et toxicologiques publiés en 1854, et les formules des médicaments nouveaux. (15e année). 1 volume grand in-32. 1 fr. 25 c.

Chimie des couleurs pour la peinture à l'eau et à l'huile, comprenant l'historique, la synonymie, les propriétés physiques et chimiques, la préparation, les variétés, les falsifications, l'action toxique et l'emploi des couleurs anciennes et nouvelles ; par M. *J. Lefort*. 1 volume grand in-18 de VI–344 pages. 4 fr.

Nouveau procédé de conservation du virus vaccin, par le docteur *R.-L. Lalagande*. 1 volume in-8 de 60 pages. Paris, 1855. J.-B. Baillière, 1 fr. 50 c.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS | A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. | PARIS, 25 MAI 1855. | N° 21.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 11 mai 1855, M. VASTEL, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, professeur de pathologie interne, est nommé professeur de clinique interne dans ladite École, en remplacement de M. Lafosse, décédé.

M. MAHEUT, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, est nommé professeur adjoint, et sera chargé de la chaire de pathologie interne vacante par la nomination de M. Vastel à la chaire de clinique interne.

M. le docteur LEPETIT, chargé de la chaire de chimie et de pharmacie, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— Par arrêté en date du même jour, M. DUPREY, pharmacien de première classe, ancien suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen, est nommé suppléant hors cadre de la même École.

Il sera spécialement chargé, en cette qualité, de la suppléance de la chaire de pharmacie et de toxicologie.

— Par arrêté en date du 22 mai, M. le ministre a provisoirement autorisé MM. les doyens des facultés de médecine de Paris, de Montpellier et de Strasbourg, à réduire à un mois, en faveur des étudiants aspirants à la chirurgie militaire, le délai d'ajournement à un examen qui est fixé à trois mois au moins par l'article 6 de l'arrêté du 26 septembre 1837.

— Par arrêté en date du 23 mai 1855, ont été nommés à la faculté de médecine de Strasbourg :

1° Chef des cliniques, M. HERGOTT, agrégé près ladite faculté ;
2° Aide titulaire de chimie, M. LEVY (David) ;
3° Aide surnuméraire de botanique, M. LIÉTARD (Alexandre).

— Par arrêté en date du même jour, M. GIRAUDY (Honoré) a été nommé préparateur d'histoire naturelle à la faculté des sciences de Marseille.

— Par arrêté en date du même jour, un concours public sera ouvert, le 20 août prochain, devant la faculté de médecine de Strasbourg, pour la place de chef des travaux anatomiques vacants dans cette Faculté.

Le délai dans lequel les candidats devront se faire inscrire expirera le 20 juillet.

Le candidat nommé à la suite de ce concours entrera en exercice dès que l'institution ministérielle lui aura été conférée.

Ledit concours sera annoncé par des affiches et par un avis inséré au *Moniteur*.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La Faculté a procédé hier jeudi, dans une séance extraordinaire, à la formation de la liste des candidats pour la chaire de pathologie interne. Voici le résultat des divers scrutins qui ont eu lieu :

POUR LA PLACE DE PREMIER CANDIDAT.

1er *tour.* — 25 votans.

M. Monneret...... 7 voix.
M. Beau......... 8
M. Guillot (Natalis). 6
M. Fleury....... 2 voix.
M. Barth........ 1
M. Behier....... 1

2e *tour.*

M. Natalis Guillot....... 14 voix.
M. Beau.............. 10
M. Monneret......... 1

POUR LA DEUXIÈME PLACE.

M. Monneret......... 14 voix.
M. Beau............. 11

POUR LA TROISIÈME PLACE.

M. Beau........ 14 voix.
M. Fleury....... 4
M. Behier....... 4
M. Barth........ 1 voix.
M. Hardy....... 1

La liste de présentation qui sera adressée à M. le ministre se trouve en conséquence ainsi composée :

MM. NATALIS GUILLOT.
MONNERET.
BEAU.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 14 au 16 mai 1855.

93. GALVEZ, Frédéric, né le 2 mai 1829, à la Havane (île de Cuba). [*De l'opération césarienne.*]

94. TARRILLON, Amédée-Charles-Vincent-Léopold, né le 11 mai 1830, à Faulquemont (Moselle). [*Des effets du calorique et du froid ; de leur traitement.*]

95. MAHIEUX, Charles-Stanislas, né le 3 novembre 1825, à Montreuil-sur-Brêches (Oise). [*De la gangrène de la bouche chez les enfants.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 24 mai 1855.

LA FOLIE A-T-ELLE TOUJOURS SA RACINE DANS UNE MODIFICATION MATÉRIELLE DU CERVEAU? — SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉRECTILES PAR LE CAUTÈRE ÉLECTRIQUE. — CAS DE GALACTOCÈLE CHEZ UN HOMME DE SOIXANTE-QUINZE ANS.

La folie a-t-elle toujours sa racine dans une modification matérielle de l'organe cérébral? La folie peut-elle être plus ou moins assimilée au délire et au rêve? Telles sont les deux questions qui occupent en ce moment l'Académie de médecine à l'occasion du rapport de M. Bousquet. Il ne sera aujourd'hui question que de la première. La seconde à vendredi prochain.

Nous avons, comme on voit, un appendice à la grande discussion sur le vitalisme. Le rapporteur, qui tirait naguère les maladies en général de la *cause même de la vie*, devait tirer la folie de la cause même de la pensée, c'est-à-dire, pour lui, de l'âme. C'est très certainement ce qu'il fait *in petto ;* mais, pour ne pas rejeter l'Académie dans de nouvelles agitations, il s'en explique avec ménagement. Cette fois, l'organe est atteint dans son *activité*, et il peut l'être de deux manières : ou directement, par une altération matérielle de son tissu ; ou indirectement, par le contre-coup d'une souffrance éloignée. C'est la doctrine que M. Bousquet oppose à celle de M. Moreau (de Tours), qui place le siége de la folie dans le cerveau et sa cause dans un dérangement matériel de cet organe.

Nous n'avons pas sous les yeux le texte du travail qui fait l'objet du rapport; on en trouvera seulement les conclusions à la page 452 du tome I^er de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Mais nous doutons fort que M. Moreau conteste l'existence des folies symptomatiques, de celles, par exemple, qui procèdent d'affections gastro-intestinales chroniques. M. Moreau affirme que le cerveau est lésé toutes les fois qu'il déraisonne; ce n'est pas à dire que cette lésion ne puisse être l'effet éloigné et comme le retentissement d'une affection ayant son siége dans un autre organe. Or, ainsi posée, la question n'est pas si facile à résoudre que se le persuadent les spiritualistes en pathologie. Se contenter de rappeler que des folies graves peuvent persister pendant de longues années sans laisser de traces visibles dans l'encéphale, c'est se donner raison à trop bon marché. Si la solution n'était qu'à ce prix, les dissidences disparaîtraient bien vite; car il ne faudrait qu'un marteau et un scalpel pour mettre tout le monde d'accord. Mais la difficulté est autrement profonde, et il est remarquable, pour le dire en passant, avec quelle aisance ceux qui font état de dédaigner l'esprit superficiel des organiciens abandonnent les questions juste au moment où elles deviennent embarrassantes. — « Vous affirmez la lésion contre le témoignage des sens, » disent-ils. — « Mais vous, peut-on leur répondre, vous affirmez bien que la lésion n'existe pas! Et qu'en savez-vous? Le monde physique est tout plein de mouvements, de changements moléculaires, que personne n'a jamais aperçus et qui n'en sont pas moins certains. Voici un morceau de cire qu'on vient de frotter : il a maintenant une propriété particulière, il attire certains corps légers; et cette propriété il la doit à une modification matérielle. Êtes-vous en état de constater cette modification? Voici une poutre frappée à l'une des extrémités, et dont les molécules s'agitent jusqu'à l'extrémité opposée ; pouvez-vous constater ce mouvement? Non, assurément, si vos yeux sont faits comme les nôtres. Pourquoi donc prétendez-vous voir plus clair dans le cerveau ou dans toute autre partie de l'organisme? Et si l'on vous disait qu'un anatomiste de Vienne, M. Türck, a précisément découvert au microscope, dans des cerveaux en apparence tout à fait sains, certaines dégénérescences, et particulièrement un développement de cellules granuleuses dans les tubes nerveux? (*Sitz. der Wien. Akad.*, 1851, mars et juin 1853.) Et puis, vous n'y réfléchissez pas. S'il ne faut affirmer que ce qu'on voit, et, plus encore, si l'on peut affirmer que ce qui échappe aux sens n'existe pas, que devient la doctrine vitaliste elle-même? et que penser de cet éternel reproche dont on poursuit l'organicisme, de s'arrêter aux apparences et de ne pas savoir pénétrer jusqu'à la réalité des choses? »

Notre position, dans cette question délicate, est nettement fixée par nos précédents articles sur le vitalisme. Avec les données actuelles de l'anatomie pathologique, la solution pourrait rester douteuse : c'est une déclaration qui ne nous coûte nullement. Mais, dans cet embarras, nous en appelons au raisonnement et à l'analogie, qu'il n'appartient pas au vitalisme de repousser; et l'analogie, aussi bien que le raisonnement, ne dépose pas pour lui.

Nous le disions à l'instant, l'imperfection de l'homme est telle, qu'il ne peut quant à présent, même avec ses moyens artificiels d'investigation, ni voir, ni sentir les mouvements intestins de la matière, que le raisonnement nous atteste néanmoins de la manière la plus formelle; et toutes les manifestations *appréciables* du monde physique sont liées à des mouvements de ce genre. De là cette première induction analogique, qu'il doit en être de même du cerveau dans les troubles de la raison. Mais on en peut tirer une autre, non moins légitime, d'un fait très apparent, tout à fait incontestable, et dont on chercherait en vain à dissimuler la signification : c'est que des lésions très graves de l'encéphale sont parfois l'effet immédiat de ces mêmes causes de folie qui, par leur nature, semblent aux fauteurs de la pathologie spiritualiste exclure précisément l'idée d'un mode d'action physique et d'une altération matérielle. S'il est vrai qu'on peut devenir fou de chagrin et en mourir, sans présenter à l'autopsie aucun dérangement appréciable de l'appareil encéphalique, il est vrai aussi qu'une forte émotion peut donner à l'instant même une hémorrhagie cérébrale. Nous ne serions pas fâché qu'on nous dit nettement si l'on attribue à la cause un mode d'action différent pour chacun de ces deux effets, et, en cas d'affirmative, qu'on nous en expliquât le pourquoi et le comment. Mais non, on ne peut vouloir s'embarquer dans un pareil *imbroglio ;* et dès lors on voit ce que vaut l'argument puisé dans l'influence des causes morales sur la production de la folie et dans les effets du traitement moral. Étant donné, comme il est certain, que le travail intellectuel, l'annonce d'une mauvaise nouvelle, une passion surexcitée, etc., peuvent amener la congestion, l'hémorrhagie, la suppuration du cerveau ou de ses membranes, il est très plausible que les mêmes causes peuvent produire dans le même organe des dérangements matériels moins appréciables, en vertu de l'axiome : *Qui peut le plus peut le moins.* Et si les causes morales sont capables de déranger les conditions normales de l'encéphale, quoi d'étonnant qu'elles soient capables de les rétablir? Le premier embar-

ras, s'il y en a un, n'est pas de concevoir comment une influence purement morale raccommode l'encéphale, mais bien de concevoir comment une influence de même ordre l'avait dérangé. Or, ceci est un fait, et personne n'y peut rien.

Nous invoquons encore une vue ontologique. De quelque manière qu'on se représente le dynamisme cérébral, on n'y peut toujours trouver qu'une force et un appareil matériel. Du moment que l'on veut rompre l'unité de ce dynamisme, il faut admettre que la cause morbide agit ou sur la force ou sur l'appareil. L'action sur la force, nous ne la comprenons pas; et en conséquence nous ne croyons qu'à l'action sur l'appareil. Mais en insistant sur ce point de vue, nous retomberions dans la question générale que nous avons étudiée ailleurs et qui ne saurait être reprise incidemment.

Disons seulement que notre manière de voir a trouvé d'habiles interprètes chez tous les orateurs qui ont pris la parole contre le rapport : MM. Baillarger, Londe, Ferrus et Piorry. C'est de quoi nous donner confiance.

A. Dechambre.

Le dernier numéro du ***Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*** nous apporte des documents intéressants sur le traitement des tumeurs érectiles veineuses par la cautérisation sous-cutanée avec un fil de platine chauffé au moyen de l'électricité. Ces documents consistent en : 1° deux observations recueillies, l'une par MM. les docteurs Bribosia fils, de Namur, et Higuet, de Liége, l'autre par M. Bribosia fils seul; 2° un rapport sur ces mêmes observations fait à l'Académie belge par M. Michaux.

Le premier fait est relatif à une tumeur érectile que portait un enfant de huit mois sur la joue gauche. Cette tumeur était volumineuse, occupait une large surface, et comprenait dans son épaisseur toutes les parties intermédiaires à la peau et à la muqueuse. La production faisant des progrès incessants et rapides, et la vaccination ayant été employée sans succès, MM. Bribosia et Higuet pensèrent avec raison que le moyen le plus convenable était la cautérisation sous-cutanée avec le fer rouge, telle que l'ont proposée A. Bérard et M. Lenoir; seulement, au lieu de chauffer avec une lampe, ils ont, afin de développer une plus grande quantité de calorique avec une petite surface de métal, chauffé ce dernier au moyen de l'électricité, suivant en cela l'indication donnée par M. John Marshal en 1851, et exécutée publiquement, vers la même époque, à l'hôpital des Cliniques de Paris, par MM. Nélaton et Jules Regnauld, au moyen d'un procédé particulier que ce dernier a décrit en 1852 et communiqué plus tard à l'Académie des sciences (18 décembre 1854).

Le fil de platine, qui avait 1 millimètre de diamètre et 20 à 22 centimètres de longueur, et qui était disposé, à peu de chose près, de la même façon que dans l'appareil de M. J. Regnauld, a été chauffé au moyen du courant d'une pile de Bunsen formée par dix couples de 15 centimètres de hauteur et 8 centimètres de diamètre; seulement tous les éléments zinc avaient été réunis par un fil de cuivre, et il en avait été de même pour tous les éléments charbon. Cette modification avait pour but de développer une plus grande chaleur, les effets calorifiques d'une pile dépendant de l'étendue en surface des éléments, et non pas de leur nombre. Il est bien entendu, d'ailleurs, que les éléments zinc plongeaient dans de l'eau contenant un vingtième en volume d'acide sulfurique, et que les charbons étaient baignés d'acide nitrique. Le platine, devenu incandescent aussitôt que le circuit fut fermé, fut plongé dans le centre de la tumeur et promené pendant quelques minutes dans son épaisseur. L'enfant n'a éprouvé aucun accident. L'ouverture étroite de la peau a suppuré pendant une quinzaine de jours et a laissé une cicatrice à peine apparente. La tumeur érectile paraît avoir été bien guérie.

Le second fait est relatif à une tumeur érectile veineuse qui occupait toute la largeur et toute l'épaisseur de la lèvre supérieure chez un enfant de neuf mois. L'auteur eut recours au même procédé; seulement il eut soin de retirer plusieurs fois le cautère et de le réchauffer avant de le réintroduire. L'enfant avait été chloroformé comme dans le cas précédent. Une première séance ne fut suivie que de la disparition des trois quarts de la tumeur; le quart restant fut soumis quelques mois plus tard au même traitement; et comme cette fois encore la destruction ne fut pas complète, on fit ultérieurement une troisième cautérisation. Cette fois la guérison a paru définitive.

L'avantage principal que les chirurgiens belges ont reconnu à ce procédé est celui qu'avaient signalé MM. Nélaton et J. Regnauld, savoir, la possibilité de faire une cautérisation suffisante avec un fil étroit dont le passage ne laisse qu'une cicatrice inappréciable, et que le courant électrique chauffe beaucoup plus que ne le fait la lampe employée dans le procédé d'A. Bérard et de M. Lenoir, et, sous ce rapport, les résultats obtenus sont confirmatifs de ceux des observateurs de Paris. Mais nous trouvons dans l'application une différence que n'a pas fait ressortir M. Michaux dans son rapport, et qui mérite d'être signalée. MM. Bribosia et Higuet ont employé une pile de Bunsen, tandis que MM. Nélaton et Regnauld se sont servis d'une pile de Munck. Au fond, cette différence n'a peut-être pas une grande importance quant au résultat définitif. Mais comme M. J. Regnauld a, dans son travail, donné les raisons pour lesquelles l'appareil de Bunsen est inférieur, il n'est pas inutile de les rappeler ici. Cet appareil est, selon lui, d'un maniement moins commode que la pile de Munck, et son avantage est moins rapide. Il est donc, pour la pratique des chirurgiens, moins avantageux que cette dernière qui, une fois préparée, dégage très rapidement la quantité de calorique nécessaire à produire l'incandescence du platine.

M. J. Regnauld appelle en outre l'attention sur un point qui a beaucoup d'intérêt pour le succès de l'opération : c'est que le fil de platine, une fois plongé au milieu des tissus, leur cède son calorique en les détruisant, et ne revient pas complétement à l'incandescence tant qu'il y séjourne, malgré la persistance du courant galvanique. Il faut donc le retirer et le laisser revenir au rouge blanc de nouveau si l'on veut cautériser au même degré tous les fragments de la tumeur, ce qui, du reste, ne nécessite que quelques secondes. Ce fait a été parfaitement démontré par des expériences sur le cadavre, à quelques-unes desquelles nous avons nous-même assisté. C'est sans doute pour éviter l'inconvénient d'une cautérisation insuffisante que, dans la seconde observation, M. Bribosia a plusieurs fois retiré et remis le fil de platine; mais comme cette manœuvre n'est pas mentionnée dans la première, et que même le fil paraît être resté plusieurs minutes sous la peau sans qu'on l'ait retiré, le lecteur pourrait penser que le procédé suivi dans l'autre est indifférent, et que le métal peut se tenir à la même température au milieu des parties molles pendant tout le temps qu'il communique avec les deux pôles de la pile. Il convenait donc de faire ressortir ce point sur

lequel nous paraît insister avec raison M. Regnauld, savoir, que la cautérisation est plus certainement efficace si l'on emploie le procédé qu'il indique.

Reste à savoir si la cautérisation électrique a, sur la cautérisation sous-cutanée d'A. Bérard et de M. Lenoir, une supériorité telle qu'elle puisse donner des succès dans les cas où la précédente échouerait. Les faits seuls permettront de résoudre cette question. Il nous paraît incontestable que l'ancien procédé, qui compte aussi de nombreux succès, et qui deux fois entre nos mains a été suivi d'une guérison prompte, a sur le nouveau l'avantage de ne pas exiger un appareil aussi compliqué et aussi difficile à transporter. Mais peut-être y a-t-il des cas dans lesquels le tissu érectile ne peut disparaître qu'à la condition d'être détruit et désorganisé plus efficacement que ne peut le faire le cautère chauffé avec une lampe, et dans lesquels la grande quantité de calorique concentré dans le cautère par la pile peut conduire à un résultat plus satisfaisant. C'est sur ce point que doit être appelée désormais l'attention des observateurs. L. Gosselin.

La *Gazette des hôpitaux* de samedi dernier raconte un fait unique dans la science, emprunté à la clinique de M. Velpeau. C'est un cas de tumeur caséeuse observée chez un vieillard de soixante-quinze ans, et qui ne pouvait mieux tomber, comme on voit, que dans le service du professeur de la Charité, à qui l'on doit le Traité, déjà populaire, des maladies du sein. Voici les principales circonstances de l'observation recueillie par M. Marcé, interne de service.

Obs. — Ce vieillard, encore fort et bien constitué, est tombé dans la rue. La tête a porté sur l'angle d'un trottoir, et il s'est fait, à deux travers de doigt au-dessus du sourcil droit, une plaie dont les bords sont légèrement ecchymosés et tuméfiés. L'état général est assez satisfaisant; pas de fièvre. On panse la plaie avec un cataplasme, et l'on donne une portion.

Le 16 avril, on découvre par hasard, en examinant le malade, que le sein gauche a un volume considérable, et en effet il offre à peu près le volume du poing. Comme aspect et comme forme, il est tout à fait analogue à une mamelle de femme régulièrement développée. Lorsqu'on le presse d'avant en arrière ou de bas en haut, on a la sensation que donnerait une vessie distendue par une matière semi-fluide. La peau est saine, sans rougeur, sans lividité, sans adhérences, et il n'y a aucune douleur à la pression. Interrogé sur ses antécédents, le malade affirme porter cette tumeur depuis neuf ans au moins; elle se serait développée à la suite d'une maladie grave qu'il ne peut préciser, et comme elle n'a jamais causé ni de gêne ni de malaise, il n'a point songé à lui opposer de traitement.

Le 18, M. Velpeau fait une ponction dans la tumeur avec un trocart explorateur; rien ne sort par la canule. On la retire, mais en cherchant à la nettoyer on fait sortir par son orifice une goutte d'un liquide blanchâtre tout à fait analogue à du lait. Alors, à l'aide du bistouri, une incision de 2 centimètres est pratiquée au point le plus déclive, et par là M. Velpeau fait sortir, à l'aide de pressions répétées, un verre et demi d'une matière blanchâtre, inodore, tout à fait semblable à de la crème grumeleuse mal liée; les grumeaux, d'un blanc un peu jaunâtre, sont mous, faciles à écraser, et entrent pour une part considérable dans la composition du produit.

L'analyse chimique de ce produit, tentée par plusieurs hommes compétents, n'a donné que des résultats douteux, en raison de la grande difficulté qu'on éprouve à distinguer la caséine des autres matières protéiques. Mais l'examen microscopique, dont M. Robin a bien voulu nous faire constater les résultats, ne laisse aucun doute; voici les éléments qu'il a rencontrés dans ce produit :

1° Une grande quantité de matière amorphe, demi-solide, granuleuse, à granulations fines, faciles à dissocier, solubles dans l'acide acétique.

2° Une assez grande quantité de globules graisseux qui ne diffèrent en rien des globules du lait. Leur diamètre varie d'un millième à deux millièmes de millimètre; ils sont remarquables par leur centre jaunâtre et brillant; leur contour est très net. On peut estimer approximativement que ces globules entrent pour un huitième ou un dixième dans la composition du liquide.

3° Des cristaux de cholestérine en nombre considérable; ils s'offrent sous forme de plaques lamelleuses superposées.

4° Quelques globules de pus; par l'action de l'acide acétique, ils ne montrent en général qu'un seul noyau.

Dans la matière concrète de la tumeur se retrouvent les mêmes éléments; mais on y rencontre, en outre, beaucoup de corps granuleux, analogues à ceux du colostrum, bien que composés de granulations plus fines. Dans cette masse, les éléments anatomiques sont maintenus réunis par une quantité considérable de matière amorphe demi-solide.

Le malade a succombé le 13 mai, avec diarrhée, excoriations et eschares à la région sacrée. A l'autopsie, on a constaté de l'engouement pulmonaire. Le cartilage de la deuxième côte gauche était fracturé. La fracture baignait dans un foyer purulent, limité, du côté de la cavité thoracique, par les muscles intercostaux indurés, et s'étendait en bas, en suivant la face postérieure du grand pectoral, jusqu'au niveau du mamelon, où elle communiquait avec le foyer du galactocèle, dont les parois étaient formées surtout de tissu cellulaire.

Dans cette région, il n'a pas été possible de découvrir la moindre trace de structure glandulaire.

Ce fait, comme nous avons dit, est extrêmement intéressant; mais c'est surtout parce qu'il a été rencontré chez un homme; car bon nombre de kystes du sein, *chez les vieilles femmes*, contiennent les éléments trouvés chez le malade de la Charité.

L'absence de tissu glandulaire dans la région du mamelon est une circonstance assez singulière en présence d'une sorte de *galactocèle*, et qui semblerait assigner une date très ancienne à la tumeur; mais on ne peut faire à cet égard que des conjectures. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme, et sur son application a la cure radicale et instantanée des maladies de l'urètre, lu à l'Académie des sciences, le 14 mai 1855, par M. le docteur J.-G. Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié (1).

Il y a quelques années (en janvier 1845), j'eus l'honneur d'exposer à l'Académie un procédé très simple, qui permettait de pratiquer facilement et sans danger l'opération du cathétérisme dans les cas les plus graves de rétention d'urine. Ce procédé consistait à introduire d'abord dans l'urètre une bougie fine et flexible, qui, se moulant aux inflexions du canal, arrive toujours et sans difficulté dans la vessie; puis à se servir de cette bougie comme d'un conducteur sur lequel on faisait glisser une sonde élastique percée à ses deux bouts.

Ce procédé si simple est actuellement employé par tous les praticiens, et depuis lors, non-seulement il n'est plus de prostate infranchissable, mais surtout il n'est plus question de ces fausses routes ni de ces accidents inflammatoires redoutables auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires.

Frappé des avantages que cette méthode de *cathétérisme surconducteur* avait réalisés dans le traitement des rétentions d'urine, j'ai cherché à en faire l'application aux rétrécissements de l'urètre; mais ici les conditions étaient bien différentes. En effet, dans la rétention d'urine, le canal n'ayant rien perdu de son calibre, et l'obstacle à l'introduction du cathéter ne résidant que dans un changement de direction plus ou moins brusque, produit par l'hypertrophie de la prostate, aussitôt que la bougie conductrice était arrivée dans la

(1) Les *comptes rendus de l'Académie des sciences* n'ont donné qu'une analyse de ce travail. Nous le publions tel qu'il a été lu devant l'Académie. Nous donnerons dans le prochain numéro une analyse de la méthode de M. Syme, que le lecteur pourra rapprocher de celle de M. Maisonneuve. A. D.

vessie, rien ne s'opposait plus à ce qu'on fît glisser sur elle une sonde plus volumineuse pour l'évacuation de l'urine. Dans les rétrécissements, au contraire, l'urètre permet à peine l'introduction d'une bougie filiforme, et son étroitesse oppose un obstacle invincible à ce que, par-dessus cette bougie, on puisse faire glisser un instrument de quelque volume. En présence de cette difficulté, je perdis longtemps l'espoir d'atteindre le but que je poursuivais, lorsque j'eus l'idée d'utiliser la bougie conductrice d'une autre manière. *Au lieu de faire glisser sur elle l'instrument que je voulais introduire, je vissai sur son extrémité libre le bec de cet instrument, qui, faisant ainsi corps avec elle, put facilement pénétrer à sa suite dans le rétrécissement, pendant qu'elle-même s'enfonçait dans la vessie, où elle se repliait.*

Ce résultat fixa vivement mon attention, et je ne tardai pas à comprendre qu'il ne s'agissait pas seulement d'une modification à la méthode du cathétérisme sur-conducteur, mais bien d'une nouvelle méthode tout aussi simple et beaucoup plus féconde. Cette méthode, en effet, également applicable aux instruments de toutes les formes et de tous les calibres, m'a permis de résoudre d'un seul coup deux des problèmes les plus complexes et les plus importants de la chirurgie des voies urinaires, *celui de l'exécution facile et sûre de toutes les opérations relatives au traitement des rétrécissements de l'urètre, et surtout celui de la guérison instantanée de ces affections, sans aucune dilatation préalable ni consécutive.*

Exposé de la méthode. — Instruments. — La nouvelle méthode de cathétérisme que je propose n'exige aucun instrument spécial. Il importe seulement que la bougie conductrice et que les instruments dont elle doit diriger l'introduction soient disposés de manière à s'articuler ensemble à la volonté du chirurgien.

Le moyen qui m'a paru le plus simple pour obtenir ce résultat, consiste dans l'emploi d'un petit ajutage métallique fixé à demeure à l'extrémité externe de la bougie, et auquel l'instrument à introduire vient lui-même s'articuler à l'aide d'une vis dont son bec doit être muni à cet effet.

Tous les instruments usités dans les maladies de l'urètre se prêtent parfaitement à ce mode d'articulation. Nous nous contenterons de mettre sous les yeux de l'Académie ceux dont l'emploi est le plus général.

1° Un mandrin explorateur ; 2° une sonde métallique simple ou conique ; 3° les dilatateurs de Perrève, de Rigaud ; 4° les porte-caustiques de Ducamp, Lallemand, etc. ; 5° le cathéter cannelé de Syme ; 6° les urétrotomes de Civiale, de Reybard, Maisonneuve ; 7° les instruments nouveaux, qui me servent à traverser les rétrécissements les plus étroits et me permettent d'obtenir leur guérison instantanée.

Quand le chirurgien est fixé sur le genre d'opération qu'il veut pratiquer, il introduit d'abord dans l'urètre une bougie munie de son ajutage ; aussitôt que la bougie a pénétré dans la vessie, on visse sur cet ajutage l'extrémité de l'instrument dont on a fait choix, puis on pousse avec lenteur la bougie et l'instrument qui la précède, jusqu'à ce que celui-ci se trouve dans les conditions voulues pour le but qu'on se propose : l'exploration de l'urètre ; l'introduction de sondes évacuatrices ; la dilatation brusque par les sondes coniques, par les sondes volumineuses de Mayor ; par les dilatateurs mécaniques ; la cautérisation des rétrécissements ou du vérumontanum ; l'incision de l'urètre par les méthodes d'avant en arrière, d'arrière en avant, de dedans en dehors, de dehors en dedans.

Application de la nouvelle méthode à l'urétrotomie d'avant en arrière. — De toutes les méthodes d'urétrotomie, celle d'avant en arrière est sans contredit la plus importante. Tandis, en effet, que toutes les autres méthodes sont frappées d'impuissance tant que les rétrécissements n'ont pas le degré d'ouverture nécessaire à l'introduction des instruments volumineux qu'elles exigent, l'urétrotomie d'avant en arrière n'a besoin d'aucune dilatation préalable, et permet, au contraire, de créer instantanément une voie suffisante à l'introduction des instruments destinés aux autres méthodes.

Malheureusement l'exécution de cette précieuse méthode était jusqu'à présent, entourée de tant d'incertitude et de dangers, que les chirurgiens les plus habiles osaient à peine y avoir recours. Grâce à la bougie conductrice, ces incertitudes et ces dangers ont complétement disparu. C'est là, sans contredit, une des plus heureuses applications de notre méthode, puisque c'est elle qui nous a permis d'arriver à *la guérison radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre, sans dilatation préalable ni consécutive.* Nous dirons seulement que, pour réaliser ce résultat, il nous a fallu modifier tellement cette opération, que nous en avons, pour ainsi dire, fait une opération nouvelle.

Nouveau procédé pour l'urétrotomie d'avant en arrière. — Instruments. — L'instrument nécessaire pour cette opération se compose d'un tube cannelé et d'une lame tranchante. Le tube cannelé, long de 25 centimètres, a de 1 à 3 millimètres de diamètre. Il présente, près de son extrémité externe, un petit anneau qui lui sert de manche, tandis que son extrémité vésicale est munie d'un pas de vis pour s'articuler à l'ajutage de la bougie conductrice.

La lame tranchante a la forme d'une demi-olive ; elle est tranchante sur sa convexité ; son dos est muni d'une crête qui la retient dans la cannelure. Elle se continue, par une de ses pointes, avec une tige mince qui glisse dans le tube cannelé, et qui, à son extrémité, se termine par un petit manche qui sert à le manœuvrer. L'instrument, ainsi composé, peut être droit ou légèrement courbe à son extrémité vésicale. Dans ce dernier cas, la lame est placée du côté de la concavité ou de la convexité. Cette dernière forme est celle que je préfère d'habitude.

Manœuvre opératoire. — Pour exécuter l'urétrotomie par ce procédé, le chirurgien introduit d'abord dans l'urètre une bougie appropriée au degré d'étroitesse du rétrécissement, et dont l'extrémité externe est munie d'un petit ajutage à peine plus volumineux qu'elle. Ce premier temps s'exécute suivant les règles, et avec les précautions nécessaires à cette espèce d'introduction.

Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, on visse sur son ajutage l'extrémité vésicale de l'urétrotome le plus convenable au cas particulier ; puis on le pousse doucement, de manière que, guidé par la bougie qui le précède, il franchisse tous les rétrécissements. On introduit alors dans la cannelure du tube la petite lame tranchante, à laquelle on fait parcourir sans hésitation toute la longueur de l'instrument, de manière à diviser d'un seul trait tous les rétrécissements. Ce dernier temps de l'opération est si rapide et si peu douloureux, que souvent les malades ne s'en aperçoivent même pas, et attendent qu'on l'exécute, alors qu'il est déjà terminé.

Application de la nouvelle méthode à la guérison radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre, sans dilatation préalable ni consécutive. — En considérant combien, dans l'état actuel de la science, les rétrécissements de l'urètre sont encore réfractaires à nos moyens thérapeutiques, l'idée d'une guérison radicale et instantanée de ces affections ne pourra certainement paraître au plus grand nombre de praticiens que comme une idée folle ou chimérique ; et cependant, quand on réfléchit sérieusement, on voit qu'elle n'est pas absolument irréalisable.

Bien plus, on voit que chaque jour, et depuis longtemps, elle est réalisée pour quelques-unes au moins de ces affections. En effet, tous les chirurgiens savent avec quelle facilité on peut, d'un coup de bistouri, agrandir d'une manière permanente le méat urinaire, trop étroit pour admettre les instruments lithotriteurs ou les sondes de quelque volume. Ils savent qu'il n'est aucunement besoin, pour obtenir cet effet, d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie au moyen de corps étrangers. La rétraction de ces tissus et le passage de l'urine suffisent à cet office. Or, rien ne fait supposer qu'à une certaine profondeur dans l'urètre les choses ne puissent se passer de la même manière. Déjà même, les remarquables travaux de M. Reybard ont démontré que ce fait n'était plus seulement à l'état de supposition, mais bien à l'état de réalité. Ses expériences sur les animaux, ses opérations sur l'homme ont établi que l'incision longitudinale laissait, au niveau de l'endroit rétréci une ampliation permanente. Mes recherches propres m'ont prouvé qu'il n'était pas besoin pour obtenir ce résultat d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie par un corps étranger. Bien plus, elles m'ont démontré que les accidents reprochés à la méthode des grandes incisions étaient dus presque toujours au contact des corps étrangers

sur les surfaces saignantes ; de sorte que la science possédait déjà le moyen d'obtenir *instantanément la cure radicale des rétrécissements de l'urètre.*

Mais quand de la science expérimentale on descend à la pratique usuelle, on aperçoit bientôt une foule de circonstances, de détails qui devaient s'opposer à la vulgarisation de la méthode. D'abord, l'exécution de l'opération était entourée de difficultés extrêmes ; les instruments étaient compliqués dans leur structure et dans leur manœuvre ; leur aspect seul avait quelque chose d'effrayant pour le malade et pour l'opérateur. D'autre part, on n'avait pas suffisamment insisté sur le danger des bougies dilatatrices à la suite de l'opération ; de sorte que l'instantanéité n'existait plus pour le malade, en même temps que des accidents réels, dus à la présence des instruments dilatateurs, effrayaient le chirurgien. Enfin, et c'est peut-être là la principale raison, l'insuffisance des procédés opératoires rendait indispensable un traitement et fort long et fort pénible destiné à donner au canal les dimensions nécessaires pour l'introduction des instruments inciseurs.

Il résultait de tous ces motifs que, malgré son efficacité comme méthode curative, l'incision ne remplissait qu'une partie du programme, et celle précisément à laquelle les malades attachent le moins d'importance. Mais, du moment que, grâce à la nouvelle méthode de cathétérisme, il nous est possible d'attaquer d'emblée et sans dilatation préalable les rétrécissements les plus étroits, et cela avec autant de sécurité que s'ils étaient placés au méat urinaire ; lorsque, d'autre part, les instruments et la manière de s'en servir ont été simplifiés au point de n'exiger aucune habileté spéciale ; enfin, lorsqu'à ces perfectionnements on joint celui de ne faire aucun traitement dilatateur consécutif, la question se présente sous une tout autre face. Au lieu d'une opération embarrassée d'instruments compliqués, et surtout de longs et pénibles traitements préparatoires et consécutifs, on n'a plus qu'une opération simple et rapide, qui, pouvant être pratiquée en quelques minutes, permet l'emploi du chloroforme, et par conséquent ne fait éprouver aucune douleur.

Description de l'opération. — 1er *temps.* Le malade étant couché, j'introduis dans l'urètre une bougie appropriée au degré d'étroitesse du rétrécissement, et dont l'extrémité libre est munie d'un petit ajutage à peine plus volumineux qu'elle.

2e *temps.* Aussitôt que la bougie a pénétré jusque dans la vessie, je visse sur son ajutage l'extrémité libre de mon urétrotome, que je pousse ensuite, ainsi que la bougie qui le précède, jusqu'à ce qu'il ait franchi tous les rétrécissements.

3e *temps.* J'introduis alors dans la cannelure de mon urétrotome la petite lame tranchante qui en fait partie, et faisant rapidement parcourir à cette lame toute la longueur de la cannelure, j'incise d'un seul trait tous les rétrécissements.

4e *temps.* Je retire alors l'urétrotome n° 1, et je le dévisse de dessus la bougie ; je lui substitue l'urétrotome à lame cachée, que j'introduis dès lors sans difficulté.

5e *temps.* Puis, quand l'urétrotome caché est arrivé à sa destination, je presse sur la bascule qui fait ouvrir la lame, et je retire le tout en incisant d'un seul trait et profondément tous les rétrécissements.

6e *temps.* Enfin, pour m'assurer que l'opération a bien atteint son but, j'introduis dans l'urètre une bougie métallique n° 18, que je retire aussitôt. Ceci étant fait, je laisse le malade parfaitement tranquille, sans plus jamais lui introduire de sondes ni bougies.

Immédiatement après cette opération, le malade urine à plein canal et sans presque aucune douleur. La sensation légère de cuisson qui a lieu au moment de l'émission de l'urine disparaît au bout de quelque temps. Il en est de même du suintement mucoso-purulent qui accompagne le rétrécissement. Quant à l'hémorrhagie, elle se borne à quelques gouttes de sang, qui s'arrêtent d'elles-mêmes au bout de quelques instants.

Par prudence, j'engage les malades à rester quelques instants au repos, en prescrivant des boissons adoucissantes. Mais plusieurs fois j'en ai vu qui ont repris immédiatement leurs habitudes, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient.

III.

REVUE CLINIQUE.

Scorbut très grave, avec forme rare de purpura. — Pneumonie pendant la convalescence du scorbut. — Guérison.

Le service de M. Grisolle à l'Hôtel-Dieu a offert l'an dernier un cas de scorbut dont l'observation a été publiée dans le *Moniteur des hôpitaux* (n° du 4 mai 1854). Quoique cette maladie soit heureusement assez rare aujourd'hui dans les hôpitaux de Paris, M. Guibout, suppléant M. Grisolle, a eu à traiter dans le même service un nouveau cas de scorbut non moins grave et dont la terminaison a été aussi heureuse. Voici l'observation de ce second cas.

Obs. Béton (Germain), âgé de quarante-sept ans, marchand de verre cassé, entre au n° 52 de la salle Sainte-Jeanne, le 21 janvier 1855. Cet homme jouit habituellement d'une bonne santé. Il ne se rappelle pas avoir été alité depuis 1818. Il a eu à cette époque un érysipèle de la face.

Il est malade depuis quatre jours seulement. Dans la journée du 18 janvier, il a été pris, pendant son travail, de mal de tête et de douleurs dans les gencives. Il est rentré chez lui, où il s'est alité, et, depuis ce moment, il n'a cessé de souffrir de la tête et des gencives. Il est regrettable qu'il ne soit pas venu plus tôt à l'hôpital ; car voici ce qu'il nous apprend sur le logement où il est resté couché pendant les quatre premiers jours de sa maladie. C'est un grenier très étroit, où, depuis le 8 janvier, il couche avec sa femme et sa petite fille. Il a beaucoup souffert du froid dans ce réduit, d'autant plus qu'il avait à peine de quoi se couvrir, et que la température extérieure n'a cessé d'être extrêmement basse depuis qu'il y habite. La chambre qu'il occupait avant le 8 janvier était assez spacieuse, non humide ; mais, depuis longtemps déjà, cet homme souffrait beaucoup de la misère, ne mangeant pas de viande et ne buvant que de l'eau. Il était, en un mot, dans de très mauvaises conditions hygiéniques. C'est aux privations qu'il a subies, et surtout au froid qu'il a supporté dans ces derniers temps, qu'il rapporte l'origine de son mal.

Le soir de l'entrée, il est pâle, paraît très affaissé, a de la peine à se mouvoir dans son lit ; pouls faible, assez fréquent. Il dit ne souffrir que de la bouche. Les gencives sont en effet violacées, fongueuses, déchiquetées, les dents déchaussées et vacillantes ; l'haleine est d'une fétidité extrême. Il y a par la bouche un écoulement presque continuel de salive légèrement teinte de sang.

On aperçoit sur le corps des plaques violettes disséminées surtout sur les bras et sur le dos, assez rares sur les membres inférieurs ; sur les avant-bras, quelques-unes de ces taches sont légèrement saillantes et ressemblent un peu à des plaques d'érythème noueux. Le sujet n'y ressent ni chaleur ni démangeaison. Ces plaques ont pour la plupart la largeur d'un franc. La paupière gauche est tuméfiée et d'un rouge violet ; il semble que le malade ait reçu un coup sur l'œil, mais il n'en est rien.

22 janvier. Les deux avant-bras sont le siége d'un œdème assez dur, sans changement de coloration à la peau. Cet œdème est très peu douloureux à la pression. On retrouve sur les avant-bras, le dos et le cou les plaques violettes déjà indiquées ; seulement quelques-unes d'entre elles, qui faisaient saillie la veille, n'en font plus maintenant, se sont élargies et ont pris une coloration plus foncée. Il est clair que ces taches sont le résultat d'une infiltration sanguine. Même état de gencives, même fétidité de l'haleine, même abondance et même coloration rosée de l'écoulement salivaire. Il s'agit, sans contredit, d'un scorbut caractérisé par les désordres de la muqueuse gingivale et l'existence d'un purpura. La gravité des désordres de la muqueuse gingivale, la multiplicité des taches de purpura, la forme d'ecchymoses que revêtent plusieurs d'entre elles, l'œdème des avant-bras, la pâleur et l'affaissement du malade font porter un pronostic fâcheux. On redoute surtout de voir s'effectuer à la surface de quelque muqueuse une hémorrhagie qui pourrait être promptement mortelle. Prescription : Limonade vineuse, deux pots ; fer réduit par l'hydrogène, 0,40 centigr. en deux paquets ; vin de quinquina et vin de Bagnols, de chaque 60 grammes. On fera doucement, avec de la flanelle, des frictions alcoolisées sur tout le corps. On touchera chaque jour les gencives avec l'acide chlorhydrique pur ; 2 bouillons, 2 potages.

23. On observe un phénomène assez singulier. On remarque çà et là sur les bras, le dos, le devant de la poitrine, le cou, et à la face, des élevures assez régulièrement arrondies, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, bien différentes des plaques saillantes observées le deuxième jour sur les avant-bras, et qui simulaient des plaques d'érythème noueux. Ces élevures ressemblent beaucoup à certaines plaques d'urticaire, mais ne causent aucune démangeaison, ce qui les en distingue tout à fait. Elles

sont sans changement de coloration à la peau, à l'exception cependant d'une très petite tache violette que la plupart présentent à leur centre, et qui ne fait pas saillie sur le reste de l'élevure ; sur certains points, par exemple sur le devant de la poitrine, ces élevures sont très rapprochées les unes des autres, et quelques-unes se touchent par leurs bords. Elles sont peut-être le point de départ, le premier degré de plaques ecchymotiques.

Cette pensée se trouve confirmée le lendemain 24 janvier. En effet, quelques-unes des élevures remarquées la veille se sont affaissées, en même temps qu'elles ont pris une coloration violette générale. Cette transformation est on ne peut plus évidente pour les cinq ou six élevures voisines les unes des autres observées la veille sur le devant de la poitrine. Incolores hier, à l'exception d'un petit point violet qui marquait leur centre, elles forment ce matin, par leur réunion, une large plaque violette à bords irréguliers, presque sans saillie, imitant tout à fait l'ecchymose qui aurait succédé à une violente contusion.

Le même jour, on remarque sur le milieu du front l'existence d'une bosse sanguine du volume d'une aveline et, autour de cette tumeur, un œdème dur de la peau du front ; on trouve sous les cheveux un certain nombre de tumeurs analogues à celle du front, et l'on constate un œdème de tout le cuir chevelu ; l'œdème persiste aux avant-bras ; il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs, et les taches hémorrhagiques y sont en petit nombre. On examine l'urine ; elle ne contient pas d'albumine. Même état des gencives. Le malade se plaint d'une douleur vive dans le côté droit du ventre, où l'on sent profondément un peu d'empâtement. Il n'a pas été à la selle depuis trois jours. On prescrit un cataplasme laudanisé sur le ventre et un lavement émollient.

26. Élevures très nombreuses sur les joues, le cou, dans la barbe. Ces élevures ressemblent toujours à celles de l'urticaire, mais ne s'accompagnent d'aucune démangeaison. Sur le devant de la poitrine, de larges surfaces ecchymotiques. Sur les bras, pas d'élevures récentes, quelques plaques ecchymotiques sur le point de disparaître ; l'œdème des avant-bras a beaucoup diminué. L'œdème du front et du cuir chevelu persiste.

27. Un très grand nombre de petites élevures récentes sur toute la partie postérieure du tronc.

28. Toujours un peu d'œdème aux avant-bras. Pas d'œdème et très peu de taches aux membres inférieurs. Celles qu'on y observe ne semblent pas débuter par des élevures. Le malade se plaint d'une douleur dans la fosse iliaque droite, où l'on constate profondément un empâtement considérable douloureux à la pression. On remarque un œdème assez résistant des parois abdominales du côté droit. Cet œdème ne dépasse pas la ligne médiane. Il n'y a pas eu de selles depuis le 25. On prescrit un lavement et un cataplasme laudanisé.

29. L'œdème du front et du cuir chevelu a beaucoup diminué. La bosse sanguine du front et les tumeurs analogues qu'on sentait sous les cheveux ont disparu. La bosse sanguine du front a laissé à sa place une large tache ecchymotique. Encore un peu d'œdème de l'avant-bras gauche seulement ; les ecchymoses de la poitrine ont beaucoup pâli. La coloration normale de la peau de la partie postérieure du tronc disparaît presque sous de larges plaques ecchymotiques violettes qui couvrent les épaules, le dos et les reins. Ces larges plaques résultent de la réunion de plusieurs plaques entre elles. Elles sont irrégulièrement découpées à la façon d'une carte de géographie, et leurs bords font une légère saillie. Ces larges ecchymoses ont succédé aux petites élevures notées en si grand nombre, le 27 janvier, sur toute la partie postérieure du tronc. Aujourd'hui, on ne voit plus d'élevures récentes sur aucune partie du corps ; ce qui fait espérer que la maladie va peut-être s'éteindre. L'œdème des parois abdominales et l'empâtement de la fosse iliaque droite ont disparu. Les gencives, touchées chaque soir avec l'acide chlorhydrique pur, sont en meilleur état ; l'écoulement salivaire est moins abondant et n'est plus teint en rose ; l'haleine reste très fétide. Onze dents sont tombées depuis le début de la maladie.

31. Le malade n'a pas été à la selle depuis le 28. On prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz.

1er *février*. Un grand bain avec un litre de vinaigre, surtout comme bain de propreté. On augmente la ration de potages ; l'état des gencives ne permet pas encore de donner des aliments solides. On cessera de les toucher avec l'acide chlorhydrique. Le malade emploiera cinq fois par jour le collutoire suivant : Alun, 12 grammes ; chlorure de chaux, 10 grammes ; sirop de ronces, 100 grammes; eau d'orge, 500 grammes. On ajoute à la prescription 60 grammes de sirop de raifort.

13. L'état général s'est beaucoup amélioré : l'affaissement est moins grand, l'haleine est moins fétide, l'écoulement salivaire presque nul. Il n'y a plus d'œdème aux avant-bras ; il n'y a plus de taches ecchymotiques que sur la partie postérieure du tronc : encore sont-elles très petites, d'un jaune clair, et semblent sur le point de disparaître.

24. Il n'y a plus nulle part de taches ecchymotiques ; les gencives sont en assez bon état pour que le malade ait pu manger hier une portion d'aliments solides.

5 *mars*. Le malade a repris du teint ; il va bien à la selle ; depuis cinq jours il mange trois portions et se lève. Il est toujours à l'usage du fer, du vin de Bagnols et du quinquina. Les gencives conservent seulement encore un peu de sensibilité.

En un mot, M. Guibout, qui vient de remettre le service entre les mains de M. Grisolle, laisse son malade en pleine convalescence ; mais une complication fâcheuse vient mettre de nouveau la vie de cet homme en danger.

7. Il offre les signes d'une pneumonie occupant la moitié du poumon supérieur droit (matité, bronchophonie, souffle et crépitation, expectoration caractéristique). Pouls fréquent et faible. Prescription : 10 ventouses scarifiées. Julep avec 0,30 centigrammes de tartre stibié.

8. Large vésicatoire ; julep stibié, 0,30 centigrammes.

9. Julep avec 0,40 centigrammes de tartre stibié.

10. Même état local et général. Le tartre stibié, depuis qu'on l'administre, n'a pas déterminé de vomissements, et à peine quelques selles. M. Grisolle supprime le julep émétisé, et prescrit 1 gramme de calomel en douze paquets, à prendre dans les vingt-quatre heures.

11. Le pouls est moins fréquent. Il n'y a plus de souffle. Crépitation humide ; crachats encore colorés, mais moins visqueux. Prescription : Julep diacodé ; limonade vineuse ; bouillons.

12. Les crachats sont complétement décolorés, à peine visqueux. Encore de la matité dans toute la moitié supérieure du poumon droit ; encore un peu de crépitation grasse. Prescription : Julep diacodé ; limonade vineuse ; 100 grammes de vin de Bagnols ; bouillons.

15. Une portion ; 100 grammes de vin de Bagnols ; 60 grammes de vin de quinquina.

1er *avril*. On accorde la sortie. Le sujet se lève depuis huit jours et sort parfaitement rétabli.

Chez le scorbutique dont l'observation, recueillie dans le service de M. Grisolle, a été publiée l'an dernier, la maladie semblait s'être développée sous l'influence de la misère et particulièrement d'une alimentation insuffisante. Nous retrouvons ici les mêmes causes ; mais la cause déterminante de la maladie paraît avoir été le froid excessif qu'a eu à supporter pendant plusieurs jours cet homme débilité depuis longtemps déjà par les privations (1).

Il est évident pour nous que, sans les soins de la médecine, cet homme aurait infailliblement et très promptement succombé. Sa guérison doit être attribuée surtout à l'influence du traitement tonique auquel M. Guibout l'a soumis. C'est, du reste, sous l'influence d'un traitement analogue qu'était survenue la guérison rapide du scorbutique traité l'an dernier par M. Grisolle.

La pneumonie arrivant dans la convalescence du scorbut était une complication bien grave. L'état de faiblesse du malade s'opposait à ce qu'on pût combattre l'inflammation du poumon par un traitement antiphlogistique énergique. Aussi M. Grisolle n'a-t-il pas employé la saignée générale. Une seule application de ventouses scarifiées a été faite ; et, dès que cela a été possible, on a relevé les forces du malade par l'alimentation, la limonade vineuse, le vin de Bagnols et le quinquina.

L'intérêt de cette observation ne réside pas seulement dans la rareté de l'affection qui en fait l'objet, dans la gravité que cette affection a présentée, et dans le danger imminent auquel cet homme a deux fois échappé. Le purpura a revêtu dans ce cas une forme qui n'est point habituelle ; nous voulons parler de ces élevures qui ressemblaient à celles de l'urticaire, mais qui en différaient par l'absence de démangeaison et par la présence d'un petit point violet que la plupart offraient à leur centre. Ces élevures, comme il a été dit dans le cours de l'observation, étaient le point de départ, le premier degré de larges plaques qui passaient ensuite par toutes les phases de l'ecchymose.

Cette forme peut-elle rentrer dans la variété de purpura connue sous le nom de *purpura urticans?* Cette dénomination s'appliquerait mal au cas dont il s'agit ; car le mot *urticans* entraîne l'idée de démangeaison, et ce symptôme faisait ici complétement défaut.

O. Masson,
Interne à l'Hôtel-Dieu.

(1) Des faits qui nous sont propres nous portent à penser que la petitesse de la chambre où couchaient trois personnes n'a pas été étrangère au développement du scorbut. (*Note de la Rédaction.*)

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Note sur l'angine couenneuse des animaux domestiques, à l'occasion de l'épidémie régnante.

Je n'ai pas l'intention, monsieur le rédacteur, de copier les auteurs qui ont écrit à la fois sur les épidémies et sur les épizooties, pour rappeler des considérations générales très intéressantes, mais bien connues. Tous les médecins savent que Paulet, après avoir indiqué quatre-vingt-douze épizooties, fait remarquer que sur ce nombre vingt et une coïncidèrent avec des épidémies analogues. On n'ignore pas non plus que Ramazzini, Lancisi, Haller, Camper, Vicq d'Azyr, Buniva, et beaucoup d'autres auteurs, décrivirent des épizooties et notèrent aussi la coexistence d'épidémies analogues. Le fait de la coexistence des épidémies et des épizooties est donc rigoureusement établi par l'observation. Mais, il faut le reconnaître tout de suite, beaucoup de relations d'épizooties sont sans autorité et sans garantie scientifique : des poëtes, des historiens, en rapportent quelques-unes ; des médecins, peu versés dans l'anatomie des animaux, en retracent d'autres. Dans une épizootie relative au cheval, par exemple, ils donnent comme un caractère de la maladie la distension de la vésicule biliaire par une bile épaisse, et cependant il est positif que le cheval et les solipèdes n'ont pas de vésicule biliaire.

Depuis longtemps, on réclame un révision de cette double question de la coexistence des épidémies et des épizooties ; mais, on le pense bien, la tâche n'est pas facile, et l'on pourrait dire longuement pourquoi elle n'est pas facile, sans répandre beaucoup de lumière sur le sujet. En attendant que cette lumière se fasse, permettez-moi, monsieur le rédacteur, de vous adresser, sur un point très limité de la question, ce que nos confrères d'outre-Manche appellent une *contribution*.

Dans les nos 15 et 17 de votre estimable journal, vous avez publié cette année deux articles sur une épidémie d'angine à Paris ; de plus, la *correspondance*, dans le n° 17, renferme des communications sur les angines régnantes. Dans cette constitution médicale, l'affection prédominante fut surtout pour Paris une *diphthérite* gutturale ; mais, comme vous l'avez dit et comme l'a pensé notre confrère M. Ancelon, on a pu voir encore ce que plusieurs auteurs classiques ont bien observé. En effet, pendant la dernière épidémie, beaucoup de praticiens ont rencontré différentes formes d'angine gutturale, soit à Paris, soit ailleurs.

J'ai vu, dans le même quartier de Paris, deux familles dans lesquelles la maladie s'est montrée sous des formes très variées. Rue de Bellefond, 38, M. G..., sculpteur, fut atteint, dans le cours du mois dernier, d'une angine gutturale assez simple, avec quelques concrétions blanchâtres faciles à détacher. Quelques jours après, sa jeune fille, âgée de douze ans, fut prise d'une angine avec vive douleur, difficulté extrême de la déglutition, fièvre intense, et un peu de congestion cérébrale ; bientôt la rougeur du voile du palais, des amygdales et du pharynx présenta une véritable éruption scarlatineuse ; le lendemain, la peau était recouverte de la même éruption. Cette jeune fille était à peine en convalescence, quand sa sœur aînée, âgée de quatorze ans, fut également atteinte d'une angine, avec une rougeur de la muqueuse qui constituait évidemment une éruption scarlatineuse très circonscrite. Il n'y eut pas d'éruption à la peau, mais la malade y ressentit un prurit général, une formication incommode ; elle fut excitée, agitée pendant plusieurs jours ; elle eut ce qu'on appellerait classiquement *une scarlatine sans scarlatine*.

Je fus appelé, le 5 mai dernier, rue Rochechouart, n° 41, chez M. D... Sa femme avait une diphthérite gutturale avec d'abondantes concrétions blanchâtres et un léger gonflement de la région sous-maxillaire ; il y avait une faiblesse considérable, peu de fièvre, mais une sensation de fatigue très prononcée. Des cautérisations énergiques, du quinquina, des gargarismes avec de fortes proportions de sous-borate de soude et le reste, conduisirent cette malade à une assez prompte guérison. Elle se levait pour la première fois, quand son mari fut pris d'une angine moins grave, sans gonflement de la région sous-maxillaire ; l'arrière-gorge, avec un pointillé rougeâtre, présentait beaucoup de concrétions blanchâtres pour la disparition desquelles je crois encore avoir utilement employé le sous-borate de soude en gargarismes. Enfin l'enfant de ces deux malades, petite fille de quatre ans, est actuellement atteinte d'une scarlatine, et l'arrière-gorge est tapissée par une grande quantité de plaques diphthéritiques.

Pendant que cette épidémie d'angines se faisait remarquer à Paris, j'eus soin de prendre des renseignements, de demander à beaucoup de vétérinaires et à mes collègues de la Société vétérinaire ce qu'ils observaient relativement aux angines des animaux domestiques. Il était bien facile, du reste, de prévoir que l'on verrait peu d'angines diphthéritiques. En effet, cette maladie est extrêmement rare dans les animaux, et quand elle se manifeste, elle est toujours sporadique. Il est bien entendu que je ne fais ici aucune allusion à l'angine croupale, et que je ne tente aucun rapprochement de ce genre. Le cheval et le bœuf sont beaucoup plus rarement atteints d'angine couenneuse que les autres animaux domestiques. M. Baron, vétérinaire distingué à Auch, dans une pratique très étendue de trente années et dans un pays où il avait presque exclusivement des bœufs à soigner, n'a recueilli que cinq observations d'angine couenneuse sur le bœuf. Suivant l'observation de M. Henry Bouley et de plusieurs vétérinaires instruits, cette affection frappe le cheval dans une circonstance particulière et digne de remarque. On peut même dire qu'on ne la rencontre guère que dans ces conditions. Elle apparaît sur les chevaux qui ont séjourné plus ou moins longtemps dans des granges ou des écuries incendiées ; la fumée et les différents produits volatils pyroligneux déterminent rapidement la maladie. Tout en faisant la part des phénomènes d'asphyxie, qui se manifestent avec plus ou moins d'intensité, on peut voir que la respiration et la circulation se rapprochent assez promptement de l'état normal, mais il reste une prostration considérable, une disposition particulière qui rappelle d'une manière lointaine la forme grave de la diphthérite gutturale actuelle, dont le danger est, comme vous l'avez dit, plutôt dans la nature septique de l'affection que dans l'imminence de l'asphyxie. Cette production de concrétions blanchâtres, striées, déchiquetées, lichénoïdes, sous l'influence d'une cause extérieure aussi restreinte, est une circonstance digne de remarque. Par des liquides irritants, des vapeurs âcres ou caustiques, plusieurs expérimentateurs ont voulu produire directement l'angine couenneuse et le croup, mais ces tentatives ont eu peu de succès, et n'ont donné que des résultats stériles ; les expériences avaient été faites avant qu'on ait bien décrit l'action spéciale des incendies dans la production des angines couenneuses du cheval, et cependant elles n'ont point été reprises. Il semble, du reste, bien difficile de créer, pour ainsi dire de toutes pièces, une maladie qu'il n'est plus aujourd'hui question de localiser, mais sur la nature et la marche de laquelle il est plus utile de s'entendre.

Quoi qu'il en soit, les épidémies d'angines coïncident souvent avec des épizooties analogues ; elles ont même souvent présenté des caractères et des formes très rapprochés. L'ouvrage du docteur Paulet sur les épizooties et le *Journal de Vandermonde* renferment sur ce sujet des documents qu'il est intéressant d'étudier comparativement.

Dans ces derniers mois, il n'y a pas eu, à proprement parler, d'épizootie d'angines à Paris ou dans les environs ; mais quelques vétérinaires, et M. Leblanc, entre autres, m'ont affirmé avoir vu beaucoup d'angines, et en plus grand nombre que les années précédentes. Ces angines ont été simples ; le plus souvent elles se terminent, dans les chevaux, par une tumeur plus ou moins volumineuse dans la région sous-maxillaire, ou à la partie inférieure de la région parotidienne. Presque toujours ces tumeurs s'abcèdent, suppurent plus ou moins longtemps, après quoi la santé se rétablit très promptement, comme dans l'amygdalite aiguë et abcédée de l'homme.

On avait dit que le chien pris d'angine avait un grand nombre

des signes de la rage, et qu'il était alors quelquefois difficile de bien distinguer les deux affections. Fort heureusement, une observation plus attentive a permis à M. Reynal, chef de clinique à Alfort, de rétablir la vérité des faits. Il est bien positif, aujourd'hui, qu'il est très difficile de confondre ces deux états morbides si différents. Quelquefois après l'angine gutturale, mais plus souvent après l'angine laryngée, le chien conserve une toux sèche, nerveuse, quinteuse et persistante. Enfin herbivores, carnivores et granivores sont souvent affectés d'angines, pendant que l'homme éprouve, à sa manière, un mal analogue.

Les herbivores, en France, pendant les épidémies de choléra, n'ont présenté rien de particulier. Un auteur a parlé de fréquentes fièvres typhoïdes se montrant dans le cheval à peu près dans le temps des épidémies cholériques; cette manière de voir n'a pas été adoptée, et la plupart des bons observateurs ont persisté à voir dans les susdites fièvres typhoïdes des entérites plus ou moins simples.

Si je vous donne aujourd'hui des renseignements presque négatifs, ce n'est pas qu'il manque d'angines graves et variées dans les différents animaux domestiques; à coup sûr, il y en a trop, mais il y en a peu, et même il n'y en a pas d'épizootique, que l'on pourrait plus ou moins facilement rapprocher de la diphthérite gutturale épidémique dont vous avez parlé. Je laisse donc à ceux qui le trouveront convenable le soin d'ouvrir des catalogues vétérinaires qui commencent à devenir volumineux, et dans lesquels il y a, permettez-moi de le dire, beaucoup de bonnes et utiles choses à consulter pour l'avancement de notre médecine.

Veuillez agréer, monsieur le rédacteur, etc.

Docteur PATTÉ,
membre titulaire de la Société impériale vétérinaire.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 14 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

CHIRURGIE. — *Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urètre*, par M. *Maisonneuve*. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie, à laquelle est invité à s'adjoindre M. *Civiale*.) (Voir aux *Travaux originaux*.)

MÉDECINE. — *Deuxième note sur l'action que le gaz carbonique exerce sur la peau et particulièrement sur l'organe de la vue*, par M. *Herpin* (de Metz). — L'auteur croit que les faits remarquables rapportés par M. *Boussingault*, relativement à l'influence fâcheuse du gaz carbonique sur l'organe de la vue, méritent de fixer l'attention des médecins attachés aux établissements où l'on administre ce gaz, sous forme de douches, dans certaines maladies des yeux; car c'est précisément contre l'affaiblissement de la vue, ou l'amblyopie, que l'on fait usage, en Allemagne, des douches de gaz carbonique appliquées sur les yeux eux-mêmes. Le jet de ce gaz provoque dans les yeux un picotement très vif, une sensation d'ardeur et même de brûlure intense; les larmes coulent en abondance; la cornée devient très brillante; les mouvements de l'iris sont plus rapides; la vue devient plus claire et plus perçante.

On évite de donner des douches de gaz carbonique sur les yeux, lorsqu'il y a une disposition inflammatoire de l'organe. (*Commission déjà nommée.*)

CANDIDATURES. — M. *Gerdy* envoie, comme pièces à l'appui de sa candidature pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, un résumé de ses travaux et plusieurs autres opuscules imprimés sur des questions de pathologie générale et de médecine opératoire.

M. *Gratiolet* prie l'Académie de le comprendre dans le nombre des candidats pour la chaire d'anatomie comparée, vacante au muséum d'histoire naturelle. (*Section d'anatomie et de zoologie.*)

M. *Lavernie* adresse à l'Académie un exemplaire d'un opuscule italien de M. *Amoretti* sur les *premières applications du galvanisme comme agent thérapeutique*. Ces expériences ont été faites, en 1803, sous les yeux de Volta, par M. Lavernie lui-même, alors chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Conco.

L'opuscule est renvoyé à l'examen de M. *Velpeau*, avec invitation d'en faire, s'il y a lieu, l'objet d'un rapport verbal.

PALÉONTOLOGIE. — *Recherches sur les mammifères fossiles de l'Amérique méridionale*, par M. *Paul Gervais*. Les études de l'auteur concourent à prouver qu'aucune des espèces de mammifères qui vivent naturellement dans l'Amérique méridionale ou qui y ont vécu à l'époque où l'*elephas primigenius*, les *grands ours*, les *hyènes*, etc., et tant d'autres espèces, depuis longtemps anéanties, foulaient le sol de l'Europe, ne peut être regardée comme ayant aussi existé dans l'ancien continent.

CORRESPONDANCE. — M. le ministre de l'instruction publique invite l'Académie à lui présenter, conformément au décret du 9 mars 1852, deux candidats pour la chaire d'anatomie comparée vacante au Muséum d'histoire naturelle, par suite du décès de M. *Duvernoy*.

La section d'anatomie et de zoologie est invitée à préparer, pour la prochaine séance, une liste de candidats.

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de deux candidats pour la chaire d'histoire naturelle (*corps organisés*) vacante au collége de France. — Élection du *premier candidat:* 49 votants. M. *Flourens* obtient 46 suffrages. — Élection du *second candidat:* 48 votants. M. *Valenciennes* obtient 43 suffrages.

Une commission de neuf membres, chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix de médecine et de chirurgie de la fondation *Montyon*, est composée de MM. *Serres*, *Bernard*, *Andral*, *Velpeau*, *Rayer*, *Duméril*, *Magendie*, *Flourens*, *Milne Edwards*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 22 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Un mémoire de M. le docteur *Trinquier* (de Marseille) sur le choléra qui a régné dans cette ville en 1854. (*Commission du choléra de 1854.*) — *b*. Un rapport de M. le docteur *Carel*, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Berny en 1854. (*Commission des épidémies.*) — *c*. Deux rapports sur les maladies épidémiques qui ont régné en 1854 dans les arrondissements du Havre et de Dieppe. (*Même commission.*)

2. Tableaux des vaccinations des départements des Basses-Alpes, de Tarn-et-Garonne, du Haut-Rhin, du Jura, de la Charente-Inférieure et de l'Ille-et-Vilaine. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a*. M. *Reymond-Nacquart*, qui fait hommage à l'Académie, en son nom et au nom de madame veuve *Nacquart*, du buste de marbre de son père. (*Remercîements.*) — *b* M. *Mathieu* (instrument destiné à provoquer l'accouchement prématuré chez les femmes dont le bassin rétréci ne permet pas la délivrance à terme). (*Comm.:* MM. Depaul et Danyau.) — *c*. M. le docteur *Domangel de Challes* (six exemplaires du Rapport de la *Société de médecine* de Chambéry sur les eaux minérales de la Savoie. (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. M. le docteur *Boileau de Castelnau* (de Nismes) (plusieurs brochures sur le *système pénitentiaire* et sur la *folie*.) (*Comm.:* MM. Londe, Adelon, Baillarger, Ferrus, G. de Mussy, Ségalas, Collineau.)

— M. *Malgaigne* offre en hommage à l'Académie le tome II de son *Traité des fractures et des luxations*, avec l'Atlas qui l'accompagne. Il y a vingt-huit ans que M. Malgaigne a commencé ses expériences relatives au mécanisme et à la production des luxations, de sorte qu'il pourrait presque dire, comme Haller, en parlant de son livre, *opus trigenta annorum*.

M. *le président* adresse des remercîements à M. Malgaigne au nom de l'Académie.

— VÉRATRINE. — M. *Soubeiran* donne lecture d'une note de M. *Delondre* relative aux accidents développés pendant la préparation de la *vératrine*; ce sont des éternuments, des épistaxis, des secousses au cerveau, des étourdissements, puis un véritable coryza; une toux opiniâtre et sèche, une transpiration abondante dans le dos; de la salivation, des coliques, des douleurs très vives au scrotum; enfin, un picotement, puis bientôt une insupportable cuisson des yeux, accompagnée de photophobie.

Lectures et Mémoires.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Reynal*, chef de clinique à l'École vétérinaire d'Alfort, donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *De la saumure et de ses propriétés toniques.*

La *saumure*, ou résidu provenant de la salaison des viandes et des poissons, très souvent employées dans différentes parties de la France, comme condiment, comme succédané du sel de cuisine, comme remède même, détermine dans plusieurs circonstances des effets toxiques analogues à ceux que provoque quelquefois l'usage des viandes fumées et différentes préparations de charcuterie.

Propriétés physiques et chimiques. La saumure est un liquide résultant de l'action que le chlorure de sodium exerce sur les viandes et de la dissolution de ce sel par l'eau ou la sérosité que ces viandes abandonnent. Elle offre une teinte rouge analogue à celle de la lavure de chair; son odeur rappelle celle d'une solution affaiblie d'osmazome; elle a la saveur de l'eau saturée de sel marin, et laisse dans la bouche un léger goût acide qui rappelle celui du bouillon un peu sur. On y trouve de l'eau, du chlorure de sodium, du phosphate de chaux, du sulfate de potasse, une matière animale indéterminée, de l'albumine dissoute et du lactate acide d'ammoniaque.

Action de la saumure sur l'économie. M. *Reynal*, pour résoudre toutes les questions qui se rattachent à ce sujet, a institué quatre séries d'expériences.

Dans la première, il démontre les propriétés toxiques de la saumure administrée à des animaux de différentes espèces, avec les lésions cadavériques trouvées à l'ouverture des sujets empoisonnés.

Dans la deuxième, il indique les phénomènes morbides que détermine la saumure mélangée aux aliments; irritation de la muqueuse gastro-intestinale, sueurs copieuses, sécrétion abondante d'urine, tremblements généraux, contractions spasmodiques des muscles, attaques épileptiformes ou bien paralysies partielles, anesthésie, roideur tétanique.

Dans une troisième série d'expériences, M. Reynal s'étant proposé de rechercher l'élément qui rend la saumure toxique, n'a obtenu d'autre résultat que de prouver que c'est en vieillissant qu'elle paraît acquérir ses propriétés vénéneuses, surtout quand elle est en contact avec des viandes rances.

Dans la quatrième série, il indique le traitement qui lui paraît expérimentalement le plus utile pour combattre l'intoxication par la saumure: saignées générales, diurétiques, boissons acidules, réfrigérants sur le front, applications révulsives à la surface cutanée.

M. Reynal termine son mémoire par les conclusions suivantes:

1° La saumure, trois ou quatre mois après sa préparation, contracte des propriétés toxiques.

2° En moyenne, à la dose de deux litres pour le cheval, d'un demi-litre pour le porc et de un à deux décilitres pour le chien, la saumure produit l'empoisonnement.

3° A des doses bien moins élevées, elle provoque le vomissement chez le chien et le porc.

4° L'emploi de cette substance mélangée aux aliments, continué pendant quelque temps, même en petite quantité, peut occasionner la mort. (*Comm.:* MM. Bussy, Renault, Chevallier, Delafond.)

Discussion sur le rapport de M. Bousquet.

M. *Londe* vient réfuter quelques-unes des opinions émises par M. Bousquet, l'*unique auteur* du rapport sur le mémoire de M. Moreau (de Tours), opinions exprimées, sinon sous son nom, du moins comme s'il leur avait donné son adhésion en qualité de commissaire. M. Londe pense que dans la confusion que fait M. Moreau du *délire* et de la *folie*, il y a plus qu'une question de mots; car, selon l'orateur, il existe entre le *délire* et la *folie* des différences essentielles qu'il formule de la manière suivante:

Les troubles intellectuels constituent essentiellement la *folie;* les autres fonctions sont, à peu de chose près, dans l'état normal. Dans le *délire*, au contraire, qu'il soit idiopathique ou symptomatique, ces troubles intellectuels ne constituent pas la maladie; aucune des fonctions n'est à l'état normal.

Certains *fous* tiennent des discours suivis, soutiennent une discussion; ils ont souvent une volonté de fer en commettant des actions motivées auxquelles il ne manque qu'un point de départ plus juste, des prémisses mieux fondées. Dans le délire, au contraire, il y a abolition plutôt que déviation de l'intelligence; il n'y a plus de volonté; les actes sont automatiques et sans rapport avec les objets environnants.

Les *fous* ont des sensations extérieures nettes et précises; les *délirants* sont presque toujours assoupis, somnolents, paraissent rêver lorsqu'ils font un effort intellectuel.

Les *fous*, une fois guéris, se rappellent les circonstances de leur maladie; les *délirants* n'en conservent qu'un souvenir fugace.

M. Londe trouve encore des caractères différentiels, dans le *discernement* qui manque toujours aux *délirants* et qui fait rarement défaut aux *fous;* dans les *actes* et les *mouvements*, qui sont souvent modérés et réguliers dans la *folie*, tandis qu'ils sont aveugles, convulsifs, désordonnés et irréguliers dans le *délire*.

Les *fous*, dit M. Londe, boivent et mangent généralement; les *délirants* peuvent à peine user de liquides non nutritifs.

La *folie* constitue un état préparé, élaboré de longue main; le *délire*, au contraire, éclate inopinément et ordinairement avec la fièvre et le trouble général des fonctions.

Enfin, tandis que le point capital du traitement de la *folie* consiste dans l'emploi des moyens moraux, il faut au *délirant* une thérapeutique qui s'adresse spécialement aux organes, à l'économie.

Contrairement à M. Bousquet, M. *Londe* croit que le rôle du cerveau est de percevoir les sensations, de *penser* et d'ordonner des mouvements. Pour lui aussi, comme pour M. Moreau, la *folie* a constamment son origine, son point de départ dans un dérangement des fonctions cérébrales, sans en excepter les cas d'aliénation mentale survenus pendant la grossesse, pendant la lactation, et attribués par d'illustres observateurs, tantôt à la nature même du travail physiologique, ou à la modification qu'il apporte dans un organe, dans un appareil, tantôt à une altération pathologique d'un viscère indépendant en quelque sorte et fort éloigné de l'encéphale. Dans tous ces cas, suivant M. Londe, si l'on remonte aux antécédents des sujets et de leurs parents, on trouve sans exception une prédisposition cérébrale, quelquefois fort ancienne, et qui est le véritable point de départ de la maladie.

Comme M. Bousquet, M. Londe repousse l'analogie de la folie avec le sommeil; mais il admet l'assimilation de la folie et du rêve, contrairement à l'honorable rapporteur; car les causes du rêve et celles de la folie sont dans une forte excitation du cerveau pendant la veille, excitation momentanée dans le rêve et prolongée dans la folie.

M. Londe ne croit pas, ainsi que l'affirme M. Bousquet, que tout le monde rêve: Selon lui le rêve est le résultat d'une émotion vive ou d'une perturbation apportée dans l'économie par la fatigue ou les excès.

Abordant les arguments émis par M. Bousquet relativement à l'inanité, à l'insuffisance et à l'incertitude de l'*anatomie pathologique* dans la folie, l'orateur répond que l'organe n'étant plus à l'état morbide ce qu'il était à l'état normal, la fonction ne peut plus être ce qu'elle était à l'état physiologique.

Puis M. *Londe*, examinant la doctrine de Leuret, trouve la justification de l'auteur du *traitement moral* dans l'abus du traitement pharmaceutique à cette époque, et dans l'oubli, dans le mépris même, où paraissait tombé l'emploi des moyens moraux, mis en pratique avec tant de succès dans l'antiquité. Pourtant l'orateur reconnaît combien sont vains, illusoires et fugitifs les prétendus succès attribués à ce traitement: Le raisonnement, l'intimidation, la *douche cruelle* de Leuret ne guérissent, ne corrigent l'aliéné que pour un instant, pour quelques minutes. Le malade revient à ses prétentions et retombe dans ses habitudes dès qu'il n'a plus Leuret sur les talons. M. Londe raconte, à ce propos, comment il échoua lui-même en essayant pour un monomaniaque l'usage du raisonnement, du traitement moral.

M. Bousquet a avancé pour consoler les aliénistes, que l'*anatomie pathologique*, si obscure dans la folie, ne jette pas plus de lumière sur les maladies des autres organes.

M. Londe réfute cette opinion, et énumère une longue série de maladies où l'anatomie pathologique peut seule expliquer la nature et la marche des symptômes observés sur le vivant.

Avant de conclure, M. Londe cherche à expliquer pourquoi, par les symptômes auxquels il est réuni, par le traitement qu'il réclame, le *délire* des maladies aiguës diffère, suivant lui, de la *folie*. C'est que dans la *folie* encore curable, les portions de cerveau présidant aux fonctions intellectuelles et morales sont seules atteintes, et la plupart du temps atteintes par l'influence d'une cause directe et agissant avec plus ou moins de durée; tandis que dans le *délire*, s'il est dû à une fièvre de mauvais caractère, l'atteinte portée au cerveau par la cause morbide ne peut plus être aussi limitée.

L'orateur conclut en terminant:

1° Par ses causes, par ses symptômes, sa marche, sa durée, la limitation de son siége, la nature du traitement qu'elle réclame, la *folie* diffère du délire des maladies aiguës.

2° La folie est toujours une affection du cerveau et toujours une affection idiopathique de cet organe.

3° L'anatomie pathologique doit être invoquée dans l'étude de cette maladie, comme dans celle des autres organes.

M. *Ferrus*, après avoir expliqué en quelques mots les raisons qui l'invitent à prendre la parole dans ce débat, loue M. Baillarger d'avoir débarrassé la discussion de plusieurs points en litige et d'avoir victorieusement réfuté quelques-unes des opinions de M. Bousquet qui ne tendaient à rien moins qu'à nier les progrès réalisés de nos jours par la pathologie mentale.

L'orateur partage le jugement que M. Baillarger a porté sur le *traitement moral* imaginé par Leuret; et ajoutant aux exemples d'insuccès cités par le médecin de la Salpêtrière des faits empruntés à sa longue

pratique, M. *Ferrus*, après avoir déclaré qu'il avait inutilement expérimenté lui-même l'application de cette méthode, ajoute :

« En résumé, Messieurs, attaquer de front l'aliénation par l'intimidation ou le raisonnement, n'aboutit, quand elles se produisent, qu'à des réussites factices ou passagères. Renouer chez les aliénés le lien des souvenirs et des émotions antérieures, ainsi que M. Leuret, par une pensée juste et peut-être nouvelle, l'a conseillé dans ses *Fragments sur la folie*, est une voie moins inefficace peut-être, mais encore peu sûre, et il est prudent de ne voir dans une telle pratique qu'une indication isolée, réclamant sa place parmi les éléments d'influence et les agents modificateurs.

La meilleure pratique est, comme l'a fort bien exprimé M. Baillarger, de faire appel à l'émotion, de substituer aux idées dominantes un autre courant d'idées, ou plutôt de sentiments. Cette pratique, d'ailleurs, n'est pas nouvelle : Celse, suivant le genre de folie, conseillait l'emploi des remèdes ou l'usage des moyens moraux ou psychiques, qu'il faisait consister dans les encouragements, les réprimandes, les blâmes, la répression, les coups même, la musique, le vin, les arguments propres à faire entrer dans l'esprit des malades la conviction de leur égarement, l'application à un travail soutenu, les paroles consolantes et les distractions capables de réveiller la sensibilité.

L'action à exercer, pour être profitable, doit surtout porter sur les facultés, non de l'ordre intellectuel, mais de l'ordre affectif, ce qui explique comment des personnes douées de bon sens et surtout d'une grande bonté exercent parfois sur les aliénés un ascendant plus salutaire que les praticiens les plus savants, que les logiciens les plus rigoureux, si ceux-ci ne joignent à leur logique et à leur science des procédés habiles et des tendances affectueuses.

Il est bien temps, au reste, d'abandonner, même dans les mots, la fiction du traitement purement moral, et de ramener la thérapeutique de l'aliénation, comme il y faut forcément ramener la vie elle-même, à l'unité complexe de ses éléments.

Les affections dites mentales ne se guérissent ni d'un mot ni d'un souffle. A la manie récente, alors surtout qu'elle revêt un caractère plus ou moins aigu, il faut une médication active et puissante, sous peine de la voir aboutir à la démence. A son tour, la démence exige qu'on s'oppose médicalement à ses progrès, et l'idiotisme lui-même nécessite impérieusement l'action de tous les moyens propres à modifier favorablement la constitution.

M. Ferrus, préconisant surtout l'utilité des travaux agricoles, qui développent les puissances musculaires, régularisent l'innervation et tempèrent l'irritabilité nerveuse par l'action tonique et sédative d'un air pur, regrette que ces travaux, heureusement institués à Paris, il y a plus de trente années, d'après les inspirations médicales, par une administration hospitalière aussi éclairée que bienfaisante, aient été négligés, suspendus même par l'administration de l'assistance actuelle, qui les a appréciés parcimonieusement et hors des vues élevées qui les avaient fait admettre.

Après une courte critique du diagnostic différentiel de *fantaisie* que M. Bousquet trace de la folie et du délire aigu, M. Ferrus reproche à l'honorable rapporteur de s'être écarté des faits démontrés par l'observation, en refusant d'admettre pendant la durée de l'aliénation, et même avant son invasion, des troubles physiques, généraux et partiels de l'économie reconnus par tous les pathologistes spéciaux, modifications organiques auxquelles fréquemment semblent se rattacher les désordres consécutifs de l'intelligence.

Puis M. Ferrus signale les contradictions où est tombé M. Bousquet, qui ne place plus si carrément la folie en dehors de l'organisation, qui termine son rapport par les conclusions les plus favorables après une critique constante des opinions de M. Moreau, qui enfin, après avoir accusé les recherches anatomo-pathologiques d'une radicale impuissance, accorde un si large et si juste éloge aux services rendus par M. Bayle.

M. Ferrus proteste avec énergie contre l'accusation de stérilité dont M. Bousquet semble frapper les découvertes accomplies par une foule de chercheurs studieux sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. Les travaux si remarquables de Langermann, de Rolando, de Legallois, de Gall et Spurzheim, de Bell, de MM. Magendie, Serres, Foville, Flourens, Bouillaud, etc., sont restés pour lui lettres closes !

Passant ensuite à l'examen de la valeur des mots *délire* et *folie*, confondus par M. Moreau et si soigneusement distingués par M. Bousquet, l'orateur avoue que dans ses cours cliniques sur les maladies *du système nerveux*, il a personnellement contribué lui-même à vulgariser l'expression de *délire*, que Pinel et Fodéré avaient adoptée avant lui, et dont se sont servis plus tard Georget, MM. Falret et Baillarger.

Faire entrer définitivement le mot *délire* dans le vocabulaire de l'aliénation, c'était, suivant M. Ferrus, caractériser un grand fait et consacrer un grand principe ; car, en se servant de cette même expression pour le délire des maladies ordinaires comme pour le délire maniaque, tout en les distinguant l'un de l'autre par les épithètes de délire aigu ou chronique, de délire fébrile ou apyrétique, on arrivait à établir un rapprochement de nature et de siége qui donnait à l'aliénation le caractère pathologique qu'il paraît à l'orateur impossible de lui refuser, tandis que la *folie*, au contraire, sous-entendait une maladie sans matière, une pure affection de l'esprit.

M. Ferrus reconnaît les progrès que Descartes a imprimés à la médecine ; mais il pense que c'est beaucoup moins grâce à la doctrine physiologique qu'il a établie (pure hypothèse basée sur les notions d'anatomie et de physiologie les plus incomplètes et même les plus défectueuses), que pour avoir osé, au commencement du XVII^e^ siècle, identifier le principe dit immatériel à l'organisation, en lui donnant la glande pinéale pour siége et les esprits animaux pour instigateurs.

Cette fusion dans l'organisme animé du double principe de la vie, Descartes, au reste, ne l'avait pas seul ou pressentie ou admise.

Platon disait : « L'âme, c'est l'homme. »

Aristote identifiait si étroitement les deux principes qu'il n'osait *bien* positivement affirmer que l'un survécût à l'autre.

Tertullien faisait l'âme corporelle.

Et Leibnitz, la répandant dans le corps humain tout entier, mettait dans la *moindre particule de matière tout un monde de créatures*.

Parlant des éléments qui font la vie, Montaigne, à son tour, affirmait qu'il n'est pas possible de les désunir et qu'il *n'en faut pas faire à deux*.

« Ces idées sont les nôtres, dit en terminant M. Ferrus ; nous pensons que s'il existe dans la nature humaine deux principes, le Créateur les a formés réunis, qu'en donnant l'existence à l'homme et la faculté de la perpétuer, il a si intimement fondu ces principes l'un dans l'autre, que nous pouvons y voir, comme médecin et physiologiste, un tout absolument indivisible.

» A nos yeux, cette loi d'identification doit être la base rationnelle du traitement de l'aliénation ; car partout nous en retrouvons, dans l'organisation, les témoignages. Seule elle explique tous les phénomènes, dissipe les obscurités, guide et sauvegarde les applications, si bien que non-seulement nous dirons avec Montaigne que les deux principes ne font qu'un, mais qu'en réalité ils ne sont qu'un pendant la vie.

M. *Piorry* commence la lecture d'un discours que l'heure avancée ne lui permet pas d'achever. Nous analyserons ce travail dans le compte rendu de la prochaine séance.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Chassaignac* présente à l'Académie un testicule encéphaloïde, récemment opéré par le procédé de l'*écrasement linéaire*.

La séance est levée à cinq heures.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Des lettres de M. *Moride*, à Nantes, et de M. le docteur *Arnoux*, médecin-inspecteur des eaux de Saint-Denys-lez-Blois, à Blois, avec demande du titre de membre correspondant ; une lettre de remercîment de M. le docteur *Veyrat*, d'Aix en Savoie, membre correspondant.

Ouvrages offerts à la Société :

Notice sur les eaux de Fonsanche (Gard), par M. le docteur *Blouquier*.
Considérations physiologiques, etc., sur le foie, par M. le docteur *Fauconneau-Dufresne*.

MM. les docteurs *Germain*, à Salins et *Baud*, à Contrexeville, sont nommés membres correspondants ; M. le docteur *Bode*, à Nauheim (Hesse), correspondant étranger.

La Société, sur la proposition du bureau, adopte une *modification réglementaire* conçue dans les termes suivants :

« A partir de la session prochaine, le titre de membre titulaire ou de membre correspondant national ne sera accordé qu'après une lecture ou l'envoi d'un travail manuscrit sur quelques-unes des questions qui rentrent dans l'ordre habituel des travaux de la Société.

» Les communications manuscrites et les communications orales, s'il y a lieu pour ces dernières, seront renvoyées à une commission de trois membres, dont le rapport ne devra porter que sur la partie scientifique du travail.

» Les nominations continueront de se faire d'après la forme prescrite par l'article 3 du règlement. »

M. *le secrétaire général* donne lecture du programme des questions proposées à l'étude pour la session prochaine.

PREMIÈRE QUESTION. — *Traitement du rhumatisme par les eaux minérales.*

DEUXIÈME QUESTION. — *Les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, possèdent-elles des propriétés curatives autres que celles du soufre, du fer, du bicarbonate de soude ?*

(Voir pour l'*argument* de ces questions, les comptes rendus de la session dernière.)

TROISIÈME QUESTION. — *De l'action des eaux minérales dans le traitement des paralysies.*

Il est des maladies dans lesquelles un phénomène ou un ensemble de phénomènes, arrive à dominer et à s'isoler à ce point, qu'il ait à devenir l'objet d'une attention presque exclusive, et le but tout spécial de la thérapeutique. C'est dans ce sens qu'est entendue ici l'action des eaux minérales sur les paralysies.

La Société désire que les communications qui lui seront adressées sur ce sujet, portent surtout sur trois points principaux : 1° Les indications ; 2° le pronostic ; 3° le choix de la médication.

1° Les indications peuvent se déduire principalement : du diagnostic anatomique, suivant que la paralysie serait symptomatique ou essentielle, ou qu'elle rentrerait dans quelque forme particulière, comme les paralysies générales et leurs variétés ; de la durée de la maladie, ou de la période qu'elle a atteinte ; des circonstances étiologiques ou des conditions constitutionnelles qu'il est permis d'apprécier.

De ces trois ordres de considérations, le second, relatif à l'*époque de la maladie*, mérite particulièrement de fixer l'attention, comme étant un de ceux qu'il est le plus facile, et peut-être qu'il serait le plus profitable de formuler avec précision.

2° Le pronostic, relatif aux effets que l'on peut attendre du traitement thermal, doit être considéré dans les rapports avec les trois ordres de considérations que nous venons de signaler : le diagnostic, la durée de la maladie et les conditions constitutionnelles ou étiologiques. Un autre sujet rentre naturellement dans cette étude.

Les paralysies répondent tantôt à une période active de la maladie, tantôt à une époque que l'on peut appeler de guérison. Dans quelle mesure le traitement thermal peut-il avoir à s'adresser à l'une ou l'autre de ces conditions, et quelle part d'action est-il propre à exercer sur chacune de ces deux formes de la paralysie ?

3° Enfin, il serait à désirer que l'on possédât quelques données, au moyen desquelles on pût rapprocher les indications dont nous avons signalé plus haut des exemples, du choix de telle eau minérale, ou de tel mode d'administration du traitement thermal, sans oublier les conditions de localité qui s'y trouvent jointes.

QUATRIÈME QUESTION. — *Du traitement des maladies syphilitiques par les eaux minérales.*

La Société appelle l'attention des observateurs sur le traitement de la syphilis par les eaux minérales.

Les questions suivantes devront être particulièrement élucidées.

A quelle période et à quels accidents spéciaux de la syphilis, le traitement thermal doit-il être adressé de préférence, et avec le plus de chances de succès ?

Quelle influence les traitements antérieurs paraissent-ils de nature à exercer sur l'issue du traitement thermal ? Peut-il être opportun, et dans quelles circonstances, de combiner un traitement particulier avec l'usage des eaux minérales ?

Jusqu'à quel point les eaux minérales possèdent-elles la propriété de déterminer la manifestation d'accidents syphilitiques latents ?

L'action primitive des eaux doit être soigneusement distinguée de leur action consécutive, de telle sorte que la part respective de l'une et de l'autre puisse être appréciée avec quelque précision.

Il faut encore s'attacher, dans l'étude des modifications qu'elles peuvent exercer sur l'organisme, à séparer ce qui s'est adressé à l'état cachectique, dépendant ou de la maladie, ou d'un traitement antérieur, de ce qui s'est adressé à l'état spécifique.

CINQUIÈME QUESTION. — *De la composition chimique et de la production des vapeurs d'eaux minérales et de la disposition des locaux destinés à l'inhalation.*

La Société d'hydrologie médicale de Paris a consacré les séances des 9 et 23 février 1855 à entendre les communications qui lui ont été faites sur les questions qui se rattachent à l'inhalation et à la composition chimique des vapeurs d'eaux minérales. L'ensemble de ces communications lui a démontré l'utilité de recherches sur la composition de ces vapeurs dans les différents modes de production et sur les dispositions des locaux destinés à leur administration.

Sur la proposition de MM. J. François, et E. Lambron, la Société a nommé une commission composée de MM. le baron Thenard, président ; Patissier, J. François, L'héritier, E. Lambron, O. Henry fils, et Reveil, qu'elle a chargée de formuler un questionnaire motivé en vue de provoquer ces recherches qu'elle considère comme indispensables pour fixer et étendre la médication par les vapeurs d'eaux minérales.

Elle rappelle ici que la nature des vapeurs varie suivant leur mode de production, elles diffèrent suivant qu'elles sont le produit de l'évaporation spontanée à la température native de l'eau, suivant que l'on maintient artificiellement l'eau minérale à une température de plus en plus élevée ou bien que le liquide se concentre davantage. On active et on modifie ces vapeurs si l'on vient à exalter l'évaporation par des appareils spéciaux tels que des trompes ou bien des barboteurs à air ou à vapeur. Les vapeurs fournies par un générateur, celles données par la projection d'une faible quantité d'eau sur une pierre ou sur une plaque métallique chaudes, présentent également des conditions spéciales de composition.

On sait que les eaux minérales s'administrent à l'extérieur par la surface cutanée en bains, piscines, douches, d'eau ou de vapeur.

A l'intérieur : 1° par l'estomac en boisson ; 2° par les voies respiratoires à l'état de vapeurs, soit qu'on les respire directement et presque sans mélange avec l'air extérieur par des tubes ou bouches communiquant avec le milieu des vapeurs (aspiration, humage), soit qu'on les respire librement, mélangées naturellement avec l'air extérieur dans des locaux spéciaux faisant milieux (inhalation).

Ce dernier mode d'administration qui constitue l'inhalation proprement dite, est la seule question dont la Société d'hydrologie entend s'occuper pour le moment et pour laquelle elle désirerait provoquer des recherches combinées sur la composition des différentes vapeurs ;

Sur leurs meilleurs modes de production régulière ;

Sur les dispositions les plus convenables des locaux destinés à l'inhalation.

Composition des vapeurs. — La Société croit devoir poser les questions suivantes qui s'appliquent aux différents modes de production indiqués ci-dessus.

A. Nature des vapeurs spontanées des eaux minérales, non-seulement à la température naturelle de ces eaux, mais entre les limites de température de 15 degrés à 100 degrés centigrades et selon le degré de concentration du liquide ?

B. Conditions qui, dans l'évaporation des eaux minérales, favorisent ou arrêtent le dégagement des substances fixes ; étudier en particulier quelle peut être l'influence des corps en suspension poreux ou non qui auraient été ajoutés à l'eau ; s'assurer si tout en avançant le point d'ébullition, ces corps en suspension ne détermineraient pas des changements dans la composition des vapeurs?

C. Recherches des causes qui peuvent influencer l'exactitude des analyses d'eaux minérales et des moyens d'y porter remède?

D. Nature des vapeurs forcées, fournies par un générateur entre les limites de pression de une à trois atmosphères?

E. Recherches de l'influence que l'entraînement vésiculaire de l'eau par les vapeurs forcées exerce sur la composition de ces vapeurs?

F. Nature des vapeurs fournies dans le cas où l'on exalte l'évaporation soit par la caléfaction directe, soit par des barboteurs à air ou à vapeur, soit enfin par des appareils souffleurs. Etudier en particulier quelle peut être l'influence des gaz ou des vapeurs qui se dégagent plus ou moins rapidement d'une eau qui contient plus ou moins de matières salines?

L'expérience suivante jettera du jour sur la question :

Lorsqu'on verse de l'acide sulfurique concentré dans un vase contenant de l'eau et du zinc, le gaz hydrogène qui se dégage entraîne toujours avec lui de l'acide, pour peu que le courant soit rapide, il entraîne même du sulfate de zinc, si le courant était rapide et si la dissolution est concentrée.

Aussi, quand on recherche l'arsenic dans une substance, faut-il se garder de considérer comme taches arsénicales, celles qui ne se formeraient qu'après un dégagement de gaz hydrogène soutenu pendant assez longtemps et au moment où la liqueur contenant beaucoup de sulfate de zinc, on opère une vive effervescence par l'addition de l'acide sulfurique.

Ces taches ne sont que de l'oxysulfure de zinc ; on peut en couvrir des capsules.

G. Nature des vapeurs obtenues par la projection d'eau minérale sur une pierre, sur une plaque ou lentille métallique fortement chauffée ?

Dans ces recherches on devra tenir compte des dimensions du milieu dans lequel seront reçues les vapeurs.

On entrerait dans les vues pratiques que se propose la Société, si dans ces recherches on s'occupait des modifications que peuvent subir les vapeurs, soit par la respiration, soit par l'admission constante ou variable d'une quantité d'air extérieur convenable pour que ces vapeurs soient facilement respirables. C'est notamment entre les limites de température de 15 à 25 degrés centigrades que l'on devrait expérimenter les mélanges. De là les questions suivantes :

H. Recherches de la composition de l'air dans les locaux destinés à l'inhalation avant l'entrée, pendant le séjour et après la sortie des malades?

I. Recherches de la présence de matières provenant de la transpiration pulmonaire ou cutanée des malades?

Production des vapeurs. — S'il est nécessaire au praticien de connaître la nature des vapeurs qu'il administre dans les locaux d'inhalation, il n'est pas moins intéressant de savoir les meilleurs modes de produire les différentes variétés de vapeurs spontanées et forcées.

La détermination chimique de l'influence d'entraînement de l'eau vésiculaire dans les vapeurs forcées, n'acquiert de la valeur pratique qu'autant que l'on parviendra à déterminer les moyens de régulariser cet entraînement, et de l'annihiler au besoin, selon l'indication médicale. De là les questions suivantes, tout en tenant compte de l'état de concentration des liquides.

J. Recherches des appareils les plus propres à produire régulièrement et à volonté chacune des variétés de vapeurs indiquées ci-dessus?

K. Moyens de régulariser à volonté l'entraînement de l'eau vésiculaire dans les vapeurs forcées?

L. Appareils propres à la formation des vapeurs précipitées par la projection de l'eau minérale, soit sur des pierres, plaques métalliques chauffées, soit sur des lentilles métalliques chauffées, par un courant de vapeurs?

La Société appelle l'attention sur les moyens les plus propres à régulariser la production et l'admission des vapeurs. En vue de bien s'éclairer sur les faits de production de vapeur et de l'entraînement vésiculaire, elle a cru devoir poser les questions suivantes:

M. Rechercher l'ensemble des phénomènes de l'ordre physique et chimique qui, dans l'intérieur d'un générateur, président à la formation des vapeurs et à l'entraînement vésiculaire en tenant compte à la fois de la pression, de la concentration des différentes couches du liquide, de la section et de la position des prises de vapeur!

Disposition des locaux destinés à l'inhalation. — La Société, pénétrée de l'insuffisance de la pratique actuelle en matière d'inhalation, s'est sérieusement préoccupée des questions qui se rapportent à la disposition et à la division des locaux, aux limites de température particulièrement propres à ce mode d'administration, de la durée des séances et du traitement; enfin, de l'admission et du renouvellement combinés des vapeurs d'une part et de l'air extérieur d'autre part. C'est ce qui l'a conduite à poser les questions suivantes:

N. Rechercher la valeur relative des locaux spacieux ou réduits et à voûtes élevées ou surbaissées, ainsi que du traitement en commun ou isolé?

O. Effets physiologiques et thérapeutiques produits par l'inhalation en faisant varier non-seulement la température du milieu, mais aussi soit le degré de saturation intérieure des vapeurs de l'atmosphère des locaux, soit l'état hygrométrique?

P. Dispositions les plus convenables pour l'admission et le renouvellement facultatif de l'air extérieur, combiné avec l'admission régulière des vapeurs?

Q. Limites de la température propre à l'inhalation?

Il appartient aux chimistes de rechercher la composition de l'air expiré et autant que possible celles du sang et des sécrétions après l'inhalation; de son côté le clinicien doit étudier les effets physiologiques et thérapeutiques de ces mêmes vapeurs sur les organes et les différents appareils mentionnés.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Perforation du duodénum et du cæcum, celui-ci communiquant avec l'artère iliaque interne, par le docteur POWELL (de la Louisiane).

OBS. — Un nègre, âgé de trente ans, avait depuis plusieurs mois de fréquents accès de fièvre, pour lesquels on lui administrait souvent du calomel, de l'émétique et du sulfate de quinine. Il fut pris, sans causes connues, de tous les signes d'une péritonite suraiguë, avec vomissement d'une fétidité extraordinaire et douleurs spécialement fixées dans le côté droit de l'abdomen, et mourut en trois jours.

La cavité du péritoine renfermait une grande quantité de pus, et l'on trouva dans le duodénum, près de son extrémité pylorique, une perforation près de laquelle huit vers ascarides se trouvaient pelotonnés. L'appendice cæcal présentait une altération bien plus curieuse. Cet appendice était adhérent à l'artère iliaque interne. L'artère ayant été ouverte, on trouva vers sa partie supérieure une petite ouverture arrondie qui communiquait avec l'appendice et par laquelle des grumeaux de sang passaient dans ce dernier. L'adhérence était maintenue par un dépôt de lymphe plastique.

Les perforations intestinales ne constituent pas un accident rare à la suite de la fièvre typhoïde ou dans les affections tuberculeuses; elles siégent alors *presque* toujours dans l'intestin grêle. Cependant M. Leudet a publié dans le même tome (page 217) des cas de perforation du gros intestin consécutive à la fièvre typhoïde. Les perforations qui ont une autre origine ont, au contraire, leur siége habituel dans le cæcum. Sur vingt-huit observations de perforation intestinale que nous avons relevées dans les *Bulletins de la Société anatomique*, la moitié environ appartenait à ces dernières. La *Gazette hebdomadaire* a rendu compte l'année dernière (t. I, p. 114) d'observations dues à M. le professeur Forget (de Strasbourg) sur la *péritonite par perforation de l'appendice iléo-cæcal*, où cet accident a paru lié à l'existence de calculs stercoraux. Mais nous n'avons nulle part rien rencontré qui ressemblât à cette communication établie entre l'extrémité de l'appendice cæcal ulcéré et l'artère iliaque interne.

Les perforations du duodénum sont beaucoup plus rares. Nous n'en avons rencontré que deux observations dans les *Bulletins de la Société anatomique*, plus un troisième exemple cité par M. Cruveilhier. Dans tous ces cas (Robert, t. III, 2e édit., p. 171, 1828, et Lenepveu et Cruveilhier, t. XIV, p. 7, 1839), la perforation paraît s'être faite sur une vieille ulcération. C'était chez deux adultes et chez un jeune sujet. Il est difficile, dans l'observation du docteur Powell, de se faire une idée très précise de la nature de la perforation. (*The new Orleans medical and surgical Journal*, janvier 1855.)

Communication des deux ventricules du cœur; recherches nouvelles sur un point de l'anatomie du cœur, par le docteur HAUSKA.

Tous les travaux publiés sur la communication des ventricules du cœur, ceux de MM. Louis, Gintrac, Deguise, etc., ont insisté sur le siége fréquent de cette communication à la partie supérieure de la cloison interventriculaire, immédiatement au-dessous de l'origine de l'aorte. Sans entrer ici dans la question très ardue et souvent discutée de savoir si ces communications sont dues à un arrêt de développement ou à l'action d'une cause morbide, d'une phlegmasie, nous ferons connaître ici une circonstance anatomique particulière dont, nous le croyons, on a jusqu'ici peu ou point tenu compte. Il existe normalement, dit le professeur de l'École de médecine militaire viennoise, une partie de la paroi interventriculaire où la paroi musculaire fait normalement défaut. Dans ce point, les deux cavités ventriculaires ne sont séparées l'une de l'autre que par l'accolement de l'endocarde des deux cavités. Or, supposez cette membrane interne du cœur rendue fragile et friable par une endocardite antérieure, et vous pourrez facilement comprendre avec quelle facilité une communication s'établit entre les deux ventricules. Sans que la communication existe, l'exagération de cet enfoncement dans la paroi ventriculaire peut donner lieu à cette lésion connue sous le nom d'anévrysme de la cloison, altération rare sur laquelle notre collaborateur M. Leudet insistait il y a quelques années dans les *Mémoires de la société de biologie de Paris*. Cette partie si peu résistante de la cloison interventriculaire a été constamment retrouvée par M. Hauska sur plus de trois cents autopsies, et nous avons pu nous-même vérifier l'exactitude de cette proposition. Elle est placée à la partie supérieure de la cloison au-dessous du bord convexe des valvules aortiques, entre les valvules droite et postérieure; en arrière et dans le ventricule droit, elle correspond à une des valves de la valvule tricuspide; la forme de cet espace est celle d'un parallélogramme allongé; la paroi qui sépare dans ce point les deux ventricules est si mince qu'elle jouit

d'une transparence presque parfaite. Cette disposition particulière s'observe à tous les âges de la vie, chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte ou chez le vieillard. (*Wiener Med. Wochens*, n° 9, p. 133.)

Fœtus in fœtu, par le docteur WEBER.

Le fait rapporté par M. Weber est remarquable à plus d'un titre, et il est à regretter que le journal auquel nous l'empruntons ne le donne pas avec tous les détails qu'il comporte. A dire vrai, il y a de fortes raisons de douter qu'il s'agisse bien réellement d'un fœtus dans un fœtus. La présence de véritables articulations et d'os bien déterminés exclut à la vérité l'idée de productions épidermoïdes; mais la présence de ces parties n'exclut pas l'idée d'un fœtus adhérent, en partie résorbé avec le liquide amniotique pendant le cours de la grossesse. Au contraire, tout semble confirmer que c'est bien là la véritable interprétation de ce fait.

OBS. — Un enfant né avec une tumeur à la région sacrée, grosse comme la tête d'un fœtus, fut porté, deux mois après sa naissance, le 30 novembre 1853, à la clinique chirurgicale de Bonn. La tumeur s'était sensiblement accrue; elle tenait au sacrum par une large base, était adhérente et immobile, mais très molle, à l'exception de deux parties solides unies au sacrum. La tumeur fut enlevée; la suppuration s'établit dans la plaie, mais la guérison ne se fit pas attendre très longtemps et l'enfant fut renvoyé au commencement de 1854.

L'examen de la tumeur fit reconnaître deux doigts, composés de leurs trois phalanges complètes et de l'ongle. Ces doigts étaient unis d'une manière apparente à une espèce d'articulation métacarpienne et à quelques ligaments articulaires de la main fixés au sacrum. Ces parties formaient la base de la tumeur dont un tissu très mou, lardacé, constituait la plus grande partie. Dans le voisinage de sa surface on trouva un kyste du volume d'un œuf d'oie, contenant environ deux onces d'un liquide jaune verdâtre. L'examen microscopique de ce liquide y fit reconnaître des globules sanguins, des rudiments d'épithélium et quelques granules graisseux. L'examen chimique, fait par Bœcher, ne constata ni fibrine, ni albumine dans ce liquide, qu'on fut conduit à comparer à ce que Scherer a décrit sous le nom de *paralbumine*. (*The British and Foreign medico-chirurgical Review*, 1854.)

Observation d'hystérie chez un homme, par EDWIN N. CHAPMAN.

OBS. — Cette observation est relative à un jeune homme de vingt et un ans, droguiste, auprès duquel l'auteur fut appelé au moment où, causant tranquillement dans un magasin, il venait tout à coup de tomber à terre privé de sentiment et de mouvement. Cet individu demeura pendant deux heures privé de connaissance, mais avec des paroxysmes convulsifs, dont la forme bizarre représentait exactement (avec une respiration comme convulsive et singulière, et l'ensemble des symptômes, le refroidissement des extrémités, le rapetissement du pouls, le calme extrême dans l'intervalle des paroxysmes), une attaque d'hystérie. A la suite de l'accès, le malade reconnut aussitôt les personnes qui l'environnaient, mais il fut pris d'une extrême gaieté et de fou rire. Il rendit beaucoup de gaz et une quantité considérable d'urine à peu près décolorée. De semblables accès se montraient à des époques assez rapprochées, puis étaient séparés à de longs intervalles. Ils étaient attribués à une blessure grave et très profonde que le sujet avait reçue au poignet, dans sa première jeunesse et aussi à des chagrins de famille.

Cette observation n'est pas autrement suivie, et est simplement donnée comme un exemple d'hystérie chez l'homme. M. Sandras affirme avoir rencontré plusieurs fois de véritables hystéries chez l'homme, toutes semblables à celles qu'on observe chez la femme (*Traité des maladies nerveuses*, 1851, t. I, p. 171). M. Landouzy fait remarquer avec justesse (*Traité complet de l'hystérie*, 1846, p. 219) que dans la plupart des cas d'hystérie rapportés par les auteurs, il a manqué quelques-uns des caractères de l'hystérie chez la femme. Il ne faudrait pas, nous pensons, en conclure que le nom d'hystérie (étymologie à part) ne serait pas applicable aux faits de ce genre; car il serait plutôt extraordinaire qu'une névrose de ce genre se montrât sous une forme absolument identique dans les deux sexes, malgré la différence d'organisation qui les sépare. (*New-York medical Times*, December 1854.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Médecine et hygiène des Arabes, par le Dr E.-L. BERTHERAND. 1 volume in-8.

Médecine et hygiène chez les Arabes! Voilà un titre négatif, s'il en fut; car, M. Bertherand le démontre lui-même, il n'y a ni médecine ni hygiène, scientifiquement parlant, chez les Arabes en général, et surtout chez les Algériens, dont il s'occupe spécialement.

« Étant constaté un tel abaissement intellectuel, dit-il dans son premier chapitre, chez les peuplades vouées au mahométisme, il suffit d'interroger toutes les relations des voyageurs pour se convaincre en particulier de la triste situation de la médecine et de son exercice chez chacune d'elles. »

Cela étant dit des Arabes en général, l'auteur ajoute, en ce qui concerne les Algériens: « Qu'est-ce, enfin, que cette science dont on a doté les chirurgiens arabes de l'Algérie? Amas confus de formules traditionnelles, appliquées sans indications particulières, sans intelligence, sans raisons théoriques; c'est de l'empirisme au plus haut degré. Et quel empirisme, encore! »

Il n'est que trop vrai: empirisme grossier, pratiques superstitieuses, ridicules ou barbares, telle est, en deux mots, la médecine des Arabes.

Quant à l'hygiène, elle se réduit aux pratiques individuelles prescrites par le Coran, dans lequel se trouvent inscrits encore diverses prescriptions médico-légales.

Chargé du service médical de divers bureaux arabes, M. Bertherand a pu faire de ce côté, au contact des indigènes, de nombreuses et intéressantes glanes, dont l'ensemble eût mieux été intitulé: *Des mœurs et coutumes des Arabes*, par un médecin.

Toutefois, nous avons moins à nous occuper de ce qu'aurait pu faire l'auteur que de ce qu'il a fait; disons donc que son livre se divise en trois sections: 1° du médecin arabe; 2° hygiène des Arabes; 3° maladies et médecine des Arabes, dernière section qui est peut-être trop souvent la répétition des deux premières.

Cet écueil, l'auteur n'a pas su l'éviter faute d'un cadre méthodique, d'autant plus indispensable, cependant, qu'il avait un sujet plus complexe. Tout l'ouvrage, d'ailleurs, semble être plutôt la reproduction d'une série de notes écrites au jour le jour, qu'une étude méthodique du sujet. Parfois même, le manque d'enchaînement est tel, que l'auteur a cru devoir marquer la diversité des questions par de simples traits intercalés.

Nous ne pouvons non plus nous empêcher de signaler un genre de défaut auquel nous n'avons pas coutume de nous arrêter: c'est la négligence trop complète du point de vue typographique. Un prote attentif étendrait beaucoup la liste déjà bien longue des *errata* placée à la fin du volume, et, ce qui est plus grave, il rectifierait bien des mots et des imperfections de langage. Par exemple, pour ne signaler que ce qui nous tombe actuellement sous les yeux, nous disons *boîte crânienne*, et nous sommes surpris qu'à Lille on écrive *boëte;* nous croyons aussi qu'on dit *l'hyène*, et non pas *la hyène; réflexion de la lumière*, et non pas *reflection*, et il est à supposer que M. Bertherand veut dire *mouton rôti*, quand il parle de *mouton roussolé*.

Mais laissons les querelles de mots pour un côté plus sérieux d'analyse critique. Sous le rapport de la topographie, M. Bertherand divise l'Algérie en trois zones. Comme lui et avant lui, nous avons parcouru le nord de l'Afrique, et nous avons observé qu'outre la zone du littoral et les deux zones de l'Atlas, l'Algérie proprement dite offre, surtout dans la province de Titeri, une quatrième zone bien distincte, celle des plaines intérieures, dont nous citerons comme types les vallées du Chélif et de la Nina; zone très importante à étudier, tant au point de vue du climat qu'à celui de la colonisation.

A la suite de diverses données météorologiques, M. Bertherand vient à parler du vent du désert, du sirocco, et il fait cette réflexion qui nous surprend: « Il dure (le sirocco) depuis quelques

heures jusqu'à trois jours ; il est tellement anhydre, que l'*hygromètre a été vu descendre à 20 degrés au-dessous de zéro* (Biskara). » Nous avons vu en Algérie des hygromètres de Saussure ou à cheveu, dont l'échelle avait pour point extrême de sécheresse zéro, et pour point de saturation extrême, 100 degrés. Par contre, nous nous sommes servi en Italie de l'hygromètre à mercure de Pizzali, qui portait *umido massimo* à zéro, et *secco estremo* à 100 degrés. En un mot, si nous avons bonne souvenance de la graduation des hygromètres, toujours les points extrêmes de leur échelle sont compris entre zéro et 100 degrés. De quel hygromètre se sert-on donc à Biskara, pour le voir *descendre à 20 degrés au-dessous de zéro?* Quelques indications à cet égard n'eussent pas été de trop dans l'ouvrage de M. Bertherand.

Quoi qu'il en soit de l'hygromètre de Biskara, nous sommes d'accord avec M. Bertherand pour reconnaître que l'air est extrêmement sec en Algérie quand le sirocco souffle, tandis qu'habituellement l'état hygrométrique de l'atmosphère sur le littoral, dans les plaines et les vallées, est très marqué, surtout le matin.

Mais quelle est la source de cette humidité? Pour M. Bertherand, elle serait dans les marécages. Or, sait-on quelle est la superficie des points marécageux? M. Bertherand nous l'apprend lui-même : « On évalue à *un millième* de toute la superficie de l'Algérie la quantité de terres submergées ou marécageuses. » Ce point est très important à noter; car, même en réservant pour le moment la grave question des influx miasmatiques, sur laquelle la *Gazette hebdomadaire* n'a pas encore souscrit à nos opinions personnelles (voir tome Ier, page 729), la déclaration de M. Bertherand montre qu'il est impossible de placer *toute l'étiologie* des fièvres dans les influences de marécages si restreints proportionnellement à l'étendue du territoire.

On observe en effet, aux diverses saisons en Algérie, mais surtout pendant les chaleurs, que non-seulement les fièvres règnent dans la sphère assignée à l'action des marais et dans les plaines, mais qu'on en rencontre aussi dans les parties du territoire réputées les plus saines, même dans les massifs des zones montagneuses, à une moyenne de 1000 mètres au-dessus de la mer, comme à Sétif, Constantine, Médéah, Milianah, Tiaret, Téniet-el-Haad.

D'autre part, en petit nombre à la saison froide, les fièvres vont croissant avec les chaleurs; et, endémiques dans les autres saisons, elles deviennent endémo-épidémiques en été sur de prodigieuses proportions ; c'est-à-dire que dans cette saison, qui comprend juillet, août, septembre et octobre, le chiffre des entrants aux hôpitaux dépasse celui des huit autres mois réunis.

Enfin on observe encore, surtout pendant les chaleurs, qu'en dehors de toute influence palustre, la plus puissante cause des fièvres est le refroidissement subit, le corps étant en sueur.

L'Arabe est superstitieux et fataliste, ce qui fait dire à M. Bertherand : « On n'ose réellement point penser aux terribles conséquences de toutes ces extravagances de l'imagination. Un fléau épidémique vient-il à sévir, l'explication de son invasion est facilement trouvée : c'est tout uniment une volonté de Dieu, qui croit devoir diminuer la population, éprouver les hommes, punir les mécréants, etc. Cette théorie semble commode pour l'ignorante nation, qui n'a plus dès lors à s'occuper de la recherche d'un traitement; car aux yeux de tous, qui oserait et pourrait s'opposer aux décrets de l'Être suprême? L'heure de chacun n'est-elle pas marquée sur le grand livre? Du moment que le musulman ne voit dans la maladie qu'une punition du Tout-Puissant, il ne lui reste plus qu'à s'incliner. »

L'Arabe pourrait bien ne pas s'accommoder d'une pitié un peu trop orgueilleuse, car il pourrait nous répondre de son côté : « Esprits forts qui vous riez de nous, vous avez bien vos superstitions aussi ! Cette fièvre rémittente ataxo-adynamique, avec prédominance de symptômes bilieux et complication de pétéchies et de bubons, que nous appelons *bakla*, vos savants l'appellent *peste*. Or, la superstition n'est-elle entrée pour rien dans les précautions que vous avez prises contre les envahissements du mal? Vos quarantaines, vos lazarets, dont vous commencez seulement à adoucir la rigueur, n'ont-ils pas touché de près le ridicule? En dépit de vos entraves, toujours onéreuses pour les intérêts d'un pays, parfois ruineuses et désastreuses, trop souvent fécondes en drames lugubres, — car vos lazarets furent plus d'une fois des charniers où la barbarie de la peur fit des hécatombes, — le fléau passa par-dessus vos toiles d'araignée pour sévir sur une contrée tout entière. Le midi de la France porte encore le deuil des pestes d'il y a un siècle. Et que vit-on alors? Vos populations, saisies d'une terreur panique, fuir à la débandade dans toutes les directions, des parents fuir leurs proches, grand nombre de fonctionnaires déserter leur poste, les services publics tomber en désarroi, la famine se joindre à la maladie et l'exaspérer davantage encore. »

Dans sa conclusion, l'auteur cherche à faire ressortir l'importance du rôle civilisateur que le médecin français est appelé à remplir parmi les indigènes. En tant qu'homme de l'art, portant soulagement aux maux qu'il rencontrera sur son passage, donnant les conseils qui, au point de vue prophylactique et hygiénique, concourront à améliorer les conditions où vivent les populations arabes, et faisant aimer l'administration française en la montrant intelligente, prévoyante, pleine de sollicitude et d'humanité, oui, assurément, la mission du médecin est belle et éminemment civilisatrice. Mais ce que nous ne saurions admettre, ni avec M. Bertherand ni avec nul autre, c'est que le médecin, sortant de son sacerdoce essentiellement humanitaire, pût devenir, en quelque sorte, un agent de renseignements, comme on le propose dans le passage suivant :

« Un autre avantage, dit M. Bertherand, de l'influence médicale, est celle qui a été résumée ainsi par un officier des bureaux : « Bien des renseignements que ne peuvent avoir les chefs des bu- » reaux arabes seraient recueillis par les docteurs, bien des nou- » velles apprises par eux. »

Ah! cette phrase est de trop, honoré confrère; effacez-la!

ARMAND.

VIII.

VARIÉTÉS.

— On lit dans le *Moniteur* :

« Aujourd'hui toutes les troupes habitent de grandes tentes; chaque corps a une infirmerie sous baraque, destinée à recevoir les hommes atteints d'affections légères, et à éviter l'encombrement des ambulances. Dans ces dernières, des baraques bien aérées et convenablement placées ont partout remplacé les tentes. Les résultats obtenus prouvent que ces diverses précautions n'ont pas été prises inutilement.

» L'état sanitaire est aussi bon qu'il était possible de l'espérer. Le nombre des hommes entrés aux ambulances, qui avait été de 7,585 pendant le mois de mars, s'est réduit en avril à 5,600, tandis que celui des sorties après guérison s'est élevé de 1,064 à 1,399. Et cependant, par suite des opérations du siége, nos ambulances ont reçu, pendant le mois d'avril, un nombre d'hommes blessés par le feu de l'ennemi plus considérable que celui du mois précédent.

» L'armée de Crimée se trouve donc dans de bonnes conditions pour accomplir la mission qui lui est confiée. »

— M. A. Devergie commencera demain vendredi, à l'hôpital Saint-Louis, son cours clinique sur les maladies de la peau. La visite à huit heures ; la leçon à neuf heures.

— M. le docteur Duchesne-Duparc a ouvert son cours public sur les maladies de la peau, à sa clinique de la rue Larrey, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à onze heures précises du matin.

— M. le docteur Marchal, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Strasbourg, a succombé le 2 de ce mois, à l'âge de quarante-neuf ans, au typhus qu'il avait contracté dans les prisons de Strasbourg, dont il était le médecin depuis plus de vingt ans. M. le professeur Stoltz, son collègue et son ami, a prononcé quelques paroles sur sa tombe.

— M. de Backer, doyen d'âge des médecins belges, est mort à Gheel, le 7 mai, à l'âge de quatre-vingt-dix ans. En 1790, il avait été reçu docteur de l'université de Louvain, dont il fut plus tard un des lauréats.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Il n'est jamais trop tard pour relever les erreurs qui blessent à la fois les intérêts et les sentiments.

Permettez-moi donc de vous adresser l'*erratum* officiel qui doit être fait au compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 20 mars 1855, dans laquelle votre estimable journal fait dire à M. le professeur Bouillaud que la doctrine vitaliste de la *Revue médicale* aurait des rapports d'origine avec les rêves d'Hahnemann. Voici les paroles de M. Bouillaud, copiées dans le *Bulletin de l'Académie*, t. XX, p. 700, et dans sa réponse à M. Sales-Girons, insérée dans la *Revue médicale* du 30 avril 1855 :

« .... Que la *Revue* ne s'étonne pas si M. Bousquet n'est pas vitaliste comme M. Piorry ; si M. Piorry ne l'est pas comme M. le professeur Cayol; si l'École de Paris ne l'est pas comme celle de Montpellier ; si M. Cayol lui-même ne l'est pas à la façon de ceux qui, adoptant les rêveries d'un cerveau malade (*ægri somnia*), se sont constitués les disciples du dynamisme homœopathique, et n'ont pas reculé devant l'énormité de placer Hahnemann et saint Thomas d'Aquin à côté l'un de l'autre. »

Docteur SALES-GIRONS,
Rédacteur en chef de la *Revue médicale*.

Paris, le 15 mai 1855.

— En accueillant cette réclamation de notre très honorable collègue, nous ne pouvons nous dispenser de faire remarquer : 1° Qu'il n'est aucunement question, dans notre compte rendu (voir n° 12, p. 219), de la *doctrine vitaliste* de la *Revue médicale*, mais seulement des néo-vitalistes en général, dont s'est occupé en effet M. Bouillaud ; 2° que le passage dont la rectification nous est demandée est conforme à la version de tous les autres organes de la presse qui ont, comme nous, un rédacteur spécial des séances ; 3° que les orateurs corrigeant parfois, au *Bulletin de l'Académie*, ce qui leur échappe dans la vivacité de l'improvisation, les comptes rendus du *Bulletin* ne peuvent être considérés comme la reproduction exacte et fidèle de *ce qui se dit à la tribune*. A. D.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Avril. Mystiques extatiques et stigmatisés, par *A. Maury*. — Paralysie générale, par *Trélat*. — Rapport médico-légal sur un cas d'imbécillité, avec penchant au meurtre, par *Gérard-Marchant*. — Rapport médico-légal sur un individu accusé d'incendie volontaire, par *Morel*.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Mai. Sur le cancer du foie, par *Monneret*. — Traitement de l'anus contre nature par la suture directe. Sur les hernies latentes ; Injections iodées dans les fistules intestinales, par *Chassaignac*. — Cure radicale des hernies, par *Gerdy*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 avril. Inhalation de chloroforme dans un cas de convulsion avec spasme de la glotte, par *Marrotte*. — Dix années de pratique d'accouchements, par *Maslieurat-Lagémard*. — Modification des propriétés irritantes du perchlorure de fer par son union avec l'ergotine, par *Bonjean*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Avril. De la maladie du coït, par *Rodloff*. — Le crapaud est-il une affection locale ? par *Anginiard* fils. — Jurisprudence vétérinaire, par *Bouley*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 avril. Difficultés de l'opération de la trachéotomie, par *Chassaignac*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Janvier. Nature et traitement de la fièvre cérébrale, par *Léon Liégard*. — Siége et principales variétés de la cataracte, par *Malgaigne*. — Enroulement de la tubérosité bicipitale du radius en arrière et en dehors du bord correspondant du cubitus, par *Bourguet*. — Février. Fièvres cérébrales (suite), par *Liégard*. — Sur la cataracte (suite), par *Malgaigne*. — Cautérisation des hémorrhoïdes par le fer rouge, par *Artaud*. — Mars. Phlegmasies exsudatives, par *Monneret*. — Corps articulaires; leur extraction par la méthode sous-cutanée, par *Chassaignac*. — Avril. Sur les phlegmasies spécifiques, par *Monneret*. — Variétés de luxation de l'astragale, par *Foucher*. — Anévrysmes traités par les caustiques, par *Gironard*. — Nouveau procédé pour l'amputation du bras dans l'articulation scapulo-humérale, par *Boulard*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 8. Principes généraux de la clinique médicale, par *Teissier*. — Corps étrangers dans les voies aériennes ; trachéotomie, guérison, par *Benoît*. — Du séton caustique, par *Bron*.—Des extraits gommeux d'alcoolature pour l'administration des principes actifs des végétaux, par *Guilliermond*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Avril. Traitement des anévrysmes par la méthode de Hunter et le procédé de Jones, par *Laforgue*. — Études tératologiques, par *Joly* et *Lavocat*.

RAPPORT GÉNÉRAL DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE GANNAT. — 8e année. (Mode d'activité de la moelle, irritation spinale, diabète, luxation de l'articulation tibio-tarsienne, fièvre pernicieuse, plaie pénétrante de poitrine, blessure de la trachée, autocratie de la nature, morsure des serpents venimeux, morsure du crotale, fractures vertébrales, fièvres intermittentes, surdité rhumatismale, emploi du collodium.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 8. Philosophie médicale, par *L. Saurel*. — Épilepsie vermineuse, par *Arland*. — Possibilité de rappeler à la vie les enfants nouveau-nés, longtemps après la mort apparente, par *Cabaret*. — Fièvre pernicieuse, par *Arnaud*. — Valeur de l'homœopathie, par *F. Roux*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 6. Rapport sur la cautérisation électrique des tumeurs érectiles veineuses, par *Michaux*. — Note sur les attelles modelées, par *Burggraeve*. — Discussion sur l'inoculation des bêtes bovines.

LA PRESSE MÉDICALE BELGE. — Du cyanhydrate de morphine et de ses usages thérapeutiques, par *Vanden-Corput*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 121. Maladie syphilitique des cartilages du larynx, par *L. Parker*. — Blessures par armes à feu, par *Norman*. — 122. Doctrines anciennes et modernes du cancer, par *A. Henry*. — Mélanges d'ophthalmologie, par *Salomon*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 851. Emploi local de l'acide nitrique dans certaines formes de prolapsus du rectum, par *Fleming*. — Cas de prolapsus du rectum, par *Mac-Dowel*. — 852. Imperfection des bougies de gutta-percha, par *Williams*. — Œdème du scrotum. — Injection iodée contre l'hydropisie de l'ovaire.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 252. Sur les tumeurs fibreuses de l'utérus, par *Rigby*. — Application du microscope à la toxicologie, par *Birkett*. — Calcul retenu par un phimosis congénital et enlevé par l'opération, par *S. Rhind*. — 253. Forme de dyspepsie qui souvent précède et accompagne la phthisie, par *J. Hutchinson*.

THE LANCET. — Nos 17. Quelques cas de laryngotomie, par *J. Erichson*. — Traitement de la sciatique par l'huile de croton, par *H. Hancock*. — Sur la fausse grossesse, par *Burke Ryan*. — Prophylaxie du choléra, par *G. Beaman*. — 18. Traité de l'otorrhée, par *Yearsley*. — Cas de plaie par arme à feu, par *Parker-Lawrence*. — Clinique.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 181. Pneumonie chronique (suite), par *A. Romero y Linares*. — 182. *Idem*. — 183 — 184. — Terribles effets de la poudre blanche, dite poudre de *Reura*, par *J. Escaloya*. — 185. Empyème abdominal avec kyste hydatique, par *J. Santaolaria*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 68. Rapports de la thérapeutique et de la pathologie, par *Nieto*. — Études sur le cancer, par *G. Olivares*. — 69. *Idem*. — Philosophie médicale, par *Quintana*. — Sur le *typhus nostras*, par *Gimeno*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 54. Diagnostic et curabilité du cancer, par *Barbosa*. — Clinique.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 17. Choléra d'Alexandrie, par *Molina*. — 18. *Idem*. Traitement de l'ophthalmie granuleuse, par *A. Olioli*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 17. Choléra de Pise (suite), par *Puccianti*. — Empoisonnement par les allumettes phosphoriques, par *Biscioni*. — 18. Fièvre miliaire typhoïde; emploi des antimoniaux, par *G. Jerpi*. — Sur la prostatonyxis, par *Taruffi* et *Berti*. — Cas de contracture dans la grossesse, par *Burresi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 14. Étude sur M. Guislain, de Gand, par *Biffi*. — 15. Bruits pathologiques du cœur, par *G. Perini*. — 16. Sur les préparations cadavériques du professeur Gorini, par *G. Strambio*. — Fistule stercorale guérie spontanément, par *M. Morini*. — 17. Rétention du sang menstruel par atrésie du vagin, par *G. Melchiori*. — Inoculation du choléra aux animaux domestiques, par *G. Elelli*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 18. Rapport sur le choléra (suite), par *Parola*. — Clinique ophthalmologique, par *Alessi*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 15 avril. Histoire du choléra de Versilia (suite), par *Linoli*.

IL PROGRESSO (Genova). — Avril. Choléra de Gênes, par *Massone*. — Observation sur le croup, par *Pasquali*.

Livres nouveaux.

GUIDE PRATIQUE DU MÉDECIN ET DU MALADE AUX EAUX MINÉRALES DE FRANCE, DE BELGIQUE, D'ALLEMAGNE, DE SUISSE, DE SAVOIE, D'ITALIE ET AUX BAINS DE MER, suivi de considérations générales sur le traitement hydrothérapique, par le docteur *Constantin James*. Troisième édition, avec une carte itinéraire des eaux et de nombreuses vignettes gravées sur acier et imprimées sur Chine, représentant les principaux établissements thermaux. 1 fort volume grand in-18 de 600 pages. Paris, 1855. Victor Masson, place de l'École-de-Médecine, 17. Prix : broché, 7 fr.; cartonné, 8 fr. 50.

MÉMOIRE SUR LA CONDITION MORBIDE DE LA LUETTE et sur l'influence qu'elle exerce comme cause de nombreuses maladies, par le docteur *Fulgence Fiévée de Jeumont*. In-8 de 80 pag. Paris, J. Hamel. 1 fr. 25

PHILOSOPHIE MÉDICALE. ESPRIT DU VITALISME ET DE L'ORGANICISME, ou Examen critique des doctrines médicales des écoles de Paris et de Montpellier, par le docteur *Édouard Auber*. In-8 de 44 pag. Paris, Germer Baillière. Prix. 2 fr.

PHYSIQUE MÉDICALE. De la chaleur produite par les êtres vivants, par le professeur *J. Gavarret*. 1 vol. grand in-18 de IV—564 pag., avec 41 figures dans le texte. Paris, Victor Masson. 6 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME II. — PARIS, 1er JUIN 1855. — N° 22.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret en date du 22 mai 1855, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. FLOURENS, membre de l'Académie des sciences de l'Institut impérial de France, est nommé professeur de la chaire d'histoire naturelle des corps organisés, vacante au Collége impérial de France, par le décès de M. Duvernoy.

— Par arrêté de S. Exc. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 mai 1855, les membres de la Faculté des lettres de Douai et de la Faculté des sciences de Lille se rendront à Amiens pendant la session d'août 1855, pour y procéder simultanément aux examens du baccalauréat ès lettres et du baccalauréat ès sciences.

Un arrêté semblable contient une disposition analogue pour les facultés des lettres et des sciences qui tiendront une session à Moulins.

— Par décrets en date du 30 mai 1855, rendus sur la proposition de S. Exc. M. le Ministre de l'instruction publique, les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de RENNES et de NANTES ont été réorganisées sur le plan adopté en séance du conseil impérial de l'instruction publique, le 11 juillet dernier, pour l'école préparatoire de médecine de Lyon.

Aux termes des deux nouveaux décrets, l'enseignement dans les écoles de Rennes et de Nantes est constitué ainsi qu'il suit :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints, dans lesdites écoles, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne ;
A la chaire d'anatomie et physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et de physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

FEUILLETON.

Les Facultés de médecine d'Allemagne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GŒTTINGUE.

La seule faculté médicale du royaume de Hanovre, l'école de Gœttingue, s'est enrichie, depuis quelques années, de nombreux éléments d'instruction. Au lieu de ne disposer, comme autrefois, que d'un petit nombre de malades soignés dans des cliniques particulières, elle possède aujourd'hui un hôpital élevé par les soins du roi précédent Ernest-Auguste, un édifice spécial consacré aux études anatomiques, un laboratoire de physiologie et un autre de chimie. Ces divers établissements, de même que la clinique d'accouchements, sont situés dans des quartiers différents ; le peu d'étendue de la ville, en rapprochant les distances, diminue les inconvénients qui pourraient, dans une grande ville, en résulter pour les élèves. Comme on le voit, sous le rapport des institutions, la Faculté de Gœttingue est dotée avec une richesse que l'on cherche en vain dans beaucoup d'autres écoles, et surtout dans les facultés françaises.

L'hôpital Ernest-Auguste renferme deux services : l'un, de chirurgie, sert à l'enseignement de la clinique chirurgicale ; l'autre, de médecine, à la clinique interne. Le premier est placé sous la direction du professeur Baum, le second sous celle du professeur Fuchs. Le peu d'étendue de l'édifice permet d'attribuer, au plus, une quarantaine de malades à chaque service. Ces malades sont placés dans des salles trop petites ; les lits, trop peu éloignés les uns des autres, permettent à peine à un nombre d'élèves très restreint de se presser autour du malade, de recueillir les paroles du maître, et de bien constater les phénomènes physiques dont il signale l'existence. Le peu d'espace dans cet hôpital a également frappé un de nos confrères de Strasbourg, qui a publié un compte rendu du dernier congrès médical de Gœttingue dans la *Gazette médicale de Strasbourg*. Sous le rapport de la propreté, nous n'avons rien à reprocher aux dispositions générales. Cet hôpital contient, outre les services, deux salles de cours pour les cliniques et un petit musée d'anatomie pathologique. Nous ne terminerons pas ce que nous avons à dire de cet hôpital sans signaler tout le parti que le corps médical y sait tirer de l'étude au lit du malade. Sous la surveillance et avec l'agrément des chefs de service, plusieurs jeunes professeurs, dans des cours particuliers ou publics, mais faisant toujours partie du cadre officiel de l'Université, initient les élèves aux recherches pratiques et à l'exploration physique des organes. C'est

Il est également attaché aux écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de Rennes et de Nantes :

Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 16 au 26 mai 1855.

96. PETIT, Désiré-Pierre-Michel, né le 18 mai 1819, à Brest (Finistère). [*Considérations hygiéniques et médicales sur la colique sèche des pays chauds.*]

97. MONTIER, Émile, né le 28 mars 1828, à Paris (Seine). [*Du parallèle entre l'opération césarienne et l'embryotomie.*]

98. SIROST, Louis-Hippolyte-Alexandre, né le 4 octobre 1828, à la Chapelle-Lasson (Marne). [*Des principaux soins que réclame la première enfance.*]

99. FAUVELLE, Louis-Jules, né le 17 avril 1830, à Coucy-le-Château (Aisne). [*Du traitement de la fièvre typhoïde.*]

100. MARTIN, Jean-Baptiste-Antonin, né le 24 mai 1826, à Thionville (Moselle). [*Considérations sur l'intoxication tellurienne en Algérie.*]

101. DRIOT, Hippolyte-Jean-François, né le 13 août 1824, à Pontoise (Seine-et-Oise). [*De l'attaitement artificiel.*]

102. MASSON, Élie-Narcisse, né le 3 juin 1829, à Ardres (Pas-de-Calais). [*Traitement de la fistule lacrymale par le cautère actuel.*]

103. FOURRIER, Edme-Alfred, né le 11 janvier 1830, à Vassy (Haute-Marne). [*Du choléra.*]

104. LANGLOIS, Hippolyte-Octave, né le 23 octobre 1826, à May (Calvados). [*De l'éclampsie puerpérale.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 31 mai 1855.

COUP D'ŒIL SUR DEUX SYSTÈMES D'URÉTHROTOMIE. — LA NOMENCLATURE DE M. PIORRY JUGÉE A ATHÈNES. — SUR LA TRANSMISSIBILITÉ CONTAGIEUSE DU CHOLÉRA DE L'HOMME AUX ANIMAUX.

L'uréthrotomie, comme moyen curatif des rétrécissements du canal urinaire, se présente de nouveau à l'ordre du jour. Cette méthode si *dédaignée* jadis, — pour laquelle, il n'y a que vingt ans, les autorités classiques n'avaient pas de formules de blâme trop sévères, — s'est graduellement relevée de la proscription que beaucoup de pusillanimité de la part des clients, un peu d'arbitraire de la part des médecins, avaient fait peser sur elle. Réhabilitée dès 1839 par un long et sérieux travail de M. Reybard, elle n'a pas depuis lors, quoique bien imparfaite, cessé, au milieu du décourageant scepticisme relatif à la guérison radicale des rétrécissements, de garder le rang de ces principes sauveurs qui peuvent sommeiller un temps, mais sur lesquels on tient les regards fixés, plein d'espérance dans le perfectionnement qui doit, à coup sûr, tôt ou tard, les rendre susceptibles d'application pratique.

Ce progrès, que de récentes et presque monstrueuses tentatives avaient moins aidé que compromis, est-il accompli aujourd'hui ? Deux chirurgiens habiles, consciencieux, l'affirment avec une assurance égale, quoique chacun au nom d'une méthode différente. M. Syme, en incisant de dehors en dedans, M. Maisonneuve, en incisant *sur* un conducteur *passe-partout*, ou plutôt *à la suite* de ce conducteur, croient être arrivés à la simplification la plus avantageuse que puisse recevoir l'uréthrotomie. Ces deux prétentions, on le remarquera tout d'abord, se combattent; car si le moyen de M. Syme est réellement le meilleur, celui de M. Maisonneuve devra nécessairement se contenter de la seconde place. Mais ce procédé sommaire de critique respective ne serait digne ni de la gravité du sujet, ni de la juste réputation des auteurs. Examinons donc, sans nous préoccuper de ces vaines questions de suprématie, ce qu'il y a de fondé dans les principes, d'applicable dans les conclusions de chacun de nos deux savants confrères.

M. Syme a incontestablement pour lui le mérite d'avoir rendu les honneurs de la discussion à une idée déjà connue, déjà expérimentée, mais qui, d'un commun accord, avait été, sinon proscrite, du moins reléguée au rang de ressource ultime pour des cas exceptionnels. En effet, diviser, pour y voir plus clair, toute l'épaisseur de la paroi uréthrale, la peau y comprise, et proposer ce système de traitement comme méthode générale, c'est, il faut l'avouer, témoigner d'une singulière confiance dans l'innocuité de cette incision profonde, ou d'une défiance plus singulière encore dans l'habileté de tous les uréthrotomistes *intra-uréthraux*.

Or, est-il vrai, d'abord, que le procédé Syme soit souvent indiqué par l'impuissance des autres ? Non, bien certaine-

---

là un enseignement élémentaire auquel conviennent mieux les jeunes professeurs, qui, pouvant limiter le nombre des élèves, les aident à surmonter facilement les difficultés capables d'entraver les études de beaucoup de jeunes gens. Cet enseignement particulier a lieu, du reste, dans d'autres universités ; à Berlin, par exemple. A Paris, cet enseignement s'est fondé dans beaucoup d'hôpitaux, et nous savons que le nombre des élèves est souvent très considérable à ces cours particuliers des internes des hôpitaux de Paris. Nous ne voulons pas insister sur ce que cet enseignement présente d'irrégulier chez nous, et sur ce qu'il pourrait tirer des *conférences* récemment instituées ; seulement, l'affluence des élèves qui s'y pressent à Paris et en Allemagne, démontre, nous le croyons, l'utilité de ces leçons pratiques élémentaires.

M. Fuchs, professeur de clinique médicale, appartient, par ses tendances anciennes surtout, à l'école de M. Schoenlein, dont il a été un des plus fervents et des plus brillants élèves. Cette école, que l'on nommait autrefois école de la nature, a modifié aujourd'hui beaucoup ses opinions, et nous n'avons pas trouvé les doctrines de M. Fuchs identiques avec celles qu'il a développées dans son *Traité de pathologie*, publié il y a une dizaine d'années. Au lit du malade, le professeur de Cœttingue insiste, comme tous ses collègues, sur les éléments du diagnostic anatomique; c'est même, aujourd'hui, sur les données pathologiques accessibles aux sens que porte le plus grand nombre de ses remarques. Une affection sur laquelle nous avons vu M. Fuchs insister tout spécialement, c'est l'ulcère simple de l'estomac, très fréquent à Gœttingue. En Allemagne, cette affection, grave mais fréquemment curable, a surtout fait le sujet de sérieuses recherches, qui furent inaugurées par un célèbre mémoire de M. Iaksch, de Prague ; à Vienne, suivant M. Rokitansky, l'ulcère de l'estomac est une des maladies les plus communes. C'est surtout à M. Cruveilhier que nous devons, en France, la connaissance de cette affection; malgré sa fréquence avérée chez nous, du moins au dire de ce professeur, nous ne la croyons pas aussi grande qu'en Allemagne. A Gœttingue, M. Fuchs nous citait deux malades observés la même année, morts l'un et l'autre d'hématémèse, consécutivement à la destruction des branches artérielles par un ulcère chronique de l'estomac. M. Fuchs, adoptant le traitement de la plupart de ses compatriotes, combat la maladie principalement par l'administration intérieure du nitrate d'argent.

M. Baum jouit, à Gœttingue, d'une grande réputation dans la chaire occupée naguère par Langenbeck. Clinicien sérieux, M. Baum attache un grand prix à la chirurgie conservatrice et réparatrice. Le nombre considérable de malades atteints de *lupus exedens*, à Cœttingue et dans les

ment; et, sur ce premier point, il nous est permis d'être très explicite; car ce n'est pas seulement aux déclarations plus ou moins suspectes des urologistes dissidents que nous pouvons faire appel pour prouver ce qu'il y a de peu exact dans cette prétendue difficulté de diviser la plupart des rétrécissements par l'intérieur de l'urèthre. C'est M. Syme lui-même qui confesse « qu'il n'y a point de rétrécissement réellement infranchissable; que, avec du temps et des soins, on peut, *dans tous les cas*, faire passer à travers un instrument qui serve de guide... » (Lettre de M. Syme à l'Académie de médecine, séance du 16 novembre 1852.) Et sa pratique, au besoin, confirmerait le témoignage de ses paroles, puisqu'il n'incise ordinairement qu'après avoir préalablement introduit un conducteur dans l'intérieur du rétrécissement.

Donc, si M. Syme met l'urèthre à découvert, ce n'est point parce qu'il ne peut faire autrement; ce n'est point seulement, comme il arriva en 1853 à M. Maisonneuve lui-même, lorsque l'urèthre se trouve oblitéré ou non perméable; c'est dans tous les cas, simples ou non, comme méthode générale, et comme méthode supérieure aux autres. Devant une opinion aussi tranchée, il est permis, il est naturel, de se demander d'abord si les avantages sur la considération desquels cette méthode repose sont réels; puis si les inconvénients que, *a priori*, on est porté à lui attribuer sont, comme l'auteur l'affirme, ou imaginaires ou très faciles à éviter.

« Tandis que, en attaquant le rétrécissement par l'intérieur du canal, on est toujours exposé à couper trop ou trop peu,—en le mettant à nu par l'extérieur, on agit avec connaissance parfaite de cause, puisqu'on a sous les yeux les parties à diviser et celles à ménager. » Voici le principal argument de M. Syme; mais il s'appuie sur un *postulatum* qui, certes, lui sera vivement contesté, à savoir, qu'aucun procédé d'incision intra-uréthrale ne comporte un degré de précision compatible avec la sécurité de l'opéré. M. Syme se fait vraiment trop beau jeu lorsqu'il prétend avoir démontré la nocuité de l'uréthrotomie en signalant les dangers du procédé Reybard. Oui, sans doute, on peut très justement reprocher au lauréat de l'Académie de médecine d'avoir, en l'exagérant, discrédité la méthode. Toutefois, il appartenait moins à M. Syme qu'à d'autres, peut-être, de le lui faire sentir aussi vivement, lui qui compte deux morts sur cent huit cas d'application, lui dont l'appareil opératoire ne semble guère plus rassurant que celui du chirurgien de Lyon. Et il n'est personne qui ne comprenne combien serait justement réversible sur le professeur d'Édimbourg cet argument décoché par lui à son émule : « Qu'il serait curieux de connaître le nombre des académiciens qui se laisseraient appliquer à eux-mêmes la méthode à laquelle ils ont donné leur assentiment. »

Revenons. Si l'incision en dedans n'offrait réellement qu'incertitude et périls, oui, il pourrait être rationnel de lui substituer un mode opératoire qui agît à ciel ouvert. Heureusement, il n'en est rien; et la méthode intra-uréthrale est loin de se personnifier dans les aventureuses témérités qu'on voudrait donner comme son dernier mot. D'habiles praticiens l'appliquent journellement selon les règles de la prudence la plus scrupuleuse; des perfectionnements inattendus la simplifient tous les jours. Sachons donc attendre; car si démontrer son impuissance est effectivement le meilleur moyen de la faire proscrire, il y a certes, pour sa rivale, tout au moins inopportunité flagrante à faire valoir un pareil argument aujourd'hui, en présence de la récente découverte dont son manuel opératoire vient de s'enrichir.

Le premier mérite invoqué en faveur de la méthode Syme est qu'elle permet de ne couper que ce qu'on veut couper. Mais ici on a un peu exagéré, ce nous semble; car M. Syme lui-même recommande de ne jamais prolonger l'incision des parties extérieures, en arrière, au delà du bulbe. Or, les rétrécissements ne siégent-ils pas, le plus souvent, derrière ce point? Et, pour les diviser, ne faudra-t-il donc pas nécessairement porter l'instrument tranchant à une profondeur telle qu'il agira hors de la vue? Je me refuse, quant à moi, à voir là l'ensemble des conditions rassurantes qu'on réalise dans les opérations faites à ciel ouvert. Quand, au lieu d'enfoncer le bistouri boutonné dans le canal inguinal, j'incise couches par couches sa paroi antérieure, selon la méthode de Colliex, évidemment, je vois clairement ce que je fais; je ne coupe pas une fibre dont je n'aie pu examiner le siége, la nature, les connexions; et j'ai par là conquis pour le débridement plusieurs chances de précision et de sûreté. De même, si pour la section du sterno-mastoïdien ou de l'un des droits oculaires, je me décidais à opérer à ciel ouvert, je ne me priverais du bénéfice de la méthode sous-cutanée que pour jouir d'un autre avantage, celui d'explorer avant d'agir, et de soumettre au contrôle direct de la vue et du toucher le théâtre d'une opération où il importe autant de faire assez que de ne pas trop faire. Mais dans l'uréthrotomie extra-uréthrale, quelle différence! On limite l'incision du dehors, tandis que celle de l'intérieur ne saurait l'être davantage. On m'ouvre une étroite fenêtre dans un long corridor sinueux à parcourir, et l'on veut que, en vue de cet avantage illusoire, j'ac-

---

environs, lui fournit l'occasion de réparer, par des opérations habiles, les vastes pertes de substances occasionnées par ces maladies cutanées; c'est ainsi que nous avons trouvé en même temps dans son service deux rhinoplastics et une blépharoplastie. Chargé simultanément du cours de pathologie externe, M. Baum s'y montre peut-être un peu trop bref et élémentaire. L'enseignement pratique ne comporte pas, il est vrai, l'érudition et la discussion d'idées doctrinales : c'est surtout l'étude du cas individuel; mais l'enseignement de la pathologie comporte plus d'étendue : c'est le champ où se discutent les idées, les systèmes, et nul autre ne serait plus capable de faire cet exposé que l'honorable professeur de Gœttingue. Une connaissance bibliographique étendue, dont nous avons eu maintes preuves, et un jugement droit et sûr, unis à une grande expérience chirurgicale, sont les qualités qui distinguent le professeur de clinique chirurgicale; ce sont celles qu'on lui reconnaît, du reste, généralement dans cette Faculté.

La chaire de pathologie générale a pour titulaire M. Conradi, et la chaire de matière médicale M. Marx.

La clinique d'accouchements est confiée à M. le professeur Siebold. Les ouvrages dogmatiques de ce savant sur l'obstétrique sont connus en Allemagne et en France; malheureusement, on regrette que la Maternité soit si petite; aussi le nombre très exigu des accouchements et des malades, quelquefois limité à quatre ou cinq, nous a-t-il semblé insuffisant pour l'enseignement, surtout eu égard à la valeur bien connue du professeur auquel il est confié.

L'anatomie, la physiologie, ainsi que la pathologie, sont, sous le rapport du matériel, beaucoup mieux dotées à Gœttingue que les sciences médicales proprement dites. Un édifice presque monumental, situé au milieu de beaux jardins, dont l'étendue se trouve malheureusement diminuée par le chemin de fer, est consacré aux études anatomiques; c'est là que M. Henle règne sans partage. Aimé des élèves, qui se pressent en foule à ses cours, M. Henle, que nous connaissons tous en France comme savant, mérite d'être apprécié comme professeur; on trouve chez lui, à un haut degré, les qualités qui rendent un enseignement brillant : facilité d'élocution très marquée, exposition claire et lucide, tels sont les principaux avantages qui distinguent M. Henle dans sa chaire, et qui malheureusement ne se retrouvent pas autant dans ses écrits. Comme professeur d'anatomie, nous ne pourrions comparer M. Henle qu'au professeur Hyrtl, de Vienne. L'*Anatomie générale* de M. Henle est bien connue en France, surtout depuis sa traduction par Jourdan; ce livre d'anatomie générale a été le premier guide de la plupart des hommes qui, en France, se sont

cepte toutes les conséquences d'une incision faite à des parties que rien ne m'obligeait d'y comprendre, à des parties où l'inflammation consécutive prend si souvent de fatales allures!

Mais y a-t-il donc des dangers sérieux attachés à l'incision de toute la paroi uréthrale? En France, nous l'avouons sans honte, ils ne nous sont guère connus que par voie d'induction. Mais, à en juger par le langage des chirurgiens de la Grande-Bretagne, il se serait déjà manifesté une série d'accidents consécutifs, assez frappante par le nombre et par la gravité pour ajourner les adhésions que M. Syme espérait recueillir en faveur de sa méthode. Dans cette situation, il invoque naturellement la ressource favorite des inventeurs. Si l'opération a été plus souvent mortelle en d'autres mains qu'entre les siennes, c'est, dit-il, parce qu'on n'a pas su en exécuter comme lui les conditions essentielles. Bonne, mais illusoire excuse! Plaidoyer irréfutable, mais qui ne sauve le présent qu'en sacrifiant l'avenir! Car si des chirurgiens doués d'une circonspection et d'une dextérité ordinaire ne peuvent répéter votre procédé sans le transformer d'inoffensif en meurtrier, quelle extension pouvez-vous espérer pour lui? et que deviendra-t-il entre les mains de vos successeurs?

D'ailleurs — est-il besoin de le faire remarquer? — les accidents signalés à la suite de cette opération, l'infiltration urineuse, la phlébite, les fistules permanentes, apparaissent comme une conséquence tellement naturelle du mode selon lequel on l'exécute, qu'il serait plus surprenant de les voir faire constamment défaut que de les observer parfois. Du reste, ils seront d'autant plus fréquents que les conditions locales et générales antérieures de l'opéré étaient moins bonnes. La difficulté de placer régulièrement le conducteur dans toute l'étendue de la stricture, préalablement à l'incision; le siége profond du rétrécissement; la tendance que, par suite de phlegmasies anciennes, les tissus ont à s'enflammer de nouveau, voilà autant d'éléments fâcheux dont il n'appartient à aucun procédé, pas même au plus irréprochable dans l'agencement de ses temps successifs, d'affranchir complétement les malades qui en subissent l'épreuve. Sous ce rapport, M. Giraldès a parfaitement raison de faire remarquer que si M. Syme a pu réaliser une masse imposante de succès à peine compensée par quelques revers, c'est surtout parce que, appliquant son système d'incision à tous les rétrécissements, il a nécessairement rencontré un nombre fort considérable de cas récents, simples, exempts des complications qui contribuent si puissamment à rendre funeste l'issue du traitement le mieux dirigé.

En somme, l'uréthrotomie par incision extérieure convient dans certaines circonstances graves, particulièrement quand la stricture est entourée, soit de fistules, soit d'un tissu inodulaire, toutes les fois, en un mot, qu'une bougie introduite par l'urèthre ne peut pas ou ne peut qu'incomplétement traverser le point rétréci. Dans ces cas, qui, comme M. Michaux l'a remarqué, sont ordinairement la suite de traumatisme, le procédé Syme a tout juste le mérite d'un moyen capable de trancher le nœud qu'on a vainement tenté de délier; et soit en Angleterre, soit en France, soit en Amérique, il a plusieurs fois répondu, avec une pleine réussite, aux intentions des chirurgiens qui l'ont employé pour remplir une telle indication.

Mais, hors de là, s'il demande à devenir méthode générale, s'il élève la prétention de s'attribuer les cas curables par la dilatation à l'intérieur, alors le dilemne anathématique, si judicieusement formulé par Desault contre la *boutonnière*, lui demeure rigoureusement applicable. L'effroi instinctif qui, au seul énoncé de son mécanisme, s'empare des malades, vient heureusement corroborer le pronostic peu favorable que nous avons cru devoir porter sur le sort qui l'attend parmi nous. Enfin, le dernier, mais non le moins valable argument que nous élevons contre son importation, c'est justement le perfectionnement récemment accompli dans les procédés de la méthode rivale, de l'uréthrotomie de dedans en dehors. C'est ce qu'il nous reste à démontrer en examinant le travail de M. Maisonneuve.

P. DIDAY.

Le cahier de mai du journal grec : Η ΕΝ ΑΘΗΝΑΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΜΕΛΙΣΣΑ (*l'Abeille médicale d'Athènes*), rédigé par M. Gouda, contient un long article sur la nomenclature de M. Piorry, au sujet de la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine sur la variole.

Il nous a paru utile et, du reste, assez piquant de consigner le jugement porté par un médecin grec des plus distingués et, à ce qu'il semble, par toute la Grèce médicale, sur une nomenclature tirée de la langue des Athéniens. M. Piorry a invoqué, on le sait, en faveur de sa nomenclature l'approbation d'une société savante d'Athènes. Il trouvera naturel que nous transmettions au public français les explications d'un membre de cette société.

---

occupés d'histologie générale. A côté de cet ouvrage, nous devons signaler les œuvres pathologiques de l'anatomiste de Gœttingue, son *Traité de pathologie rationnelle* et le *Journal de médecine rationnelle*, publié sous sa direction. Mais nous avouons sans détour que nous plaçons les œuvres médicales de M. Henle infiniment au-dessous de ses travaux d'anatomie pure; c'est aussi l'opinion générale des médecins allemands. Notre savant confrère ne nous en voudra pas de le dire. L'enseignement de M. Henle comprend deux cours simultanés, un d'anatomie descriptive et un autre d'anatomie générale, l'un et l'autre faits avec grand soin et écoutés avec beaucoup d'empressement par les étudiants. Le bâtiment consacré à ces leçons anatomiques contient un amphithéâtre très commode, malheureusement un peu trop petit eu égard au nombre des auditeurs des cours d'anatomie, puis des cabinets pour les études du professeur, une collection de pièces anatomiques destinées à la démonstration, et enfin des salles de dissection pour les élèves.

L'institut de physiologie est situé dans un bâtiment différent, moins monumental que celui qui est consacré à l'enseignement de l'anatomie; il est placé sous la direction du professeur R. Wagner, dont les titres physiologiques ne sont pas inconnus, à beaucoup près, en France. A côté de la salle de cours, se trouvent des cabinets consacrés à l'étude, aux vivisections, en un mot ce que l'on retrouve dans presque toutes les universités allemandes, de riches matériaux destinés à favoriser le développement et les progrès de la physiologie expérimentale et ses applications à la pathologie.

L'anatomie pathologique est enseignée à Goettingue par un professeur extraordinaire, M. Fœrster, dont l'ouvrage dogmatique sur la matière de son enseignement a été traduit dernièrement en français par M. Kaula. Cet ouvrage, qui est un court résumé de la science et surtout de l'anatomie pathologique médicale, a eu en Allemagne un certain succès, et, il faut le dire, n'a pas trouvé en France un accueil de même nature. Nous demandons, en général, à un ouvrage traduit de l'étranger plus que des notions élémentaires et un simple résumé. Nous avions espéré que les leçons de M. Fœrster nous mettraient à même de l'apprécier d'une manière plus complète; malheureusement, le cours, bien qu'annoncé, n'était pas fait au moment de notre séjour à Gœttingue.

Les autres branches de l'enseignement sont confiées à quelques professeurs extraordinaires; nous citerons : pour la médecine M. Kræmer, pour la pharmacie M. Wiggers, pour les accouchements M. Osiander, et enfin M. Lappe pour la médecine vétérinaire.

Les professeurs particuliers concourent plus peut-être que certains

Voici donc l'analyse fidèle de l'article de M. Gouda, faite par l'habile helléniste à qui l'on doit la *Chirurgie de Paul d'Égine*, dont nous avons rendu compte récemment.

Chaque mot, suivant M. Piorry, doit indiquer l'espèce de la maladie et l'organe affecté. M. Gouda trouve que c'est aussi désirable que difficile à trouver. Il reproduit les spirituels arguments de M. Bousquet pour faire voir le peu de raison de la nomenclature, puis il ajoute qu'il est complétement absurde (πάντη ἄτοπον) de dénommer suivant le système de M. Piorry certaines maladies dont nous ignorons le mode de formation, la nature et le siége, et qu'il est à peu près impossible de dénommer suivant ce système d'autres maladies qui attaquent tout l'organisme, telles que la fièvre intermittente et le choléra indien : « M. Piorry, dit M. Gouda, nomme la première de ces maladies ioelosplenomacrysie, c'est-à-dire *poison des marais grossissant la rate*, ou, plus brièvement, splenomacrysie, c'est-à-dire grossissement de la rate. Il nomme la seconde indoloiose, c'est-à-dire poison pestilentiel de l'Inde. Au sujet de la première de ces dénominations, nous ferons respectueusement les remarques suivantes : Puisqu'en effet le siége des fièvres intermittentes est encore en discussion, il est préférable pour nous de nous servir de l'ancienne dénomination, laquelle, dans toutes les langues qui l'ont traduite du grec, indique plus ou moins, non-seulement la maladie, mais encore une de ses particularités les plus importantes, savoir, l'intermittence. Ce symptôme est, comme tout le monde le sait, plus fréquent et plus visible que l'allongement et le grossissement de la rate. D'ailleurs la dénomination de M. Piorry n'indique point du tout la fièvre qui est la base de la maladie. » M. Gouda analyse ensuite le mot indoloiose, et fait observer que M. Piorry n'est pas conséquent, puisqu'il met le mot ἰὸς en tête dans ioelosplenomacrysie, et à la fin dans indoloiose. Il ajoute avec raison que le mot *loi* ne signifie rien et n'a aucune physionomie grecque. « Il faudrait, dit-il, être devin pour conjecturer que *loi* est la racine du mot λοιμός. Ἀλλὰ πρέπει τις νὰ ἦναι μάντις, ἵνα εἰκάσῃ ὅτι ἡ λέξις « *loi* » εἶναι ῥίζα τῆς λέξεως « Λοιμός ». »

En second lieu, tous les mots de la nomenclature de M. Piorry devraient avoir une dérivation ou au moins une physionomie grecque. Ici M. Gouda déclare que les Grecs, du moins, seraient reconnaissants envers M. Piorry s'il avait suivi des règles certaines dans la composition de ses mots. « Mais, dit-il, M. Piorry jette dans sa *fonderie* tous les mots de la médecine ; puis sans observer aucune règle, ou du moins aucune analogie, dans la composition et dans la fabrication de sa nomenclature, il imagine des mots supposés grecs, que les Grecs, toutefois, comprennent moins que tous les autres : Ὁ κύριος Πιοῤῥῆς ἔβαλεν εἰς τὸ χωνευτήριον αὐτοῦ ὅλας τὰς τῆς ἰατρικῆς λεξεις· οὐδένα δ' ἔπειτα κανόνα, ἢ τοὐλάχιστον οὐδεμίαν ἀναλογίαν περὶ τὴν σύνθεσιν ἢ περὶ τὴν δημιουργίαν τῆς ὀναματολογίας αὐτοῦ τηρήσας, ἔπλασε λεξεις ὑποτιθεμένας ἑλληνικὰς, τὰς ὁποίας ὅμως ὀλιγώτερον πάντων τῶν ἄλλων ἐννοοῦσιν οἱ Ἕλληνες. » Le spirituel écrivain de l'*Abeille médicale d'Athènes* ajoute que les plus habiles hellénistes de l'Europe se fatigueraient en vain à trouver la prétendue dérivation grecque d'un grand nombre de ces mots, tels que : *septisémie*, *panipémie*, *hypoxémie* par *angieraphrosie* ou *epidiaphratopie*, *loiose*, etc. Du reste, M. Gouda n'accuse point M. Piorry de l'incohérence de son langage, attendu qu'il a entrepris une chose impossible. Il fait une exposition brève et claire des procédés et des règles à l'aide desquels les Grecs peuvent composer des mots. Beaucoup de médecins feraient bien de méditer cet article avant de forger des mots nouveaux tirés de la langue grecque. Il termine en disant que quiconque, parmi les Européens, veut entreprendre d'écrire des mots grecs avec les lettres et suivant les règles des langues modernes, doit inévitablement tomber dans une foule de solécismes et dans des cacophonies barbares qui seront insupportables, non-seulement aux oreilles grecques, mais encore à celles qui sont accoutumées aux sons les plus rauques. C'est l'excès dans lequel est tombé M. Piorry, au dire du docteur Gouda.

Enfin, et c'est ici le point le plus sérieux de la critique du journal grec, M. Gouda accuse poliment M. Piorry d'avoir manqué de mémoire en prononçant devant l'Académie les paroles suivantes : « En deuxième lieu, M. Bouillaud reproche à la nomenclature d'être incorrecte, à quoi je puis répondre qu'elle est assez bien vue à Athènes, où elle a été récompensée par une médaille d'or et un prix de 1,200 francs. »

M. Gouda affirme que jamais, à Athènes, la nomenclature de M. Piorry n'a été l'objet d'aucun prix, d'aucune récompense. Il y a ici une confusion faite par le professeur de Paris. En effet, la Société de médecine d'Athènes a bien accordé à M. Piorry un prix en 1847, mais ce n'était pas pour sa nomenclature. L'objet du prix était un mémoire de M. Piorry sur l'usage de la quinine dans les fièvres intermittentes. Ce mémoire avait été traduit en grec par un élève de M. Piorry, M. Damirali, et envoyé au concours à Athènes. Mais, ainsi que le fait observer M. Gouda, le traducteur avait eu soin de supprimer toutes les dénominations appartenant à la nomenclature, assuré qu'il était que personne n'aurait compris ces prétendus mots grecs.

Docteur BRIAU.

Comme on le voit, M. Piorry n'a pas autant à se louer de la médecine grecque qu'il l'avait supposé. Nous n'en sommes pas plus aise que lui ; et nous le prions instamment de croire que nous aurions relevé avec autant d'empressement le jugement de l'ABEILLE MÉDICALE D'ATHÈNES s'il lui avait été plus favorable. A. D.

La GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia), dans son numéro du 23 avril dernier, s'occupe d'une question qui a fait le sujet d'un de nos articles et d'une communication de

---

maîtres plus élevés dans la hiérarchie de l'enseignement, à l'éducation des élèves ; ainsi nous avons pu apprécier l'utilité des leçons de jeunes médecins zélés et instruits, de MM. Schuchart, Lohmeyer, Spielberg et Wachsmuth.

L'enseignement médical de Gœttingue compte donc, comme on vient de le voir, peu de professeurs ; mais chacun de ces hommes jouit d'une autorité considérable dans la science et d'une grande réputation professorale : tels sont MM. Baum, Henle, Wagner, Fuchs.

La chimie est enseignée à Gœttingue par un professeur qui n'appartient pas à la Faculté de médecine, mais à la Faculté philosophique ; c'est M. Wœhler, chimiste dont les travaux ont pris place à côté de ceux de ses illustres collègues des universités de Munich, etc. Comme professeur, M. Wœhler justifie la réputation dont il jouit parmi les élèves.

Docteur LEUDET.

— UNIVERSITÉ DE LIÉGE. M. le professeur SAUVEUR remplace à la chaire de *clinique interne* M. Lombard, dont nous avons récemment annoncé la mort. C'est M. Royer qui professera la pathologie interne à la place de M. Sauveur, en conservant son cours de pathologie générale.

— Le directeur du musée belge, M. Jobard, vient de communiquer à la Société d'encouragement une découverte qui a vivement intéressé l'assemblée. Bien que le caoutchouc vulcanisé soit applicable à une foule de choses, étant, comme le dit M. Jobard, *le cartilage de la Mécanique dont nous ne possédons que le squelette*, on ne s'attendait pas à en voir sortir de la musique.

Des notes produites dans un tube élastique analogue au larynx, *se rapprochent beaucoup de la voix humaine*, et acquièrent une gravité remarquable à cause de la lenteur de leurs vibrations ; un tube d'un mètre produit un son pareil à celui d'un tuyau d'orgue de 32 pieds, sans exiger une dépense d'air aussi considérable. (*La Science.*)

— *El Siglo medico* annonce, dans un numéro encadré de noir, la mort du docteur *Mariano Delgràs*. M. Delgràs a fondé, en 1834, la première publication périodique qui ait paru en Espagne, *El Boletin de medicina, cirurgia y farmacia*. C'est ce journal qui a pris en 1852 le titre de *El Siglo medico*. Notre confrère espagnol comptait également parmi les fondateurs de la *Société médicale générale de secours mutuels*.

M. Lauder Lindsay, il y a plus de six mois. Comme nous avons l'honneur de fournir *incognito* les principaux arguments, et à peu près les termes, de la dissertation de M. Giosuè Eletti — honneur qui nous échoit souvent dans la presse étrangère, — nous n'avons rien à emprunter pour le fond à notre confrère lombard. Mais il relate un certain nombre de faits, presque tous tirés de la littérature médicale d'Italie, qui nous ont paru mériter d'être reproduits :

1° Deux chiens qui léchèrent le sang tiré de la veine d'un cholérique tombèrent sur le plancher, en proie à des convulsions terribles, et succombèrent rapidement. (*Annali universali di medicina*, vol. LX, p. 259, et vol. LXI, p. 22.)

2° On injecta dans les veines d'un chien 8 onces de sang tiré de la veine d'un cholérique : le chien mourut le soir, après avoir offert des symptômes parfaitement semblables à ceux du choléra asiatique. (Magendie, *Leçons sur le choléra.*)

3° Deux chats moururent avec tous les signes du choléra, après avoir mangé de la viande qui avait baigné dans le liquide intestinal du cadavre d'un cholérique. (Metaxa, *Lettere sull'antrace, su'i contagi et su le intermittente.*)

4° Deux petits chiens, à qui l'on faisait sucer le lait de femmes en couches et de nourrices atteintes du choléra, contractèrent la maladie et moururent en peu de temps, bien qu'ils eussent rejeté par le vomissement le liquide ingéré. (De Renzi, *Relazione statistica, etc.* Napoli.)

5° Des canards placés dans une basse-cour du grand hôpital de Milan, et qui se pressaient à la porte d'une chambre où étaient déposés 25 cadavres de cholériques, périrent promptement et en bon nombre. (*Annali universali di medicina*, vol. LXXXVI, 1837.)

6° Enfin les expériences faites par Namias en 1838 à Venise, sur des lapins, et par Novati à Pavie, d'accord avec les faits précédents et avec d'autres qu'on pourrait citer, concourent à prouver que le transport sur les animaux de fluides provenant de cholériques amène subitement une série de symptômes, de produits morbides et d'accidents, très peu différents de ceux qui sont propres au choléra qu'on observe naturellement chez plusieurs espèces.

Nous rappelions, dans notre article de l'an dernier (GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. Ier, p. 939), que le canal alimentaire est une voie peu ouverte, sinon tout à fait fermée, aux agents de la transmission contagieuse ; et nous faisions remarquer que précisément, dans les expériences de M. Lauder Lindsay, les accidents cholériformes ne s'étaient développés que sur les chiens qui avaient respiré les émanations des liquides fournis par les cholériques, et non sur ceux qui avaient *ingéré* les produits des déjections. Or, parmi les faits ci-dessus relatés, il en est trois où la transmission aurait eu lieu par ingestion de sang, de chair ou de lait. Nous ne voulons rien contester théoriquement ; mais si nous croyons sage de rester en garde contre les faits de contagion du choléra de l'homme aux animaux par voie d'*inhalation*, et même par voie d'*inoculation*, à plus forte raison nous refusons-nous, jusqu'à plus ample informé, à admettre que le choléra puisse entrer chez les animaux avec les liquides ou la chair qu'ils avalent.

La question est des plus importantes, et il est assez étrange qu'elle n'ait pas plus fortement tenté les expérimentateurs lors de la dernière épidémie.

A. DECHAMBRE.

A l'Académie de médecine, la discussion sur le rapport de M. Bousquet a été renvoyée à huitaine. Nous pouvons donc surseoir aussi à l'examen des opinions de M. Moreau (de Tours) sur l'assimilation de la folie à l'état de rêve. La courte séance de mardi dernier, terminée à quatre heures, a été dignement remplie par trois lectures importantes de MM. Blache, Bayle et Ém. Barthez. On trouvera plus loin l'analyse de ces mémoires sur lesquels nous aurons sans doute à revenir quand ils reparaîtront devant l'Académie par l'intermédiaire des rapporteurs. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LES KYSTES DÉVELOPPÉS DANS LES TUMEURS ÉRECTILES VEINEUSES ENFLAMMÉES, par MM. WARMONT, interne des hôpitaux, et VERNEUIL, agrégé de la Faculté de médecine de Paris.

L'histoire des tumeurs érectiles offre encore des lacunes regrettables. Soumises à certaines influences qui ont été jusqu'à présent mal déterminées, ces tumeurs subissent des transformations d'autant plus intéressantes à étudier, que la connaissance qu'on en a permet d'instituer le traitement rationnel de cette affection. Toutes les méthodes, en effet, si variées qu'elles soient, à l'aide desquelles on combat les *nævi*, ont pour but, soit l'ulcération de ces tumeurs, soit leur transformation en tissu cicatriciel, travail que nous voyons quelquefois s'accomplir à moins de frais, et par les seules forces de la nature.

Ces terminaisons des *nævi*, qu'on a pu étudier avec soin, puisqu'on les produit de toutes pièces, sont du reste suffisamment connues. Il n'en est pas de même de la transformation des tumeurs érectiles en kystes. On ne connaît, en effet, que quelques exemples de cette transformation ; encore ces cas, peu nombreux, ne se présentent-ils pas tous avec les mêmes caractères. Ce sont les observations de MM. Holmes Coote et Bickersteth, et celle de M. Laboulbène (*Thèse inaugurale*, Paris, 1854), la seule publiée en France jusqu'à ce jour, car celle de M. Costilhes est malheureusement trop peu détaillée pour pouvoir prendre place dans la science autrement que comme indication historique.

Est-ce à dire, pour cela, que cette terminaison des tumeurs érectiles soit rare ? Non ; et Bickersteth, qui en avait opéré deux en huit jours, est tout disposé à croire le contraire. Mais, ne se distinguant de certaines autres tumeurs que par des caractères assez délicats, elles devaient être longtemps confondues avec elles ; il fallait que le microscope vînt témoigner de leur nature intime, pour qu'on pût leur assigner une place distincte dans le cadre nosologique.

Nous avons observé en 1854, dans le service de notre honoré maître M. P. Guersant, un cas de cette nature. La tumeur dont il s'agit a été étudiée par M. Verneuil, et soumise par lui à l'examen éclairé de la Société anatomique, qui a partagé l'avis qu'il avait exprimé sur la nature de cette lésion. M. Verneuil a bien voulu nous communiquer, à ce sujet, les résultats de son analyse microscopique ; c'est aux renseignements précieux qu'il nous a fournis, que l'observation que nous publions aujourd'hui emprunte tout son intérêt.

OBS. — Dietrich, Georges, âgé de trois ans, demeurant rue de Paris, 74, à Saint-Denis, entre à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de M. P. Guersant, le 4 août 1854 (salle Saint-Côme, n° 21). Cet enfant, bien constitué, mais assez pâle et paraissant débilité, n'a jamais été gravement malade. Il a été vacciné à l'âge de deux mois, a eu la rougeole à huit mois. Il nous est amené par sa mère pour une tumeur siégeant sur la paroi thoracique du côté gauche, et sur laquelle nous allons entrer dans quelques détails.

La tumeur dont il s'agit, placée au niveau du bord antérieur de l'aisselle, au-devant du bord inférieur du muscle grand pectoral, offre à peu près 5 ou 6 centimètres dans son plus grand diamètre, 3 ou 4 dans le plus petit. Elle a le volume d'une pomme de reinette ; elle est mobile, mais adhérente dans le point culminant, à la peau amincie et qui a pris une teinte violacée. Partout ailleurs le tégument a conservé sa coloration, son aspect normal ; la tumeur n'est le siége ni de battements ni de cha-

leur insolite ; elle n'est pas uniformément arrondie, mais présente, au contraire, dans divers points, des bosselures remarquables. Sa consistance est assez grande, mais inégale ; dans certains points, et ce sont les points bosselés, elle est manifestement fluctuante, particulièrement à l'extrémité supérieure de son grand diamètre, dans une étendue égale à celle d'une pièce de 2 francs.

J'ai pu recueillir les renseignements suivants sur la marche de cette tumeur.

La mère, ou plutôt la sage-femme, s'est aperçue de l'existence de cette tumeur immédiatement après la naissance de l'enfant ; elle était alors de la grosseur d'une petite noix, et présentait la coloration normale de la peau ; elle était sillonnée par quelques veines. A l'âge d'un mois, la tumeur n'avait augmenté que d'une façon peu appréciable ; elle a été montrée alors à un médecin de Saint-Denis, dont le diagnostic nous est inconnu, et qui a prescrit d'appliquer sur la tumeur un emplâtre d'onguent de la mère. Cet emplâtre a été laissé en place pendant cinq ou six semaines, sans que la tumeur ait subi aucune modification favorable ; elle augmentait au contraire lentement ; mais elle était restée jusqu'alors indolente, lorsque, cinq ou six jours avant son entrée à l'hôpital, l'enfant a été pris de malaise et de fièvre ; il se plaignait sans cesse et avait perdu l'appétit. En même temps la tumeur devenait rouge à partir du point le plus rapproché de l'aisselle et augmentait rapidement, si bien qu'en quelques jours elle avait acquis un volume double de celui qu'elle avait auparavant.

Il n'y a jamais eu d'affection analogue dans la famille de l'enfant ; il a un frère âgé de six ans qui est en parfaite santé.

M. Guersant pense avoir affaire à une tumeur fibro-kystique, et se détermine à en pratiquer l'ablation.

Le 10 août, le malade ayant été préalablement soumis aux inhalations de chloroforme, M. P. Guersant comprend entre deux incisions semi-elliptiques la partie de peau altérée et adhérente. Il dissèque ensuite la tumeur, qui se laisse facilement attirer par les érignes. Pendant la dissection, le bistouri rencontre au sommet de la tumeur une bosselure fluctuante, qui est ouverte et laisse échapper un liquide limpide, onctueux au toucher, qu'on n'a pu recueillir, et qui, se mêlant immédiatement au sang qui s'écoule, n'a pu être examiné.

Pour plus de sûreté, M. Guersant enlève aussi quelques ganglions voisins. Aucune artère ne donne. Cependant par précaution on place trois ligatures sur des points d'où le sang suinte lentement. Les lèvres de la plaie sont ensuite réunies à l'aide de quatre épingles retenues par des bandelettes de caoutchouc vulcanisé, suivant le procédé de M. Rigal (de Gaillac).

16 août. Il n'y a pas eu réunion immédiate. Les bords de la plaie sont blafards. M. Guersant retire les quatre aiguilles et applique une grande bandelette de sparadrap. Pansement à plat.

La cicatrisation s'est opérée lentement, grâce à l'indocilité et à la débilité du petit malade qui sort parfaitement guéri le 17 septembre.

EXAMEN DE LA PIÈCE, PAR M. VERNEUIL.

La tumeur, du volume d'une petite pomme, est recouverte dans une partie de son étendue par la peau. Celle-ci est épaisse, de couleur violacée, adhérente au tissu morbide sous-jacent avec la trame fibreuse de laquelle les aréoles profondes du derme semblent se confondre.

Cette tumeur n'est point entourée d'un kyste celluleux ; elle n'a donc point été énucléée, mais bien séparée par le bistouri des tissus voisins. Elle se présente sous l'aspect d'une masse fibro-graisseuse assez consistante, criant légèrement sous le scalpel, dans les points surtout où elle présente le plus de densité. Les coupes qu'on y pratique en divers sens, et déjà même l'inspection extérieure, y dénotent l'existence d'une foule de poches kystiques d'un volume très différent, et qui varie entre celui d'un grain de chènevis et celui d'une aveline. Ces kystes sont très irrégulièrement semés au milieu d'une gangue graisseuse traversée en tous sens par des trabécules fibreuses très résistantes et filiformes.

Le contenu des kystes et les caractères de leur face interne sont variables : ici on trouve un liquide citrin, transparent, très fluide, semblable au sérum du sang et qui ne renferme aucun élément anatomique, si l'on en excepte quelques granulations graisseuses très petites et un petit nombre de globules du sang déformés et anguleux ; là, au contraire, les poches, et ce sont les plus vastes, renferment des caillots plus ou moins décolorés, les uns pâles, friables et fibrineux, les autres rougeâtres, ramollis ou pulpeux. Le microscope ne constate que des globules rouges généralement stelliformes et déformés, des globules blancs plus ou moins abondants et tout à fait semblables à ceux que l'on trouve dans les concrétions des cavités du cœur, enfin de la fibrine à divers états de condensation.

La paroi des kystes les plus petits et remplis de sérosité est lisse, mince, hyaline, sans revêtement épithélial quelconque. Dans les grandes poches, au contraire, on voit des colonnes saillantes, arrondies, ramifiées, adhérentes, qui donnent à l'une, entre autres, de ces cavités une ressemblance surprenante avec la face interne d'une des oreillettes du cœur. Les grandes cavités sont de plus séparées les unes des autres, ou même simplement cloisonnées par des membranes minces, lisses, translucides, très résistantes, qui rappellent fidèlement l'aspect des valvules du cœur ou des valvules des veines épaissies par l'inflammation.

Pas plus que les petits, les grands kystes sanguins ne renferment de revêtement épithélial interne.

La gangue solide, examinée très attentivement, montre les éléments suivants :

1° Du tissu adipeux analogue à celui des espaces intercellulaires, c'est-à-dire formé de vésicules adipeuses groupées en amas plus ou moins étendus.

2° Du tissu fibreux qui compose la charpente principale de la tumeur ; on le retrouve en faisceaux dans les trabécules interkystiques, en membranes dans la paroi des kystes et dans les cloisons valvuliformes. Les fibres du tissu cellulaire sont peu isolables dans certains points, et comme infiltrées et soudées par des dépôts plastiques.

3° Dans les faisceaux saillants qui font relief à la face interne des grands kystes sanguins, et aussi çà et là dans les colonnes fibreuses qui sillonnent la tumeur, on reconnaît d'une manière très manifeste des amas fasciculés de fibres musculaires de la vie organique analogues à celles que l'on trouve dans les conduits excréteurs, dans les veines et dans les artères. J'ai mis beaucoup de soin à constater avec les réactifs et les préparations convenables l'existence de cet élément, qui est abondant et mélangé au tissu fibreux.

On ne trouve qu'un assez petit nombre de vaisseaux sanguins dans cette masse morbide. J'y ai reconnu quelques filets nerveux bien caractérisés.

J'ajoute, comme dernier détail, qu'après avoir multiplié les examens je n'ai trouvé dans cette masse ni pus, ni cancer, ni tubercule, ni épiderme, ni éléments glandulaires.

Après avoir consulté les membres de la Société anatomique sur la signification de cette singulière altération, je me suis arrêté à l'interprétation suivante : Ancienne tumeur érectile veineuse sous-cutanée, ayant été à une certaine époque le siége d'un travail inflammatoire qui a eu pour résultat d'oblitérer la plupart des vaisseaux constituants, mais de les oblitérer partiellement de manière à les segmenter, d'où la formation d'une grande quantité de kystes ou de poches isolées renfermant les unes des caillots à divers degrés d'altération, les autres de la sérosité pure, suivant que le sang a été plus ou moins complétement résorbé. Les parois des kystes ne sont autres que celles des anciennes dilatations veineuses, qui en certains points offrent une hypertrophie considérable des valvules et de la couche contractile.

Je suis arrivé à cette détermination par plusieurs voies :

1° D'abord par exclusion, la production en question ne pouvant être rapportée ni à la dilatation kystique d'aucun élément glandulaire, ni à un hygroma multiloculaire développé dans les aréoles du tissu cellulaire, ni enfin à un produit hétéromorphe quelconque.

2° par les caractères anatomiques du contenu des kystes et des parois de ceux-ci, et par l'existence de fibres musculaires analogues à celles des veines.

3° Par le siége et les antécédents, qui se rapportent assez bien aux tumeurs vasculaires formées au-dessous de la peau par des veinules variqueuses.

4° Par la ressemblance de cette pièce avec celles qui ont été décrites par MM. Holmes Coote et Bickersteth comme provenant de tumeurs vasculaires anciennes et modifiées spontanément par l'inflammation.

J'ai d'ailleurs été mis sur la voie par les remarques qui ont été faites par plusieurs membres de la Société anatomique à propos de cette présentation, puis par l'examen que j'avais fait avec MM. Robin et Laboulbène d'une tumeur érectile de la paupière supérieure, d'abord traitée par le séton, puis extirpée ultérieurement.

Nous avons peu de choses à ajouter à cette savante démonstration. M. Verneuil est d'accord sur presque tous les points, et en particulier sur la question du développement de ces productions morbides, avec Bickersteth. On pourra s'en convaincre en lisant dans l'excellente thèse de M. Laboulbène le travail du chirurgien de Liverpool.

Qu'il nous soit permis cependant de poser quelques conclusions qui nous semblent ressortir de l'étude des faits :

1° Dans certaines circonstances, soit spontanément, soit sous l'influence de moyens chirurgicaux, les *nævi* sous-cutanés veineux subissent une transformation kystique.

2° Lorsque cette transformation survient spontanément, ne pourrait-on pas invoquer, pour l'expliquer, l'influence de certains agents? Il est digne de remarque, en effet, que plusieurs des tumeurs qui ont subi cette transformation étaient situées sur le tronc, bien que ce ne soit pas le siége le plus habituel des *nævi*. N'y aurait-il pas lieu de soupçonner que les frottements que les vêtements exercent habituellement sur cette partie du corps ont pu avoir quelque influence sur cette transformation? Un des malades de M. Holmes Coote attribuait sa maladie au frottement des bretelles. C'est, du reste, une hypothèse que les faits ultérieurs permettront de juger.

3° Les kystes qui succèdent à des tumeurs érectiles anciennes présentent des caractères variables, et il y a entre les différentes observations qu'on a rapportées jusqu'à ce jour plutôt ressemblance qu'identité, comme l'a déjà fait remarquer M. Laboulbène. Tantôt, en effet, et c'était là le cas pour le *nævus* de la paupière supérieure dont ce médecin a rapporté l'histoire, les kystes n'ont aucune connexion avec les vaisseaux, dont il ne reste aucune trace ; tantôt, au contraire, ce sont les vaisseaux oblitérés partiellement et segmentés qui font les frais de la transformation kystique.

4° Enfin, cette modification des *nævi*, déjà si remarquable au point de vue de l'anatomie pathologique, est très importante aussi au point de vue chirurgical. Lorsqu'elle survient, une maladie se substitue à une autre sans que la tuméfaction disparaisse, comme l'a fait remarquer M. Verneuil à la Société de chirurgie (séance du 28 décembre 1853). Lors donc que les différents moyens chirurgicaux à l'aide desquels on combat les *nævi* auront été employés en vain, on pourra supposer qu'on a affaire à une affection de cette nature. Il n'y a plus alors qu'un remède, c'est l'ablation de la tumeur.

NOTE DE M. VERNEUIL, D'APRÈS UNE OBSERVATION RÉCENTE. — Un jeune enfant, couché dans le service de M. Robert, présentait dans la région lombaire une tumeur fibro-vasculaire très développée et congéniale. Elle était bosselée, formée de lobes plus ou moins volumineux assez distincts, ou au moins isolés par des scissures profondes. La consistance en était grande ; elle était peu réductible par la pression et se gonflait à peine dans l'effort. On ne jugeait de sa structure vasculaire que par des taches violacées éparses, et qui annonçaient la présence de dilatations veineuses. Quelques-unes de ces varices cutanées étaient très superficielles, et paraissaient recouvertes seulement par la couche épidermique ; leur position, leur forme globuleuse, leur diamètre très restreint, portaient à croire que la dilatation siégeait dans les vaisseaux papillaires eux-mêmes (1).

La tumeur fut enlevée et confiée à mon examen. J'en donne ici la description sommaire, ou au moins j'indique les particularités qui se rapportent à l'observation précédente, en ce qu'elles rendent compte de la possibilité de la formation des kystes à contenu sanguin ou séreux dans ces productions.

La plus grande partie de la masse morbide était constituée par une sorte d'éponge vasculaire à fines mailles, entremêlée d'une quantité considérable de tissu adipeux. En s'approchant de la circonférence, et surtout vers la face profonde, on trouvait des veines très volumineuses, très inégalement dilatées, offrant des bosselures, des rétrécissements, des ampoules, en un mot un calibre très irrégulier. La lumière de ces vaisseaux aurait pu, en certains points, admettre l'extrémité du petit doigt. J'ai essayé de les injecter de l'extérieur à l'intérieur : les liquides les plus pénétrants, et, entre autres, l'essence de térébenthine colorée en bleu, ne remplissaient point les mailles de la tumeur ; ils distendaient seulement les grosses veines dans une étendue plus ou moins considérable ; mais, dans tous les cas, les canaux vasculaires principaux ne paraissaient point communiquer les uns avec les autres dans les bosselures de la masse morbide. Il semblait y avoir une indépendance à peu près complète entre chacun des lobes séparés qui formaient l'ensemble de la tumeur.

Le fait qui m'a le plus frappé consiste dans la présence d'une énorme quantité de valvules très développées et très rapprochées à la face interne des gros troncs veineux qui sillonnent la tumeur. Ces valvules, doubles, c'est-à-dire disposées par paire ou alternes, étaient tellement confluentes, qu'un stylet ne pouvait marcher de plus de 4 à 5 millimètres sans en rencontrer. Elles existaient non-seulement dans les gros troncs veineux, mais encore à l'embouchure et dans le trajet des veines secondaires et tertiaires, qui, en se jetant les unes dans les autres, constituaient une bonne partie de la masse totale. Ces valvules empêchaient la pénétration du liquide ; mais, de plus, elles cloisonnaient les conduits vasculaires en une foule de loges communiquant les unes avec les autres par des pertuis parfois assez étroits.

Je ne saurais dire si cette disposition est commune dans les tumeurs érectiles veineuses ; je crois qu'elle a été observée, et qu'on y fait allusion quand on parle des cloisons incomplètes qui proéminent dans l'intérieur des veines bosselées et dilatées inégalement. Toujours est-il que je n'ai pas vu mentionner exactement la nature de ces cloisons ou de ces diaphragmes parfois interposés entre les ampoules remplies de sang.

Cette particularité, sur laquelle je crois utile d'appeler l'attention des anatomo-pathologistes, explique pourquoi les injections que j'ai poussées par les troncs efférents pénétraient si peu, arrêté qu'était le liquide par les replis valvulaires ; puis elle permet également de se rendre compte de la formation de poches kystiques isolées remplies de sang, de sérosité. Le rapprochement et les dimensions des valvules sont tels, que l'on comprend sans peine, par suite d'un travail inflammatoire, l'adhésion des valvules entre elles, et, comme conséquence, l'existence de poches kystiques isolées, remplies tantôt de sang, tantôt de sérosité pure ou sanguinolente.

Si l'existence de valvules considérables est commune, on s'étonne que l'apparition des cavités kystiques ne se présente pas plus souvent. Toujours est-il que, dans le cas actuel, on s'explique très bien comment la tumeur ne se gonflait pas par l'effort. Le reflux du sang de l'extérieur à l'intérieur était aussi impossible que la pénétration des liquides injectés. Ce n'est pas la première fois que, dans une tumeur érectile, on voit manquer la turgescence mécanique due au refoulement du sang des branches dans les capillaires ; l'absence de ce symptôme est donc explicable désormais.

Je ne veux pas quitter ce sujet sans faire une remarque de médecine opératoire. On admet généralement que tous les vaisseaux d'une tumeur érectile communiquent largement entre eux comme dans un seul plexus ; s'il en était ainsi, une injection irritante ou coagulante pourrait aisément agir sur tout le réseau vasculaire. L'expérience a démontré qu'il n'en était pas ainsi, et qu'il fallait plusieurs injections, comme, au reste, plusieurs irritations quelconques, pour guérir un nævus un peu étendu. Dans le cas présent on aurait pu pousser plusieurs injections différentes sans faire pénétrer le liquide partout ; je sais bien que le perchlorure de fer a guéri des tumeurs érectiles (Monod, Société de chirurgie, 1854) ; mais je crois qu'il agit au moins autant en déterminant une inflammation de voisinage, qu'en s'introduisant dans les vaisseaux dilatés et en y coagulant le sang avec lequel il se mélange.

---

(1) M. Robin (*Mémoires de la Société de biologie*, t. V, p. 178, 1853), n'a jamais vu les vaisseaux des papilles dilatés ; il est vrai que cette altération ne semble pas très commune, mais j'ai pu en étudier un cas magnifique sur des pièces que je dois à l'obligeance de M. Cazenave, médecin de l'hôpital Saint-Louis.

EXPOSÉ RAISONNÉ DE LA MÉTHODE D'URÉTHROTOMIE DE M. JAMES SYME, A L'OCCASION DE LA SECONDE ÉDITION DE SON OUVRAGE SUR LA CURE DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTHRE (1), par le docteur GIRALDÈS.

Le livre qui sert de prétexte à cet article est l'œuvre d'un professeur de clinique renommé, chargé depuis longtemps d'un enseignement important, et à la tête d'une pratique étendue. Les premières ébauches de ce livre ont paru en 1844 dans le *London and Edinburgh Medical Journal;* en 1849, l'auteur en composa une petite monographie, dont la seconde édition paraît aujourd'hui. C'est moins un travail *ex professo* sur la matière qu'une sorte de *mémoire à l'appui*, mémoire riche d'un grand nombre de faits et d'une expérience de longue durée, double condition qu'on ne saurait trop apprécier. En effet, il ne suffit pas, dans la pratique de la chirurgie, de proposer des méthodes, des procédés nouveaux, pouvant attirer l'attention soit par leur simplicité apparente, soit par leur hardiesse ; il faut aussi savoir ce que deviennent les opérés, et connaître les modifications que le temps apporte à l'opération. Or, on est bien obligé de le dire, c'est un côté de la question dont se soucient le moins ceux des chirurgiens, et notamment les spécialistes, qui sont à la recherche de nouveaux moyens, non pour faire mieux en perfectionnant ce qui est connu, mais bien pour faire autrement. On pourrait, à bon droit, leur appliquer ce que dit Montesquieu dans une des *Lettres persanes :* « Vous êtes un grand » homme : c'est-à-dire que vous venez dans ma bibliothèque, et » vous mettez en bas les livres qui sont en haut, et en haut ceux » qui sont en bas; et vous avez fait un chef-d'œuvre. » (*Lettres persanes*, LXVI).

A un moment où la thérapeutique des rétrécissements uréthraux est en grand travail, il nous a paru utile d'exposer en détail une méthode de traitement trop peu connue en France et qui se présente sous le patronage d'un chirurgien des plus distingués. Cette méthode consiste à diviser toute l'étendue du canal rétréci en l'incisant de dehors en dedans, après avoir préalablement introduit dans l'obstacle un cathéter cannelé; à faire ce que l'on appelle l'uréthrotomie périnéale. Bien qu'elle ne soit pas nouvelle, puisqu'on en trouve l'indication dans Wiseman, Colot, Hunter, White, etc., elle n'avait été pratiquée jusqu'ici que dans des cas exceptionnels. Le professeur d'Édimbourg l'a retirée de l'oubli, et il la préconise comme méthode générale ; donc si les avantages qu'il lui attribue sont réels, ce sera à lui que reviendra l'honneur de l'avoir introduit dans la pratique chirurgicale.

L'auteur distingue cinq espèces de rétrécissements qu'il classe ainsi : rétrécissements imaginaires, légers, irritables, confirmés, et contractiles. Cette classification n'est pas à l'abri de tout reproche. Comme dans l'espèce, elle n'a pas une grande importance, nous ne nous y arrêterons pas.

M. Syme conseille de traiter les deux premières espèces par une dilatation prudente et ménagée; il rejette tous les procédés à la faveur desquels on cherche à opérer une dilatation brusque et violente. Suivant lui, les trois dernières espèces de rétrécissements doivent être traitées par sa méthode; il regarde les autres moyens comme insuffisants ou dangereux. Pour lui, la dilatation est un moyen insuffisant et illusoire, qui laisse persister un danger incessant; la cautérisation et les scarifications sont deux méthodes dangereuses dont il ne faudra pas essayer. A cette occasion, il blâme vivement l'Académie de médecine d'avoir donné son approbation à la méthode de M. Reybard, et il ajoute « qu'il serait curieux de connaître le nombre des académiciens qui adoptent la » méthode à laquelle ils ont donné leur assentiment. »

C'est en 1840 que M. Syme eut occasion d'employer pour la première fois l'opération dont il vante les avantages aujourd'hui, après avoir essayé longtemps et inutilement chez un malade porteur d'un rétrécissement ancien la dilatation, la cautérisation, les scarifications ; à bout de ressources, il se décida à diviser la coarctation dans toute son étendue, en l'incisant de dehors en dedans. Son malade s'en trouva bien, et le chirurgien ne manqua point l'occasion d'employer une opération qui lui avait aussi bien réussi. Depuis, ces idées ont fait du chemin, et aujourd'hui plus que jamais M. Syme est convaincu de l'excellence de sa méthode, et il formule comme règle générale que les rétrécissements anciens de l'urèthre, pour être guéris efficacement, doivent être traités par l'incision, en les divisant de dehors en dedans.

Pour que cette opération donne les résultats qu'on doit en attendre, il insiste beaucoup pour qu'elle soit faite avec toute la précision possible. L'incision du canal doit être pratiquée sur un instrument conducteur : il se sert pour cela d'un cathéter cannelé qu'on introduit préalablement dans la partie rétrécie ; cette introduction n'est pas toujours facile, et l'on sait combien de temps et de patience sont nécessaires quelquefois pour engager dans un rétrécissement une bougie même très déliée. L'auteur convient que cette manœuvre n'est pas toujours aisée, mais il ajoute qu'avec du temps, de l'adresse et de la patience, un chirurgien prudent et expérimenté y parviendra ; que cependant dans les cas rares, exceptionnels, où cela est impossible, il faut alors inciser le canal en avant du rétrécissement, chercher à conduire avec la pulpe du doigt l'instrument conducteur à travers l'obstacle.

M. Syme se sert, pour l'opération de l'uréthrotomie, d'un cathéter d'une forme spéciale ; cet instrument est composé de deux parties : la première est droite et l'autre est courbe ; la partie droite n'offre rien de particulier, elle a le calibre des cathéters ordinaires ; la partie courbe, qui se continue avec la première, est plus mince ; elle a le calibre d'un stylet de trousse, et présente en outre une cannelure dans toute l'étendue de la partie convexe.

Pour pratiquer l'opération, le malade étant chloroformé et placé dans la position pour l'opération de la taille, le chirurgien introduit le cathéter dans le rétrécissement ; après avoir reconnu le siége de l'obstacle, il divise dans ce point l'urèthre couche par couche dans une étendue de 3 centimètres ; aussitôt qu'il a reconnu la cannelure de l'instrument, il y pointe son bistouri et divise la coarctation dans toute son épaisseur. La plaie produite par l'opération est toujours placée en avant du bulbe de l'urèthre ; elle ne doit jamais s'étendre au delà, et l'on doit avoir grand soin de ne point la prolonger dans l'épaisseur du périnée, de ne point diviser l'aponévrose moyenne de cette région, car on ajouterait une difficulté et un danger à l'opération de l'uréthrotomie. C'est pour avoir méconnu cette règle, c'est pour avoir cru que l'obstacle à diviser se trouvait placé au delà du bulbe de l'urètre, c'est encore pour avoir pratiqué cette opération sans instrument conducteur, qu'on s'est fourvoyé dans l'épaisseur du périnée, et qu'on a transformé une opération simple et facile en une opération difficile et dangereuse.

L'uréthrotomie achevée, on introduit dans le canal une sonde d'argent qu'on laisse en place pendant quarante-huit heures ; on laisse ensuite l'urine prendre son cours, en ayant soin de passer tous les huit ou dix jours une sonde de gomme élastique dans le canal, jusqu'à ce que la guérison soit complète, ce qui a lieu ordinairement dans l'espace d'un mois. L'opération terminée, le malade doit garder le lit pendant une semaine ; il doit être soumis à un régime peu excitant.

Telle est, en résumé, la méthode préconisée et employée par M. Syme pour la guérison des rétrécissements de l'urètre. L'opération dont il vient d'être question n'est pas d'une exécution difficile, et l'auteur ajoute qu'elle est sans gravité ; sur 108 cas où il l'a employée il n'a compté que 2 cas de mort, et l'on pourrait attribuer à bon droit cet accident à des causes indépendantes de l'uréthrotomie. Nous devons ajouter, néanmoins, que la manière de voir du professeur d'Édimbourg touchant l'efficacité, l'excellence et l'innocuité de sa méthode n'est pas partagée par les chirurgiens de son pays, que les chirurgiens de Londres qui ont eu occasion de la pratiquer n'en portent pas un témoignage aussi satisfaisant. A Édimbourg même, elle a trouvé un sévère contradicteur dans la personne de M. Lizars, ancien chirurgien de l'Infirmerie royale, ancien professeur d'anatomie. Dans une brochure aujourd'hui à la troisième édition, ce chirurgien conteste à M. Syme tous les

(1) *On stricture of the urethra and fistula in perineo*, by James Syme. In-8, 109 pag., 2e édit. Edinburgh, 1855.

avantages qu'il prétend avoir obtenus par l'uréthrotomie. Aux objections qu'on lui a opposées, le professeur Syme répond qu'une opération ne peut être solidaire des fautes commises par ceux qui la pratiquent; que les accidents qu'on a observés venaient de ce qu'elle avait été faite sans règle et sans méthode; enfin il oppose à ses contradicteurs les résultats observés dans sa pratique, soit à sa clinique à l'Infirmerie royale, soit en ville dans sa pratique. Les seuls accidents qui, suivant lui, s'observent à la suite de cette opération sont peu importants, et ne méritent pas qu'on les cite comme une grave objection contre sa méthode; ce sont de légers suintements de sang qu'on arrête facilement avec des compresses d'eau froide, quelques accidents biliaires; enfin dans des cas exceptionnels, chez des malades amaigris, débilités par la maladie, une fistule périnéale a quelquefois persisté; mais M. Syme maintient que dans tous les cas où il a pratiqué cette opération, les malades ont été délivrés de leur infirmité.

Le professeur d'Édimbourg annonce, on vient de le voir, que jusqu'aujourd'hui il a pratiqué l'uréthrotomie 108 fois, et que dans ce nombre de faits il ne compte que 2 cas de morts. Mais si l'on compulse les journaux anglais, si l'on cherche à connaître le résultat que cette méthode a fourni entre les mains d'autres chirurgiens, on trouve, sur 45 cas, 4 cas de mort; en outre, il est question d'accidents graves observés après l'opération. Il y a une différence très grande entre les résultats avancés par M. Syme et ceux observés par d'autres confrères; cette différence peut très bien s'expliquer si l'on veut tenir compte des différence des conditions où l'uréthrotomie a dû être faite.

Le chirurgien d'Édimbourg a pratiqué cette opération comme méthode générale; les mauvaises chances se trouvent alors balancées par les bonnes, et celles-ci y dominent. Au contraire, les autres chirurgiens ne pratiquent l'uréthrotomie que comme méthode exceptionnelle, et après qu'ils ont épuisé tous les autres moyens; aussi les mauvaises chances dominent-elles chez eux. Il n'est donc pas étonnant de rencontrer dans la pratique des autres un plus grand nombre d'accidents et de revers.

En acceptant comme prouvés les résultats avancés par le professeur de clinique d'Édimbourg — et nous n'avons aucune raison, aucun droit, pour soupçonner sa moralité scientifique — si l'on met en parallèle sa méthode avec celle des scarifications profondes dans l'intérieur de l'urèthre, on est obligé d'admettre qu'il y a entre elles une différence très grande quant à l'exécution. Dans l'uréthrotomie périnéale, l'opérateur agit à ciel ouvert; il suit et mesure de l'œil ce qu'il fait, ce qu'il veut faire; dans la seconde, au contraire, il manœuvre à couvert; il suppose plutôt qu'il ne voit ce que le scarificateur a produit. Donc, entre deux opérations aussi différentes relativement à la précision de l'exécution, la valeur intrinsèque étant, comme nous le disons, *supposée* égale, il serait difficile d'hésiter; et l'indication d'opérer étant bien déterminée, il faudrait donner la préférence à l'uréthrotomie périnéale.

Il est à regretter que M. Syme n'ait pas ajouté à son travail un tableau synoptique des 108 cas où il a appliqué sa méthode. Il s'est borné à citer 16 observations d'uréthrotomie. Cette absence de moyen de contrôle oblige le lecteur à croire d'autorité aux prétentions de l'auteur. Or, quelque juste et fondée que soit la renommée de l'habile professeur, on est bien forcé de convenir qu'en fait de science, et dans des questions controversées, les assertions ne sauraient tenir la place des faits. Procéder autrement, ce serait s'exposer à renouveler les querelles des vieilles écoles, qui juraient sur la parole du maître; et, au lieu de voir diminuer la masse d'erreurs qui encombrent la science, ce serait un excellent moyen de les voir augmenter.

Nous terminerons donc cette analyse en disant avec Brisseau : « Nous ne sommes plus dans ce temps où l'autorité d'un homme qui avait de la réputation tenait lieu de tout, et où la raison, malgré sa répugnance et les contradictions, était obligée de se soumettre. » (Brisseau, *Traité de la cataracte*.)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 21 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

CHIMIE. — *Études sur la composition des eaux*, par M. *Peligot*. — L'auteur rend compte des recherches auxquelles il s'est livré sur l'eau de la Seine, durant les cinq premiers mois de cette année, dans le but de fixer avec plus de précision la composition chimique des eaux courantes, et de jeter un nouveau jour sur l'origine de ces éléments.

Après s'être assuré, par un grand nombre d'expériences comparatives, que pendant l'hiver la proportion des matières salines contenues dans la Seine varie pour ainsi dire journellement, M. Peligot s'occupe surtout de la détermination exacte du volume et de la nature des gaz tenus en dissolution.

Il s'est servi de l'appareil classique attribué à Priestley, après lui avoir fait subir toutefois quelques modifications, dans le but d'arriver à une appréciation plus rigoureuse de l'acide carbonique.

L'eau de la Seine, recueillie le 19 janvier, a donné par litre, au moyen de cet appareil, 54cc,1 de gaz, composés de : *acide carbonique*, 22cc,6 ; *azote*, 21cc,4 ; *oxygène*, 10cc,1.

Ce mélange gazeux contenait, par conséquent, 41,7 pour 100 d'acide carbonique.

Pour s'assurer de la constance de ce fait, et afin d'établir sûrement qu'il ne se produisait pas sous l'influence de la gelée, M. Peligot a analysé l'eau de la Seine pendant ces cinq derniers mois, avec des températures diverses.

100 parties du mélange gazeux contenaient, en acide carbonique :

29 janvier	16 février	20 février	24 mars	28 mars	11 avril	18 mai
53,6	54,6	42,8	40,0	30,0	43,3	40,0

L'azote et l'oxygène se trouvant toujours dans ces proportions connues, l'auteur croit pouvoir admettre que l'*acide carbonique* entre pour moitié environ dans le volume des gaz qui sont dissous dans l'eau de Seine, et probablement aussi dans l'eau de tous les fleuves et de toutes les rivières.

Considérant, d'une part, quelles prodigieuses quantités d'acide carbonique sont produites par les volcans, par la respiration des animaux, des plantes dans l'obscurité, par la décomposition finale de tous les êtres organisés, par la combustion de la houille et autres combustibles minéraux, et, d'autre part, combien est petite la proportion d'acide carbonique contenue dans l'air atmosphérique, M. Peligot pense que les végétaux ne doivent pas suffire à priver l'air de l'acide carbonique en excès, mais que l'eau doit prendre une place importante dans la dépuration de notre atmosphère, dans le maintien des proportions dans lesquelles se trouvent les éléments gazeux qui la constituent.

M. Péligot appuie son hypothèse et cherche à lui donner quelque vraisemblance par l'examen de la composition des eaux de diverses natures :

1° Des *eaux pluviales* et des *eaux de source*, qui se rendent dans les fleuves et les rivières, chargées de l'acide carbonique qu'elles ont rencontré dans l'air confiné dans le sol, lequel peut renfermer, d'après les analyses de MM. Boussingault et Lewy, jusqu'à 245 fois autant d'acide carbonique que l'air normal.

2° De l'*eau des mers*, où vont se jeter les rivières et les fleuves, et qui contient en effet, d'après les recherches de MM. Morren, Lewy, Usiglio et Darondeau, de très fortes proportions d'acide carbonique, proportions qui augmentent rapidement avec la pression qui résulte de la profondeur des mers.

De tous les faits étudiés par M. Péligot, il paraît donc résulter que l'eau joue un rôle essentiel dans la purification de notre atmosphère, au point de vue de l'absorption de l'acide carbonique.

TÉRATOLOGIE ANIMALE. — M. *Babinet* offre à l'Académie une monstruosité de l'espèce *janiceps;* c'est un poulet à quatre pattes, avec une seule tête à deux becs opposés.

CHIRURGIE. — *Observations de hernies étranglées réduites à l'aide de la glace, d'après la méthode de M. Baudens, recueillies à l'hôpital de Versailles*, par M. *Godart*. — Cinq fois sur six, assure l'auteur, ce procédé a triomphé entre ses mains de l'étranglement, et, dans le cas où il a été impuissant, il a enrayé la marche des accidents inflammatoires.

Observation de hernie inguinale étranglée, traitée avec succès par la glace suivant la méthode de M. Baudens, par M. *Delmas*, médecin en chef de l'hôpital de Sarreguemines. — Il s'agit d'un jeune soldat de dix-huit ans, qui présenta tous les symptômes d'un étranglement herniaire,

et chez lequel toutes les tentatives de taxis avaient échoué. La réduction se fit spontanément après quelques heures, grâce à l'application méthodique de la glace sur la tumeur. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Sur le traitement de gangrènes survenues par suite de congélation. — M. *Ladureau*, à l'occasion d'une note récente de M. *Baudens*, adresse un opuscule imprimé, accompagné d'une lettre dans laquelle l'auteur rappelle les principes qu'il a établis relativement au traitement de la gangrène par congélation, et en particulier aux avantages de la temporisation dans les amputations qu'elle nécessite. (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie*, déjà chargée de l'examen de la note de M. Baudens.)

M. *Leriche*, à l'occasion de la présentation récente d'un mémoire de M. *Bonnafont* sur le *séton filiforme*, adresse une réclamation de priorité. Il a publié sur ce sujet, en 1850, un mémoire dont il a adressé, à cette époque, un exemplaire à l'Académie (*Gazette médicale de Lyon*, 31 mars 1850). *Renvoi à l'examen de la commission des prix de médecine et de chirurgie*, déjà saisie du travail de M. Bonnafont.)

Curare. — M. *Revoil*, dans une note sur le *curare*, fait connaître un autre poison qui est également employé en Amérique, pour les armes de chasse, par les tribus habitant le versant occidental de la Cordillère, non loin de la mer du Sud. C'est le poison obtenu d'une espèce particulière de crapaud. Le *curare* est du versant opposé, du côté de l'Orénoque et de ses affluents.

Nominations. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la Commission qui sera chargée de l'examen des pièces admises au concours pour le prix *Montyon* dit des *arts insalubres*. MM. Chevreul, Dumas, Rayer, Boussingault et Pelouze obtiennent la majorité des suffrages.

Comité secret. — La *section d'anatomie et de zoologie* présente, par l'organe de son doyen, M. *Duméril*, la liste suivante de candidats pour la chaire d'anatomie comparée, vacante au muséum d'histoire naturelle. En première ligne, M. *Serres;* en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, M. *Paul Gervais*, M. *Pierre Gratiolet*.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 22 MAI 1855.

Discussion sur le rapport de M. Bousquet.

M. *Piorry*, après avoir félicité M. Bousquet de la transformation de ses doctrines et du progrès de ses idées, cherche à démontrer qu'il est nécessaire de rattacher la folie aux *états organiques* qui la provoquent, sous peine de s'exposer à créer une unité morbide purement imaginaire, sous peine encore de ne pouvoir plus assigner à la folie de limite rationnelle, de la confondre avec le génie, et de classer parmi les fous Socrate, le Tasse, Milton, Papin et tant d'autres intelligences d'élite !

L'orateur prouve que les différences que l'on a cherché à établir entre le délire et la folie ne sont point fondées : la fièvre, avec tout son cortége, se retrouve dans la *manie furieuse* comme dans le délire ; la folie, tout aussi bien que le délire, peut avoir sa source dans une lésion organique, dans un trouble fonctionnel, dans une altération du sang, en un mot dans les états organopathiques les plus divers.

M. Piorry cite le cas d'une lypémanie intermittente liée à une *splénopathie* et guérie en quelques jours par le sulfate de quinine.

Les caractères différentiels tirés de la durée de la maladie, de sa marche, de son évolution, n'ont aucune valeur. Ils sont tout aussi variables dans la folie que dans le délire.

La santé n'est pas toujours parfaite dans la folie, comme on l'a dit ; témoin les *nosomanes* ou *hypochondriaques*, et les aliénés dont la folie est liée à la lésion d'un organe.

D'après M. Piorry, c'est une erreur de dire que la folie est transmissible avec le sang ; ce qui se transmet, ce sont les conditions organiques, d'où résulte une prédisposition à la folie.

C'est en présence de cette impossibilité qu'il y a à différencier le délire de la folie, que M. Piorry a donné à ce trouble cérébral le nom d'*anomopsychismie*, qui désigne à la fois et la folie et le délire.

L'orateur, considérant la folie, dans la manifestation, comme une exagération des caractères psychiques, pense que la manière, le *mode* particulier du délire admettra des variétés aussi nombreuses que les facultés morales et intellectuelles en admettent elles-mêmes.

Aussi, si l'on prenait pour caractère du délire l'objet même des divagations, il faudrait créer autant d'espèces qu'il y a d'hommes et de passions différentes qui les dominent.

Il suit de là que les délires ne sont pas des espèces morbides fixes, et que l'on n'a pas droit de demander à l'autopsie la raison, le *pourquoi* de la forme de la folie.

Il suffit que l'*anatomie pathologique* nous présente dans l'encéphale une modification qui a gêné l'exercice régulier de la fonction, congestions, suffusions sanguines, ramollissements, hémorrhagies, indurations, atrophies, tumeurs, etc.

M. Piorry ajoute que, même en l'absence de toute lésion visible de l'encéphale, il n'est pas permis d'inférer que la folie peut exister sans altération aucune ; car c'est là une exception dont nous ne pouvons point apprécier la valeur et qui ne doit pas infirmer la règle.

A M. Bousquet, qui avance que la lésion, alors même qu'elle existe, n'explique pas *pourquoi* on délire, M. Piorry répond : « Qu'on m'apprenne d'abord comment la pensée se forme dans un cerveau sain, je dirai ensuite comment un cerveau malade enfante le délire. »

M. Piorry soutient que des lésions évidemment matérielles peuvent exister, qui cependant échappent à nos moyens d'investigation les plus rigoureux, les plus délicats. L'opium, les poisons, les virus, la commotion de la foudre, donnent la mort par une modification moléculaire du système nerveux ; et pourtant l'autopsie reste le plus souvent muette dans ce cas comme dans ceux d'épilepsie et d'hystérie. Mais le trouble de la fonction ne suppose-t-il pas rationnellement un préalable dérangement de l'organe, de l'instrument ?

Enfin, l'orateur, avançant que l'âme est un principe immatériel et impérissable, inaccessible aux causes de destruction, s'indigne contre cette doctrine étrange qui fait de la folie une *maladie de l'âme*.

(L'heure avancée force M. Piorry à remettre la fin de son discours à la prochaine séance.)

SÉANCE DU 29 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a.* Un mémoire sur la matière organique des eaux minérales de Vichy, par M. le docteur *Charles Petit*, médecin-inspecteur. (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Deux rapports sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans le département des Hautes-Alpes, par MM. les docteurs *Michel* et *Villau*. — *c.* Rapport de M. le docteur *Duclau*, médecin à Saint-Julia (Haute-Garonne), sur une épidémie de choléra et de suette en 1854. — *d.* Rapport de M. le docteur *Carel* sur une épidémie de choléra en 1854 qui a régné dans les communes de Napoléonville et de Guiseriff. (*Commission du choléra de* 1854.) — *e.* Demande en autorisation d'exploitation des eaux-mères des salines de *Salins* pour l'usage médical. (*Commission des eaux minérales.*) — *f.* Différentes recettes relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie un décret impérial en date du 23 mai courant, approuvant l'élection de M. *Guérard*.

3. Communications de : *a.* M. le docteur *Jacquot*, médecin major à l'hôpital de Péra (Constantinople) [Sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde]. (*Comm.* : MM. Louis et Gaultier de Claubry.)— *b.* M. *Lélut* (plusieurs documents imprimés relatifs à l'emprisonnement cellulaire). (*Commission déjà nommée.*) — *c.* M. *Sourisseau*, pharmacien à Kaizersberg (porte-monnaie-pharmacie). — *d.* M. le docteur *Bardinet*, professeur à l'école de médecine de Limoges (mémoire sur l'épidémie cholérique de 1854) (*Commission du choléra de* 1854.) — *e.* M. *Demolon*, pharmacien à Compiègne (mémoire sur le tannate d'iode). (*Comm.* : MM. Bouchardat, Gibert, Boullay, et H. Gaultier de Claubry). — *f.* M. le docteur *Georges Tif*, professeur au collége de la Reine, à Birmingham (emploi de la térébenthine dans la dysentérie). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

Sur l'invitation de M. le président, M. *Guérard*, récemment élu membre de l'Académie, va prendre place au milieu de ses collègues.

M. *Jobert*, président, annonce que M. le professeur *Forget* (de Strasbourg), membre correspondant, est présent à la séance.

M. le *président* fait savoir qu'à quatre heures l'Académie devant se réunir en comité secret, la discussion sur le rapport de M. *Bousquet* sera ajournée à la prochaine séance.

Lectures et Mémoires.

Anatomie pathologique. — M. *Blache* donne lecture d'un travail intitulé : *Mémoire sur quelques points d'anatomie pathologique de l'hydrocéphalie chronique.* — L'auteur résume lui-même son travail dans les considérations suivantes, qui le terminent.

1° Dans l'hydrocéphalie chronique ventriculaire, l'accumulation du liquide se fait dans les ventricules cérébraux, exceptionnellement dans celui du cervelet; il ne communique pas avec la périphérie du cerveau ni de la moelle.

2° Les parois ventriculaires, réduites à l'état d'une lame nerveuse, se composent comme dans l'état sain : l'une externe, *grise*; l'autre interne, *blanche*. Quand la distension n'a pas été trop considérable, on trouve encore à l'extérieur les traces des circonvolutions et des anfractuosités. Au degré le plus élevé d'amincissement des parois, les circonvolutions nous ont paru représentées par quelques points plus épais de la lame nerveuse.

3° Certaines parties centrales, telles que le *corps calleux*, la *voûte à trois piliers*, le *septum lucidum*, sont presque détruites et indiquées seulement par des lames ou des bandelettes fibreuses.

4° La protubérance annulaire, le cervelet, et les racines nerveuses qui avoisinent ces parties, ne subissent aucun changement sensible ; les nerfs *olfactifs* et *optiques* sont les seuls altérés.

5° La membrane interne des ventricules devient assez épaisse pour qu'on puisse en faire la dissection sur tous les points, et constater qu'elle forme un tout continu et qu'elle ne peut avoir de communication que par l'*aqueduc de Sylvius*. Elle se continue aussi avec les *plexus choroïdes*, mais sans leur former d'enveloppe en forme de plèvre. Enfin elle passe des ventricules latéraux dans les ventricules moyens par les *trous de Monro*.

6° Distendu par le liquide, le cinquième *ventricule* est facile à démontrer, et son ouverture de communication avec le troisième ventricule devient en même temps très évidente.

7° Sur les deux cerveaux, dans lesquels la *glande pituitaire* et l'*infundibulum* étaient intacts, nous avons trouvé un canal traversant l'*infundibulum*, et nous concluons qu'il doit en être ainsi dans l'état normal.

8° Deux fois nous n'avons pu trouver l'orifice antérieur de l'*aqueduc de Sylvius*, de sorte que si nos recherches à cet égard ne nous ont pas trompé, les cavités cérébrales étaient complétement closes.

9° Quant à la cause première de l'hydrocéphalie, les faits sur lesquels s'appuie ce travail ne nous l'ont pas révélé; rien dans les parois ou dans le liquide épanché n'indiquait un élément inflammatoire. Pour nous, il s'agit donc d'une hydropisie pure et simple. (*Comm.* : MM. Lagneau, Barth, Guérard.)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — M. le docteur *Bayle* donne lecture de l'extrait d'un mémoire sur cette question : *Y a-t-il un signe général des altérations du sang dans les maladies et des signes particuliers pour chacune de ces altérations?* Reconnaissant l'impuissance de la chimie à résoudre cette question, l'auteur interroge la pathologie et analyse succinctement ce qui se passe à la surface de la peau dans les maladies où le sang est évidemment altéré ; dans les *fièvres typhoïdes* (taches lenticulaires, sudamina); dans la *fièvre jaune* (teinte jaune de la peau) ; dans le *choléra* (coloration bleue des téguments) ; dans les *fièvres éruptives* (taches rouges de la rougeole, plaques écarlates de la scarlatine, boutons ombiliqués de la variole, etc.). De la coïncidence constante de l'infection et de l'éruption dans ces maladies aiguës, l'auteur croit pouvoir induire à une corrélation de cause à effet entre ces deux ordres de faits.

M. *Bayle*, appliquant ce même raisonnement aux *maladies chroniques*, dans lesquelles on est généralement d'accord pour reconnaître une altération du sang (*syphilis, chlorose, cancer, scorbut, intoxication saturnine*, etc.), démontre qu'à cette altération primitive ou consécutive du sang répondent encore ici une coloration morbide de la peau ou des éruptions dont les formes sont très variées.

Puis l'auteur explique le rôle que jouent ces lésions cutanées dans la pathogénie des maladies aiguës et chroniques, où elles se montrent, et les conséquences qu'on peut tirer de ces faits relativement aux exanthèmes aigus et chroniques.

Suivant M. *Bayle*, les affections cutanées sont tantôt purement *symptomatiques*, c'est-à-dire qu'elles nous indiquent simplement les altérations que le sang a subies dans les maladies auxquelles elles se rattachent comme symptômes (fièvre jaune, chlorose, choléra, scorbut, cancer); tantôt elles sont *critiques*, c'est-à-dire qu'elles sont le résultat d'une réaction générale, d'un effort éliminateur en vertu duquel l'économie se débarrasse d'un principe toxique introduit dans le sang, soit directement par inoculation, soit d'une manière médiate par la voie des poumons, par les intestins, etc.

M. Bayle, rejetant l'opinion de beaucoup d'auteurs modernes qui considèrent la plupart des maladies aiguës et chroniques de la peau comme des affections purement locales, les rattache toutes à des altérations du sang, qui constituent autant de diathèses différentes, et il trouve dans les principes de Sydenham une pathogénie vraiment satisfaisante des dermatoses.

L'auteur termine son travail par cette conclusion :

Dans les maladies, les colorations morbides de la peau et les éruptions qui se développent à la surface sont les signes des altérations sanguines : « La peau est le miroir du sang. » (*Comm.:* MM. Bousquet, Bouillaud, Piorry.)

PATHOLOGIE. — M. le docteur *Barthez* (Emile), médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, lit un travail ayant pour titre : *Note sur quelques-unes des conditions anatomiques qui favorisent la transmission des sons de la racine des bronches à un point éloigné de la poitrine.* L'auteur, dans ce mémoire, se propose de démontrer que:

1° La présence d'un liquide dans la plèvre est un moyen de transmission des bruits produits dans la trachée et dans les bronches ; qu'alors la respiration bronchique est très fréquente, et que la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique ne sont pas très rares, et peuvent tromper les médecins les plus exercés.

A l'appui de cette assertion, M. Barthez cite deux faits: *a*. Celui d'un vieillard de soixante ans, atteint d'une pleurésie franche avec tous les signes de cette maladie jusqu'au dix-septième jour, où se manifeste de la respiration amphorique à la racine des bronches et sous la clavicule ; — vingt et unième jour, thoracentèse, persistance de la respiration amphorique jusqu'à la sortie d'un litre et quart de sérosité ; respiration nulle jusqu'à l'évacuation de deux litres de liquides. A ce moment, respiration naturelle quoique faible, issue de trois litres et quart de sérosité ; guérison. — *b*. Le deuxième fait est relatif à un enfant de cinq à six ans, atteint d'un épanchement pleurétique purulent qui s'était fait jour au dehors par un abcès ouvert près du mamelon, à l'extrémité de clapiers assez étendus pour que l'air n'eût pas pu pénétrer dans la poitrine ; oblitération de la plaie par le pansement ; augmentation de l'épanchement pleural et de la matité, qui devient générale ; respiration bronchique dans toute la hauteur de la poitrine en arrière ; respiration caverneuse sous la clavicule ; évacuation du pus au moyen d'une sonde, disparition de la respiration amphorique ; injection d'eau tiède dans la plèvre, retour du timbre caverneux et même amphorique ; évacuation du liquide injecté, substitution du souffle bronchique à la respiration caverneuse. Malade aujourd'hui en voie de guérison.

Dans tous les cas de cette nature, il est bien évident que le poumon n'est pas creusé d'excavations ; que la respiration caverneuse ou amphorique n'est pas produite sous l'oreille ; mais que, née dans les bronches, elle est transmise au travers de la poitrine. Il est certain aussi que l'épanchement pleural est pour quelque chose dans cette transmission.

Comme autre preuve de cette assertion, M. Barthez cite un nouveau fait, où la respiration caverneuse variait de position sous l'influence des variations de niveau du liquide, malgré la fixité du point de départ.

2° La présence d'un corps solide coexistant est utile et peut-être indispensable à la transmission des sons. C'est ce que semble démontrer l'examen cadavérique qui, dans les cas de cette nature, a toujours permis à l'auteur de constater la présence, tantôt d'une induration chronique du poumon maintenu par des adhérences partielles, tantôt d'une pneumonie, ailleurs des tubercules, des ganglions, ailleurs enfin d'un anévrysme de l'aorte.

3° Les bruits ainsi perçus sont transmis à travers le liquide qui est conducteur des sons, qui peut même les exagérer et leur donner un timbre spécial. Voici sur quels arguments M. Barthez appuie ce troisième théorème : Lorsque les corps solides seuls transmettent les bruits trachéaux, c'est presque toujours sur une partie restreinte de la poitrine ; tandis que, s'il y a pleurésie, les bruits trachéaux s'entendent le plus souvent dans une étendue considérable. En outre, lorsque l'épanchement se résorbe, on perçoit souvent du bruit de frottement dans le point où s'était fait d'abord entendre la respiration caverneuse ou amphorique. Enfin, l'autopsie démontre la présence du liquide au niveau des points où étaient perçus les symptômes transmis.

Ces bruits ainsi modifiés par leur passage à travers le liquide présentent un timbre spécial, que M. Barthez propose de désigner sous le nom de *respiration hydrique*, laquelle est dans l'auscultation ce qu'est dans la percussion le son spécial indiqué par M. Skoda, et qui existe souvent au sommet de la poitrine chez les pleurétiques.

L'auteur, en terminant, résume son travail de la manière suivante :

Des bruits normaux ou anormaux qui sont produits dans les gros tuyaux aériens peuvent être transmis au travers de la poitrine et être perçus dans un point éloigné de leur lieu d'émission.

Les moyens de transmission sont des corps solides ou liquides.

Dans le premier cas, les conditions anatomiques nécessaires sont : 1° la solidité, la compacité du corps qui le rendent susceptible de transmettre les vibrations sonores; 2° son adhérence intime aux grosses bronches ou à la trachée ; 3° son contact avec un point de la poitrine accessible à l'oreille.

Dans le second cas, les conditions anatomiques favorables à la transmission paraissent être :

1° La coexistence d'un corps solide adhérent aux bronches et servant à établir une continuité de corps vibrants entre elles et le liquide; 2° une position particulière de ce corps solide, due soit à des adhérences costales, soit à la quantité considérable de l'épanchement.

Les bruits alors perçus sont souvent augmentés dans leur intensité, de manière à simuler la respiration caverneuse, le gargouillement, la respiration amphorique en l'absence de toute excavation pulmonaire, de toute communication de la plèvre avec le poumon.

Ces bruits pseudo-bronchique, pseudo-caverneux et pseudo-amphorique ont un timbre particulier.

Les exagérations des bruits et leur timbre spécial sont dus au passage des vibrations sonores au travers d'une sorte de stéthoscope mi-parti solide et liquide; ce dernier corps modifiant le caractère et l'intensité des vibrations habituellement transmises par les corps solides seuls.

Enfin, une cage thoracique petite et étroite, à parois minces et sèches, des mouvements respiratoires rapides et forts, constituent encore d'autres conditions favorables à la transmission des sons au travers de la poitrine. (*Comm.*: MM. Ségalas, Bricheteau, Cruveilhier.)

A quatre heures dix minutes, l'Académie se constitue en *comité secret* pour entendre le rapport de la section de *médecine vétérinaire* relatif à l'élection d'un nouveau membre.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 13 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Suite. — Voir le n° 21.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur *la valeur de la sulfhydrométrie.*

M. *Reveil.* J'ai l'intention de démontrer par l'expérience la plupart des faits que j'ai avancés dans la dernière séance, et de répondre aux objections qui ont été faites.

J'ai dit que l'iode du commerce était impur, qu'il contenait toujours de l'eau et souvent du fer. J'avais conseillé l'emploi de l'iodure fondu; M. Leconte a objecté que la fusion ne prive pas l'iode du fer qu'il peut contenir. Je n'ai jamais eu une pareille pensée; aussi ai-je recommandé de préparer l'iode par le procédé de M. Milon, qui consiste à décomposer le chlorure d'iode par l'iodure de potassium, c'est-à-dire :

$$Cl^3I + 3IK = 3ClK + 4I$$

Dans la dernière séance, j'ai indiqué, comme principale cause d'erreur dans la sulfhydrométrie l'absorption de l'iode par les carbonates, silicates, phosphates, arsénites ou arséniates, enfin par les matières organiques.

Pour ces dernières, M. Leconte dit qu'il est facile de les séparer. Je ne suis pas de cet avis. Ces matières sont en suspension dans l'eau; la décantation est insuffisante; la filtration est une opération trop longue, pendant laquelle l'eau s'altère; les sulfures s'oxydent. D'ailleurs, une partie de ces matières sont tenues en dissolution, et ne se déposent que fort lentement.

M. Reveil cite un passage du deuxième mémoire d'Anglada, page 238, pour donner une idée de l'immense quantité de matières organiques que renferment certaines eaux minérales, et il fait observer que si ces matières absorbent l'iode ou masquent leur réaction sur l'amidon, leur présence doit influer considérablement sur les résultats.

M. Gerdy vous a dit que l'iode était absorbé par l'eau pure. Je ne suis pas de cet avis. Lorsqu'on opère sur de l'eau pure et avec de l'eau d'amidon préparée à l'eau distillée, l'absorption de l'iode est nulle. Il est vrai que la coloration bleue, si elle est peu intense, se mêle à l'eau sans la colorer sensiblement; mais il suffit de placer derrière le bocal une feuille de papier blanc, pour apercevoir la teinte azurée, qui passe inaperçue dans les circonstances ordinaires. D'ailleurs, cette teinte varie selon la proportion d'eau d'amidon employée; aussi est-il prudent d'en mettre toujours la même quantité.

M. Filhol propose de précipiter les carbonates, silicates, etc., qui peuvent absorber l'iode, par le chlorure de baryum. C'est, selon moi, un bon moyen. M. Leconte vous a dit qu'il valait mieux saturer tous ces corps par un acide, et il a ajouté qu'on n'avait pas à craindre le dégagement d'acide sulfhydrique provenant de la décomposition des sulfures par un excès d'acide, parce que cet acide est soluble dans l'eau. Je ne partage pas cette opinion; je préfère le moyen de M. Filhol. En effet, si, dans une eau contenant un demi-millième de sulfure de sodium, on ajoute quelques gouttes d'acide, le dégagement d'hydrogène sulfuré devient abondant.

M. Leconte vous a dit qu'il préférait la solution alcoolique titrée de Dupasquier à la liqueur de M. Filhol, préparée par l'eau, l'iode et l'iodure de potassium. Voilà encore un point sur lequel je me trouve en désaccord avec mon honorable collègue. Outre que la solution alcoolique est très dilatable, et quoiqu'on puisse obvier à cet inconvénient en la refroidissant, comme le veut M. Leconte, j'ajouterai que cette solution alcoolique est altérable, et que, de plus, elle laisse dégager de l'iode. Si, en effet, on met six gouttes de chacune de ces deux liqueurs dans deux flacons de la contenance de 125 grammes, et que l'on place un papier amidonné à la partie supérieure des flacons, on verra que le papier amidonné sera bleui, après une minute, dans le flacon contenant la solution alcoolique, tandis que la même coloration ne se manifestera qu'après dix ou douze minutes dans le flacon contenant la liqueur de M. Filhol.

L'acide ajouté à l'eau sulfureuse décompose les sulfures, cela est incontestable; mais il décompose également les sulfites, hyposulfites, etc., etc. Une portion de l'acide sulfureux reste en dissolution dans l'eau, et la plus grande quantité se dégage; de sorte que l'on attribue aux sulfures l'absorption d'iode qui a été faite par les sulfites et hyposulfites si l'on n'a pas ajouté un acide, et par l'acide sulfureux si cette addition a été faite.

Reste maintenant la question des polysulfures, dont l'iode ne rend pas compte, pas plus que du soufre que l'eau peut contenir en suspension. M. Leconte demande qu'on lui prouve l'existence de ces polysulfures. Je crois qu'il est facile de satisfaire à son désir. Il suffit de signaler la source *blanche* de Luchon, qui laisse précipiter du soufre à l'air, précipitation qui ne s'expliquerait pas si l'eau contenait un *protosulfure*. M. Leconte ajoute qu'aucun des procédés connus ne rend compte du soufre précipité ou de celui des polysulfures. Je ne partage pas cet avis; et l'expérience m'a démontré que le nitrate d'argent ammoniacal remplit le but. Si, en effet, on place dans un flacon une solution de nitrate d'argent avec de la fleur de soufre, celui-ci ne sera pas combiné; si, au contraire on fait usage du nitrate d'argent ammoniacal, on verra aussitôt un sulfure d'argent noir très abondant qui se précipitera. Je sais que ce procédé est très long, mais je le crois plus exact que le sulfhydromètre.

Je persiste donc dans les conclusions que j'ai énoncées dans la dernière séance. Toutefois, je dois ajouter que les modifications apportées par M. Filhol dans la sulfhydrométrie me paraissent rationnelles, mais encore insuffisantes pour donner des résultats analytiques exacts quand il s'agit de la détermination précise du soufre.

Quant aux précautions dont M. Leconte conseille de s'entourer, et qui consistent 1° à ramener la température de l'eau à 15 degrés; 2° à maintenir la liqueur alcoolique titrée à la même température; 3° à séparer les matières organiques; 4° à opérer dans un vase à ouverture étroite; 5° à ajouter la liqueur iodée tout d'un coup, au lieu de la verser goutte à goutte, etc., etc., il me paraît que toutes ces précautions, tout en prolongeant l'opération, ne lui donnent pas une précision suffisante, et laissent beaucoup à désirer quant à l'exactitude des résultats obtenus.

M. *Gerdy.* M. Reveil a dit que les eaux sulfureuses ne laissent pas toutes précipiter du soufre, et ne se décomposent pas toutes aussi vite que je l'ai avancé. Je sais parfaitement qu'il en est ainsi, et je me suis bien gardé de placer à cet égard toutes les eaux sulfureuses sur la même ligne. Mais j'ai dit, et j'ai vu avec grand plaisir M. Reveil partager mon opinion, que les eaux qui laissent dégager du soufre dans le bain agissent évidemment et énergiquement par le soufre hydraté qu'elles déposent à la surface de la peau et qui lui donne ultérieurement une odeur analogue à celle du soufre chauffé. En est-il de même pour les eaux qui ne se modifient pas dans le bain de manière à mettre du soufre en liberté? C'est possible, si elles laissent à la surface du corps un sulfure qui se décompose ensuite et produise également du soufre. Ou bien ont-elles une action différente, une action qui ne serait plus celle du soufre, mais celle du composé dont il fait partie? C'est un point que je n'ai pas été en position d'élucider.

Suivant M. Reveil, j'aurais commis une erreur en disant qu'il faut $0^{gr},0035$ d'iode pour colorer un litre d'eau pure et froide, tandis qu'une seule goutte de teinture qu'on laisse tomber dans le liquide amidonné produit immédiatement une coloration bien apparente. Mais j'ai fait remarquer immédiatement, et cet honorable collègue en est convenu, que cette expérience ne donnait pas un démenti à mon assertion, attendu que la surface seule du liquide avait été colorée d'abord, et que toute coloration avait disparu dès que l'iode avait été mêlé, non plus seulement à une mince couche superficielle, mais à la totalité du liquide. Du reste, la proportion d'iode que j'ai indiquée est déjà très faible, puisqu'elle ne représente que trois à quatre millionnièmes du liquide. Cependant, je sais fort bien qu'on a indiqué une proportion plus faible encore, un millionnième, et même moins. Mais je déclare qu'en opérant comme on le fait d'habitude quand on examine une source par la sulfhydrométrie, il ne m'a jamais été possible d'obtenir une coloration immédiate et caractéristique avec une quantité d'iode sensiblement inférieure à celle que j'ai indiquée, lors même que j'ajoutais de l'acide chlorhydrique, comme le veut M. Leconte.

J'ai dit « une coloration immédiate, » parce que si, après l'avoir produite, on laisse le liquide en repos pendant quelques heures, il finit par prendre une teinte beaucoup plus apparente, qui exige, pour être ramenée

au point primitif, l'addition d'une assez grande quantité d'eau ; de sorte que l'on peut croire alors avoir employé une trop grande proportion d'iode, et faire ainsi une estimation plus élevée du pouvoir colorant de l'iode dans l'eau amidonnée. Mais c'est là un résultat secondaire dont on ne doit pas tenir compte, et que l'on ne peut prendre pour base d'évaluation, parce qu'il ne fournit point de données précises, comme l'a reconnu M. Chatin. Peut-être est-ce là une des causes de la différence des évaluations. Une autre cause encore de cette différence, très probablement, se trouve dans la quantité d'amidon employé. Ainsi, en n'ajoutant à l'eau douce sur laquelle j'expérimentais qu'une faible quantité d'eau amidonnée, comme l'a conseillé Dupasquier et comme on le fait ordinairement, il m'avait fallu jusqu'à 5 et même 6 milligrammes d'iode pour colorer un litre de liquide ; plus tard, en mêlant à l'eau douce une plus forte proportion d'eau amidonnée, j'avais obtenu la même coloration avec 3 milligrammes et demi d'iode, et déjà, en opérant sur une eau sulfureuse, je m'étais aperçu assez souvent, sans m'en rendre bien compte, que la proportion d'amidon avait une influence notable sur la rapidité et l'intensité de la coloration ; enfin, en mêlant dans un litre d'eau douce une cuillerée à bouche d'une solution épaisse d'amidon, j'ai pu obtenir une coloration bien sensible avec 2 milligrammes et demi d'iode. Dans ce cas, il est vrai, la couleur bleue est moins persistante, et commence à s'affaiblir au bout de deux ou trois heures (mais *au bout de deux ou trois heures seulement*), quand la nuance produite par une moindre proportion d'amidon et une plus grande proportion d'iode est à peine parvenue à son summum d'intensité, qu'elle conserve assez longtemps.

Voilà donc qu'il ne suffit pas de prendre toutes les précautions recommandées par M. Leconte, d'opérer dans un ballon au lieu d'employer un vase à large ouverture, une capsule de porcelaine, comme le faisait Dupasquier ; d'opérer sur de l'eau ramenée toujours à la même température, avec une solution d'iode maintenue à la même température également ; d'employer de l'alcool toujours au même degré ; de l'iode titré pour sa pureté ; une teinture d'iode titrée ; enfin, une solution d'amidon préparée le jour même. Il faudra encore que cette solution soit titrée aussi et employée en quantité définie, pour qu'on puisse comparer les résultats des expériences et obtenir des données certaines.

Il faut donc apporter à la sulfhydrométrie une foule de modifications, de précautions et de perfectionnements qui en feront un procédé fort délicat, plus difficile à manier que certains autres procédés, comme l'a justement dit M. Reveil, et qui feront surtout qu'elle ne pourra pas être appliquée par les personnes étrangères à la chimie, comme le voulait son auteur. Peut-on compter que toutes les précautions nécessaires seront mises en usage par tous ceux qui emploieront ce moyen d'analyse? Cela me paraît fort douteux, et dès lors il est à craindre que la sulfhydrométrie continue de donner lieu à bien des erreurs et des incertitudes. Sous ce rapport, je comprends la répulsion manifestée par l'illustre chimiste suédois pour les procédés de cette nature ; et, tout en reconnaissant les services que la teinture d'iode peut rendre à l'étude et surtout à la pratique journalière des eaux sulfureuses, je m'avoue atteint d'une grande défiance à l'égard de l'exactitude de ses procédés, quand ils n'ont pas été contrôlés par d'autres moyens d'analyse.

M. Gerdy rappelle qu'il a déjà cité l'erreur commise par Dupasquier lui-même sur la source d'alun d'Aix en Savoie ; et, examinant le fait avancé par M. Bonjean en 1843, dans son mémoire sur les eaux de Challes, à savoir que « le sulfure alcalin qu'elle renferme est immédiatement décomposé dans l'organisme sous l'influence de l'oxygénation ; qu'il se transforme en hyposulfite de soude et arrive tel dans les urines, où il est facile de le reconnaître par l'analyse, » il conclut que l'iode versé par M. Bonjean dans son urine, et qu'il croyait absorbé par un hyposulfite, l'était tout simplement, au moins en partie, par l'acide urique. La présence des hyposulfites en pareil cas reste donc à démontrer. M. Gerdy appelle l'attention sur d'autres observations, qui ne sont pas, suivant lui, sans importance.

On pense généralement que les carbonates alcalins absorbent une quantité assez notable d'iode ; et M. Filhol, dans son ouvrage si intéressant sur les eaux des Pyrénées, a établi que 0gr,10 de carbonate de soude anhydre, dissous dans un litre d'eau pure, absorbent 0gr,007 d'iode environ. Le fait est exact ; mais ce résultat est dû au grand volume d'eau dans lequel le carbonate était dissous.

M. Gerdy cite les expériences nombreuses qu'il a faites, et d'où il résulte que les carbonates neutres des bases alcalines cessent d'être complétement neutres, au moins relativement à l'iode, lorsqu'ils sont en dissolution étendue ; qu'alors, en effet, ils absorbent un peu d'iode, et en proportion d'autant plus grande qu'ils sont dilués dans une plus forte quantité d'eau ; qu'ils perdent cette propriété lorsqu'ils sont mêlés en proportion convenable avec le bicarbonate de soude ; que ce bicarbonate lui-même n'absorbe point d'iode, et qu'à plus forte raison les bicarbonates terreux ne sauraient être la cause qui fait que l'eau commune, *comme l'eau distillée, d'ailleurs*, absorbe une notable proportion d'iode avant de bleuir par l'amidon.

Mais si les carbonates neutres n'ont, au total, qu'une faible action sur l'iode, lorsqu'ils existent seuls dans une dissolution, il n'en est plus de même quand ils sont réunis à un sulfure. Dans ce cas, en effet, M. Filhol a constaté qu'ils déterminent une absorption d'iode beaucoup plus considérable. Il a trouvé que 0gr,10 de carbonate de soude, qui n'absorbaient que 0gr,007 d'iode dans un litre d'eau distillée, augmentaient de 0gr,03 la proportion d'iode absorbée dans un litre d'eau sulfureuse. Il est donc indispensable de se débarrasser des carbonates avant d'employer l'iode pour l'analyse des eaux sulfureuses. Quant au bicarbonate de soude, il ne m'a présenté aucune action sur l'iode, dans de l'eau sulfureuse comme dans l'eau distillée.

J'ai parlé de l'influence possible des matières organiques de certaines eaux minérales sur l'iode. Lorsque, en 1842, j'émis cette opinion, elle ne s'appuyait que sur une induction, sur les résultats que m'avait fournis l'acide urique. Mais, deux ans plus tard seulement, M. Reveil constatait, ainsi qu'il vous l'a dit, que les matières organiques de certaines eaux des Pyrénées absorbaient une grande quantité d'iode. Ces observations de M. Reveil me paraissent avoir une assez grande importance, parce qu'elles sont de nature à appeler sur ce fait l'attention des observateurs, qu'elles démontrent la possibilité d'erreurs dues à cette cause, et la nécessité encore de contrôler par d'autres procédés analytiques les indications de la sulfhydrométrie.

Parmi les corps qui absorbent de l'iode et qui peuvent se trouver dans les eaux minérales, M. Reveil a cité l'acide arsénieux, dont j'avais déjà signalé l'action ; des borates, des phosphates, etc. A toutes ces causes perturbatrices, M. Leconte oppose l'addition d'acide chlorhydrique, qu'il recommande comme une nécessité dans tous les cas. Rien ne prouve aujourd'hui que l'acide chlorhydrique neutralisera l'influence de tous les corps que la chimie pourra découvrir dans les eaux minérales ; cependant il serait peut-être utile pour annuler celle des matières organiques ; car il empêche, au moins en grande partie, l'action de l'acide urique sur l'iode. Mais si l'addition de l'acide chlorhydrique peut être utile, comme je l'ai reconnu moi-même, pour les eaux qui ne contiennent d'autre principe sulfureux que des sulfures et de l'acide sulfhydrique, il n'en est plus de même pour celles qui contiennent en même temps des sulfites ou des hyposulfites ; car alors il en résulterait des erreurs inévitables, malgré les précautions indiquées par M. Leconte. La sulfhydrométrie ne peut donc être employée seule, dans ce cas, comme moyen d'analyse.

M. Reveil pense que les hyposulfites doivent absorber toujours une même proportion d'iode. Son opinion, du reste, ne paraît être fondée que sur des indications. Pour moi, j'ai soumis à l'action de l'iode un bon nombre d'échantillons d'hyposulfite de soude, en analysant préalablement ces échantillons ; et si, dans la plupart des cas, j'ai obtenu un résultat semblable à celui signalé par MM. Fordos et Gélis, dans un certain nombre de cas aussi l'expérience m'a donné des proportions différentes. C'est donc par les faits que j'ai été conduit à établir que cette réaction n'était pas constante et ne permettait pas la détermination quantitative du soufre contenu dans les hyposulfites.

J'ai montré que l'on ne pouvait, par la sulfhydrométrie seule, et sans le secours des autres procédés, analyser une source sulfureuse, parce que la teinture d'iode ne distingue pas des sulfures l'acide sulfhydrique ; parce qu'elle n'indique qu'une partie du soufre des polysulfures, dont on a reconnu la présence dans quelques eaux sulfureuses ; qu'elle n'indique nullement le soufre hydraté ; qu'elle est décolorée ou absorbée en même proportion par les sulfites que par les monosulfures et l'acide sulfhydrique ; qu'elle est absorbée aussi par les hyposulfites, en proportion différente, etc. ; de telle sorte qu'une certaine proportion d'iode étant absorbée, il n'est pas possible de savoir ce qu'elle représente dans l'eau minérale que l'on examine. On peut bien, par certaines dissolutions métalliques, séparer plus ou moins exactement les sulfures des sulfites et les hyposulfites ; mais cela ne distingue pas ces deux derniers genres de corps. M. Leconte n'a point levé ces difficultés ; mais il répond qu'aucun autre procédé ne peut mieux résoudre ces problèmes *directement*. Directement ou indirectement, qu'importe ! Les ressources que fournit la chimie, et que M. Leconte connaît mieux que moi, nous permettent d'arriver, par des procédés plus compliqués sans doute, mais du moins assez exacts, utilement secondés d'ailleurs par la sulfhydrométrie, à la solution de ces questions, tandis que la sulfhydrométrie seule est à cet égard tout à fait insuffisante.

Quant à l'emploi des sels de zinc pour isoler les sulfites, et dont l'indication a été donnée par H. Rose, j'ai dit qu'ils présentaient l'inconvénient de faire presque toujours évaluer la proportion des hyposulfites au delà de la réalité, à cause de la tendance du sulfure de zinc à s'acidifier très rapidement. J'ai émis, par ce motif, un doute au sujet de la grande quantité d'hyposulfite, signalée par M. Filhol, dans les eaux de Luchon parvenues aux lieux d'emploi. Ce n'est là qu'un simple doute, d'autant moins important que l'abondance des hyposulfites dans ces eaux, après un certain parcours, pourrait s'expliquer très bien, peut-être, par les conditions qu'elles présentent. J'ai en effet signalé ce résultat, que, dans le cas où un sulfure,

un sulfite et un hyposulfite se trouvent réunis, il s'établit entre eux une réaction par laquelle le sulfure est très rapidement transformé et passe, au moins en bonne partie, à l'état d'hyposulfite.

Du reste, on peut avec avantage, je crois, remplacer les sels de zinc par le sulfate neutre de cobalt, pour précipiter le soufre des sulfures et de l'acide sulfhydrique réunis et en isoler les hyposulfites. Le sulfure de cobalt ne s'acidifie pas rapidement, et permet de doser avec assez d'exactitude le soufre de l'hyposulfite.

En définitive, la sulfhydrométrie est un moyen très avantageux pour surveiller les variations des sources sulfureuses déjà bien étudiées; elle est un moyen avantageux aussi à joindre aux autres procédés pour l'étude complète d'une eau sulfureuse; mais elle conduirait à beaucoup d'erreurs, si l'on voulait l'employer seule pour l'analyse de ces eaux, sans le contrôle des autres moyens. On ne peut donc s'en rapporter à la sulfhydrométrie, comme on l'a fait trop souvent déjà, pour apprécier la nature et la valeur d'une eau minérale.

Sur la source ferro-manganifère de l'établissement thermal de Luxeuil, par M. CHAPELAIN.

Jusqu'à présent les sources salines de Luxeuil avaient seules attiré l'attention des médecins. On savait à peine qu'il y eût une source ferrugineuse dans cet établissement de bains, parce que cette source ne fournissait qu'une petite quantité d'eau, et que son analyse n'indiquait qu'une faible minéralisation. Quant à l'oxyde de manganèse, comme l'analyse n'en présentait que quelques traces, on n'y attachait aucune importance.

Dès mon début dans la médication des eaux de Luxeuil, j'eus à combattre des maladies lymphatiques de toutes sortes : des écoulements leucorrhéiques, des dysménorrhées, des aménorrhées, des chloroses, des anémies avec décoloration générale de la peau et des membranes muqueuses, etc.

Ces affections me faisaient regretter de ne pas avoir à ma disposition une plus grande abondance d'eau ferrugineuse. J'en fis recueillir néanmoins une quantité suffisante, qui, mêlée à notre eau saline la plus thermalisée (56 degrés centigrades), me permit de composer des bains pour quelques-uns des malades dont je viens de parler. Les résultats que j'en retirai furent si heureux, que je ne cessai dès lors de réclamer, dans l'intérêt de la santé publique, qu'on fît des recherches pour parvenir à avoir cette eau plus pure et plus abondante, et d'en obtenir la parfaite captation, afin qu'elle ne fût plus contaminée par des eaux étrangères.

La ville de Luxeuil, propriétaire alors de cet établissement thermal, m'accorda, en 1850, de faire travailler à la captation de l'eau ferrugineuse. Pour arriver à ce résultat, des fouilles assez considérables devenaient indispensables, parce que l'eau ferrugineuse, sortant du terrain de différents côtés, faisait présumer que les conduits placés, à une époque très éloignée, pour faire arriver l'eau jusqu'à l'établissement, avaient été détruits dans quelques points de leur trajet; que, par conséquent, une partie de cette eau se perdait dans les terres environnantes, et que la petite quantité que nous obtenions était altérée dans sa composition et par son mélange avec des eaux étrangères. On verra plus loin que ces suppositions étaient fondées.

L'analyse générale que M. Braconnot a faite de nos sources salines prouve qu'elles contiennent toutes de l'oxyde de manganèse. De plus, toutes ces eaux déposent sur les parois intérieures des piscines une substance noirâtre, onctueuse, d'autant plus abondante que l'eau est plus minéralisée. La couleur foncée de ces sédiments est aussi en raison directe de leur minéralisation. M. Braconnot, qui n'a analysé que le dépôt d'une de nos sources, celui recueilli sur les parois du réservoir du bain des Dames, a trouvé que 2 grammes de ce dépôt contiennent ·

Sable quartzeux.	1,00
Baryte	0,09
Oxyde de fer	0,13
Peroxyde de manganèse	0,70
Ulmine.	0,08
	2,00

En 1822, époque à laquelle le réservoir du trop plein d'une de nos sources (celle de la fontaine d'Hygie) était en construction, on mit à découvert, au milieu d'un banc de grès, une mine de fer qui se présentait sous différents aspects. Des échantillons furent envoyés à M. Braconnot, qui en fit l'analyse. Il trouva que cette mine de fer contient, sur 100 parties :

Eau.	10,00
Silice	14,22
Baryte (traces).	00,01
Peroxyde de fer	69,44
Peroxyde de manganèse	5,33
Phosphate d'alumine	1,00
	100,00

La grande quantité de peroxyde de manganèse combinée avec la baryte, charriée par les eaux des bains de Luxeuil, n'indique-t-elle pas leur passage à travers une mine contenant ce métal? On ne connait point dans les environs de mine de manganèse. La plus rapprochée se trouve dans les Vosges, près de Saint-Diez, à plus de 80 kilomètres de nos sources, et il est à remarquer que cette mine ne contient point de baryte, d'après l'analyse faite par Vauquelin. Ce n'est donc pas de là que viennent nos eaux. Il est bien plus probable que l'oxyde de manganèse contenu dans les eaux de l'établissement thermal de Luxeuil provient de la mine de fer située dans le jardin des bains.

Les fouilles, pour arriver au point d'émergence de la source ferrugineuse, furent faites dans une direction opposée à l'endroit où se trouve la mine de fer en question, et aussitôt que la source ferrugineuse fut découverte, je reconnus 50,000 litres d'eau, au lieu des 5 ou 6,000 qui étaient versés précédemment. Je constatai aussi que la température était de 22 degrés, tandis qu'avant les fouilles elle n'était que de 17.

Je voulus m'assurer si la composition chimique de cette eau était supérieure à celle de l'ancienne. Je trouvai qu'elle contenait, par litre, 45 centigrammes de principes minéralisateurs; l'ancienne n'en présentait que 27. Cette notable différence me fit vivement désirer de connaître la quantité exacte de chacun de ces principes. En conséquence, j'envoyai une vingtaine de litres de cette eau à M. Braconnot, qui voulut bien, dans l'intérêt seul de la science, en faire l'analyse, ainsi que celle du dépôt que cette eau forme par son contact avec l'oxygène de l'air.

Le résultat qu'il obtint, comparé à celui de la première analyse, présente en effet une différence très considérable, comme on peut en juger en jetant les yeux sur l'une et l'autre analyse :

Ancienne analyse.

1. Chlorure de sodium.	0,0514
2. Chlorure de potassium	0,0074
3. Sulfate de soude	0,0338
4. Carbonate de chaux.	0,1056
5. Silice	0,0294
6. Crénate et apocrénate de fer / 7. Alumine. . . . . / 8. Oxyde de manganèse. . . .	0,0285
9. Magnésie.	0,0075
10. Carbonate de potasse.	0,0070
11. Matière organique	»
	0,2706

Nouvelle analyse.

1. Chlorure de sodium.	0,2579
2. Chlorure de potassium	0,0021
3. Sulfate de soude	0,0700
4. Oxyde de manganèse	0,0220
5. Carbonate de chaux.	0,0350
6. Sulfate de chaux	0,0050
7. Magnésie.	0,0070
8. Matière azotée	0,0100
9. Silice et alumine	0,0080
10. Oxyde de fer . . . . / 11. Phosphate de fer . . . . . . / 12. Arséniate de fer	0,0270
	0,4440

M. Braconnot pense qu'au moment où l'eau sort de la source, le fer qu'elle tient en dissolution s'y trouve dans un état inférieur d'oxydation, mais qu'il passe bientôt par le contact de l'oxygène de l'air à l'état de sesquioxyde qui, en se précipitant, entraîne les acides phosphorique et arsénique qu'il y a reconnus. Cette précipitation a tant de disposition à se manifester, qu'elle a lieu pendant le transport, presque complétement, en larges flocons, même dans des bouteilles très bien bouchées.

Au contraire, l'oxyde de manganèse y est retenu avec beaucoup plus de force, ainsi que ce chimiste s'en est assuré par l'expérience suivante : Quatre litres de cette eau ferrugineuse séparée de son dépôt, et ne donnant plus avec les réactifs aucun indice de la présence du fer, ont été mélangés avec un excès d'eau de chaux; il s'est rassemblé un précipité d'une couleur fauve; recueilli, desséché et chauffé au rouge, il a été mis en ébullition avec de l'acide acétique, qui a dissous de la chaux, une petite quantité de magnésie et d'oxyde de manganèse, et a laissé pour résidu insoluble une quantité notable de ce dernier oxyde, lequel, dissous dans l'acide chlorhydrique, a produit un dégagement abondant de chlore et a fourni, par l'évaporation, du chlorure de manganèse retenant à peine des traces de fer, ce qui fait soupçonner que le manganèse pourrait bien être retenu en dissolution dans cette eau par l'acide sulfurique.

Cette nouvelle analyse n'a pu faire constater la présence du crénate et de l'apocrénate de fer dans notre eau ferrugineuse, pure maintenant de

tout mélange, tandis que ces sels figurent dans l'ancienne ; aussi notre consciencieux et savant analyste est-il arrivé à exprimer le désir de voir l'acide de Berzelius soumis à un nouvel examen avant de l'admettre comme acide particulier.

L'absence de l'oxyde de manganèse dans le dépôt ocreux de la nouvelle eau ferro-manganifère des bains de Luxeuil est une nouvelle preuve que cette substance est totalement retenue en suspension dans cette eau, ainsi que le constate l'analyse suivante, dans laquelle figurent seuls des principes ferriques.

Analyse du dépôt ocreux de la nouvelle eau ferrugineuse de Luxeuil.

Oxyde ferrique	52,288
Phosphate ferrique	19,940
Arséniate ferrique	2,772
Carbonate. Oxyde de manganèse. Cuivre	»
Matière azotée	»
Matières étrangères	25,000
	100,000

On voit, par tout ce qui précède, que la nouvelle eau ferrugineuse de Luxeuil, rendue à la pureté originelle, contient en dissolution une notable quantité de manganèse, substance à laquelle les praticiens attachent une si grande importance lorsqu'il s'agit d'apporter du soulagement aux organisations débilitées. Ils savent que le fer et le manganèse régénèrent le sang, lui donnent de la plasticité. Le manganèse, surtout, est facilement absorbé, et en pénétrant dans le torrent circulatoire, il reconstitue promptement l'état normal du liquide sanguin, en lui portant les éléments nécessaires à la formation de l'hématosine et à la production de nouveaux globules.

Sydenham avait observé que le fer agissait d'autant mieux et d'autant plus vite, comme agent reconstituant, qu'il est dans un état de plus grande simplicité. L'observation de Sydenham est aussi applicable au manganèse qu'au fer ; d'où il s'ensuit que ces deux puissants modificateurs, qui se trouvent, dans l'eau de Luxeuil, à une grande divisibilité, présentent la condition essentielle réclamée par ce grand médecin et par tous les praticiens modernes.

Je n'ai point la prétention de vouloir établir les preuves de l'infaillibilité de l'eau ferro-manganifère de Luxeuil : loin de là ; car si j'ai obtenu de beaux et heureux résultats de son application aux maladies que j'ai indiquées, je pourrais aussi présenter des observations d'un assez grand nombre de cas où cette eau a été impuissante et n'a eu que peu ou point d'action. Je désire seulement faire remarquer que, par la *seule* puissance de cette eau, j'ai pu obtenir la guérison d'affections anciennes et très graves, qui avaient résisté à des médications dirigées par de savants et habiles praticiens.

Le Secrétaire général,
DURAND-FARDEL.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 4 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. CÉRY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. *Uzac*, nommé membre correspondant, écrit pour remercier la Société.

M. *Foltz*, de Lyon, nommé, dans la dernière séance, membre correspondant, adresse également ses remerciements à la Société.

Sur le rapport du conseil d'administration, la Société, faisant droit aux demandes de MM. *Jolly* et *Collineau*, les nomme membres honoraires, et M. *Tanquerel-Desplanches*, que ses occupations retiennent loin de Paris, est nommé membre correspondant.

La parole est à M. *Bouvier* pour un rapport verbal sur un travail du docteur *Loir*, intitulé : *De la constatation des naissances en France.*

M. *Bouvier* : La Société de médecine connaît la tâche philanthropique poursuivie depuis dix ans par notre collègue M. le docteur Loir. L'ouvrage qu'il nous a adressé résume ses efforts persévérants pour obtenir de l'autorité administrative la constatation des naissances à domicile.

Déjà sollicitée, il y a vingt-cinq ans, au nom de la science et de l'humanité par de hautes autorités scientifiques, approuvée par nos premiers légistes, par la plupart des conseils généraux des départements, objet chaque année d'un vœu spécial du département de la Seine, adoptée, à la satisfaction de tous, dans plusieurs localités de la France et de l'étranger, que manque-t-il donc à cette mesure pour être immédiatement appliquée sous nos yeux?

Il lui manque les moyens de triompher de l'esprit de routine, des aveugles préventions, seules causes possibles de l'opposition qu'elle a rencontrée naguère dans les municipalités de quelques arrondissements de Paris.

Qu'objecterait-on, en effet, de sérieux contre l'adoption de cette mesure?

Prétendrait-on qu'elle est superflue, que la coutume établie n'entraîne point d'inconvénient suffisamment démontré au point de vue de la santé des nouveau-nés, qu'en conséquence il est inutile de bouleverser ce qui existe, et de charger le budget de l'administration de nouveaux frais?

Un semblable argument ne tomberait-il pas de lui-même devant l'observation la plus superficielle des faits, devant les preuves accumulées par notre collègue touchant les pernicieux effets des températures extrêmes, et surtout du froid de nos hivers, dans les premiers jours de la naissance? Qui de nous n'est convaincu que l'action du froid extérieur, dans le transport des nouveau-nés à la mairie avant le quatrième jour de la vie, peut, dans des circonstances données, déterminer ou aggraver des maladies susceptibles de causer la mort? Comment supposer que, sur des milliers d'enfants, ces circonstances spéciales ne se rencontrent pas, chaque année, chez un certain nombre d'entre eux, victimes désignées de cette fatale coutume? Et l'on voudrait persister dans l'exigence d'une formalité qui expose sans nécessité ce que les citoyens ont de plus cher, ce qu'il y a de plus sacré dans l'État, à une cause incessante de maladie et de destruction!

Que Louis XV, dans une ordonnance irréfléchie, ait prescrit de porter les nouveau-nés à l'église dans les vingt-quatre heures de la naissance; que la Convention nationale ait copié cette ordonnance en ne faisant que substituer la maison commune à l'église, cela n'a pas lieu de nous surprendre : la santé publique était pour les gouvernements d'alors d'un intérêt secondaire. Mais aujourd'hui que la voix de l'hygiène est depuis longtemps écoutée de l'administration, ne doit-il pas suffire que de pareils faits soient connus pour que l'on s'empresse d'y porter remède.

Déjà, en 1847, M. le préfet de la Seine convenait que « si le transport des nouveau-nés à la mairie pouvait être nuisible à leur santé, il faudrait constater les naissances à domicile. » (*Rapport de la commission des vœux du conseil général de la Seine*, session de 1847.) Ainsi posée, la question, vous le voyez, est toute médicale, et l'on peut dire que, pour nous, elle est résolue d'avance. Il ne s'agit plus que de faire arriver à qui de droit les lumières que nos études et l'exercice de notre art nous fournissent journellement sur ce point, et aucun de nous n'hésitera assurément à user de tous les moyens en son pouvoir pour s'associer dans cette voie aux généreux efforts de notre collègue M. Loir.

M'arrêterai-je aux craintes qu'on avait d'abord manifestées sur la légalité de la constatation des naissances à domicile? L'opinion des légistes a parfaitement démontré qu'il est loisible à l'administration d'établir cette mesure, sans qu'il soit besoin de recourir à l'autorité législative, parce que la loi en vigueur, la loi de 1803, moins absolue que celle de la Convention, laisse toute latitude à cet égard. M. Loir est entré, à ce sujet, dans des développements qui ne laissent pas le moindre doute dans l'esprit.

Mais, a-t-on dit, on ne gagnerait rien à supprimer le transport des nouveau-nés à la mairie, puisque leur transport à l'église leur ferait courir les mêmes dangers; on n'atteindrait le but que l'on se propose qu'en administrant aussi le baptême à domicile.

Cette objection n'est pas mieux fondée que les deux précédentes. Elle a été pour M. Loir l'occasion de recherches curieuses sur la cérémonie du baptême, depuis l'origine du christianisme jusqu'à nos jours. Ces recherches prouvent que le clergé s'est toujours montré disposé à éviter les inconvénients que le baptême pouvait avoir pour la santé des enfants; qu'il n'exige point généralement leur transport à l'église avant le huitième jour; que si un usage contraire a souvent prévalu, il faut surtout en accuser la nécessité du transport à la mairie dans les trois jours, qui a fait avancer le moment de la cérémonie religieuse. N'est-il pas d'ailleurs évident que les familles sont libres de choisir l'époque favorable pour l'administration du baptême, que la piété et l'hygiène s'entendront aisément là-dessus, et que tout ce qu'il importe, c'est de mettre un terme à la tyrannie de la loi civile?

On a parlé, en termes vagues, d'abus graves qui pourraient résulter de la constatation des naissances à domicile. M. Loir oppose à cette supposition toute gratuite mieux que des raisonnements, l'autorité des faits. La mesure qu'il propose est appliquée depuis huit ans à Versailles, à Douai, à Bruxelles; elle n'a produit que des avantages, et aucun inconvénient.

Veut-on savoir de quel côté des abus sont à craindre? C'est du mode d'exécution actuel de la loi qu'ils peuvent bien plutôt naître, et l'expérience en a fourni plus d'une preuve. D'une part, ce mode, souvent im-

praticable ou repoussé par les répugnances des familles, n'a jamais pu être généralisé ; aujourd'hui même, dans les trois quarts de la France, les enfants nouveau-nés ne sont point présentés à l'officier de l'état civil ni à personne qui le représente, et la loi est ainsi sans force, faute d'une bonne réglementation qui en assure l'exécution. D'un autre côté, même dans les localités où la présentation a lieu, comme à Paris, elle n'offre, le plus souvent, aucune des conditions nécessaires pour en assurer l'utilité. Le sexe est à peine vérifié, ou ne l'est pas du tout ; l'âge ne saurait l'être par les personnes incompétentes préposées à cet office. De là des erreurs, des garçons pris pour des filles, *et vice versâ ;* des fraudes, la possibilité de substitutions, de suppositions d'enfant, de déclarations tardives, en un mot, tous les inconvénients et les dangers que le législateur a voulu prévenir par les sages dispositions si imparfaitement appliquées.

Il ne faut pas un grand effort de logique pour comprendre que ces inconvénients et ces dangers seraient beaucoup moins à redouter avec la constatation des naissances à domicile, surtout si elle était confiée à des médecins, comme cela a déjà lieu pour la constatation des décès.

Faisons des vœux, messieurs, pour que les vues que je viens de présenter, et qui résument, en quelque sorte, la substance de l'ouvrage de M. Loir, soient partagées par l'administration, et pour qu'elles amènent la prompte réforme d'une coutume funeste pour les générations naissantes, et sans nécessité comme sans avantage pour l'exécution de la loi.

M. *Cazeaux* regarde la proposition de M. Loir comme très importante ; il propose que la Société intercède auprès de M. le préfet de la Seine, pour que les vues de notre honorable confrère soient prises en considération.

M. *Deville*, par sa position, a été à même de connaître les démarches qui ont été faites auprès de l'administration ; faites dans un but philanthropique, auquel l'autorité rend justice, les propositions de M. Loir ont toutefois été écartées, par la raison que les huit dixièmes environ des enfants naissant à Paris sont emmenés en nourrice dans les vingt-quatre heures qui suivent la naissance, et par conséquent exposés à de bien plus nombreux accidents résultant de la température, du froid ou de l'humidité, que, dans le transport de leur domicile à la mairie.

Dans l'état actuel des choses, dit M. Cazeaux, on est à la merci des employés des mairies, qui sont plus ou moins exigeants. Il serait essentiel que les certificats des médecins fussent acceptés dans toutes les mairies. M. Cazeaux termine en proposant qu'une demande soit adressée à l'autorité, pour que le transport des enfants aux mairies ne soit pas exigé.

La société adopte les considérations de M. Cazeaux, et propose l'impression du rapport de M. Bouvier.

M. *Audouard* fait à la Société la communication suivante :

Pharyngite vénérienne guérie par un traitement fondé sur la corrélation sympathique des organes de la génération avec la gorge.

Il y a entre les organes de la génération et la gorge une corrélation ou sympathie que tout le monde connaît. On l'observe dans les deux sexes. Ainsi, l'époque de la puberté, chez les jeunes filles, est marquée par une modification de la voix, et, dans un âge plus avancé, quelques femmes éprouvent le sentiment d'une boule qui, partant de l'utérus, remonte vers le larynx. Elle est connue sous le nom de *boule hystérique ;* mais cette corrélation est surtout bien évidente dans le sexe masculin, chez les sujets qui ont été privés des testicules de bonne heure et même plus tard. Tels sont les châtrés auxquels on a enlevé ces organes, dans le but bien connu de faire que leur voix se rapproche de celle de la femme.

Je ne veux pas rappeler ici les autres modifications qui résultent de cette mutilation. J'aurais à dire qu'elle fait que le physique de l'homme se rapproche beaucoup de celui de la femme. L'homme châtré étant sans barbe et ayant une voix féminine, est peu propre aux exercices pénibles ; ses muscles sont peu saillants ; sa peau, plus douce que de coutume, recouvre un tissu cellulaire abondant, et les articulations de ses membres, gonflées, sont abreuvées de synovie. Mais si l'homme châtré est comparable à la femme par quelques formes, il n'en a pas la sensibilité ni la mobilité nerveuse.

M. V..., âgé de soixante ans, avait toujours mené joyeuse vie. Il lui en était resté une maladie vénérienne ancienne que dénotaient des végétations de cette nature au fondement ; mais il ne s'en occupait pas, se plaisant, disait-il, à vivre avec un tel ennemi, qui, depuis plusieurs années, ne le tourmentait aucunement. Je n'étais pas son médecin, mais de ses amis. Je le laissai dans cet état en 1835, lorsque je partis pour Alger, chargé, par M. le ministre de la guerre, d'une mission contre le choléra. A mon retour, six mois après, je visitai M. V..., et je le trouvai souffrant horriblement d'un mal à la gorge, vraie pharyngite qui rendait la déglutition presque impossible, même pour les liquides. Les souffrances étaient telles, que le malade parlait de se tuer pour y mettre fin. Il avait la respiration gênée, et une bave continuelle sortait de sa bouche. Son médecin, bien persuadé qu'il avait affaire à une affection vénérienne, le traitait par le sirop de Cuisinier avec addition de 25 centigrammes de deuto-chlorure de mercure dans chaque bouteille. On sait ce que devient le sublimé dans du sirop. Le malade en était à la quatrième bouteille lorsque je le vis. Je le retrouvai donc, non pas avec une syphilis chronique, mais très aiguë, ayant son siége au pharynx, caractérisée par la rougeur, la douleur, le gonflement et le suintement ou bave dont il vient d'être question. Je le priai de m'aboucher avec son médecin, ce qui eut lieu le lendemain.

Dans cette consultation, nous fûmes facilement d'accord sur la nature de la maladie et sur l'urgence d'y remédier. C'était une syphilis ancienne qui, s'étant portée sur une partie irritable, l'arrière-bouche, y avait acquis un caractère d'acuité des plus graves ; les moyens employés pour la combattre ayant été sans succès, et la déglutition étant presque impossible et très douloureuse, il fallait recourir aux moyens externes, comme étant d'une application plus facile, vu la nature et le siége du mal. En présence de ces difficultés, je rappelai la corrélation des organes de la génération avec la gorge, et je proposai l'onction, chaque jour, de 8 grammes d'onguent mercuriel au scrotum. Mon confrère se rendit à mon avis, non sans m'opposer le danger d'augmenter la salivation déjà existante, salivation que je fis considérer comme une sécrétion morbide, effet ordinaire de l'inflammation des membranes muqueuses. Une légère décoction de racine de squine édulcorée et lactée fut conseillée pour boisson ; ces moyens étant adoptés, nous nous ajournâmes à quatre jours.

Dans cette nouvelle rencontre, mon confrère fut persuadé qu'il y avait déjà une amélioration notable ; le malade souffrait moins et la déglutition était moins difficile. Quatre onctions mercurielles avaient procuré ce soulagement ; il était donc à propos de continuer les mêmes moyens, ce qui fut convenu.

Ce traitement, auquel deux bains seulement furent ajoutés, dura quinze jours pendant lesquels l'onction mercurielle ne fut pas employée les deux jours du bain, afin de donner un peu de repos au malade. Au bout de la quinzaine, tous les symptômes morbides étant dissipés, le traitement fut supprimé.

M. V... vécut encore plusieurs années après ce traitement et n'eut plus aucun symptôme d'affection vénérienne. Il succomba à une attaque d'apoplexie contre laquelle les premiers secours lui furent donnés par notre confrère, M. Aubert-Roche, qui se trouvait sur les lieux.

J'ignore si le fait que je viens de rapporter d'une médication antivénérienne fondée sur la corrélation sympathique des organes de la génération avec la gorge a des antécédents, mais, quand même cette médication aurait été employée déjà, il m'a paru utile de la faire connaître, tant à cause de l'efficacité du traitement que de sa commodité, puisqu'on l'administre dans les circonstances dans lesquelles il importe de jeter un voile mystérieux sur une maladie que l'on avoue difficilement, surtout dans un âge avancé.

M. *Guibout* conteste l'existence d'une pharyngite vénérienne ; il trouve que les caractères syphilitiques ne sont pas suffisamment décrits dans l'observation de M. Audouard, de sorte que rien ne prouve que la pharyngite, qui en fait le sujet, soit vénérienne. M. Audouard a établi son traitement sur le fait physiologique bien connu des sympathies intimes qui existent entre les organes de la génération et ceux de la phonation, mais le pharynx n'est pas l'organe de la phonation, par conséquent, le principe qui a servi de point de départ au traitement de M. Audouard est vicieux. Les onctions mercurielles ont agi en vertu de l'absorption, et le résultat eût été le même, quelle qu'eût été la région frictionnée.

M. *Chausit* dit qu'il a vu guérir des ulcérations syphilitiques par des frictions mercurielles faites sur toutes les parties du corps où la peau est fixe et l'absorption facile ; il n'admet pas la sympathie entre le pharynx et les organes génitaux, il ne saurait donc accepter la théorie de M. Audouard.

La séance est levée à cinq heures,

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 1er JUIN.

1° Fin de la communication de M. *Audouard* sur la contagion miasmatique.

2° Observation de M. *Guibout* sur un kyste du foie s'ouvrant dans le duodénum.

3° Statistique médicale du chemin de fer de Lyon, par M. *Devilliers*.

4° Rapport de M. *Debout* sur un travail de M. Delioux, médecin en chef de la marine à Cherbourg.

5° Rapport de M. *Cazeaux* sur un travail de M. Richard, relatif à l'écoulement par le mamelon, comme diagnostic dans les maladies du sein.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Cas de pneumonie et de pleurésie consécutives aux maladies chroniques de l'oreille, par le docteur W. GULL.

Les maladies de l'oreille, considérées en elles-mêmes ou dans leurs liaisons avec les maladies du cerveau et des organes splanchniques, avec les fièvres, etc., tiennent en ce moment une grande place dans les journaux anglais. Le docteur J. Toynbee, entre autres, publie dans le *Medical Times and Gazette*, une suite de leçons cliniques faites à l'hôpital Sainte-Marie *sur la pathologie et le traitement des maladies de l'oreille occasionnant une maladie du cerveau ou de ses membranes*. L'anatomie pathologique a tenu jusqu'ici plus de place que la thérapeutique dans ces leçons, où l'on rencontre, du reste, des faits très intéressants et bien présentés.

M. Gull rapporte à son tour des observations de phlébite, avec pneumonie et pleurésie consécutives à une maladie chronique de l'oreille. Le rapport entre les maladies de l'oreille et les affections du poumon ou de la plèvre n'avait pas encore attiré l'attention. Voici une analyse succincte de trois observations de ce genre.

OBS. I. — Un homme âgé de trente et un ans, après s'être exposé au froid, fut pris de frissons avec céphalalgie, vomissements et autres symptômes fébriles. Trois jours après, il avait de la peine à mouvoir la tête; la douleur de tête s'étendait le long du côté droit du cou, et l'on apprit que quatre années auparavant, dans une mine de charbon, il avait reçu sur le côté droit de la tête une contusion suivie d'un écoulement de pus par l'oreille, et de surdité de ce côté. Les frissons continuèrent de se montrer à intervalles irréguliers; puis apparurent les symptômes de la pleurésie, puis de la pneumonie et du pneumothorax. Il mourut le seizième jour. On trouva une carie des os de l'oreille droite; le cerveau et ses membranes étaient sains. Le sinus latéral droit et la veine jugulaire étaient enflammés et contenaient de la lymphe et du pus, et il y avait une pneumonie lobulaire des deux côtés, avec gangrène du poumon et pneumothorax à droite.

OBS. II. — Un homme âgé de cinquante-deux ans offrait depuis plusieurs jours des frissons et des symptômes fébriles. Quelques jours après son admission à l'hôpital, on remarqua de la roideur et de la difficulté à mouvoir la tête. Depuis son enfance, il était sujet à des écoulements de l'oreille gauche et sourd de ce côté. Les frissons continuèrent, il survint un peu de toux, et enfin il mourut au bout de trente-cinq jours. Le temporal gauche et l'occipital étaient nécrosés, le sinus latéral et la veine enflammés. La plèvre présentait un épanchement considérable, et les deux poumons une pneumonie lobulaire approchant par places de la gangrène. La dure-mère était épaissie, mais il n'y avait point d'altération matérielle du cerveau.

OBS. III. — Dans un troisième cas, enfin, il s'agit d'un homme de vingt-trois ans, qui présenta d'abord les signes d'une fièvre lente. Peu après, survinrent des frissons intenses avec des sueurs abondantes, et enfin les signes habituels de la pleuropneumonie. Il rendait par l'oreille droite un pus sanguinulent; le côté droit du cou était le siége d'une douleur assez vive, et depuis six semaines le sujet était presque sourd. Il mourut huit jours après son admission à l'hôpital, et trois semaines après le début des accidents. On trouva l'oreille droite profondément altérée, l'occipital carié, la dure-mère adjacente gangréneuse, et le cerveau congestionné. Le sinus latéral était oblitéré par un caillot. Un épanchement séro-purulent considérable occupait la plèvre droite, et les deux poumons étaient partiellement hépatisés en plusieurs points.

L'auteur conclut de ces observations : « Que les relations anatomiques de l'oreille avec le système veineux devaient nous conduire *à priori* à considérer les affections de la poitrine comme pouvant résulter fréquemment de la carie des cellules mastoïdiennes, et que les poumons ne sont pas moins exposés que le cerveau à devenir le siége d'affections secondaires, par suite des maladies chroniques de l'oreille. » (*The Lancet*, avril 1855.)

Pneumonie chronique. Abcès de la base du poumon droit; ouverture avec le trocart; guérison, par le docteur ANTONIO ROMERO Y LINARES.

Le titre de cette observation, bien que nous ne croyons devoir en accepter le diagnostic qu'avec beaucoup de réserve, nous fait un devoir d'en reproduire ici une analyse succincte.

OBS. — Un laboureur, âgé de trente-trois ans, de constitution détériorée, était considéré comme phthisique au troisième degré lorsqu'il fut soumis à l'observation de l'auteur. Il paraît que quatre mois auparavant, ayant été mouillé par la pluie pendant qu'il était en sueur, il fut pris de toux et d'une douleur sous le sein droit augmentée par la toux et les inspirations. Il put continuer à travailler pendant plusieurs semaines, mais fut enfin contraint de garder le lit.

Il lui fallait rester couché du côté droit, avec grande difficulté à changer de position, les joues rosées, très amaigri, et dyspnée avec langue blanche. Il rendait, par la toux, un pus très fétide, très liquide, un peu sanguinolent, avec des grumeaux muqueux mêlés de stries sanguinolentes. Le côté droit de la poitrine offrait un son mat, regagnant graduellement la sonorité normale. A l'auscultation, on entendait un mouvement ondulatoire (*movimiento undulatorio*) sous la mamelle droite, surtout entre les cinquième et sixième côtes. Ce bruit ondulatoire n'était pas diffus, mais circonscrit, avec résonnance caverneuse et égophonie. Les changements de position du malade ne modifiaient en rien ces phénomènes, qui occupaient deux pouces en tous sens. Ce bruit allait en s'obscurcissant et en s'éloignant peu à peu, et faisait place au bruit respiratoire normal.

On diagnostiqua une pneumonie lobulaire chronique de la base et de la partie antérieure du poumon droit, avec abcès du poumon sans communication avec la plèvre, la destruction des rameaux bronchiques permettant l'évacuation du pus par la bouche.

Le malade étant placé dans une position convenable, une ponction fut faite de bas en haut, avec un trocart, entre la cinquième et la sixième côtes droites, là où le bruit ondulatoire se faisait le plus fortement entendre. Il sortit un pus grisâtre, avec un liquide très fétide. La position et les grandes inspirations aidaient à son issue. Dans l'expiration, l'air ressortait par la canule, et, quand celle-ci eut été retirée, par la plaie.

A la suite de cette opération, on entendit au même point, pendant plusieurs jours, de la pectoriloquie et du souffle caverneux. L'air continuait de sortir par la plaie. (Opium, sangsues *loc. dol.*) Peu à peu tous les symptômes s'amendèrent, l'expectoration perdit ses caractères purulents, la dyspnée diminua, le décubitus devint indifférent, enfin une bonne convalescence se déclara, et le malade quitta l'hôpital entièrement guéri.

Nous aurions désiré emprunter à l'auteur de cette intéressante observation quelques-unes des longues réflexions dont elle est suivie; malheureusement nous n'avons pas trouvé dans ces réflexions un mot de l'observation elle-même, mais un long dithyrambe en l'honneur de la médecine et de ses vertus, dans lequel il est question de Pline, Pétrarque, Montaigne, Rousseau, Walter Scott, Caton, Salisbury, Feijoo, saint Augustin, Jovellanos, Clément XIV, l'*Ecclésiaste*, M. Guizot, et la peine de mort.

Cependant il ne nous paraît pas aussi certain qu'à l'auteur qu'il se soit agi d'un abcès du poumon plutôt que d'un épanchement dans la plèvre, circonscrit par des adhérences. Les résultats de l'auscultation laissent un peu à désirer dans l'observation, surtout pour la période de retour. Ce ne serait pas le premier exemple de vomique pleurale, et la marche de la maladie est, à la vomique près (phénomène certainement propre à faire soupçonner d'abord un abcès du poumon), tout à fait en rapport avec l'idée d'un épanchement dans la plèvre. Dans tous les cas, l'issue heureuse de la ponction *sans injection* est une circonstance thérapeutique du plus haut intérêt. (*El Heraldo medico*, avril 1855.)

Sur quelques points de l'histoire de la pneumonie; congestion pulmonaire aiguë; émissions sanguines dans la pneumonie, par le docteur ROUTH.

Nous extrairons de ce mémoire deux points de vue, l'un relatif à la distinction qu'il faut faire entre la pneumonie et la congestion pulmonaire, l'autre relatif au traitement de la pneumonie, duquel l'auteur exclut presque absolument les émissions sanguines.

La *congestion pulmonaire aiguë* est généralement décrite comme constituant la première période de la pneumonie; mais l'auteur ne doute pas qu'elle n'en doive être quelquefois distinguée. Voici les caractères qu'il lui assigne dans ce cas: La maladie apparaît très rapidement, en une ou deux heures, ordinairement après l'exposition au froid. Il y a un sentiment d'oppression dans la poitrine,

sinon de douleur ; le pouls est très fréquent, la dyspnée prononcée, l'aspect de la face anxieux, l'agitation considérable. Les signes physiques sont ceux de la pneumonie au premier degré. Ces symptômes peuvent disparaître aussi rapidement qu'ils sont survenus, soit sous l'influence d'un drastique, soit après un bain chaud ou un pédiluve, ou ils peuvent offrir des rémissions, et sont généralement plus prononcés dans la nuit. Ces phénomènes surviennent souvent durant les bronchites des enfants, dont les crachats se montrent alors teints de sang. Voici deux cas de semblables congestions :

Obs. I. — Un gentleman âgé de dix-huit ans, avait passé sa journée à pêcher, et était entré dans l'eau. Une fois couché dans son lit, il fut pris de suffocation à un haut degré ; le pouls était très fréquent. Un médecin fut appelé et pratiqua une saignée jusqu'à la syncope. La guérison fut instantanée, mais la convalescence lente et entravée par un purpura.

Obs. II. — Un étudiant s'exposa à un refroidissement à la suite d'une longue marche. Tous les symptômes sus-mentionnés se montrèrent le lendemain avec une crépitation fine dans le poumon, mais une dyspnée médiocre. Un pédiluve, le repos et un purgatif drastique le débarrassèrent en deux jours de ces accidents.

Ces deux observations, que nous avons traduites, sont fort incomplètes. Cependant nous n'avons pas hésité à reproduire ici cet aperçu sur la congestion pulmonaire, parce que, hormis pour ce qui regarde l'encéphale, les hypérémies, et surtout les hypérémies actives, sont généralement peu étudiées. On étudie trop peu ce qui ne doit pas laisser de traces sur le cadavre. Or le poumon, par sa structure, ses fonctions, ses connexions avec le cœur, doit être naturellement très exposé aux congestions actives. On n'a guère encore essayé de tracer que l'histoire de ses congestions passives. Quant à la description qu'en donne le docteur Routh, nous ferons remarquer que l'existence de phénomènes fébriles, et surtout la limitation des phénomènes perçus par l'auscultation, lesquels nous représentent le mieux possible l'état anatomique, paraissent précisément appartenir au premier degré de l'inflammation. Le caractère le plus sûr des simples congestions, c'est, suivant nous, la diffusion, et nous avons quelque peine à nous représenter une congestion simple limitée à un point du poumon, à moins qu'elle ne s'y trouve fixée précisément par un molimen inflammatoire. Nous soumettons cette remarque aux personnes qui viendraient à étudier ce point de pathologie.

L'auteur de ce mémoire examine surtout, avec des développements étendus et fort intéressants, l'opportunité des émissions sanguines dans la pneumonie, et ne paraît disposé à l'admettre dans aucun cas. Voici le résumé textuel de sa dissertation, que nous ne saurions reproduire dans ses détails.

La pneumonie est caractérisée, dans son principe, par une fluidité inaccoutumée du sang, et peut être produite par des causes qui tendent à empoisonner (*to poison*) le sang, comme il est prouvé par des expériences sur les animaux, par des observations recueillies chez l'homme, et par l'analyse chimique.

La pneumonie est ensuite caractérisée par une augmentation de la fibrine, par une hyperoxygénation opérée à la fois par les poumons et par la peau, et par la diminution des chlorures dans le sang.

C'est donc une maladie essentiellement adynamique dans son genre.

Nous regrettons de ne pouvoir donner quelques-uns des développements, et en particulier des développements chimiques, dans lesquels l'auteur est entré. Mais si, toutes réserves faites sur quelques-unes des assertions précédentes, ce point de vue de l'adynamie dans la pneumonie est très vrai et très important à connaître, d'autant qu'il n'a pas besoin, pour être exact, du cortége manifeste et classique des phénomènes de l'adynamie, il nous paraît inexact d'en faire ainsi le caractère essentiel de la maladie. La pneumonie qui succède à cette *congestion pulmonaire aiguë*, à laquelle l'auteur a consacré un paragraphe, peut céder parfaitement à la saignée, comme une maladie essentiellement sthénique. Que l'emploi abusif des émissions sanguines n'arrive souvent à juguler la maladie qu'aux dépens du malade, ceci ne saurait faire de doute ; mais il est certain qu'à Paris du moins, on voit parfaitement des pneumonies saisies dès leur début, c'est-à-dire dès la période d'hypérémie, céder rapidement à des émissions sanguines modérées, et qui ne compromettent en rien la convalescence et la santé future du malade.

Mais la pneumonie est une des maladies dans le traitement desquelles il importe le plus de considérer, non-seulement les conditions particulières où elle s'est développée, mais encore l'époque et la localité ; c'est-à-dire que c'est peut-être une de celles dont il est le plus difficile de formuler d'avance et de systématiser le traitement. (*Association Medical Journal*, avril 1855.)

Hydrorrhée utérine survenue dans les derniers mois de la grossesse et persistant après l'accouchement, par le docteur B.-A. Gomes.

Ce fait intéressant et d'une espèce rare, observé avec une scrupuleuse attention et commenté avec une connaissance parfaite des littératures médicales étrangères, offre cette particularité remarquable qu'il vient, en quelque sorte, donner une confirmation directe à l'opinion de Nægelé, attribuant à une exhalation séreuse de la face interne de l'utérus l'*hydrorrhée des femmes grosses*, hydrorrhée qui se trouverait ainsi reliée, non-seulement par son origine, mais encore par sa nature, à l'*hydrorrhée hors l'état de grossesse*. Relativement à cette dernière affection, il vient, en outre, confirmer d'autres faits plus ou moins anciens, dont l'authenticité avait été affaiblie, sinon détruite, par la critique.

Obs. — Une dame de province, venue à Lisbonne pour consulter sur son état, s'adressa à l'auteur, qui la vit avec son ami et collègue le docteur Jose Lourenço da Luz. Agée de vingt-six ans, mariée depuis huit ans, elle avait eu autant de grossesses qu'elle comptait d'années de mariage. Toutes, à l'exception de la deuxième, qui avait été interrompue dans son cours, s'étaient terminées par un accouchement naturel à terme. Elle aurait été affectée, dans son bas âge, d'une affection probablement rhumatismale; et plus tard un état chlorotique, combattu par les ferrugineux, aurait retardé la menstruation, qui avait fini par s'établir et se régulariser.

Durant la dernière grossesse, à la fin du sixième mois, elle sentit se manifester un écoulement de sérosité par le vagin, accompagné de quelques douleurs comme pour accoucher. Mais tout rentra dans l'ordre ; et nonobstant la répétition successive de la même perte, qui n'était plus accompagnée de douleurs, elle arriva à terme et accoucha naturellement. Ces pertes se reproduisirent après l'accouchement, et furent surtout remarquées du troisième au cinquième mois. Elles n'étaient pas continuelles, mais arrivaient brusquement, se répétaient ainsi plusieurs fois dans la même journée, et restaient ensuite quelques jours sans reparaître. Elles se montraient dans l'intervalle des époques menstruelles et pendant les époques, et beaucoup plus fréquemment pendant la durée de celles-ci, quelquefois jusqu'à vingt fois dans un seul jour ; et, chose remarquable, le flot de sérosité était toujours facile à distinguer du sang des règles. La quantité de sérosité évacuée chaque fois était évaluée à 12 onces et même plus. Ce liquide, évidemment, sortait souvent au moment même où il était sécrété, comme pendant les règles, où il ne pouvait rencontrer aucun obstacle ; mais souvent aussi il paraissait avoir été retenu quelque temps dans l'utérus, à en juger du moins par sa coloration plus foncée et par son odeur plus prononcée et comme urineuse. Cet état était accompagné de quelques phénomènes dyspepsiques et sympathiques, gonflement des mamelles, douleurs intercostales, amaigrissement, etc.

L'examen direct fit reconnaître que le vagin, le col et le corps de l'utérus étaient à l'état normal ; aucune tumeur n'était sentie à l'hypogastre ni dans les flancs ; on ne put non plus rien constater de matériel relativement à une douleur que la malade disait sentir quelquefois dans l'hypochondre droit et jusque dans le pli de l'aine du même côté. Les voies urinaires étaient aussi en bon état, et fonctionnaient régulièrement. L'examen du linge taché par ce liquide excluait l'idée que ce pût être de l'urine rendue à l'insu de la malade. D'ailleurs, quelques parties de ce liquide, recueillies et soumises à une analyse chimique et microscopique, ne présentèrent pas les caractères de l'urine, et ne permirent pas de douter que le liquide ne vînt de l'utérus. Toutefois, il avait une réaction acide prononcée, contenait quelques globules muqueux, beaucoup de détritus d'épithélium. Traité par la chaleur et l'acide nitrique, il ne se prenait pas en masses compactes, mais restait liquide. Réduit par l'évaporation, le microscope faisait découvrir des cristaux de chlorure de soude et non de nitrate d'urée. Mêlé pendant douze heures avec une petite quantité d'acide

chlorhydrique, il ne se forma pas de cristaux d'acide urique, comme cela arrive pour l'urine traitée de la même manière, et le liquide ne prit pas la couleur purpurine caractéristique, bien qu'il se colorât un peu. Traité par quelques gouttes d'ammoniaque liquide, des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien apparurent sur le champ du microscope, comme il s'en produit dans l'urine et d'autres liquides de l'économie. (*Gazeta medica de Lisboa*, 16 avril 1855, t. III, n° 54.)

De l'hydronéphrose congénitale, par M. R. VIRCHOW.

L'hydronéphrose congénitale (accumulation d'urine dans les voies rénales), signalée par presque tous les auteurs d'ouvrages d'anatomie pathologique, n'avait pas cependant été étudiée avec autant de détails que dans le mémoire du professeur de Wurzbourg. Cette lésion, décrite sous le nom d'hydropisie rénale, d'hydronéphrose, de kystes des reins, etc., n'offre pas uniquement de l'intérêt au point de vue de l'anatomie pathologique; elle intéresse encore la médecine légale. En effet, plusieurs des enfants mort-nés avaient été soumis à l'examen des hommes de l'art, la justice demandant si le décès était le résultat d'un crime, ou simplement la conséquence d'une maladie. Un nouveau-né, dit M. Rayer (*Traité des maladies des reins*, v. III, p. 484), atteint d'une double hydronéphrose, n'est pas né viable. Cette opinion est également celle de M. Virchow. Enfin, dans quelques cas, le volume considérable des hydronéphroses et l'augmentation du volume du ventre du fœtus, qui en résulte, ont pu apporter quelques obstacles à l'accouchement; c'est cependant un fait exceptionnel, dont MM. Osiander, Siebold, Mansa, von Höring et Œsterlen ont observé des exemples. Plus souvent, l'expulsion du fœtus se fait avant terme et sans difficulté.

M. Virchow a pu étudier l'hydronéphrose congénitale sur une série de pièces qu'il a rencontrées à Berlin et à Wurzbourg; plusieurs de ces faits ont déjà été publiés dans un recueil périodique prussien (*Verhandl. d. Berlin. Ges. f. Geburtsh.*, v. III, p. 23, 176 et 189). L'espace ne nous permet pas de rapporter les détails de structure dans lesquels entre notre savant confrère allemand. Les kystes plus ou moins volumineux qui se forment dans les deux reins sont formés par une membrane plus ou moins dense, dont l'épaisseur peut atteindre $0^{mm},5$; leur paroi interne est recouverte d'épithélium pavimenteux, au-dessous duquel se rencontre un tissu cellulaire dense, mêlé de fibres élastiques. Ces kystes communiquent quelquefois, quand ils sont très peu volumineux, avec les canalicules urinifères dilatés; ailleurs, on ne peut saisir aucune tracer de continuité entre ces divers ordres de canaux. Les kystes sont séparés par un tissu cellulo-fibreux plus ou moins lâche, dans lequel on reconnaît en général des éléments du tissu normal du rein, des canalicules urinaires plus ou moins altérés, remplis d'épithélium qui a souvent perdu sa transparence normale; les glomérules de Malpighi sont entourés de couches épaisses de tissu cellulaire condensé. Néanmoins on peut encore reconnaître la membrane capsulaire hyaline; le glomérule lui-même est opaque et granulé. Dans plusieurs faits, M. Virchow signale une dilatation et un épaississement des divisions vasculaires qui se répandent dans le rein. L'étude des canaux excréteurs est encore plus intéressante; elle explique parfaitement l'origine et le mode de développement de cette maladie congénitale. Il n'est pas rare, dit M. Virchow, de rencontrer chez l'enfant nouveau-né des traces de phlegmasies anciennes; en effet, les phlegmasies s'observent assez souvent chez le fœtus. Or cette inflammation joue un grand rôle dans la production de l'hydronéphrose : tantôt, en effet, on trouve, comme M. Virchow le démontre par la description de pièces très intéressantes, une oblitération de la partie supérieure de l'urètre, qui est quelquefois réduit à un fil mince, lésion dont M. Broca a présenté un remarquable exemple à la Société anatomique de Paris; tantôt c'est la cavité du bassinet qui a disparu sous l'influence de la phlegmasie, et n'a laissé pour traces qu'un tissu plus ou moins dense qui se confond avec le tissu cellulaire du hile du rein. Enfin la lésion la plus commune consiste en une imperméabilité des canalicules droits, de ceux des pyramides, d'où résulte une atrésie des calices ou des papilles. Sur d'autres pièces, on a pu rattacher la maladie à une autre cause, à l'arrêt de dépôt sédimenteux, surtout d'urate d'ammoniaque, dans les canalicules urinifères; M. Virchow en cite un nouvel exemple, qu'il rapproche d'un autre déjà publié par M. L. Lehmann. Le liquide contenu dans les kystes a pu être étudié dans quelques cas; on a rencontré dans leur intérieur de l'acide hippurique et de l'ammoniaque.

Nous regrettons que l'espace ne nous ait pas permis de donner ici la description des faits intéressants dont notre savant confrère M. Virchow a enrichi son intéressant mémoire (1). (*Verhandl. d. Würzb. phys.-med. Ges.*, vol. V, 1854.)

Corps étranger libre dans le péritoine, par le docteur OGLE.

Il n'est pas absolument rare de rencontrer des corps étrangers, d'apparence fibreuse, dans la cavité de la tunique vaginale, tous les auteurs en ont décrit des exemples; il est néanmoins plus exceptionnel de les trouver dans les plèvres ou dans le péritoine. M. Letixcrant présentait, il y a quelques années, à la Société anatomique de Paris (1849, p. 348), un corps étranger libre qu'il avait rencontré dans la fosse iliaque d'un homme mort à l'Hôtel-Dieu de Paris. Ce corps était de nature fibreuse et présentait à son centre un noyau dur. Quelques années plus tard (*Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 120), M. Deville, à propos d'un fait analogue, étudiait leur mode de production et proposait une nouvelle théorie. Enfin, en 1852, M. Barth annonçait à la même Société avoir rencontré dans la cavité péritonéale un corps libre contenant de la matière grasse avec une enveloppe fibreuse. Le fait que M. le docteur Ogle a communiqué dernièrement à la Société pathologique de Londres offre beaucoup d'analogie avec ceux que nous venons de citer.

OBS.— Cette pièce fut trouvée sur le cadavre d'un homme mort d'accident. La surface convexe du foie présentait une dépression profonde dont la capacité correspondait exactement au volume du corps étranger libre; sur les bords lisses de la cavité étaient fixés de longs filaments cellulo-fibreux qui semblaient être des portions d'un ancien pédicule. Tout autour de la dépression, la tunique fibreuse du foie était épaissie et indurée, blanchâtre. Le corps étranger contenait une substance jaunâtre, grumeleuse; son enveloppe était formée par un tisseux fibreux, lamelliforme. La matière jaunâtre était constituée, à l'examen microscopique, par de la matière granuleuse, de la graisse, beaucoup de carbonate de chaux et de grandes cellules irrégulières. M. Ogle crut que le corps étranger, formé à la surface fibreuse du foie, s'était graduellement développé, avait acquis un pédicule de plus en plus long; enfin, le pédicule s'était rompu et avait laissé le corps étranger libre dans le péritoine.

Quand on examine à côté du fait du docteur Ogle les autres observations connues dans la science, on peut se convaincre que ces corps étrangers peuvent reconnaître plusieurs origines : ainsi tantôt l'épaississement partiel de l'enveloppe fibreuse du foie ou de la rate, comme le dit M. Cruveilhier (*Anat. pathol. générale*, vol. II, p. 131, 1852), tantôt l'altération des appendices graisseux du gros intestin. Enfin, à ces causes il faut encore ajouter les tumeurs fibreuses utérines sous-péritonéales et les altérations partielles du péritoine. Ces corps étrangers présentent, du reste, un intérêt presque uniquement anatomique; il est rare, en effet, qu'ils donnent lieu à aucun accident. (*Lancet*, 1855, n° 7, p. 193.)

Observations de morts promptes ayant donné lieu à des soupçons de crime, par MM. E. DESGRANGES et EUG. LAFARGUE, médecins jurés près le tribunal de Bordeaux.

L'opinion est facile à émouvoir; une mort rapide, survenue dans des circonstances particulières, éveille aisément le soupçon d'un crime. Lors de la première invasion du choléra, n'a-t-on pas vu les classes infimes, surexcitées par l'effroi, vociférer des accusations d'empoisonnement public? Nous nous souviendrons toujours d'un malade amené en 1829 dans la division de Dupuytren, à

(1) Voir dans le tome Ier de la *Gazette hebdomadaire* : 1° Une observation de dystocie par développement anormal des reins, mais *avec conservation de la perméabilité des conduits urinaires* (page 46); 2° un Mémoire de M. Verneuil sur les kystes des reins (page 63).

l'Hôtel-Dieu. Il venait d'être pris de vomissements intenses, auxquels il succomba deux heures après. Une émeute cependant s'était formée, qui, sans l'intervention de la police, s'apprêtait à saccager une boutique de marchand de vin où, criait-on, on lui avait servi un liquide délétère. L'autopsie révéla tout simplement une perforation spontanée de l'estomac.

En qualité de médecins experts, MM. Desgranges et Lafargue ont eu quelquefois l'occasion d'apprécier légalement des faits de ce genre. C'est, à cet égard, le résultat d'une expérience déjà ancienne qu'ils ont déposé dans leur mémoire.

Les observations sur lesquelles nos confrères s'appuient sont au nombre de cinq, dont voici les trois plus remarquables.

Obs. I. — Étienne T..., du Bouscat, avait, le 14 août 1852, ressenti dans l'estomac des douleurs qui le forcèrent à s'aliter. Le 15, il avait éprouvé du soulagement; mais dans la soirée du 16 elles se reproduisirent et continuèrent le lendemain.

Ce jour-là, vers sept heures de l'après-midi, la femme T... prépare une omelette à l'oignon. Le mari en mange, le fils s'en abstient; il n'est rien dit de la mère.

Le repas fini, T... se couche, et au bout de deux heures, se sentant étouffer, il se lève pour se rendre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux; mais, vaincu par la douleur et les nausées, il meurt dans le trajet.

Une enquête judiciaire ayant été ordonnée, l'ouverture cadavérique dut avoir lieu. On trouva, à partir de l'œsophage, les signes d'une violente inflammation du tube digestif. Quant à l'analyse chimique, elle ne décela aucune trace de poison dans les organes et les matières. En présence de ces résultats négatifs, MM. Desgranges et Lafargue conclurent que vraisemblablement le repas indigeste du 17 et les secousses de la route, accomplie en partie dans une brouette, avaient porté aux extrêmes limites une phlegmasie déjà existante.

Obs. II. — Le second fait concerne un homme de cinquante-neuf ans, sujet à des vomissements abondants, et qui mourut subitement, à la suite d'une de ses crises habituelles.

Il y avait dans la famille des intérêts en opposition. Quelques jours auparavant, le malade s'était servi de poudres homœopathiques. Un parent saisit la justice. Les réactifs n'accusèrent aucun toxique minéral ou végétal. Un ramollissement assez étendu de la membrane interne du grand col de l'estomac, avec injection inflammatoire aux alentours, a semblé aux experts attester une *nuance phlegmasique très aiguë*.

Obs. III. — Dans le troisième cas, il s'agit d'une jeune femme enceinte de sept mois, et qui, prise à l'improviste, dans la nuit du 14 décembre 1849, de convulsions et de vomissements incoercibles, mourut en douze heures. Comme précédemment, les résultats de l'analyse chimique furent nuls, et l'on trouva dans l'estomac, notamment autour du pylore, des traces de phlegmasie très marquée.

L'exposé de ces observations est suivi de quelques considérations médico-légales empruntées aux particularités qu'elles ont présentées.

Rien n'est plus facile, disent nos confrères, que de confondre les effets cadavériques avec les effets morbides. Il ne faut jamais, en conséquence, oublier la nature de la maladie, la cause de la mort, ni aucune des autres circonstances, telles que l'élévation de la température, l'état hygrométrique ou électrique de l'atmosphère, les éléments du milieu où le cadavre a été déposé, son état extérieur, le temps écoulé avant l'autopsie, et qui, chacune, peuvent influer ou sur la coloration des tissus, ou sur leur degré de décomposition. On comprend que plus l'examen est différé, plus les chances d'erreur augmentent. Chez une femme, néanmoins, on reconnut aisément, après un fort long temps, à l'aide de l'appareil de Marsh, les particules arsenicales provenant de l'intoxication.

Comment maintenant expliquer d'une manière satisfaisante ces morts instantanées et le développement rapide des lésions qui les occasionnent? Il est à croire, avec les auteurs, que les accidents dépendent souvent d'une affection latente antérieure, compatible avec le maintien de la santé apparente, et qui revêt tout à coup des proportions menaçantes.

Quelquefois, il est vrai, les altérations ne semblent pas répondre à la gravité des symptômes. C'est là un des secrets de la vie qu'il n'est pas permis de pénétrer. Explique-t-on mieux la découverte de désorganisations profondes, qui ne se sont traduites pendant l'existence par aucun phénomène? (*Journal de médecine de Bordeaux*, mars et avril 1855.)

Accouchement dans un cas de cicatrice vicieuse du col de l'utérus, par le docteur Schweitzer, de Militsch.

L'intérêt de ce fait est tout dans les circonstances particulières qui gênaient l'accouchement; il n'y a donc qu'à le raconter.

Obs. — Le 16 avril 1854, dit l'auteur, je fus appelé par un de mes confrères au village de Goutkowitz, pour l'assister dans un accouchement laborieux.

La paysanne était âgée de trente et un ans, petite, fortement constituée. Il y a environ douze ans qu'elle accoucha pour la première fois, et cet accouchement fut si laborieux que la perforation du crâne fut pratiquée. Depuis cette époque, un écoulement stercoral s'était établi par le vagin. Mariée depuis trois ans, elle était actuellement enceinte de sept mois.

Le 13 avril, les douleurs commencèrent à se développer; on chercha une sage-femme, qui garda la malade jusqu'au 16. Cette dernière, ayant cherché à la toucher, n'avait jamais pu découvrir le col. A l'examen, nous trouvâmes :

1° L'utérus développé et placé dans la région ombilicale; fortement contracté, il était impossible de sentir par le palper une des parties du fœtus; à l'auscultation, pas de pulsations fœtales.

2° Au toucher, on découvrit une fistule vagino-rectale, située près de la cloison recto-utérine, présentant 3/4 de pouce de diamètre; en portant le doigt profondément en arrière, il fut impossible de trouver le col en entier; on rencontrait seulement son segment inférieur, à travers lequel, pendant les douleurs, on sentait les pieds de l'enfant.

Au spéculum, et en portant cet instrument profondément en arrière, on fixait ce segment inférieur. Il nous fut facile alors d'apercevoir une cicatrice étoilée, de 1 pouce de long, partant de la paroi postérieure du vagin, englobant le col, et laissant une ouverture qui permettait à peine d'introduire le plus mince stylet.

A chaque contraction un peu forte, un mince filet d'eau s'écoulait par ce pertuis. Cette femme présentait un bassin très étroit, et un promontoire saillant.

Craignant une rupture de l'utérus, l'auteur résolut de pratiquer des incisions sur le col. Elles furent cruciales, ce qui permit immédiatement l'introduction du doigt; on rompit les membranes, et l'on fit l'extraction d'un fœtus de sept mois. Le placenta fut expulsé naturellement quelques instants après.

La femme perdit peu de sang durant l'opération. Les suites furent normales; neuf jours après, la femme avait quitté son lit et repris ses occupations journalières. Depuis cette époque, elle eut deux fois ses règles; mais elle a cessé d'être l'objet d'observations suivies. (*Monatsschr. für Geburtsk. und Frauenk.*, mars 1855.)

De la prétendue dégénérescence graisseuse du placenta, par le docteur James Cowan.

Des recherches microscopiques et chimiques minutieuses et ingénieusement interprétées ont conduit l'auteur aux résultats suivants:

L'altération morbide du placenta, dite *adipeuse*, n'offre pas les caractères de la transformation graisseuse.

1° Contrairement à la dénomination adoptée, qui ferait supposer qu'une certaine accumulation de graisse se produirait dans l'organe, l'analyse chimique ne peut y faire reconnaître une véritable graisse, même en petite quantité.

2° La dénomination adoptée donne l'idée non-seulement d'un dépôt de graisse, mais encore d'un véritable tissu adipeux dans le placenta. Or, le microscope ne peut découvrir de véritables cellules adipeuses dans l'organe, pas plus à l'état pathologique qu'à l'état normal.

Cette forme d'altération du placenta est le résultat ou d'une dégénérescence de son tissu propre, ou du dépôt d'une matière étrangère à sa constitution normale.

Les faits suivants ne permettent pas d'admettre la dégénérescence du tissu propre du placenta.

1° Les villosités, même dans les formes avancées de la maladie, présentent leur configuration naturelle; elles sont seulement comprimées, moins développées que dans l'état normal, ce qui s'explique par des raisons purement mécaniques.

2° Dans ces cas, le placenta est dur et condensé ; et, si une dégénérescence graisseuse s'était produite dans son tissu, il serait au contraire d'une consistance molle.

3° Les globules graisseux qu'on rencontre sont situés à la surface des villosités, et n'entrent que pour une faible proportion dans la structure de celles-ci. Le placenta affecté de cette maladie présente, en outre, d'autres caractères, comme un état atrophique et ridé avec apparence d'anémie, qui ne peuvent guère s'expliquer que dans l'hypothèse d'une matière étrangère répandue au milieu du tissu de l'organe, matière qui a subi une sorte de condensation. Cette manière de considérer la pathogénie de cette lésion est la seule qui puisse permettre de bien comprendre tous les phénomènes qui l'accompagnent. Cette altération présente un exemple de la dégénérescence de la fibrine du sang, que plusieurs observateurs ont reconnu avoir lieu dans certaines conditions en dehors ou au sein de l'organisme, comme dans le ramollissement du coagulum fibrineux du sang, dans la formation de l'adipocire de la fibrine composant les muscles, et dans les foyers apoplectiques cérébraux, pulmonaires, etc. Cette altération au milieu du tissu du placenta est due constamment à l'extravasation sanguine qui résulte de la déchirure de quelques vaisseaux utéro-placentaires, et est liée aux hémorrhagies utéro-placentaires, latentes ou apparentes, de causes accidentelles ou constitutionnelles. (*Edinburgh Medical and Surgical Journal*, n° CXCIX.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Influence de la vaccine sur la population, ou de la gastro-entérite varioleuse avant et depuis la vaccine, par le docteur A. BAYARD, 1855, in-8, 100 pp.

Rapport fait au nom de la Société épidémiologique de Londres, sur l'état de la vaccination en Angleterre. (*Association Med. Journ.*, 1855, n° 116.)

Parmi les nombreux écrits publiés sur la vaccine depuis la découverte de Jenner, les uns ont eu pour but de propager la pratique des vaccinations et d'assurer aux populations l'avantage de ce préservatif utile ; d'autres, au contraire, se sont élevés contre la vaccine, et l'ont représentée comme un fléau véritable qui aurait été une source de malheurs pour l'humanité. Ces attaques ne sont pas nouvelles ; elles se sont produites à toutes les époques du XIXe siècle, sous des formes très diverses. Depuis quelques années, M. Carnot, par des combinaisons statistiques dont la valeur et la signification ont soulevé plus d'une objection, a donné à ces attaques une forme plus spécieuse. Dans une autre partie de ce recueil (GAZ. HEBDOM., 1854, t. I, pp. 413, 510), nous avons inséré l'analyse critique du travail d'un savant professeur allemand, M. Haeser, dont les raisonnements et l'expérience médicale déposaient, suivant nous, contre les propositions formulées par M. Carnot. Nous ne reviendrons pas ici sur ce sujet. M. Bayard, s'appuyant sur les résultats statistiques de M. Carnot, et étendant les idées statistiques et *médicales* du statisticien, a voulu apporter à l'appui de la statistique des arguments empruntés à nos connaissances médicales. La brochure que nous analysons ici n'est, sur beaucoup de points, que la reproduction des opinions bien connues de M. Bayard ; cependant, quelques nouvelles idées doctrinales, exagérant les opinions anciennes, méritent que nous en donnions ici un court exposé critique.

La question, telle qu'elle est posée par MM. Carnot et Bayard, comprend deux autres questions connexes. La première peut être résumée ainsi : Le nombre des décès des hommes adultes a-t-il augmenté depuis l'introduction de la vaccine, en même temps que le nombre des décès a diminué chez les enfants, ces *bouches inutiles* ? Cette question comporte deux ordres d'arguments empruntés les uns à la statistique, les autres à la morale. La seconde question, qui touche plus immédiatement la médecine, est celle-ci : La diminution du nombre des varioles dans l'enfance, consécutive à l'introduction de la vaccine, a-t-elle entraîné l'augmentation de fréquence et de gravité, la modification complète d'une ou plusieurs maladies : les convulsions, le choléra, la fièvre typhoïde ? Cette deuxième question étant toute médicale, c'est d'elle que nous nous occuperons ici, froidement, logiquement, sans sortir du cercle de l'observation, sans recourir surtout aux hypothèses.

Tous les arguments apportés par M. Bayard à l'appui de la thèse qu'il défend, reposent sur cette théorie tout hypothétique de M. Serres, que la fièvre typhoïde n'est qu'une variole interne; opinion qui lui est toute personnelle et qui n'a guère de partisans, pas même M. Bayard, qui modifie et réforme cette doctrine. La fièvre typhoïde est-elle une variole interne ? M. Bayard répond oui et non. En effet, le typhus est tantôt simple et tantôt typhus variolisé; et la fièvre typhoïde est à ses yeux, ou bien sporadique, non contagieuse (c'est celle qu'on observait à la fin du siècle dernier, à l'époque de la pratique des inoculations varioliques) ; ou bien contagieuse (c'est celle que nous observons depuis l'époque de l'introduction de la vaccine : c'est le typhus variolisé). Cette distinction, sur laquelle repose toute la doctrine de M. Bayard, méritait bien qu'on l'appuyât de preuves. Il fallait démontrer que la fièvre typhoïde n'était pas contagieuse au XVIIIe siècle ; qu'elle l'est aujourd'hui, et surtout, ce qui serait peut-être plus difficile, que c'est la vaccine qui est la cause de cette modification dans la nature de la maladie. Ce même raisonnement est appliqué par M. Bayard au choléra. Ce n'était pas assez que la vaccine eût augmenté le nombre des convulsions, comme le veut M. Carnot, des fièvres typhoïdes ; voici qu'on impute à la découverte de Jenner le choléra, ce fléau des temps modernes en Europe. Laissons un moment parler M. Bayard : « Que l'Inde, dit-il, nous transmette depuis la vaccine le choléra du Gange, je ne dis ni oui ni non ; *je dis seulement qu'il faut que la variole en soit le véhicule, puisqu'il est contagieux aujourd'hui, et qu'il ne l'était pas autrefois.* » On voit que c'est toujours le même argument et la même absence de preuves.

Aux yeux de M. Bayard, une atteinte de fièvre typhoïde, de choléra, de convulsions, doit, sous le rapport de la vertu préservative, équivaloir à une inoculation variolique. Or, il n'en est rien : l'observation journalière le démontre. Nous pourrions citer à notre honorable confrère une observation de fièvre typhoïde suivie de variole hémorrhagique devenue mortelle, une autre de choléra suivie de variole, une autre de variole suivie de choléra ; et enfin une dernière où l'on vit, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, une inoculation vaccinale pratiquée avec succès. Comment M. Bayard peut-il adapter ces faits à sa théorie ?

Les douze propositions résumées à la fin de cette brochure pourraient provoquer de nombreuses remarques. La variole isolée, dit M. Bayard, est bénigne ; et comment le prouve-t-il ? Par cela que l'inoculation variolique est sans danger. Vraiment, il faut bien se laisser aveugler par les partisans enthousiastes de l'inoculation variolique, pour poser une semblable proposition comme un *axiome mathématique*.

Dans une autre proposition, M. Bayard, comprenant sans doute que les preuves qu'il donne plus haut de l'existence de son typhus variolisé ne sont pas bien convaincantes, revient encore sur ce sujet, et indique comme nouvel argument l'existence de la gastro-entérite dans le cours de la variole et de la fièvre typhoïde. Or, en vérité, les malades qui ont des vomissements, des douleurs de reins au début d'une variole, ont-ils bien tous une gastre-entérite ? C'était là une proposition bonne à émettre du temps de Broussais, et à l'appui de laquelle M. Bayard a raison d'invoquer l'appui d'un élève de Broussais, de M. Bégin. Mais aujourd'hui cette doctrine n'est plus admise ; bien plus, elle est reconnue erronée, et personne n'a droit de prétendre, contre l'évidence anatomique, que tous les varioleux ont des gastro-entérites.

Ces détails suffisent pour permettre à nos lecteurs de juger le mémoire de M. Bayard. Un de nos confrères anglais (*Medic. Times and Gaz.*, 1855, n° 288) s'est borné, pour donner une idée de ce travail, à citer le passage de la préface : « Les anciens sacrifiaient les enfants qui semblaient ne pas promettre une existence forte et *harmonieuse*

La variole apparut, comme pour épargner aux peuples ces *douloureux sacrifices*, et vous l'avez désarmée, vous l'avez renversée de ce trépied formidable, d'où elle promenait avec intelligence le *glaive de sa justice*. » On vient de voir que nous avons été un peu moins sobre de détails que nos confrères anglais.

Le rapport de la Société épidémiologique de Londres, fait au nom d'une réunion d'hommes connus en Angleterre, sans tenir compte des opinions de MM. Carnot et Bayard et de leurs partisans en Angleterre, insiste sur le grand nombre d'enfants qui ne sont pas vaccinés. Suivent un certain nombre de mesures proposées par les rapporteurs pour assurer la pratique générale de la vaccination.

LEUDET.

Des applications de la botanique à la pharmacie, par J.-L. SOUBEIRAN.

L'étude de la botanique est, sans contredit, pour le pharmacien, une des branches des sciences naturelles dont la connaissance lui est le plus utile.

Déterminer ses applications à la pharmacie, tel a été le but du travail de M. Soubeiran, travail limité, il est vrai, mais très bien conçu. Il le résume dans les propositions suivantes :

1° Les connaissances botaniques ont contribué à enrichir la matière médicale de nouveaux médicaments ; elles peuvent encore servir de guide dans de semblables recherches.

2° Les connaissances botaniques éclairent les substitutions à faire d'une plante à une autre, ou d'un produit fourni par une plante à des produits retirés de plantes différentes.

3° Les connaissances botaniques peuvent faire reconnaître les falsifications que l'on fait subir à divers médicaments.

4° Les connaissances botaniques ont une application directe à la préparation des médicaments, ont servi et peuvent servir à éclairer certaines parties de la pharmacie pratique.

La première proposition, très savamment développée, contient une rigoureuse appréciation du principe d'analogie entre les caractères botaniques et les propriétés médicinales des plantes. Quoique cette loi d'analogie offre d'incontestables exceptions, M. Soubeiran fait tous ses efforts pour les amoindrir, surtout dans les familles où elles existent à un assez haut point, telles que les légumineuses, les euphorbiacées, les renonculacées, les ombellifères, les scrophularinées et les solanées.

Dans la deuxième proposition, qui est une déduction nouvelle de la première, l'auteur prouve, par des exemples pratiques, combien les caractères botaniques ont servi et peuvent servir encore à éclairer les substitutions d'une plante à une autre ; cependant il ne faut agir ici qu'avec une très grande circonspection, car ces substitutions peuvent dégénérer en véritables falsifications.

Le développement de la troisième proposition conduit aisément une personne ayant certaines connaissances botaniques à reconnaître les falsifications principales. Les exemples viennent à l'appui des préceptes. Ainsi, on falsifie fréquemment les racines de l'ellébore noir (*elleborus niger*) avec celles de l'ellébore vert (*elleborus viridis*), la racine de cabaret (*asarum europœum*) avec la racine de valériane, etc., etc.

Quant à la dernière proposition, elle comprend dans son ensemble tout le *modus faciendi* du pharmacien à l'égard des plantes officinales, telles que la cueillette des fleurs, des fruits, des racines, etc., et la saison où cette opération doit se faire.

En résumé, le travail de M. Soubeiran, quoique limité, comme nous l'avons dit en commençant, mérite la lecture, et montrera aux personnes hostiles à la polypharmacie combien une étude approfondie des sciences accessoires est utile à la médecine.

MORPAIN.

VI.

VARIÉTÉS.

— Il paraît certain que l'administration militaire se propose d'envoyer à Montpellier 4000 malades provenant de l'armée d'Orient. Ces malades, si nous sommes bien informé, seraient logés, les uns dans des bâtiments affectés momentanément à cet usage, les autres dans des baraques construites exprès. Quarante médecins civils seraient chargés de faire le service de ces hôpitaux temporaires. (*Revue de thérapeutique du Midi.*)

— A la suite de brillants concours, MM. CHATIN et CHAPPET ont été nommés, à la *majorité* des suffrages, médecins de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et M. GARAPON, à l'*unanimité*, médecin de l'Hôtel-Dieu de Saint-Étienne.

— HÔPITAL MILITAIRE DE PERA. On lit dans *Dublin medical Press :* « L'hôpital français de Pera est situé dans une position salubre, bien construit, bien aménagé, isolé du reste de la ville, ayant une vue charmante sur le Bosphore et la mer de Marmara. Les salles sont certainement trop vastes et trop hautes, ayant été destinées à des cours et à des musées pour l'École polytechnique ; mais la douceur du climat fait que cette disposition est de peu de conséquence...... Il y a une salle pour 1200 lits ; il y a été reçu, depuis la bataille de l'Alma, de 600 à 700 malades ou blessés. Le chirurgien en chef, M. Scoutetten, excellent opérateur, est le directeur de l'hôpital. Il opère lui-même tous les officiers, et ses manières agréables et gaies le font généralement aimer. Les patients sont distribués dans six divisions, quatre pour le service chirurgical et deux pour le service médical. Chaque division a un médecin-major, deux aides-majors et deux sous-aides. En outre des soldats infirmiers, il y a des sœurs de charité. Une chambre de garde est instituée où l'on donne des secours jour et nuit...... Tous les chirurgiens de l'établissement sont obligés, à certains jours, de pratiquer des opérations sur le cadavre, sous la direction du docteur Valette. »

— FALSIFICATION DU CAFÉ. Un échantillon de café en poudre étant donné, on reconnaîtra qu'il est mélangé avec des graines de céréales moulues et torréfiées (blé, orge, avoine, seigle, maïs), d'abord, à ce qu'il donne, avec l'eau distillée, une infusion qui, séparée du marc, reste louche et ne se précipite pas par le tannin, ce qui n'a pas lieu avec du café pur ; ensuite, à ce que, traitée par l'eau iodée, l'infusion de ce café frelaté, préalablement décolorée au noir animal, puis filtrée, prendra une teinte bleue plus ou moins foncée, ce qui n'aura jamais lieu lorsque le café employé sera pur et exempt de tout mélange.

Les glands de chêne torréfiés, réduits en poudre et mélangés au café moulu, lui communiquent une saveur particulière ; en outre, l'infusion de ce café, décolorée au charbon, devient plus ou moins noire par l'addition d'un persel de fer.

Enfin, pour s'assurer si le café moulu est mélangé de poudre de chicorée, on a recours au procédé suivant, fondé sur la texture différente des deux poudres, qui absorbent l'eau dans un espace de temps inégal. On projette le café suspecté à la surface d'un long verre à pied rempli d'eau pure ou aiguisée par 5 ou 10 centièmes d'acide chlorhydrique ; si le café n'est pas mêlé de chicorée, il surnage et absorbe l'eau très lentement ; s'il est mêlé de chicorée, celle-ci absorbe l'eau immédiatement, tombe au fond du verre et colore le liquide en jaune brunâtre. (*La Science.*)

— M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, commence ses conférences de médecine clinique le mardi 5 juin, à neuf heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et les continuera les mardis et samedis de chaque semaine, à la même heure. — La conférence du samedi sera spécialement consacrée à l'étude des affections de l'utérus et de ses annexes.

— M. le docteur Jacob, pharmacien major en retraite, et l'un des rédacteurs du *Recueil de Mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, vient de mourir à Paris.

— M. John Cowper, professeur de matière médicale à l'Université de Glascow, vient de mourir dans cette ville.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE. — Mars et avril. Cathétérisme du canal nasal, par *Béraud*. — Tumeur de la chambre antérieure qui a pour origine l'hypergenèse de quelques-uns des éléments de la cornée, par *Desmarres* et *Ch. Robin*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 mai. Gomme ammoniaque; action et mode d'administration, par *Delioux*. — Emploi des eaux de Vichy transportées, par *Durand-Fardel*. — Guérison d'un kyste hydatique du foie par l'injection alcoolique à faible dose, par *Ad. Richard*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Mai. Action de la chaleur sur les acétates de fer, par *Péan de Saint-Gilles*.

COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE NANCY pendant l'année 1853-54.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 15 mai. De la part à faire aux conditions hygiéniques dans les résultats thérapeutiques de l'emploi des eaux minérales, par *Durand-Fardel*. — Principes de clinique médicale, par *Teissier*. — Procédé pour reconnaître et doser la salicine dans le sulfate de quinine falsifié, par *Bourlier*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 mai. Emploi extérieur de l'ammoniaque, par *Ghrestien*. — Fièvres intermittentes de la commune d'Autun, en 1853, par *Guyton*. — Traitement de quelques états morbides confondus avec la fièvre typhoïde, par *Desmartis*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Avril. Pleuro-pneumonie des bêtes bovines, par *U. André*. — Guérison des plaies articulaires par l'eau froide, par *Sépulchre*. — Hernies abdominales chez les bêtes bovines, par *Serres*. — Traitement de la cachexie par l'iode, par *de Romanot*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Mai. Emploi de l'acétate de plomb dans quelques lésions chirurgicales, par *Decondé*. — Secours à porter aux blessés sur les champs de bataille, par *Z. Merchie*.

LE SCALPEL. — N° 28.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG.—N°s 1 à 20, 25 à 31.—5. Ramollissement cérébral, par *S...* — 6. Céphalématome chez une jeune fille de quinze ans, par *Küster*. — 9. Observations sur l'atrophie douloureuse de la mamelle, par le professeur *Wernher*. — 10. Héméralopie épidémique dans la prison du district, par *Mecklenburg*. — 11. Sur les effets du tannin, par *Mund*. — 13. Du fer contre la chlorose, par *Upmann*. — 14. Propriétés curatives de l'acide tannique, par *Kipp*. —16. Propriété spéciale des liquides albumineux après addition de sels, par *Virchow*. — Acide hippurique dans les squames de l'ichthyose, par *Schlossberg*. — 19. Dilatation énorme de l'estomac, par *Nicolaï*. — 25. Anasarque après la scarlatine, par *Kennedy*. — 29. Sur les opacités congénitales de la cornée, par *Fronmüller*. — 31. Empoisonnement par la nicotine, par *Siebert*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — T. XII, 1er cah. Psychiatrie et anatomie, par *Hagen*. — Sur la question de la monomanie chez les Français, par *Damerow*.

ARCHIV FUER PATHOL. ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE, von *Virchow*. 1er fasc. avec 4 planch. Pathologie cellulaire, par *Virchow*. — Division partielle du trigone vésical, par *Passavant*. — Recherches toxicologiques et pharmacodynamiques sur la nicotine, par *Leonides von Praag*. — Métastase calcaire, par *Virchow*. — Nécrose déterminée par l'oblitération du canal nutritif, par *Hartmann*.

DEUTSCHE KLINIK. — N°s 13. Nouvelle méthode pour réduire les luxations de la mâchoire inférieure, par *Leo*. — 14. Imperméabilité de l'intestin (invagination, étranglement?) guérie par l'injection d'une grande quantité d'eau froide, par *Neubauer*. — Sur la vue des objets en jaune ou en vert, après l'usage de la santonine, par *Zimmermann*. — 15 et 16. Sur une tumeur rare du cou, par *Langenbeck*.— 17. Sur le service du transport des malades dans l'armée anglaise en Orient, par *Guthrie*.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Mars et avril 1855. Sur l'insufflation d'air dans les poumons des nouveau-nés, par *Küster*. — Sur l'anémie dans l'enfance, par le professeur *Ritter*.

MEDICINISCHE ZEITUNG von dem Vereine in Preussen.—N°s 13 à 16. —14. Hydrophobie et chloroforme, par *Græbenschütz*. — Nouvelle application de l'électro-chimie pour extraire les métaux qui ont pénétré et qui séjournent dans l'organisme, par *Sinogowitz*. — 16. Rupture de la matrice, par *Haffner*. — Luxation du premier métatarsien, par *Herkenrath*.

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — Avril 1855. Coup d'œil sur vingt et un cas d'absence ou de développement rudimentaire de l'utérus, par *Thudichum*. — Phénomènes statiques de la grossesse, par *Helfft*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — N°s 9 à 16. 10. Traitement du croup, par *Schillinger*. — 12. Remarques sur l'efficacité des médicaments dans certaines périodes, par *Brenner*. — 15 et 16. Sur l'hypertrophie de la prostate, par le professeur *Schuh*. — Cas rare d'hydropisie ascite, par *Iberle*.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT F. MEDIZIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE. — 1854. 3e et 4e cah. Contribution à l'étude de la fracture du col du fémur, par *J. Jenni*. — Nouvel usage de l'eau de chaux, par *F. Wydler*. — Blessure du corps ciliaire par un fragment de capsules, par *F. Kaiser*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. GERICHTLICHE UND ŒFFENTLICHE MEDIZIN, von Casper. — T. VII, 2e cah. Contribution à l'étude de la pédérastie, par *Dohm*. — Empoisonnement par les semences de stramoine, par *Schnieber*. — La circoncision des juifs, sous le rapport médico-légal, par *Niemann*.

WIENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT.—N°s 13 à 18.—13. Sur l'amaurose dans ses rapports avec les données fournies par l'ophthalmoscope, par *Ofa-Stellwag*.—14. Deux cas d'opération de la boutonnière, par *Lorinser*.—15. Coagulation du sang dans le sinus longitudinal supérieur, par *Mikschik*.—16. Sur le pouls récurrent ou rénitent dans la carotide des aliénés, par *Albers*.—17. Contribution à l'étude de la méthode par incision interne pour le traitement des rétrécissements de l'urètre, par *Ivanchich*. — 18. Sur un moyen de déterminer des mouvements dans les spermatozoaires, par *Moleschott* et *Riechetti*. — Lupulin, par le professeur *Sigmund*.

WOCHENBLATT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE IN WIEN. — N°s 13 à 18. 18. Contribution à l'emploi de l'aconit dans les maladies, par *Schroff*.

ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE, von Hebra. — Mars et avril 1855. De l'exanthème papuleux dans le typhus abdominal, par *Königsberg*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N°s 123. Observations de convulsion puerpérale avec albuminurie, par *Grantham*. — Diabète sucré aigu; guérison, par *Ogier Ward*. — Asperges comme diurétique, par *Jeaffreson*. — 124. Excision du genou pratiquée avec succès, par *O. Pemberton*. — Forme curable de surdité, par *T. Westropp*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°s 853. Sur les éthers chlorique et hydrochlorique, par *J. Aldridge*. — 854. Nouveau procédé pour l'opération du bec-de-lièvre, par *Erichsen*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°s 254. Principale cause des maladies et de la mortalité en Crimée, par *J. Snow*. — Emploi médical de l'acide gallique, par *R. Neale*. — Urine bleue dans le choléra, par *L. Lindsay*. — 255. Traitement des varices, par *T. Chapman*. — Traitement de la maladie de Bright à l'état chronique, par *Handfield Jones*.

MONTHLY JOURNAL OF MEDICINE. — Mars. Propriétés des graines d'ordéal (plantes employées par les naturels de l'Afrique occidentale), par *R. Christison*. — Sur le traitement de la maladie, par *Marscham*. — Sur l'existence d'un sixième sens (sens de la force), par *R.-F. Battye*. — Cas de pharyngocèle, par *Evans Reeves*.— Cas d'abcès chronique du cerveau, par *J. Young*. — Avril. Cirrhose du poumon, par *T.-B. Peacock*. — Sur le sixième sens, par *Battye*. — Procédé pour l'opération de la fistule lacrymale, par *Bickersteth*. — Épidémie de rougeole à Leith, par *J. Brown*. — Mai. De la saignée locale dans l'inflammation de l'utérus, par *M. Duncan*. — Rougeole, par *Brown*. — Cas de blessures reçues à l'Alma, par *J. Johnston*. — Asphyxie des nouveau-nés et mortalité de l'enfant, par *Hamilton*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — Avril. Cas d'épilepsie guérie par la strychnine, par *E. Harris*. — Rétrécissement syphilitique de la gorge et de la glotte; trachéotomie, par *G. Buck*. — Observation sur une maladie hydrocéphaloïde, par *Nathan P. Rice*. — Empoisonnement par l'aconit, par *O. Warner*. — Paralysie guérie par l'électricité, par *G. Haff*.

THE BRITISH AND FOREING MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW. — Avril. Mode de développement des tubercules dans les poumons, par *R. Hall*. — Moyens de diagnostiquer les maladies internes de l'œil, par *Bader* et *B. Roberts*. — Études sur les habitants de la Nouvelle-Zélande, par *A.-S. Thomson*. — Sur la production du sommeil et de l'anesthésie par compression des carotides, par *A. Fleming*.

THE LANCET. — N°s 19. Sur le strabisme; quelques vues nouvelles sur l'opération, par *Gritchett*. — Stérilité liée à certains états encore vides de la muqueuse utérine, par *Comming*. — Pratique médicale à l'armée d'Orient, par *G.-P. Smith*. — Cas de fracture de la mâchoire inférieure, par *Wilkinson*. — 20. Sur le strabisme, par *Critchett*. — Pratique médicale de l'armée d'Orient, par *Smith*. —Petite vérole dans l'utérus, par *J. Osborne*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 19. Constitution épidémique d'Empoli, par *A. Pandolfi*. — Ptyalisme critique dans un cas de miliaire, par *G. Peyrani*. — Sur la prostatonixis, par *Taruffi* et *Berti*. — 20. Sur la pneumonie qui a régné à Certaldo, par *Masini*. — Sur le bouillon de Liebig, par *Fallani*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°s 19. Fièvre typhoïde de Mentone, par *Farina*. — Revue ophthalmologique. — 20. Fièvre de Mentone, par *Farina*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N°s 19. Analyses et revues.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — Choléra de Versilia (fin), par *Linoli*. — Choléra de l'asile de la Providence à Turin, par *Peyrani* et *Perrone*.

IL SEVERINO. — Février. Iritis syphilitique, par *Manfré*. — Idem, par *Coppola*. — Mars. Extraits.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 186. Cas de fistule pulmonaire, par *J.-B. de Torres*. — 187. Traitement du choléra, par *D.-M. Piñon y Tolosa*. — 188 à 192. Analyses et revues.

EL SIGLO MEDICO. — N° 70. Clinique médicale, par *Santero*. — Études sur le cancer, par *Olivares*. — Cas intéressant de fièvre catarrhale, par *E. Castello Serra*.

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 55. Diagnostic et curabilité du cancer, par *Barbosa*. — Clinique (sulfates de fer et de quinine dans les lésions organiques du cœur; opération d'anévrysme poplité).

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 9. Cas d'éclampsie apoplectiforme; accouchement forcé; péritonite; guérison, par *Benavides*.

Livres nouveaux.

FORMULAIRE DES MÉDICAMENTS AGRÉABLES, faisant suite à la pharmacopée de Montpellier, par le professeur *J.-P.-J. Gay*. 1 vol. in-18 de 334 pages. Paris, J.-B. Baillière. 4 fr.

TRAITÉ DE TOXICOLOGIE GÉNÉRALE ET SPÉCIALE, médicale, chimique et légale, par le docteur *P. Galtier*. 3 volumes in-8. Paris, Chamerot.
Le tome Ier contient la toxicologie générale. 4 fr. 50 c.
Les tomes II et III contiennent la toxicologie médicale, chimique et légale. 15 fr.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX, par *L.-A. Desmarres*, D. M. P. 2e édition revue, corrigée et considérablement augmentée.
Tome I, in-8 de 640 pages avec 49 figures; — tome II, in-8 de 602 pages avec 74 figures; — le tome III et dernier paraîtra à la fin de 1855. Paris, Germer Baillière. Prix de l'ouvrage complet : 18 fr.

PHYSIOLOGISCHE ABHANDLUNG UEBER DAS ACCOMMODATIONS VERMOEGEN DER AUGEN (Recherches physiologiques sur la faculté d'accommodation des yeux), par *A. Cramer*, traduit du hollandais par *Doden*. In-8. Leer, chez Praetorius et Seyde. 6 fr. 75 c.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er du chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 8 JUIN 1855. N° 23.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial, en date du 2 juin, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. SERRES, professeur d'anthropologie au Muséum d'histoire naturelle de Paris, est nommé professeur d'anatomie comparée dans le même établissement, en remplacement de M. Duvernoy, décédé.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret du 9 mars 1852;

Vu le décret impérial en date du 30 mai 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. DUVAL.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. TOULMOUCHE.
Clinique externe. — M. GUYOT (Pierre-Aristide).
Pathologie interne. — M. PÉCHOT.
Clinique interne. — M. PINAULT.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. GODEFROY (Auguste-César-François).
Matière médicale et thérapeutique. — M. PONTALLIÉ.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. AUSSANT.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. AUBRY.
Clinique interne. — M. LECOMPTE.
Anatomie et physiologie. — M. DELACOUR.

Art. 3. M. DESTOUCHES est nommé professeur adjoint hors cadre. Il sera attaché en cette qualité à la chaire de pharmacie.

Art. 4. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. BEAUDOIN.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. PITOIS.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. ROBIOU.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. CHAUVEL.

Art. 5. M. ROBIOU, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.

M. GUYOT est nommé prosecteur.

M. GODEFROY est nommé préparateur.

Art. 6. M. DUVAL, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes.

Art. 7. M. le recteur de l'académie de Rennes est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 1er juin 1855. H. FORTOUL.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 4 juin 1855, sont nommés professeurs à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences de Nantes, les fonctionnaires dont les noms suivent :

Professeur de physique : M. MAURAT, agrégé, professeur de physique au lycée impérial de Nantes.

Professeur de chimie : M. BOBIERRE, licencié ès sciences.

Professeur d'histoire naturelle : M. ACHILLE COMTE, chargé du cours d'histoire naturelle au lycée impérial Charlemagne.

Professeur de botanique appliquée : M. ÉCORCHARD, docteur en médecine, chargé du cours municipal de botanique, lequel est réuni à l'enseignement de l'École préparatoire.

Préparateur d'histoire naturelle : M. JOUON, bachelier ès sciences, préparateur à l'École médicale de Nantes.

Préparateur de chimie : M. HERBELIN, préparateur de chimie au Cours municipal.

Préparateur de physique : M. DEMANCE, bachelier ès sciences, préparateur au lycée impérial de Nantes.

M. ACHILLE COMTE, professeur d'histoire naturelle, est nommé directeur de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes.

M. le recteur de l'Académie de Rennes est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 4 juin 1855. H. FORTOUL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 31 mai au 6 juin 1855,

105. BALLY, Jean-Gabriel, né le 22 septembre 1821, à Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Du delirium tremens.*]

106. GAUBERT, Jean-Marie-Armand, né le 29 octobre 1826, à Rabeul (Tarn). [*Des suites de l'amputation de Chopart.*]

107. HATRY, Henri-Charles, né le 7 juillet 1830, à Tours (Indre-et-Loire). [*De la gangrène du poumon.*]

108. SILVA, Pio-Angelo, né le 5 mai 1818, à Saô-Pedro (Brésil). [*Essai sur l'auscultation de l'appareil respiratoire.*]

109. CHABORY, Etienne, né le 4 janvier 1829, à Mont-Dore (Puy-de-Dôme). [*Des troubles fonctionnels pendant la grossesse.*]

110. HENROT, Jean-Baptiste-Adolphe, né le 14 septembre 1828, à Reims (Marne). [*Sur la paracentèse du péricarde.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Thèses subies du 1er janvier au 15 mai 1855.

1. RICHELET, Claude-Charles, né à Vesoul (Haute-Saône), [*Du choléra-morbus épidémique.*]

2. LECONTE, Auguste-Vincent, né à Roubaix (Nord). [*De l'empoisonnement par l'acide sulfurique sous le point de vue médical.*]

3. HALBRON, né à Rosheim (Bas-Rhin). [*De la suette miliaire.*]

4. SALA, Augusto, né à Bastia (Corse). [*De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde.*]

5. SCHUTZENBERGER, Paul, né à Strasbourg (Bas-Rhin). [*Considérations sur le système osseux normal et pathologique, au point de vue de sa structure et de sa composition.*]

6. HECHT, Louis-Émile, né à Strasbourg (Bas-Rhin). [*Essai sur le spiromètre.*]

7. DEBANDE, Jules-Honoré, né à Maucourt (Meuse). [*Nouveau procédé pour la guérison des fistules urétro-péniennes.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg,

BOUCHER.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 7 juin 1855.

SUR L'ASSIMILATION DU RÊVE ET DE LA FOLIE. — THÉORIE DE M. GAIRDNER SUR LA FORMATION DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE.

Le peu de temps qu'ont laissé, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, l'élection prévue et si méritée de M. H. Bouley et un comité secret formé à quatre heures, a été rempli par la fin de la lecture de M. Piorry sur le délire et l'aliénation mentale. On se rappelle que des deux questions principales que soulevaient le travail de M. Moreau (de Tours) et le rapport de M. Bousquet, il nous restait à examiner celle de l'assimilation de la folie à l'état de rêve. C'est ce que nous allons faire brièvement.

La doctrine de M. Moreau sur ce point peut être résumée dans les termes suivants :

Le *moi* n'est vulnérable que dans son mode particulier de manifestation qu'on nomme *sensibilité*. La sensibilité a trois sources ou, si l'on veut, trois instruments : les organes des sens, les parties internes et l'organe cérébral lui-même. Dans l'état de veille, la vie morale puise à ces trois sources; dans l'état de rêve, aux deux dernières seulement. La *normalité* et l'*anormalité* de la vie morale résident dans la distinction ou la confusion de ces deux états. Quand la confusion a lieu, l'homme ne discerne plus et mêle dans son esprit les impressions venues du dehors et les impressions venues du dedans, celles qui sont parties des viscères thoraciques ou abdominaux et celles qui sont nées directement dans la fibre cérébrale. Il rêve, ou il délire, ou il est fou; car l'embrouillement des sources de sensibilité a lieu dans ces trois conditions; et dès lors rêve, délire et folie sont trois manifestations identiques de la vie morale. C'est la doctrine qu'avait déjà posée M. Moreau dans son remarquable livre sur le hachisch; c'est celle de Cabanis, développée et approfondie.

Il importe, ce nous semble, de bien distinguer dans cette question si difficile le côté médical et le côté psychologique; car le premier en est le côté expérimental, et le second le côté théorique.

Symptomatologiquement, on ne saurait nier que le délire et le rêve, mais plus particulièrement le délire, dans leurs expressions diverses, ne reproduisent quelque chose de certains troubles de la raison. La pratique en fournit fréquemment des exemples. Tantôt c'est un désordre général et une mobilité extrême des idées, avec erreurs multiples de la sensibilité, qui répète assez bien un accès de *manie;* parfois même la pensée, après s'être égarée en mille chemins divers, se fixe sur un objet déterminé que la mémoire lui présente obstinément, et l'on a presque le tableau du *délire partiel.* Tantôt, et il nous semble que cette forme se rencontre assez souvent dans l'érysipèle facial de mauvais caractère, le malade devient tout à coup sombre, inquiet, défiant; il refuse de répondre et de prendre des médicaments, repousse ceux qui l'entourent comme autant d'ennemis, et ressemble assez bien à un *lypémanique.* Enfin, il est des délires apyrétiques fort analogues à ceux des déments, et qu'a particulièrement signalés M. Morel (de Maréville) dans un chapitre de ses ÉTUDES CLINIQUES (t. Ier, p. 122), où tout ce qui se rapporte à la question actuelle est traité avec une grande sagesse.

Sous le rapport donc de l'analogie symptomatique, Reil, M. Ferrus, M. Morel, M. Baillarger, M. Moreau lui-même et quelques autres ont eu raison de repousser la barrière par trop rigoureuse qu'on avait élevée entre le délire des fièvres et celui de la folie. En contribuant, avec l'insistance qu'il y met depuis plus de vingt ans, à faire entrer le mot *délire* dans la langue de l'aliénation mentale, M. Ferrus notamment a servi une pensée juste; juste d'abord par les raisons que nous venons de dire, et aussi parce qu'elle consacre un principe fondamental, sur lequel M. Baillarger a beaucoup insisté dans la présente discussion, à savoir que la folie est *une maladie*, et que le trouble mental par lequel elle s'exprime est lié tout autant que le délire à une *modification organique* du cerveau (1).

Mais l'analogie entre la folie et le délire ou le rêve peut-elle être soutenue au delà de certains traits de l'expression morbide, et poursuivie jusque dans la constitution intime et psychique de l'état anormal? C'est ce qui nous paraît douteux.

(1) Comme cette opinion, que nous avons développée dans le dernier numéro, rencontre aujourd'hui de nombreux et puissants adversaires, c'est pour nous une grande satisfaction de nous voir soutenu par un penseur dont une amitié de longue date nous a permis, plus encore que ses travaux, d'apprécier la haute et ferme raison. Voici ce qu'écrit M. L. Peisse :

« Nous ne concluons pas comme M. Bousquet. Nous passons dans le camp de ses adversaires, et nous pensons avec eux, et peut-être plus qu'eux, que toute perversion mentale est liée à une perversion vitale, et celle-ci à une modification organique. Ces trois termes sont *unum et idem*. Ceci ne peut sans doute être prouvé *de visu*, mais doit

M. Moreau, on l'a vu, enchaîne sa théorie à la doctrine sensualiste ; du moins rattache-t-il à la sensibilité, par un lien nécessaire, la modification primitive d'où résultent l'état de rêve ou l'état de folie. C'est, en effet, sous ce couvert philosophique que sa théorie devient spécieuse ; mais c'est par là aussi qu'elle est attaquable ; car on voit, en y réfléchissant, que le rêve et la folie se différencient de plus en plus, à mesure qu'on s'élève au-dessus de la sensibilité pour entrer dans le domaine de l'intelligence et de la raison.

Le rêve, alors même qu'il roule obstinément sur un seul objet, implique une modification profonde et générale de l'être pensant. Il pourra donner lieu à des impulsions, à certains actes en corrélation avec la nature de l'impression cérébrale, à des mouvements pour fuir un danger imaginaire, à des cris pour exprimer la souffrance, et même à de courtes combinaisons intellectuelles. Mais on remarquera d'abord que ces manifestations de la pensée, bien qu'en rapport logique avec la préoccupation du rêve, se présentent toujours avec des circonstances qui attestent le relâchement de la direction intérieure. On croit fuir, et les jambes restent immobiles ; on croit frapper, et l'on ne bouge pas ; ou, si l'on porte un coup, on en voit les effets sur une victime fantastique. L'intelligence, dans son activité déréglée, flotte au hasard de mille impressions, comme fait sur la mer un navire démâté. Quelque chose, enfin, s'est évanoui, qui assurait la liaison des idées, et qui constituait l'unité de l'homme pensant. « Les rêves et les rêveries, dit M. Delasiauve, dépendent de ce que l'attention, en repos ou détournée par une série d'idées qui l'entraînent, cesse de veiller sur l'ensemble de nos actes et laisse, pour ainsi dire, la machine fonctionner toute seule au gré des incitations qui la mettent en mouvement, et ils disparaissent comme par enchantement avec le réveil de la sentinelle qui était endormie. » (*Revue médicale*, mars 1846.)

Il en est tout autrement dans l'aliénation. Subjugué par une idée délirante, le fou peut néanmoins garder cette pleine possession des facultés qui transforme la pensée en réflexion, et l'impulsion automatique en détermination. Le fou ne perd pas nécessairement sa personnalité, et il en a souvent conscience entière. S'il est faux de dire, au point de vue pathologique, qu'un aliéné n'est qu'*un homme qui se trompe*, on peut, en un certain sens, le dire au point de vue psychique : L'aliéné se trompe sur un point et raisonne juste sur tout le reste. L'idée fausse étant donnée pour thème à son intelligence, il va en tirer un enchaînement systématique de conceptions et d'actes tel qu'on pourrait l'attendre de l'homme le plus raisonnable ; sans compter que, hors du cercle de l'idée fausse et concurremment avec elle, son intelligence pourra continuer à fonctionner avec force, avec sagesse, avec éclat.

Ces différences qui, à quelques nuances près, se retrouvent aussi entre le délire et l'aliénation, ne sont pas les seules qu'on puisse signaler ; mais celles que nous indiquons ici nous paraissent capitales, et suffisent conséquemment à notre but.

être cependant accepté comme une conséquence nécessaire des lois générales de la vie. Dès qu'on admet — et le spiritualisme le plus exalté ne peut s'y refuser, au moins d'une manière générale — dès qu'on admet, disons-nous, que le cerveau, soit à titre d'agent direct, soit à titre d'instrument, soit, comme on dit quelquefois pour dire le moins possible, à titre de simple condition matérielle, soutient un rapport quelconque avec la pensée, on est forcé d'admettre que ce rapport est immédiat, constant, permanent, indissoluble ; qu'il a lieu non-seulement dans la manifestation de la fonction en général, mais dans toutes ses particularités phénoménales ; et qu'aucune modification mentale ne peut se produire sans une modification cérébrale correspondante et corrélative en nature et en degré. Supposer que ce rapport peut être interrompu, qu'il doit exister dans un cas, pour telle opération, et ne doit pas exister dans tel autre cas, pour telle autre opération, c'est supposer possible ou même accomplie dans cette vie la séparation de l'âme et du corps que la croyance religieuse ne place qu'après la mort, et qui est la mort. C'est introduire l'arbitraire et l'inconséquence dans le plan de la nature, qui ne construit sans doute pas un cerveau pour rien. » (*Gazette médicale*, n° 21.)

— M. le professeur Gairdner (d'Édimbourg), nous adresse, sous forme de lettre, en réponse à notre article du 18 mai (voir t. II, p. 361), de nouvelles remarques sur sa théorie de l'emphysème pulmonaire. Cette lettre et les quelques mots dont nous la faisons suivre fixeront sans doute l'esprit du lecteur sur la valeur de la théorie en question.

Monsieur le rédacteur,

Acceptez s'il vous plaît, encore une fois, mes remercîments pour l'attention scrupuleuse et consciencieuse que vous avez accordée aux opinions que j'ai émises sur l'emphysème pulmonaire. Nous voilà, il me semble, presque d'accord quant aux faits, et, quant à la théorie, pas trop éloignés l'un de l'autre. Permettez donc que j'indique en peu de mots quelques-unes des propositions que je regarde comme fondamentales, et que je voudrais bien soumettre encore à la critique éclairée et à l'observation fine et exacte de vos compatriotes. Je crois bien qu'il ne faut qu'une appréciation de ces propositions et l'observation un peu prolongée des faits qui, du reste, se trouvent tous les jours sous les yeux des praticiens, pour faire disparaître les difficultés dont cette question est d'abord entourée, et dont une partie assez considérable naît de l'emploi d'expressions un peu équivoques. Du moins il me semble que ce n'est qu'une telle obscurité de ma part qui vous a donné l'occasion de me mettre en opposition avec moi-même, tandis que je me trouve parfaitement d'accord avec vous sur le *tertium quid* que vous m'offrez en qualité de conciliateur de mes deux opinions.

Je n'ai jamais voulu dire que le poumon, dont une partie a été affaissée, doit *forcément reprendre son volume normal* pendant l'inspiration, mais qu'il doit, selon les puissances inspiratrices et la mobilité du tissu pulmonaire, *tendre vers le maximum de l'état sain*. Si la première de vos citations paraît autrement à vos lecteurs, c'est que j'y pose la proposition, pour ainsi dire, dans des termes mathématiques qui ne peuvent s'appliquer d'une manière étroite aux phénomènes actuels. J'ai même indiqué que cette application se fera seulement dans l'hypothèse d'une pleine dilatation du poumon, « dont les parties saines devront aussi se dilater également dans toutes les directions ; » deux conditions qui ne se réalisent jamais dans le poumon atrophié, mais qui cependant, en tendant à se réaliser, donnent naissance à la dilatation morbide des vésicules.

Je dirai encore un mot d'explication préliminaire. Je n'ai jamais voulu dire que l'emphysème occupe nécessairement les parties du poumon *les plus éloignées des lésions atrophiques* dont il est, selon moi, l'effet, mais seulement qu'il occupe les lobules ou les vésicules *restées saines* pendant le travail inflammatoire ou atrophique. Ainsi je ne nie pas (ce qui est, du reste, bien certain) que les tubercules atrophiques dans le lobe supérieur entraînent ordinairement l'emphysème dans leurs environs, et non pas dans les lobes inférieurs. Au contraire, je soutiens que les puissances inspiratrices agissent, dans ce cas-ci, d'une manière à peu près normale sur les lobes inférieurs, et que le lobe supérieur tend toujours à se dilater vers le volume normal, en suppléant au vide atrophique par l'agrandissement des vésicules restées saines.

Ainsi je me trouve ici d'accord avec vous sur les faits, et à l'abri de l'objection que vous me faites à cet égard.

Je vais poser maintenant les propositions dont j'ai parlé, et sur lesquelles je désire attirer les observations et les critiques de tous ceux qui s'intéresseront à ce sujet.

I. *L'emphysème pulmonaire accompagne, dans la plupart des cas, des lésions atrophiques évidentes ;* or il se trouve ordinairement dans un certain rapport avec ces lésions. Ainsi, qu'un poumon entier soit atrophié, le poumon opposé gagne ordinairement du volume ; il déplace le cœur, il passe la ligne médiane du thorax ; s'il ne devient pas emphysémateux, c'est que la grande masse de tissu soumise à l'expansion anormale et les limites bornées de cette expan-

sion n'exigent point absolument que les vésicules soient notablement déplacées et déformées. Qu'un lobe supérieur entier soit atrophié, le lobe moyen ou inférieur se dilate d'une manière anormale, et la partie la plus voisine de la lésion atrophique est plus ou moins emphysémateuse et difforme. Cette partie ne remplit pas tout à fait le vide; rien de plus vrai que l'observation que vous avez signalée à cet égard. Le mouvement des côtes au niveau de la partie affectée est toujours restreint, et si les besoins de l'hématose n'exigent point de grands efforts, il peut bien se faire que la difformité emphysémateuse ne soit que très modérée; de plus, s'il y a dans la partie atrophiée du poumon de grandes cavernes dont les parois flexibles suivent facilement les mouvements du thorax, l'emphysème n'arrive pas. S'il y a, au contraire, des cavernes rétrécies, aux parois inélastiques et dures, l'emphysème, ou la dilatation anormale des vésicules saines, arrive presque toujours, et les vésicules voisines de la partie atrophiée éprouvent naturellement les premières et au plus haut degré cette distension et cette difformité, qui résultent de ce que les puissances inspiratrices, tendant toujours *vers* le maximum normal, attirent dans le vide atrophique les parties les plus dilatables et les moins éloignées.

Mais dans la plupart des cas d'atrophie pulmonaire accompagnée d'emphysème, ce n'est pas un poumon entier, pas un lobe entier, pas même une partie isolée considérable d'un lobe, qui deviennent atrophiques: l'atrophie affecte, au contraire, des lobules isolés, ou de petits groupes de lobules disséminés quelquefois à la surface, plus souvent dans l'intérieur du poumon. Alors les vésicules et les lobules sains se comportent, sous l'action des puissances inspiratrices, de la manière que j'ai déjà indiquée. Plus les points atrophiques sont nombreux, et plus la diminution de volume est considérable, plus les vésicules saines et voisines des parties atrophiques se trouvent disposées à l'emphysème; ce qui ne tarde jamais à survenir si les efforts respiratoires deviennent laborieux, si la dilatation du poumon dans ces conditions morbides devient considérable. La tendance vers l'emphysème est aussi beaucoup plus grande dans le cas dont il s'agit, qu'elle ne le sera dans les circonstances contraires, où une lésion atrophique occupe un lobe ou un poumon entier. Les vésicules atrophiques et les vésicules saines étant entremêlées, il est de rigueur que chaque côte, chaque centimètre carré du thorax, doivent, pendant l'inspiration, agir sur des vésicules prédisposées à l'emphysème par leur contact avec des parties atrophiques du poumon. En effet, rien n'est plus commun que de voir des poumons où les vésicules atrophiées et les vésicules emphysémateuses siégent à côté les unes des autres, soit dans le lobe supérieur, en cas de tubercule atrophique, soit dans les parties inférieures du poumon, en cas de bronchite simple.

II. *L'emphysème accompagne donc souvent les lésions atrophiques du poumon; de plus, il n'accompagne aucune autre lésion matérielle ou organique du poumon que ces lésions atrophiques.* Ainsi l'emphysème accompagne les tubercules atrophiques, pas les tubercules simples; la péripneumonie atrophique, pas la péripneumonie simple; le cancer atrophique, pas le cancer simple. L'emphysème accompagne presque toujours la bronchite; et pourquoi? Parce que la bronchite amène toujours l'obstruction des bronches, et l'obstruction des bronches, lorsqu'elle est considérable, a pour conséquence constante l'affaissement et l'atrophie des vésicules correspondantes. C'est ce que je crois avoir démontré dans mon mémoire sur la bronchite, que vous avez dans les mains. La bronchite amène donc l'emphysème; elle l'amène à cause même de l'obstruction des bronches, et cependant *les bronches obstruées ne correspondent jamais aux parties emphysémateuses, qui, au contraire, ont les bronches toujours libres.* Voilà un fait dont on peut très facilement se donner la démonstration en insufflant le poumon emphysémateux, et qui est, du reste, d'une importance immense pour la théorie de l'emphysème. Vous vous souvenez des objections de M. Louis à la théorie de Laënnec et de tous ceux qui, comme lui, font de l'emphysème une conséquence *directe* de l'obstruction bronchique. « Si l'on se rappelle, dit M. Louis, que le maximum de l'emphysème ordinairement a son siége au bord tranchant des poumons et dans leur voisinage, tandis que le catarrhe pulmonaire aigu intense a le sien en arrière et en bas, on sera forcé de conclure que si ce catarrhe a une influence quelconque sur le développement de l'emphysème, cette influence est peu considérable, et ne s'exorce sans doute que bien rarement (*Mémoires de la Société médicale d'observation*, tome I[er], p. 253). »

Au point de vue de Laënnec, je trouve irrécusable cette conclusion de M. Louis. Au point de vue que j'ai exposé dans mon mémoire, je trouve, au contraire, que le rapport entre l'emphysème et la bronchite est évident et ne saurait être méconnu. Que l'on nie donc tout à fait, avec M. Louis, le rapport entre ces deux maladies, ou que l'on se rattache à la doctrine de tout le monde, à savoir, que ce rapport est frappant et pas méconnaissable. Mais si l'on adopte cette dernière opinion, il faut absolument que l'on rejette la théorie de Laënnec, et que l'on se rattache, je ne dis pas à la mienne, mais à quelque autre théorie qui soit à l'abri des objections de M. Louis.

Si vous trouvez donc, mon cher confrère, qu'il y ait encore quelque petit embarras qui s'oppose à mes conclusions, cherchez, s'il vous plaît, s'il n'y a pas de l'autre côté des difficultés plus grandes encore.

Si quid novisti rectius istis
Candidus experti; si non, his utere mecum.

III. Mais, avant de croire à la théorie de l'emphysème que j'adopte, il faut être bien sûr que *l'obstruction bronchique est toujours suivie de l'affaissement, de l'atrophie des vésicules correspondantes, et que cette condition morbide du poumon existe dans les cas d'emphysème naissant de la bronchite.* J'en conviens; et voici l'objet des recherches assez longues qui m'ont conduit à embrasser cette théorie de l'emphysème que vous avez crue digne d'une critique si savante et si habile. C'est pour moi une question non douteuse, et je crois avoir prouvé que cette conséquence de l'obstruction bronchique domine, non-seulement la théorie de l'emphysème, mais presque tous les endroits encore obscurs de la pathogénie pulmonaire. Pour moi, il n'y a pas de lésion pulmonaire plus importante, et même, dans certains cas, plus évidente, que cet *affaissement simple des vésicules* qui se distingue, soit dans sa cause, soit dans ses effets, de toute autre espèce de maladie ou de lésion pulmonaire, qui se cache sous les noms les plus variés et même les plus opposés, qui se prête à une foule de théories peu satisfaisantes, et qui a également donné naissance à des idées pratiques assez étranges et contradictoires. C'est avec un sentiment très vif de plaisir que je vois mes observations et mes doctrines à cet égard fortifiées de l'autorité de M. Valleix et de MM. Rilliet et Barthez, dans les éditions les plus récentes de leurs ouvrages, si importantes et si bien connues de vos compatriotes. A présent, je me borne à y appeler l'attention de vos lecteurs. Seulement, je ferai remarquer que l'*atrophie simple*, ou même l'*affaissement simple* des vésicules, est une lésion qui doit nécessairement échapper souvent à l'observation peu détaillée, du moins lorsqu'elle est centrale, ce qui arrive le plus souvent, tandis que l'emphysème, une lésion qu'on ne peut méconnaître, occupe, dans la plupart des cas, les bords et les surfaces du poumon.

IV. Cette lettre est déjà trop longue; je vais seulement exposer en deux mots une autre conséquence des lésions atrophiques du poumon, qui résulte pour moi à la fois des principes théoriques et de l'examen attentif des faits. *Les forces de la respiration, agissant sur des poumons atrophiés, donnent naissance non-seulement à la dilatation des vésicules saines, mais à la dilatation du cœur.* La coïncidence qu'on sait entre l'emphysème et les lésions cardiaques se trouve ainsi parfaitement expliquée. De plus, je crois avoir prouvé, dans le *British and Foreign Medico-Chirurgical Review* (juillet 1853), par l'analyse d'une assez grand nombre de faits, que cette explication est la seule possible dans la plupart des cas. Or la dilatation du cœur, qui accompagne presque toujours l'emphysème lorsqu'il est très considérable, devient une partie essentielle de l'argument sur la thèse qui s'agite entre nous.

Agréez, mon cher confrère, etc. W. T. GAIRDNER.

— Nous sommes heureux de pouvoir donner aux médecins de notre pays l'exposé authentique d'une théorie qu'ils ne connaissent qu'imparfaitement. Cet exposé prouve que nous avions bien interprété l'opinion de M. Gairdner, et nous voyons avec plaisir que les contradictions que nous avions cru découvrir dans sa brochure n'étaient pas dans son esprit.

Il nous est impossible, néanmoins, de ne pas faire nos réserves quant à la portée que notre confrère donne à son explication, non-seulement dans la lettre ci-dessus, mais encore dans son traité de la *Bronchite*. Si nous accordons que l'action inspiratoire peut, dans certains cas déterminés, amener directement la formation de l'emphysème vésiculaire, nous n'admettons pas que ce soit là le mécanisme habituel de cette altération; nous croyons, au contraire, que ce mécanisme doit être le plus souvent cherché dans l'expiration, et, de plus, que, dans certains cas, l'emphysème peut se produire, et sans atrophie préliminaire d'une partie du poumon, et sans obstruction des bronches, par un mécanisme encore incertain. Les expériences de M. Longet, dans lesquelles on a vu l'emphysème résulter de la simple section des nerfs vagues, doivent donner à penser aux observateurs. Mais l'examen d'une telle question demanderait des développements qui nous sont interdits aujourd'hui. Nous nous contenterons de rappeler, comme motifs de réserve à l'égard de la théorie de M. Gairdner, l'absence complète d'emphysème dans des cas d'obstruction complète de gros tuyaux bronchiques par des mucosités épaissies ou par des tumeurs, et le défaut de proportion qu'on remarque souvent, dans les cas d'atrophie partielle du poumon, entre le degré de l'emphysème et le degré ou l'étendue de la lésion pulmonaire.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA RÉSECTION DE LA CLAVICULE, AVEC OBSERVATION D'UN CAS DANS LEQUEL CETTE OPÉRATION A ÉTÉ FAITE AVEC SUCCÈS PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ, par le docteur Chassaignac, chirurgien des hôpitaux.

On possède aujourd'hui un assez grand nombre d'exemples de résection de la clavicule pour tracer un tableau général de cette opération et de ses suites. C'est ce que nous allons essayer de faire dans le travail qui va suivre, et en tête duquel nous placerons une observation fort curieuse relative à un cas dans lequel nous avons pratiqué avec succès la résection des deux tiers internes de la clavicule droite par un nouveau procédé. Voici l'observation :

Obs. 1. — *Fracture spontanée de la clavicule droite ; ostéite suppurante, perforation des téguments ; résection des deux tiers internes de la clavicule; conservation du périoste dans l'opération ; reformation de la clavicule par un tissu osseux de remplacement; guérison.* — Gavel (Louise), quarante ans, femme de ménage, rue du Delta prolongée, n° 9, à Paris, entre, le 27 juin 1854, à l'hôpital La Riboisière.

30 *juillet* 1854. — Femme un peu pâle, maigre, chétive, bien réglée pourtant. Pas de signes passés ou actuels de tubercules pulmonaires. Jamais d'éruption syphilitique à la peau ni mal de gorge persistant. Pas d'exostose médio-palatine. Rugosités non douloureuses à la clavicule gauche. La face interne des tibias, celle surtout du tibia gauche, présente de belles périostoses, qui sont fréquemment le siége de douleurs spontanées accrues par la pression, augmentant la nuit.

Il y a quatre ans, en cherchant à mouvoir le levier d'une pompe qu'elle voulait dégeler, cette femme ressentit à la clavicule droite, et après deux ou trois coups de piston, un craquement et une vive douleur qui ne dura que quelques secondes. Cet accident ne l'empêcha pas de continuer son travail pendant trois années. Mais, il y a un an, il lui vint, sans cause appréciable, une douleur plus vive encore que la première ; cette fois il n'y eut aucun craquement. Un médecin diagnostiqua à cette époque une fracture, et déclara qu'il y aurait issue d'un os. Deux ou trois jours après, une ulcération fistuleuse se forma au niveau de la partie moyenne de la clavicule. C'est cette ulcération qui existe encore aujourd'hui. La malade continua de travailler à la teinture des étoffes jusqu'à il y a deux mois ; mais, depuis, elle dut cesser son travail et soutenir son bras droit avec une écharpe. Amaigrissement depuis quelque temps. Deux petites parcelles d'os, semblables à des grains de sable, sont, tout récemment encore, sorties de la plaie.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade prit de l'iodure de potassium à l'intérieur; mais elle en cessa l'usage au bout de quinze jours. Elle a toujours pris et prend encore des pilules de proto-iodure de fer et de l'huile de foie de morue. Le 29 juillet, elle fut mise en même temps à l'alcoolature d'aconit.

Actuellement, il existe, au niveau de la partie moyenne de la clavicule droite, une plaie étroite, fongueuse, reliée à l'os par un cordon fibreux que l'on sent en essayant de soulever les téguments ulcérés. La suppuration à laquelle elle donne lieu est peu abondante, séreuse. Un stylet, porté dans la fistule, arrive sur la clavicule dénudée dans une faible étendue. La palpation de l'os à travers les téguments montre qu'il est fracturé à l'union du tiers moyen avec le tiers interne de son corps. Le fragment interne, qui est le plus élevé, fait sous la peau une saillie peu douloureuse à la pression. Le fragment externe, abaissé, présente sous les téguments une saillie qu'on ne peut toucher sans éveiller une douleur très vive; le moindre mouvement du bras se traduit par une douleur à ce même niveau. Il n'y a pas de crépitation dans la fracture.

Le 31 juillet, la malade étant amenée à l'état de tolérance anesthésique, on procède à la résection de la portion malade. On taille à son niveau, et l'on dissèque un lambeau demi-circulaire à convexité inférieure, puis on relève ce lambeau. La clavicule est ainsi mise à nu. Une scie à chaîne est passée au-dessous, et l'on fait en ce point la section de l'os. On saisit, avec le davier à résection de M. Chassaignac, le fragment interne de la clavicule, et l'on peut alors facilement le disséquer, en ayant soin de toujours le raser avec le bistouri pour obtenir la conservation du périoste, d'après les vues de M. Flourens, et pour éviter la lésion des organes sous-claviers et de la plèvre, organes qu'on voit au fond de la plaie.

Cela fait, on reconnaît que l'altération se propage vers l'extrémité interne, ce qui oblige à pratiquer la désarticulation. On rabat ensuite le lambeau tégumentaire, et l'on ferme la plaie par la suture à points séparés. La même suture est aussi appliquée après un avivement préalable de l'ulcération, qui a été comprise tout entière dans le lambeau. Enfin, on panse par occlusion, et l'on soutient le membre avec l'écharpe de Mayor. Le jour de l'opération et les suivants, peu ou point de fièvre. Mais la malade ressent dans la partie opérée une vive douleur qu'on soulage en relevant fortement le coude du côté malade.

Le 5 août, premier pansement. La plaie est en partie réunie par première intention. On coupe les fils des sutures, et l'on réapplique le pansement hebdomadaire. On ajoute une écharpe de Mayor, après avoir enlevé un bandage dextriné appliqué sur l'avant-bras, qu'il maintenait fléchi à angle obtus sur le bras. Ce bandage avait été mis avant l'opération, pour que l'on pût prendre sur lui une large surface d'appui, dans le but d'élever l'épaule et de diminuer ainsi l'étendue du vide produit par la résection ; mais la malade, qui est très maigre, ne peut supporter ce bandage.

Le 12 août, on renouvelle la cuirasse. La plaie est fermée et bourgeonnante ; peu de suppuration ; même douleur au moindre mouvement. La malade se lève.

16 *août*. — On trouve au centre de la plaie des bourgeons charnus, pâles et mollasses. On les réprime avec le crayon de nitrate d'argent, et l'on panse à plat.

On continue les pansements simples jusqu'au 1er septembre. A partir de ce jour on rétablit la cuirasse hebdomadaire. La cicatrisation s'effectue lentement. La douleur, au niveau des parties opérées, diminue d'une manière graduelle, mais les mouvements la réveillent. L'avant-bras est maintenu en écharpe. L'état général s'améliore. La malade prend toujours du fer et de l'huile de foie de morue. Elle fait en outre, sur l'épigastre, de nombreuses frictions avec la pommade d'iodure de potassium.

Dans le courant de septembre, il survient, à l'extrémité inférieure du bras droit, un empâtement douloureux, sans changement de couleur à la peau. Il se dissipe au bout d'une dizaine de jours, sous l'influence des frictions avec la pommade d'iodure de potassium.

15 *octobre*. — On sent un cordon fibreux, ou plutôt une masse fibreuse qui semble relier au sternum la clavicule reséquée. Persistance des périostoses tibiales, lesquelles sont moins douloureuses.

Le 11 novembre 1854, la plaie est rétrécie. Continuation du pansement hebdomadaire et du traitement général. Depuis quinze jours, la malade a supprimé son écharpe et se sert un peu de son bras droit ; elle

ne le meut que difficilement et d'une manière fort incomplète. Elle ressent toujours de la douleur dans le dos, mais il y en a très peu au niveau de la plaie.

L'examen anatomique de la portion de clavicule réséquée a montré qu'il y avait, à l'union du tiers moyen de l'os avec son tiers interne, une fracture dont les fragments sont unis par un cal fibreux qui ne présente aucune trace d'ossification. Le fragment externe offre, à la partie antérieure de son extrémité interne, des saillies pointues ou épines osseuses qui semblent avoir suffi, par leur pression contre les téguments, pour ulcérer ceux-ci de la profondeur vers la surface, et pour entretenir l'ulcération.

Plusieurs circonstances d'un haut intérêt nous paraissent devoir être relevées dans cette curieuse observation.

Le point qui appelle tout d'abord notre attention, c'est la question étiologique. La fracture est bien positivement spontanée, puisque, sans coup, sans violence, sans effort musculaire, l'os subit, il y a un an, une solution de continuité qui survint tout à coup. Quand on parle de fracture spontanée, il reste toujours sous-entendu qu'il y a bien une cause. On veut seulement dire par là, d'une part, que la solution de continuité s'est produite sans la participation d'aucune violence soit extérieure, soit musculaire; d'autre part, que la cause constitutionnelle, s'il en existe une dans le cas particulier, reste inaperçue. Or, quand nous examinons ce qui s'est passé chez notre malade antérieurement à la fracture, comme pouvant avoir quelque relation avec ce genre d'accident, nous voyons, d'une part, que cette femme porte des traces d'une altération probablement syphilitique du système osseux, ainsi que tendent à le prouver les périostoses qui existent sur les tibias et les inégalités qu'on observe sur la clavicule gauche; d'autre part, nous voyons que, trois ans avant la fracture, la malade éprouva tout à coup, pendant un violent effort, une sensation de craquement subit accompagnée d'une douleur très vive. Nous avouons, pour notre part, ne connaître dans la science aucun fait qui puisse nous autoriser à admettre une relation quelconque entre l'existence de la violence ressentie trois ans auparavant, et celle d'une fracture survenue si longtemps après l'action de la cause à laquelle on voudrait l'attribuer; car, ainsi que le mentionne très nettement l'observation, la malade avait pu reprendre ses travaux pendant le cours des trois années qui succédèrent à la sensation si étrange qu'elle avait éprouvée dans la clavicule droite, au moment où elle faisait effort pour mettre en mouvement le levier d'une pompe.

De quelle nature serait cette lésion, qui aurait pu rester inaperçue pendant plusieurs années, pour ne manifester ses effets qu'après un temps aussi long? L'expérience est muette à cet égard. Toutefois, en admettant, ce qui n'est pas absolument impossible, qu'une relation quelconque existât entre la violence exercée trois ans auparavant et la fracture, il s'agirait d'un ordre de faits complètement nouveau, sur lequel on pourrait appeler l'attention, sans qu'il fût permis jusqu'ici d'en rien conclure. Il nous paraît bien plus naturel de rapporter à la cause syphilitique la fracture spontanée survenue à la clavicule droite.

Ce qui tendrait à nous confirmer dans l'idée qu'une altération osseuse de cause interne avait dû précéder la fracture, c'est qu'à l'époque où le médecin qui constata cette dernière, fut appelé, il déclara non-seulement qu'il y avait fracture, mais encore qu'il se détacherait une portion d'os.

Enfin, à l'appui de l'idée que l'os était atteint de nécrose au moment de la fracture, nous devons rappeler que, dans la suppuration qui succéda à l'ouverture de la peau après que la fracture eut eu lieu, on rencontra des parcelles osseuses que la malade comparait à des grains de sable.

On a vu que cette femme, peu de temps avant l'opération, a été soumise à l'usage préventif de l'alcoolature d'aconit. C'est une pratique dont nous avons fait connaître les motifs dans un travail communiqué à la Société de chirurgie le 6 février 1853, sous ce titre : « *Emploi de l'alcoolature d'aconit comme moyen préventif de l'infection purulente dans les opérations chirurgicales.* »

Nous avons observé chez cette malade une particularité symptomatique qui nous a paru d'un assez grand intérêt, et qui nous a été expliquée plus tard, lorsque, pendant l'exécution du manuel opératoire, nous reconnûmes que l'extrémité interne de la clavicule était entourée de suppuration. Nous avions remarqué que, toutes les fois que la malade voulait porter la tête en avant, ou même tout simplement s'asseoir dans son lit, elle plaçait la main gauche à l'occiput, et soutenait le poids de la tête, comme pour suppléer à l'insuffisance d'action des muscles destinés à exécuter ce mouvement dans l'état normal. Ce phénomène automatique nous a paru s'expliquer parfaitement bien par le trouble apporté dans les fonctions du sterno-mastoïdien, à raison de l'état douloureux des parties sur lesquelles il prend son attache inférieure. En effet, le mal s'étant propagé jusqu'à l'extrémité interne de la clavicule, l'entourage de l'articulation, capsule, ligaments, attaches musculaires, tout était devenu très sensible.

Nous avons eu chez cette malade, aussi bien que chez plusieurs autres sujets opérés par résection, l'occasion de voir combien le tire-fond, appliqué pour saisir les extrémités osseuses, est un instrument défectueux, et cela dans deux circonstances opposées, à savoir, quand les extrémités osseuses sont trop dures et quand elles sont trop friables.

Dans le cas particulier, la densité fortement accrue de l'extrémité claviculaire interne apporta un obstacle insurmontable à l'implantation du tire-fond, tandis que notre davier à résection nous permit de résoudre sur-le-champ la difficulté. Nous avons eu, d'une autre part, plusieurs fois la preuve que cet instrument pouvait remplacer le tire-fond avec avantage, même dans les cas où le tissu osseux a sensiblement perdu de sa consistance.

Alors même que le désir de sauvegarder, par une dissection rigoureusement attentive, les organes délicats limitrophes à la clavicule, ne nous eût pas conduit à respecter scrupuleusement tout ce qui était autre chose que l'os malade, nous aurions apporté dans cette résection le même soin que nous mettons dans les opérations de ce genre, à conserver la plus grande partie possible du périoste. Nous ne faisons que nous conformer en cela au précepte donné par M. Flourens, dont les recherches sur la régénération des os ont si bien mis en lumière la véritable doctrine thérapeutique et pratique des résections.

Beaucoup de chirurgiens pensent encore qu'après l'opération de la résection, la réunion primitive est impossible, ou que, dans tous les cas, on ne doit pas la tenter. Tel n'est point notre avis. Alors même que, dans ces sortes d'opérations, la réunion primitive ne doit pas avoir lieu, il n'y a aucun inconvénient à rapprocher les parties divisées. C'est une pratique à laquelle nous avons eu recours plus d'une fois, au grand avantage de nos malades. Celles des portions osseuses restantes qui doivent presque inévitablement donner lieu à la suppuration, n'entraînent pour conséquence que des trajets fistuleux qui ne font point obstacle à la réunion immédiate de la plus grande partie du traumatisme local. D'ailleurs, quand on a rapproché par des points de suture, comme nous l'avons fait, les lèvres de la plaie, il importe d'exercer une surveillance attentive sur la marche de la cicatrisation, sous peine de voir survenir la rétention du pus et les accidents auxquels elle peut donner lieu. Une obstination aveugle à poursuivre cette réunion quand elle ne se fait pas, pourrait seule amener des accidents fâcheux. Dans tous les cas, le rapprochement immédiat est de beaucoup préférable à ces pansements barbares dans lesquels on bourre de charpie sèche la plaie de l'opération. Tous ces motifs expliquent pourquoi nous avons eu recours à la suture entrecoupée pour obtenir une exactitude de juxtaposition qui a été maintenue et conduite à bien, avec le secours du pansement par occlusion.

Notre malade, ainsi que l'atteste l'observation, n'a eu presque aucun symptôme fébrile à la suite d'une opération qui devait en faire pressentir le développement.

M'attendant à ce que, après l'opération, le poids du membre agirait douloureusement sur la plaie, et sachant, d'autre part, combien la pression de l'appareil qui soutient le coude d'une manière continue devient facilement intolérable, j'eus recours à la première partie de mon appareil pour les fractures de la clavicule, c'est-à-dire à une cuirasse dextrinée appliquée sur l'avant-bras et la main, de manière à répartir sur une grande surface la pression de bas en

haut que doivent exercer les appareils contentifs qui prennent leur point d'appui sur l'épaule du côté opposé.

Dans le cas particulier, un œdème survenu, peu de temps après l'opération, dans le membre du côté malade, m'empêcha de tirer parti de la cuirasse qui avait été établie antérieurement. On fut obligé de se contenter des moyens ordinaires.

L'empâtement douloureux dont le membre malade devint le siége a paru coïncider avec le gonflement inflammatoire dû au traumatisme chirurgical. Il nous a paru très naturel d'attribuer cet accident à une compression momentanée des vaisseaux sous-claviers, au niveau du point où ils passent sous la clavicule. Ils se trouvaient, en effet, compris dans la sphère d'inflammation de la partie opérée.

Il y a lieu de demander si le tissu cicatriciel qui se forme pour remplacer la clavicule ne pourrait pas, à raison de sa tendance rétractile, exercer sur le cordon vasculaire et nerveux une compression capable de donner lieu à des accidents qu'il est facile de prévoir. Nous n'avons trouvé la réponse à cette question dans aucune des observations de résection claviculaire que nous avons analysées.

Avant d'aborder la description générale du procédé à suivre dans l'opération, nous mentionnerons, dans un ordre aussi exact que possible, les noms des auteurs qui se sont occupés de la résection de la clavicule :

Pezoldi, 1715 ; Cassebohm, 1719 ; Remmers, 1732 ; Moreau et d'Angerville, 1765 ; Bayés, 1792 ; Otto de Weissenfels, 1798 ; Champion, 1802 ; Davie de Bangay, 18.. ; Jaeger, 18.. ; Mott, 1827 ; Regnoli, 1827 ; Velpeau, 1828 ; Wutzer, 1833 ; Warren, 1833 ; Roux, 1834 ; Mazzoni, 1835 ; Travers, 1838 ; Malago, 1840 ; Meyer (de Zurich), 1842 ; Blandin, 1842 ; Kunst, 1850 ; Wedderburn, 1852 ; Auguste Vinson, 1853.

Indications. — Les états pathologiques qui peuvent nécessiter la résection de la clavicule sont : 1° des fractures compliquées ; 2° certaines luxations ; 3° des nécroses ; 4° des caries ; 5° des exostoses ; 6° des séquestres ; 7° l'ostéosarcome ; 8° certains cas d'anévrysmes ; 9° diverses tumeurs développées à la surface de la clavicule, et entraînant la nécessité d'enlever par abrasion une partie de l'épaisseur de cet os.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Exposé des recherches récentes de M. le docteur Rofoldo-Rofoldi sur la strychnine.

Les problèmes médicaux se composent d'éléments nombreux, dont plusieurs fort importants, ont été longtemps négligés. A une époque, peu reculée encore, on n'envisageait guère que le cours des phénomènes morbides et assez vaguement le résultat des médications. Plus tard, l'engouement pour l'anatomie pathologique amena la prépondérance presque exclusive du diagnostic local. Mais de nos jours, grâce au prodigieux développement des notions physiques et expérimentales, la médecine s'est frayé deux voies nouvelles et fécondes, qui doivent tôt ou tard la conduire à son véritable but : le perfectionnement de la thérapeutique.

Si, d'une part, en effet, on demande à l'analyse chimique et microscopique des tissus et des liquides les indications que comportent les diverses lésions ; de l'autre, pour remplir ces mêmes indications avec plus de certitude, on étudie avec un soin tout particulier les effets physiologiques que les agents curatifs sont susceptibles de déterminer.

La France a, sans doute, sa large part dans ce mouvement. On doit avouer, toutefois, qu'il s'est manifesté avec plus d'intensité dans d'autres contrées, en Allemagne, en Italie, et que, notamment, sous ce rapport, les travaux de Giacomini ont contribué à agrandir l'horizon de la science.

Les compatriotes du savant professeur n'ont point déserté ses errements. C'est encore d'un confrère italien que nous viennent les curieuses recherches dont nous voulons ici présenter un résumé succinct.

De tous les agents pharmaceutiques, la strychnine est, sans contredit, l'un des plus violents et des plus dangereux. Quelques centigrammes suffisent parfois pour occasionner des accidents mortels. Aussi tous les essais tendant à dévoiler son mode d'action ou à faire connaître les moyens de modérer ou de neutraliser son influence offrent-ils un vif intérêt.

Sur le premier point, il existe déjà des données que la pratique a su mettre à profit dans divers cas morbides, entre autres dans la débilité paralytique des muscles, des intestins et de la vessie. On sait, en effet, que la strychnine agit avec une grande énergie sur la partie de la moelle épinière qui préside aux mouvements.

Par ses expériences, M. Rodolfi n'est pas venu seulement confirmer ce qu'on savait des graves perturbations motrices signalées avant lui. Il a voulu s'assurer surtout, par l'essai de différentes substances, du degré d'influence qu'on pouvait exercer contre les symptômes d'intoxication strychnique. L'exposé des faits contenus dans son mémoire constitue ainsi six séries, suivant que les animaux soumis au poison ont été : les uns abandonnés à ses ravages, les autres traités par l'acétate de morphine, l'atropine, le tartre stibié à haute dose, l'eau distillée de laurier-cerise ou l'ammoniaque liquide.

1re *série.* — M. Rodolfi ayant fait prendre à plusieurs chiens 5 centigrammes de strychnine, au bout d'une heure on vit se manifester des inquiétudes. Les animaux, en proie à un malaise et à une agitation visibles, vont et viennent de tous côtés sans trouver où se reposer. Bientôt après se déclarent des contractions musculaires qui, des membres inférieurs, gagnent les muscles extenseurs de la colonne vertébrale. Leur violence est telle que le dos se recourbe sur lui-même en arrière et que la tête se renverse jusque sur les épaules. La respiration est fréquente, entrecoupée. Il y a émission involontaire du sperme et de l'urine. Les battements du cœur sont tumultueux, précipités. A l'aide du stéthoscope appliqué sur les parois abdominales, on perçoit également, de la manière la plus nette, le mouvement vermiculaire des intestins. Si on l'appelle, le malheureux patient fait pour marcher d'inutiles efforts et répond par de lamentables gémissements. La seule percussion de la peau, le bruit même d'un marteau retentissant au loin, suffisent pour déterminer d'affreuses secousses tétaniques. Cette scène, enfin, aboutit après dix ou quinze minutes, à l'asphyxie et à la mort.

A l'autopsie, on trouve une congestion veineuse généralisée dans les trois grandes cavités splanchniques. Le sang est noir et fluide. La partie droite du cœur surtout en est gorgée, tandis que la partie gauche est vide ; chez quelques sujets, le canal rachidien contient plusieurs cuillerées de sérosité limpide.

2e *série.* — Des chiens prennent, quelques minutes après l'injection de 5 centigrammes de strychnine, semblable dose d'acétate de morphine. L'appareil symptomatique met environ une heure et demie à se développer, et présente avec le précédent des différences sensibles.

On constate, outre les signes d'anxiété, la contraction des pupilles, l'injection des conjonctives, un prurit très incommode, un besoin incessant de défécation, la suppression des urines, des contractions incomplètes, une respiration fréquente, l'accélération et la faiblesse des battements du cœur, une prostration extrême. A ces symptômes, d'une durée de quelques heures, succèdent graduellement le calme et le repos.

3e *série.* — L'atropine administrée dans les mêmes conditions, et pareillement à la dose de 5 centigrammes, détermine, au contraire, les phénomènes suivants : dilatation des pupilles, efforts de vomissement sans résultat, abondante sécrétion de salive aqueuse, issue de la langue hors de la gueule, tremblement convulsif, contractions musculaires affaiblies et ressemblant, en quelque sorte, à des pulsations ; pouls petit et accéléré, inclinaison en avant de l'épine dorsale, stupeur, anesthésie cutanée, débilité des membres ;

Les accidents persistent plusieurs heures, puis les animaux ne tardent pas à se remettre.

M. Rodolfi obtint avec la jusquiame et l'aconit des résultats identiques. Administrait-on la strychnine seule, la mort devenait la conséquence infaillible de cette seconde épreuve.

4e *série*. — Sous l'influence du tartre stibié porté à 50 centigrammes, les muscles du col, les masséters, les crotaphites furent, en une demi-heure, le siége de fortes contractions simulant le trismus. Les jugulaires étaient gonflées, les yeux animés et rouges, les nausées incessantes, les vomissements accompagnés de serrements épouvantables. Il y avait tremblement, convulsions, contraction des membres inférieurs. Ces accidents conduisaient à une résolution promptement funeste.

Indépendamment de la congestion universalisée dans les tissus, l'estomac présentait vers la région cardiaque et le grand cul-de-sac une légère injection de sa membrane muqueuse.

5e *série*. — On donne aux chiens empoisonnés 32 grammes d'eau recohobée de laurier cerise. Bientôt la respiration s'embarrasse, les yeux prennent de l'éclat, les conjonctives s'injectent; la langue, d'un rouge cuivré, est poussée en dehors; les veines ranines se distendent, les muscles dorsaux éprouvent des contractions spasmodiques suivies de relâchements momentanés, la salive abonde, la sensibilité cutanée se perd, des mouvements convulsifs agitent les membres inférieurs, puis la mort arrive.

Les divers viscères, en particulier le côté droit du cœur, les poumons et les veines mésentériques, regorgent d'un sang veineux noir et poisseux.

6e *série*. — 50 centigrammes d'ammoniaque liquide sont administrés. Larmes, éternuments, injection conjonctivale, rubéfaction de la langue, respiration courte, contraction musculaire, rigidité tétanique, mort en une demi-heure.

Excoriations de la langue, petites vésicules sur la muqueuse pharyngienne, rougeur artérieuse au voisinage du cardia et sur d'autres points du ventricule, congestion veineuse des poumons, du tube digestif, des méninges et des sinus cérébraux. (*Gazzetta medic. Italiana. Lombardia*, 12 février 1855.)

REMARQUES. — Physiologiquement et pathologiquement, ces expériences suscitent d'importantes remarques. On voit d'abord que la strychnine, laissant intactes les fonctions cérébrales, agit spécialement sur les cordons moteurs de la moelle épinière. A cette action serait dû le désordre intestinal, et le mouvement vermiculaire que révèle l'auscultation en est, dit l'auteur, un témoignage évident.

M. Rodolfi attribue au pouvoir réflexe, que M. Marshall Hall reconnaît à la partie supérieure du rachis, les convulsions occasionnées par les impressions extérieures. La congestion veineuse, l'asphyxie et la suffocation proviendraient enfin de la gêne apportée à la circulation par la violence des contractions des muscles du cou et du thorax.

Au point de vue thérapeutique, la signification des faits est beaucoup plus explicite encore. L'intoxication strychnique présente, en effet, d'incontestables dangers, puisque tous les sujets chez lesquels elle n'a point été contre-balancée, ont succombé dans un court espace de temps. La plupart des agents employés quelques minutes après l'ingestion ont, au contraire, atténué et même dissipé les symptômes. N'a-t-on pas vu revenir en quelques heures à la santé les animaux auxquels avaient été administrés l'acétate de morphine, l'aconit, l'atropine et la jusquiame? Le tartre stibié, l'ammoniaque, l'eau distillée de laurier cerise, n'ont point empêché la mort; mais de ces remèdes, les deux premiers l'ont légèrement retardée. M. Rodolfi, à cet égard, ne dit rien du troisième. Dans ce dernier cas, du reste, l'issue malheureuse permet le doute sur l'efficacité de l'acide prussique, qu'Olivier a préconisé comme un sûr antidote de la strychnine.

Giacomini range ce poison parmi les hypersthénisants, tandis que Beraudi en fait un hyposthénisant. Mais s'il en était ainsi, comment ses effets pourraient-ils être neutralisés par des principes considérés comme appartenant : ceux-ci, tels que l'atropine, la jusquiame et l'aconit, à la classe des hyposthénisants ; ceux-là, en particulier la morphine, à la catégorie opposée?

Selon M. Rodolfi, l'action toute spéciale de la strychnine aurait la plus grande analogie avec celle de l'électricité. Elle déterminerait des courants nerveux identiques. Ainsi, de même qu'avec la pile voltaïque, les membres paralysés manifestent les premiers son influence ; mais sous l'empire de l'une et l'autre cause, les contractions sont irrégulièrement alternatives ; et les douleurs, sujettes à des rémissions, ne se déclarent qu'après plusieurs secousses.

Quoi qu'il en soit de ces explications théoriques, un enseignement positif ressort des recherches de M. Rodolfi. Il suffit, en effet, de se reporter aux phénomènes mentionnés dans les cinq dernières séries pour se convaincre des modifications profondes que chaque agent fait subir à la physionomie des accidents. Ceux-ci ne sont pas seulement affaiblis, mais dénaturés, et ils participent plus ou moins de leur double origine ; circonstance que le praticien ne saurait trop peser quand, par des combinaisons jugées opportunes, il veut faire concourir au succès d'une médication plusieurs remèdes héroïques!

DELASIAUVE.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEUDET.

Je vous demande la permission de vous adresser quelques remarques au sujet de certains passages sur votre article du 1er juin. (*Gaz. hebd.*, n° 22, p. 414.)

1° J'ai dit, p. 95 et suiv. de ma brochure, que l'inoculation et la vaccine avaient produit des effets *absolument contraires!*... J'ai dit, avec chiffres *officiels* à l'appui, que la pratique de l'inoculation avait porté les décès *convulsifs* de 20 pour 100 à 28 pour 100, tandis que la vaccine les avait réduits de 20 pour 100 à 6 pour 100 ! J'ai ajouté que cette *diminution* avait été compensée par l'*augmentation* des affections *intestinales dans l'âge viril*, tandis qu'au XVIIIe siècle une compensation analogue s'était produite, sous l'influence de l'inoculation, mais d'une manière *diamétralement* opposée !

Je dois donc croire, monsieur le rédacteur, que vous avez, à une première lecture, confondu les conséquences signalées de ces deux procédés prophylactiques, puisque vous me faites dire, ainsi qu'à M. Carnot, que le nombre des décès convulsifs a *augmenté* depuis l'usage de la vaccine (1).

2° J'ai posé comme *axiome* ce fait que l'inoculation de la variole donne *la variole*, et cela vous paraît une exagération, monsieur le rédacteur. Que donne-t-elle donc, à votre avis, si ce n'est la variole? Pourquoi, s'il vous plaît, l'inoculation d'un sujet *sain* est-elle sans danger? Pourquoi celle d'un sujet *malade* est-elle, au contraire, suivie de très graves conséquences? Si vous connaissez de ce fait différentiel une meilleure explication que celle que j'ai donnée, pourquoi donc en priver vos lecteurs ? Ils nous jugeraient alors l'un et l'autre en connaissance de cause.

3° Vous exigez que je démontre que *toutes* les fièvres *continues graves*, qu'on désigne de nos jours sous le nom de *typhoïdes*, n'étaient pas contagieuses au XVIIIe siècle. Mais faut-il donc que j'aille répétant ici ce qu'ont écrit nos devanciers? Ne savez-vous pas, aussi bien et mieux que moi, que la fièvre *putride*, fort rare, avant la vaccine, présentait *seule* alors le caractère contagieux, que presque toutes les fièvres continues affectent depuis trente ans? Ce fait ne vous paraît-il pas digne de remarque?

4° N'en est-il pas de même du choléra? Le magnifique rapport fait en 1832 par l'Académie de médecine ne dit-il pas, en termes assez clairs, que cette maladie n'est point nouvelle en France, et que sa marche progressive est seule insolite ? A quoi, s'il vous plaît, peut être due cette marche progressive nouvelle, si ce n'est à un véhicule nouveau? A quoi peut être due la contagion, si ce n'est à un contage? Quel peut être ce contage, si ce n'est *la variole?* Est-il donc autre chose de nouveau, sous le soleil, que les tentatives insensées des empiriques, quel que soit leur nom, Esculape, Prométhée ou Jenner ?

Veuillez agréer, etc , A. BAYARD.

(1) M. Carnot nous adresse la même réclamation. Dans notre article, en effet, au lieu de : Il ne suffit pas que le nombre des convulsions ait *augmenté*, il faut lire : ait *diminué ;* mais on s'assurera aisément que cette correction n'enlève rien à nos arguments.

— La question dont il s'agit dans la lettre de notre honoré confrère M. Bayard a été plusieurs fois déjà discutée dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE. Nous croyons d'ailleurs qu'elle n'est pas susceptible, en l'état actuel des choses, de plus d'éclaircissements qu'elle n'en a reçu. En conséquence, nous jugeons inutile de donner suite au débat élevé entre M. Bayard et notre collaborateur, et nous laisserons dormir la question elle-même pour le moment. A. D.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 28 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

MÉDECINE. — M. *Ripault* adresse, de Dijon, une note sur le *raccourcissement congénital d'un des os du métacarpe.*

L'auteur décrit cette difformité qu'il a observée chez une personne d'ailleurs bien conformée et d'une bonne constitution, et tire de son observation des conséquences relatives à l'avantage qu'un doit trouver dans beaucoup de cas à préférer la résection d'un os long dont une partie seulement est malade à son ablation complète. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

M. *Féraud* soumet au jugement de l'Académie une note *sur la propriété antiseptique de la fumée, et son emploi comme préservatif et curatif du choléra et des épidémies en général.*

L'auteur cite quatre observations de maladies épidémiques qui ont cessé immédiatement après un incendie survenu dans le lieu qui en était le théâtre. L'auteur pense que ce n'est point, comme on l'a dit, à la ventilation produite par le feu qu'a été due la désinfection, mais bien à la propriété antiseptique de la fumée. Il désirerait que l'Académie, entrant dans ses idées, instituât un système d'expérimentation qui pût décider la question. (Renvoi à la commission du prix Bréant.)

NOMINATIONS. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de deux candidats pour la *chaire d'anatomie comparée*, vacante par suite du décès de M. *Duvernoy*. Les résultats des deux scrutins désignent comme premier candidat M. *Serres* ; comme deuxième, M. *Gratiolet.*

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 5 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a.* Une note de M. *Gagnage* sur la préparation du gluten ioduré. — *b.* La recette d'une huile antigoutteuse et antirhumatismale préparée par M. *Poggi*, de Lyon. — *c.* La recette d'un baume pour guérir les plaies et blessures par le sieur *Raoux de Lacairole.* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d.* Un rapport de M. le docteur *Poussié* sur une épidémie de variole et de suette miliaire qui a régné dans l'arrondissement de Marvejols. — *e.* Un rapport de M. le docteur *Barbot*, de Mende, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Altier en 1844. (*Commission des épidémies.*) — *f.* Une lettre de M. le docteur *Lasnon*, d'Alvimare (Seine-Inférieure), sur un procédé de conservation du vaccin. (*Commission de vaccine.*) — *g.* Un rapport de M. le docteur Armieux, de Calvi, sur le choléra épidémique de 1854. (*Commission du choléra de 1854.*) — *h.* Une demande d'autorisation pour exploiter une fabrique d'eaux minérales artificielles par les sieurs *Blanc*, *Faivre* et *Loye*, de Lyon. (*Commission des eaux minérales.*) — *i.* Plusieurs rapports sur le service médical des établissements thermaux dont les noms suivent (1853): Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par M. le docteur *Izarié*; Cransac (Aveyron), par M. le docteur *Auzoni*; Balaruc (Hérault), par M. le docteur *Lebret* ; Châteauneuf (Puy-de-Dôme), par M. le docteur *Pénissal* ; Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne), par M. le docteur *Barrié* ; La Malou (Hérault), par M. le docteur *Privat.* (*Commission des eaux minérales.*)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de la Loire-Inférieure et de la Vendée. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : — *a.* M. le docteur *Jacquot* (Relation d'une autopsie pour servir de complément à son travail sur la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde). (*Commission déjà nommée.*) — *b.* M. le docteur *Leroy d'Étiolles* (Lettre relative au traitement des rétrécissements de l'urèthre à propos de la communication de M. Maisonneuve à l'Académie des sciences). — *c.* M. le docteur *Orange*, de Sainte-Eugénie (Algérie) (Note sur la disparition du choléra, d'où dépend la guérison de la maladie de la vigne et des pommes de terre). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *d.* M. le docteur *Aloïse Pasquali* (La chaux comme remède curatif direct du choléra asiatique). (*Même commission.*) — *e.* M. le docteur *Thore* fils, de Sceaux (Études statistiques et cliniques sur la vaccine et la variole). (*Commission de vaccine.*) — *f.* M. *Mathieu* (Modification apportée à la sonde de trousse qui peut être ainsi transformée en sonde de Belloc).

NOMINATION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre résidant dans la section de médecine vétérinaire.

Nombre des votants, 72 ; majorité, 37.

M. *Bouley* obtient 56 voix ; M. *Reynal*, 16.

M. *Bouley*, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur le rapport de M. Bousquet.

M. *Piorry*, après avoir établi que l'analogie, l'expérimentation, l'induction et le bon sens forcent à admettre l'existence de quelque anomalie dans l'organisation encéphalique de l'aliéné, pense pourtant que, dans l'état actuel de la science, on ne peut fonder sur les modifications organiques du cerveau des distinctions tranchées entre les nombreuses variétés de l'aliénation mentale, parce que la plupart de ces lésions, de ces modifications intimes échappent à nos sens.

M. Piorry insiste de nouveau sur l'infinie variété des formes que revêt la folie, variété aussi riche, aussi étendue que celle des goûts, des penchants, des caractères, des aptitudes, des passions, qui changent, se modifient, se transforment, non-seulement d'un individu à l'autre, mais encore chez le même sujet, suivant mille influences étrangères, mille circonstances fortuites, et pour ainsi dire au gré des agents qui l'entourent et des conditions au sein desquelles il vit. L'orateur croit qu'une classification des maladies mentales, fondée sur la considération des caractères dans l'état de santé, est essentiellement fausse et défectueuse, parce qu'elle repose sur une base instable et sans solidité, sur un élément variable, mobile et toujours inconstant.

Selon M. Piorry, tous les genres de folie, distingués arbitrairement par les auteurs, ont un caractère commun, le dérangement des facultés de l'esprit. Le peu d'accord qui règne parmi les aliénistes, relativement aux types des différents troubles mentaux vient précisément de ce que les classifications admises ont été établies sur des caractères de perturbations fonctionnelles nullement distinctes les unes des autres.

Puisqu'il n'est point possible d'adopter pour base d'une classification des maladies mentales, ni les lésions encéphaliques, à cause de leur obscurité, de leur incertitude, ni les prétendues modifications du principe pensant qui ne saurait être malade ni altéré, M. Piorry estime que l'examen approfondi des troubles fonctionnels peut seul servir de point de départ aux distinctions à établir dans la folie.

Après avoir signalé avec éloge les tentatives de classification faites récemment par M. Guislain, l'orateur rappelle qu'il a cherché lui-même à classer et à dénommer sinon des variétés d'aliénation mentale, du moins les divisions fondamentales en rapport avec les grands caractères des modifications de l'esprit. M. Piorry développe les principes et le mécanisme de sa nomenclature des maladies mentales, dans laquelle il a essayé d'exprimer, par ses termes empruntés au grec, tantôt les dispositions mêmes de l'esprit (*hyperpsychismie*, exaltation; *hypopsychismie*, démence; *apsychismie*, idiotisme ; *dysorthopsychismie*, incohérence dans les idées, etc.); tantôt les causes des troubles de la raison par les radicaux ou antécédents (*alco*, alcool; *narco*, narcotiques; *septico*, putride, *trauma*, blessure ; *tox*, poisons, etc.).

Cette nomenclature, ajoute M. Piorry, constitue une amélioration apportée dans l'étude des délires et de la folie ; elle est régulière, expressive, et a l'immense avantage de rentrer complétement dans le cadre général de celle qui se rapporte à toutes les autres maladies.

L'orateur termine son discours en concluant que M. Moreau a eu parfaitement raison de rapprocher le délire de la folie ; de chercher dans les songes et dans les troubles intellectuels observés dans l'ivresse et le narcotisme, l'image, le degré initial de l'aliénation mentale, et que c'est un *blasphème* de dire que l'anatomie et la physiologie pathologique n'ont pas éclairé l'histoire de la déraison humaine.

MONSTRUOSITÉ. — M. *Depaul*, secrétaire annuel, en présentant à l'Académie deux monstres doubles par fusion latérale dans toute leur étendue, s'exprime en ces termes :

J'ai l'honneur de mettre sous les yeux de l'Académie le cadavre d'un enfant né à huit mois environ, qui a vécu quelques instants seulement et qui présente un exemple de monstruosité assez rare, comme espèce surtout.

C'est un monstre double appartenant à la classe des monomphaliens et qui doit être rangé dans les hémipages, avec cette particularité toutefois que la soudure latérale s'étend à la région sus et sous-ombilicale, confond les deux têtes beaucoup plus que cela n'a été observé dans les faits déjà connus, et réduit l'extrémité inférieure à deux membres parfaitement conformés.

La longueur totale de ce monstre est de 41 centimètres. Du sommet à l'ombilic il a 22 centimètres. Son poids est de 2650 grammes.

Tête. — La portion crânienne manque de l'enveloppe osseuse, et se trouve formée par une masse rougeâtre et molle composée par deux masses encéphaliques entourées par les membranes et séparées d'avant en arrière par un sillon assez profond, surtout dans ce dernier sens.

Faces. — Deux faces complétement soudées sur la ligne médiane jusqu'à la région frontale, existent parfaites, complètes et d'une ressemblance parfaite. Elles sont un peu obliquement dirigées de haut en bas et de dehors en dedans, de telle sorte que les deux mentons convergent l'un vers l'autre et ne sont séparés que par un intervalle de deux centimètres.

Chaque visage a ses deux yeux, son nez et son orifice buccal parfaitement conformés.

De chaque côté existe une oreille régulière. En avant et sur la ligne médiane, au niveau de l'œil droit de la face gauche et de l'œil gauche de la face droite, existe une petite excavation assez profonde d'où s'élève un prolongement cutané aplati transversalement, qui est évidemment une oreille double formée par la fusion de l'oreille gauche de la face droite et l'oreille droite de la face gauche.

Cou. — Le cou est très large et tellement court que les deux mentons touchent presque la partie supérieure du thorax. Les deux oreilles externes reposent de chaque côté sur l'épaule correspondante et sont pliées en deux.

Thorax. — Vu par sa face antérieure, il offre une conformation très régulière. Le diamètre transverse a cependant une étendue un peu plus considérable que ne le comporte le volume général de l'enfant. D'un acromion à l'autre, il a 15 centimètres. Au-dessous des mamelles, dans la partie la plus large, il offre 11 centimètres.

Un seul mamelon très petit existe de chaque côté.

En arrière existe une large gouttière verticale étendue depuis la masse encéphalique jusqu'au sacrum dépourvu de peau, et qui est remplacé par une membrane rougeâtre et transparente, et limitée de chaque côté par une série d'épines osseuses. La largeur de cette gouttière est de 4 centimètres. La soudure des deux colonnes vertébrales paraît complète.

Parties génitales. — Ce monstre appartient au sexe mâle. Une verge et un scrotum très réguliers existent à leur place habituelle. Les testicules ne sont pas descendus dans les bourses.

L'anus est perforé et à sa place.

Les membres supérieurs, qui sont au nombre de deux, ainsi que les inférieurs, ne présentent aucun vice de conformation.

Le cordon ombilical est unique et normalement inséré.

J'ai l'intention de faire l'anatomie complète de ce monstre, et d'étudier avec soin les modifications imprimées aux divers systèmes par la fusion des deux individus. J'aurai l'honneur de tenir l'Académie au courant des détails intéressants qui seront probablement rencontrés.

Je mets également sous les yeux de l'Académie un petit fœtus de deux mois et demi, qui présente une monstruosité du même ordre que l'enfant dont il vient d'être question. Je ferai connaître aussi les détails importants qu'une dissection complète pourra me faire observer.

— A quatre heures dix minutes, l'Académie se forme en *comité secret*.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Chloroforme dans la chorée, par M. GÉRY.

Le chloroforme, dit M. Géry, n'est pas un spécifique de la chorée ; mais il paraît être le moyen qui réussit le mieux et le plus vite, parmi toutes les médications employées jusqu'à ce jour.

Dans les chorées bénignes, mais bien caractérisées, le chloroforme guérit très rapidement, ce qu'on n'obtient en réalité par aucune autre méthode.

Dans les chorées graves, on arrête avec une sûreté et une rapidité remarquables la violence la plus intense des vomissements. C'est là un résultat important et qui demande au moins à être pris en grande considération. Mieux étudiée et combinée avec des moyens appropriés, cette médication pourra sans doute rendre de plus grands services encore.

Il ne faut pas s'inquiéter du grand nombre de chloroformisations qu'il faut opérer. Les enfants, suivant M. Géry, présentent une tolérance toute particulière pour le chloroforme. Dans le grand nombre de circonstances où ce jeune médecin a eu recours à cette médication, usant à la fois de 10 à 12 grammes de l'agent anesthésiant pour obtenir le sommeil, il n'est jamais rien survenu qui pent lui faire concevoir la moindre inquiétude. Seulement, lors des premières inspirations, il arrive souvent que l'enfant résiste, se débat et que les mouvements convulsifs augmentent ; mais il ne faut pas s'y arrêter.

Les enfants n'éprouvent en général aucun des malaises, comme céphalalgie, engourdissement, anorexie, que l'usage du chloroforme entraîne si communément chez les adultes. A peine éveillés, ils courent à leurs jeux ou demandent à manger. Cela ne doit cependant pas empêcher de surveiller avec le plus de soin, chez eux, le sommeil anesthésique. Le pouls, qui s'était accéléré pendant qu'on se mettait en devoir d'endormir le malade, ne manque jamais de baisser pendant la durée du sommeil, pour remonter après que celui-ci a cessé. On a souvent noté 15, 20, 25 pulsations de moins, pendant la chloroformisation. L'appareil, dont s'est servi M. Géry, est une compresse tournée en cornet, dont l'extrémité pointue coupée avec des ciseaux recevait une petite éponge fine, sur laquelle on versait le chloroforme, en général à la dose de 10 à 12 grammes. (*Répertoire de pharmacie*, mars 1855 ; emprunté à la *thèse inaugurale* de M. Géry.)

De l'action anthelminthique du sulfate de quinine, par le docteur DELVAUX.

M. Delvaux ayant constaté, à plusieurs reprises, l'expulsion de vers intestinaux à la suite de l'administration du sulfate de quinine, dans les fièvres intermittentes des enfants, s'est mis à étudier les propriétés anthelminthiques de ce sel. Un médecin hollandais, Van Doeveren, professeur à Groningue, avait déjà publié en 1764 guérison complète.

M. Delvaux dit avoir recueilli plus de quarante observations concernant des enfants atteints d'ascarides lombricoïdes, et qui ont été guéris radicalement de cette affection par le sulfate de quinine. Ordinairement ce sel provoque au bout de vingt-quatre à trente-six heures plusieurs selles liquides, qui entraînent avec elles ces entozoaires.

Le sulfate de quinine lui a également réussi contre les oxyures vermiculaires. Des lavements qui le contenaient en dissolution, répétés tous les soirs pendant un certain temps, ont suffi pour détruire entièrement ces entozoaires.

Deux fois enfin, chez une femme de vingt-huit ans qui avait épuisé déjà la série des anthelminthiques, et chez un enfant de quatre ans, l'auteur a administré le sulfate de quinine contre le tænia ; et, dans les deux cas, le ver a été expulsé et n'a point reparu.

Nous ne reproduisons pas les formules de poudres, pilules, sirops ou lavement anthelminthiques, données par l'auteur ; ce sont les mêmes modes d'administration du sulfate de quinine, que dans les fièvres intermittentes.

— Nous ajouterons une simple remarque : c'est qu'il est singulier que des propriétés aussi formelles que celles que le docteur Delvaux attribue ici aux préparations diverses de sulfate de quinine, aient échappé aux nombreux observateurs qui, comme nous-même, ont rencontré de si fréquentes occasions d'administrer ce médicament aux enfants. (*La Presse médicale belge*, 15 avril 1855.)

Solution de la quinine dans l'huile de foie de morue, par M. BASTICK.

Dans une réunion de la Société de médecine de Londres, tenue le 27 janvier 1855, M. Bastick a donné connaissance d'un procédé pour faire dissoudre la quinine dans l'huile de foie de morue.

Cette solution s'effectue en projetant la quinine anhydre dans l'huile de foie de morue contenue dans un vase convenable ; on chauffe au bain-marie jusqu'à ce que l'huile de foie de morue soit devenue parfaitement claire. L'huile prend une couleur plus foncée au fur et à mesure que la quinine se dissout. La proportion de quinine peut varier suivant le désir du médecin, mais celle qui a été proposée est à peu près de 15 centigrammes pour 32 grammes d'huile.

Il est essentiel que la quinine soit anhydre. On l'obtient en cet état en la précipitant d'une solution de sulfate au moyen de l'ammoniaque ; le précipité est lavé, séché et fondu dans une capsule de porcelaine. (Extrait du *Pharmaceutical Journal. — Répertoire de pharmacie*, avril 1855.)

Exemple de la mauvaise préparation du sous-nitrate de bismuth livré aux praticiens de province, par le docteur SERRE, de Dax.

Cette note a pour objet d'appeler l'attention sur les inconvénients graves qui peuvent résulter de l'usage de sous-nitrate de bismuth mal préparé, et contenant de l'arsenic. M. Serre a vu à plusieurs reprises du sous-nitrate de bismuth administré à doses modérées, 2 ou 3 grammes, déterminer des accidents sérieux de diarrhée et de vomissements à toutes les personnes qui en faisaient usage. Ces exemples, dit-il, démontrent l'impureté du médicament et le peu de soin que les pharmaciens apportent quelquefois à sa préparation, ou au contrôle de celui que la droguerie leur livre. Que devait-il arrivé si nous avions élevé la dose à 40 et 50 grammes, ainsi que le conseille M. Monneret? La quantité d'arsenic contenue dans la préparation fournie à mes malades, à en juger par l'intensité des accidents dont j'ai été témoin, ne me laisse aucun doute sur le résultat fatal dont le médecin se serait trouvé la cause innocente. (*Bulletin général de thérapeutique*, 28 février 1855.)

Perversion irrégulièrement intermittente de la galactopoièse; saignée du pied, guérison, par M. le docteur CHARLES SAUREL, de l'Isle-sur-la-Sorgue.

Nos confrères du Midi repoussent fréquemment l'usage de la saignée, dans la pneumonie ; mais quelques-uns paraissent l'employer volontiers dans les fièvres ou autres accidents intermittents. La communication de M. Saurel se rattache à une série de faits de ce genre.

Une nourrice, de belle constitution, sanguine, présentait les phénomènes suivants : Après trois ou quatre jours de santé et de lactation parfaites, elle était prise de battements et d'une légère sensation de froid ; aussitôt l'enfant refusait de prendre le sein et il ne s'écoulait du mamelon qu'un peu de sérum et de caillots. Cela durait de un à trois jours, et l'état normal reparaissait. M. Saurel donna successivement l'*acide arsénieux* (est-ce une chose prudente chez une nourrice?), dans l'espoir de régler la fièvre, puis le sulfate de quinine sans plus de résultats. Il eut alors l'idée de pratiquer une saignée du pied (pourquoi?), au moment où les symptômes périodiques semblaient près de reparaître. Le sang n'avait pas la couleur ordinaire dù sang veineux, il était rouge clair, il en écoula de 7 à 800 grammes. L'accès ne vint pas et la femme fut guérie. (*Revue thérapeutique du Midi*, avril 1855.)

De l'usage de la créosote dans la dyssentérie scorbutique des camps, par le docteur WILMOT.

Le mémoire dont il est ici question avait été communiqué par le docteur Watson, à la Société médico-chirurgicale de Londres, en 1845, mais sans avoir été publié alors.

Le remède du docteur Wilmot contre la dysentérie est une injection de créosote dans le rectum. Il en emploie 4 grammes dans environ 400 grammes d'un lavement épais d'amidon. Il exprime une extrême confiance dans l'efficacité de ce médicament, même dans les cas les plus graves, mais ne rapporte qu'un nombre insuffisant d'observations à ce sujet. Du reste, ce remède est peu coûteux, facile à préparer, et mérite de fixer l'attention des médecins chargés actuellement de la santé de nos soldats.

Il arrive généralement, comme on pourrait le supposer, que ce lavement exaspère momentanément les douleurs intestinales; mais il n'y a pas à s'en inquiéter. Dans quelques cas il ne paraît pas que l'injection ait été réitérée. Il en est un où l'on a dû y revenir sept jours consécutifs. (*Medical Times and Gazette*, 14 avril 1855.)

Sur la hernie diaphragmatique, par M. COPEMAN.

Trois modes distincts peuvent être comptés relativement au mécanisme de formation de la hernie des viscères abdominaux dans le thorax, à travers le diaphragme : 1° ou il existait congénitalement, dans la continuité de ce muscle, une ouverture anormale ; 2° ou les viscères passent dans l'une des ouvertures naturelles qui y existent ; 3° ou bien, enfin, un effort, une violence accidentelle a déterminé en quelque point la rupture de ses fibres, rupture par laquelle les parties s'engagent. De ces trois espèces, la première est la plus fréquente ; et même il est probable que, dans les cas auxquels il semble d'abord qu'une autre explication est applicable, une petite ouverture préexistait, et que les efforts n'ont fait que la dilater et y pousser une quantité plus considérable des viscères abdominaux.

Les cas de hernie diaphragmatique jettent ordinairement le praticien dans un embarras extrême, et ce n'est guère qu'à l'autopsie qu'on a la clef de symptômes dont le diagnostic le plus habile ne peut fournir qu'une solution approximative.

OBS. — Une femme, âgée de trente-huit ans, mère de plusieurs enfants, et actuellement enceinte, avait eu pendant de longues années une hernie ombilicale du volume d'une orange. Elle fut prise récemment d'une douleur dans l'épaule et le bras gauche, laquelle s'étendit et finit par se fixer dans la région de l'estomac. Les vomissements se déclarèrent et devinrent très répétés, sans jamais amener de matières stercorales. Lorsque M. Copeman la vit au bout de quatre jours, il n'y avait pas eu d'évacuation alvine ; elle était sans pouls, froide et mourante.

Comme il n'y avait aucune douleur dans la hernie ombilicale, et qu'elle était très aisément réductible, on ne pouvait attribuer les accidents à l'étranglement de cette hernie. A l'autopsie, on constata qu'une portion considérable de l'estomac avait passé dans le côté gauche de la poitrine, à travers une ouverture assez large pour admettre trois doigts, et située à deux pouces à gauche et en avant de l'ouverture de l'œsophage. Une portion d'épiploon avait accompagné l'estomac et causé dans la plèvre gauche une phlegmasie intense et un épanchement considérable, récent, de lymphe et de sérosité.

M. Copeman, considérant qu'on a vu des lésions semblables présenter dans leur histoire symptomatologique une succession d'accidents et de guérisons, en conclut que la hernie peut se réduire. Il recommande, pour obtenir ce résultat, la station debout et les bains chauds. Peut-être, ajoute-t-il, l'ingestion d'une substance pesante, comme le mercure, favoriserait-elle ce résultat ? Il fait néanmoins observer que le mercure, restant dans la partie herniée du viscère, serait probablement expulsé par le vomissement. (*Association Medical Journal*, 2 mars 1855, p. 201.)

Dérangement intérieur de l'articulation du genou, par M. STEELE.

La maladie dont il va être question, pour ne pouvoir être définie par la lésion anatomique qui la constitue, n'en est pas moins connue des chirurgiens. Hey l'appelle une tension inégale des ligaments latéraux ou croisés, ou quelque léger déplacement des cartilages semi-lunaires. A. Cooper croit qu'elle consiste en une luxation partielle du fémur sur les cartilages semi-lunaires ; M. Smith pense qu'elle dépend de ce que le bord des cartilages a subi une rotation en haut. C'est pour ne rien préjuger sur la valeur de ces opinions,

que M. Steele a voulu conserver à la maladie la dénomination vague que nous reproduisons.

L'accident est ordinairement causé par une légère chute, un glissement ou un effort durant lequel le membre a été porté dans la rotation, tandis que le pied demeurait fixé.

Les symptômes souvent méconnus en premier lieu, à cause de leur peu de gravité, sont assez significatifs. Ainsi, il n'y a ni enflure, ni rougeur, ni souffrance, tant que le membre est en repos. Mais le patient, en marchant, ne peut appuyer le talon sur le sol, en raison de l'impossibilité où il est d'étendre complétement le membre. Les mouvements de la jointure sont intacts, sauf cependant l'extension, qui ne peut s'obtenir ni par la volonté du malade, ni par les efforts du chirurgien ; de manière que le jarret demeure toujours légèrement fléchi. Quelquefois la guérison s'opère tout d'un coup, fortuitement. Dans d'autres cas, l'affection persiste des jours, des semaines ou des mois. Une fois guérie, elle est, chez quelques sujets, exposée à récidiver. Si la complication d'une autre lésion du genou, ou si l'existence d'une diathèse rhumatismale ou scrofuleuse vient s'y ajouter, le cas peut prendre une gravité extrême.

Le traitement de cette incommodité est tout chirurgical. Il consiste à porter le membre dans une extension complète. M. Steele, d'après M. Smith, se borne à faire coucher le malade sur le côté opposé à celui de la lésion, à saisir le membre par le cou-de-pied, et à le fléchir par des manœuvres douces et progressives, jusqu'à ce que le talon touche la fesse. Alors, saisissant de l'autre main la cuisse au-dessus du genou, l'opérateur cherche à rendre l'extension subitement complète, résultat qu'il obtiendra sans peine, s'il sait détourner à propos l'attention du malade, en lui persuadant, par exemple, que tout est terminé, au moment même où il va agir.

Un autre moyen, en apparence opposé, de procurer la guérison, consiste à écarter autant que possible la tête du tibia des condyles du fémur. On obtient ce résultat en plaçant l'avant-bras gauche sous le jarret fléchi, et en agissant avec l'autre main sur la jambe, de manière à la transformer en levier du premier genre. En même temps, il faut faire exécuter au tibia un mouvement de rotation. (*Association Medical Journal*, 9 mars 1855, p. 224.)

Cylindre, ou cœur pneumatique respiratoire médico-chirurgical, par M. GANDOLFI.

Par ce nom fort expressif, M. Gandolfi désigne un instrument qu'il a fait construire pour remplir les diverses indications qui commandent au médecin, soit dans les asphyxies, soit dans les empoisonnements, d'opérer l'aspiration ou la projection de gaz ou de liquides.

C'est un cylindre de calibre égal dans toute sa longueur, et pourvu de deux pistons qui divisent sa cavité en trois chambres distinctes, et susceptibles de varier de capacité aux dépens l'une de l'autre, suivant qu'on élève ou qu'on abaisse les pistons. Ces pistons, qui jouissent de mouvements tantôt indépendants, tantôt simultanés, pour diminuer ou augmenter la capacité de chaque chambre, y compriment ou y raréfient l'air qu'elles contiennent, de manière à produire soit l'aspiration, soit la projection dans des tubes munis de soupapes qui sont adaptées au corps de pompe.

On comprend que, l'un ou l'autre de ces tubes étant introduit dans la trachée ou dans l'œsophage, le médecin peut, avec ce seul instrument, et selon le cas, aspirer soit un gaz offensif séjournant dans les voies respiratoires, soit un liquide vénéneux que contient l'estomac ; et que, immédiatement après, il peut, avec la même facilité, les remplacer par des fluides vivifiants et salutaires.

Une espèce de tambour, annexé à la chambre antérieure de l'instrument, permet de mesurer exactement l'intensité de l'action produite.

Le mécanisme est conçu de telle sorte, que, par un seul mouvement des pistons, en ouvrant ou fermant un robinet, en employant un tube plutôt que l'autre, on obtient les effets les plus variés et le plus promptement modifiés ou atténués. (*Gazzetta medica italiana, Lombardia*, 19 mars 1855, p. 101. — Le journal italien ne contient pas une description plus détaillée de cet instrument.)

Du changement de coloration de l'iris, indépendant d'une inflammation de cette membrane, par M. R. TAYLOR.

Il est généralement connu que l'iris enflammé subit divers changements, soit dans sa texture, soit dans sa couleur. Ces derniers s'expliquent naturellement par l'afflux plus considérable de sang qui envahit alors ses vaisseaux, ou, à une période plus avancée, par les dépôts albumineux ou plastiques qui s'opèrent à sa surface. Mais quelquefois il s'établit dans l'iris des modifications analogues, sans qu'il ait existé une phlegmasie de son tissu ; et il importe beaucoup que le praticien soit alors prévenu de la possibilité de les rencontrer, à cause des conséquences où il pourrait être entraîné, s'il se méprenait sur la nature de leur origine.

M. Smith a constaté trois fois une différence de couleur entre l'iris gauche et droit du même individu. Il attribue ce fait à une altération encore inexpliquée du pigment. Mais ce qui doit être remarqué, c'est que les sujets qui lui ont offert un exemple de ce curieux phénomène avaient tous depuis longtemps une lésion quelconque du globe de l'œil. Il est donc hors de doute que, dans ces cas, l'iris avait, sinon directement par une phlegmasie de son tissu, du moins par l'effet d'une modification survenue dans des parties avec lesquelles il est en rapport si intime, subi un changement dans les conditions de sa nutrition.

Ainsi, le premier malade de M. Taylor est une femme qui avait reçu un coup sur le côté gauche du front, un an auparavant. Peu de temps après, une amblyopie s'établit, et s'accompagna d'opacité profonde de la capsule cristalline postérieure. Les veines de l'intérieur du globe étaient grosses et flexueuses. A leur point de sortie, on voyait, sur une ou deux, de petites taches résultant du dépôt de pigment (du reste, cette disposition existait aussi sur l'autre œil, dont la fonction était intacte). Dix mois après l'accident, elle s'aperçut que l'iris du côté droit commençait à changer de couleur. Maintenant il est d'un bleu gris clair, sans la moindre trace de brun, tandis que, auparavant, il était, comme l'autre œil, brun foncé

Le second sujet, femme de vingt-neuf ans, avait aussi une altération profonde de l'œil droit, semblable à celle que Mackensie a décrite sous le nom de *retinitis lactantium*. La vue avait été compromise au point de pouvoir à peine distinguer la lumière de l'obscurité ; mais elle était, depuis lors, complétement rétablie. Il n'y a que cinq semaines qu'elle s'aperçut d'un changement de couleur de l'iris. Autrefois brun foncé, et parsemé de petites taches grises comme le gauche, il subit progressivement une modification consistant en ce que l'aire de ces taches s'agrandit peu à peu et qu'elles se joignirent les unes aux autres. La couleur nouvelle occupe actuellement à peu près la moitié de l'iris, et elle continue à s'étendre.

Le troisième exemple est offert par un homme porteur de cataracte capsulo-lenticulaire de l'œil droit. L'iris, de ce côté, était gris-bleu clair avec de très petits points bruns, tandis que celui du côté gauche était brun-noisette avec de petites taches grises. Cet homme, dépourvu d'intelligence, ne put faire savoir depuis quand le changement avait commencé à s'opérer.

Il est digne de remarque que, dans ces divers cas, l'iris avait le brillant accoutumé de sa surface, et que sa pupille était aussi régulière, aussi mobile qu'à l'état normal.

— Une observation intéressante sous le rapport pratique ressort de ces recherches. En présence d'une pareille insymétrie de couleur, médecins et gens du monde se figurent beaucoup trop souvent qu'il ne s'agit que d'une altération congénitale. Après la lecture des cas que M. Taylor a rassemblés, on devra, sinon abandonner complétement cette manière de voir, du moins en restreindre l'application. Tous ces sujets avaient ou avaient eu des lésions du globe oculaire. Lors donc que l'on constatera une différence de couleur de l'iris, il sera prudent de rechercher si elle ne serait pas l'indice de quelque altération pathologique présente ou antérieure. Cette seule circonstance mettra donc également et le praticien et le malade en garde contre la possibilité d'une susceptibilité morbide réelle de l'œil qui offrirait une telle aberration de couleur. (*Med. Times and Gazette*, 17 mars 1855, p. 258.)

Lésions de la tête chez les enfants, indiquant la trépanation, par M. Elliot.

Un préjugé, partagé par plusieurs auteurs, veut que le crâne flexible des jeunes enfants ne puisse être fracturé. En même temps qu'il offre l'exemple d'une opération aussi heureuse dans ses résultats que rationnelle dans son indication, le fait suivant dément cette erreur.

Obs.— Une enfant de trois ans et six mois tomba, la tête la première, sur un sol pierreux. Il n'y eut point de blessure à d'autres parties de son corps. M. Elliot ne la vit qu'au bout de trois semaines. Elle avait perdu l'usage de ses membres Sous la peau saine, il reconnut, à l'angle postéro-supérieur du pariétal droit, une fracture en étoile, avec dépression en godet. L'assoupissement, dans lequel l'enfant était constamment plongée, augmentait lorsqu'on pressait en ce point.

La trépanation ayant été décidée en consultation, on fit une incision cruciale dont les lambeaux, disséqués et relevés, firent voir que les esquilles étaient dans un tel état d'intrication, qu'on ne pouvait essayer d'en relever l'une sans déprimer les autres. On prit alors le parti d'appliquer le trépan en dehors de la circonférence du siége de la fracture; puis on enleva les esquilles. L'enfant donna immédiatement des signes de sensibilité, ce qui ne lui était pas arrivé depuis le jour de l'accident. La chambre fut maintenue chauffée.

Il n'y eut d'autre accident qu'une hernie du cerveau, heureusement traitée par la compression, puis l'excision. La guérison fut complète. (*New-York medical Times*, déc. 1854, p. 73.)

De l'emploi de l'alun dans le traitement des maladies des organes génitaux de la femme, par M. Gautier.

L'alun peut être employé, comme topique, de diverses manières : en injections plus ou moins concentrées, sous forme de pommade, incorporé à l'axonge (alors on en enduit une mèche), en insufflations, enfin dans un tampon.

C'est à ce dernier mode que M. Gautier donne la préférence. Il fait placer, dans le centre d'une boulette de coton cardé, environ une petite cuillerée à café de poudre d'alun; puis la boulette est conduite jusqu'au fond du vagin, d'où un fil qui la lie servira à l'extraire, afin de la renouveler matin et soir.

Voici alors ce qui arrive. L'humidité du vagin se communiquant promptement au coton, l'alun fond peu à peu, et arrive ainsi sur la muqueuse. Il en résulte une diminution de l'afflux du sang dans les capillaires de la membrane, et par conséquent la décoloration. En outre, cet agent resserre la muqueuse sur elle-même, diminue sa sécrétion, enfin coagule les mucosités qui la recouvrent, et la dépouille de son épiderme. Le mucus coagulé, réuni à l'épithélium, forme des lambeaux blancs, secs, se détachant par plaques d'épaisseur variable qui s'échappent au dehors.

Le médecin doit être instruit de ces phénomènes, conséquence de toute application d'alun sur les organes génitaux de la femme, afin de rassurer les malades qui pourraient s'alarmer de leur apparition, et aussi afin de rendre moins concentrée la préparation alumineuse dont les effets auraient momentanément revêtu les caractères d'une véritable phlogose.

M. Gautier recommande aussi l'introduction d'une mèche enduite de pommade alumineuse, pour quelques cas de catarrhe utérin, ceux où l'emploi des caustiques serait contre-indiqué. On porte cette mèche jusque dans la cavité utérine.

Enfin, l'usage du tampon sec d'alun lui paraît être le meilleur moyen de remédier au prolapsus commençant de la matrice. En effet, ce genre de pessaire, en même temps qu'il apporte un obstacle matériel à la chute de l'utérus, a sur les autres l'avantage de resserrer le vagin, et par là de renforcer (au lieu de la dilater et de l'affaiblir) cette colonne membraneuse qui, sans doute, contribue pour une grande part à soutenir l'organe dans sa situation normale. (*Revue médico-chirurg. de Paris*, janv. 1855, p. 13.)

Contusion de la tête, écoulement de sérosité par l'oreille, par M. Olivarès.

L'issue par l'oreille d'un liquide séreux à la suite d'une plaie de tête indique-t-elle nécessairement l'existence d'une fracture du crâne? Telle est la question que pose M. Olivarès; et il croit pouvoir y répondre par la négative, appuyé sur l'observation suivante, dont nous allons présenter les principales circonstances.

Obs. — Un soldat, de vingt-trois ans, reçut, le 16 novembre 1854, un coup de hache à la partie supérieure et latérale droite de la tête. Perte de connaissance, puis grande agitation. Le troisième jour, écoulement par l'oreille d'une quantité considérable de sérosité. A partir de ce moment, une notable amélioration s'établit dans son état.

Le 20, les facultés intellectuelles étaient entièrement recouvrées. Un engorgement considérable occupait toute la fosse temporale droite, avec rougeur de la peau. La sérosité continuait à couler, semblable à celle du ventre dans l'ascite, ou de la tunique vaginale dans l'hydrocèle. Surdité du même côté. Quelques saignées, des purgatifs, le conduisirent, en douze jours, à une guérison complète; si bien qu'il put reprendre son service.

La rapidité de la cure paraît à M. Olivarès une raison suffisante pour admettre qu'il n'y avait pas, dans ce cas, une fracture à la base du crâne. A nos yeux, c'est le fait même de la guérison qui serait le meilleur argument pour appuyer cette même conclusion; mais il faut cependant reconnaître que l'une et l'autre considération ne donnent que des probabilités et non une certitude complète. (*El Siglo medico*, 1 mars 1855, p. 68.)

De la ponction de la hernie étranglée comme moyen de réduction, par M. Long.

L'auteur part de ces deux points : 1° que la cause de l'étranglement procède le plus souvent de la réplétion de l'anse intestinale par des gaz ou des matières soit liquides, soit solides; 2° qu'une plaie faite à l'intestin est sans danger lorsqu'elle est produite par un instrument piquant. En effet, ou il écarte les tissus, et alors ils se rétractent sans laisser vestige de l'ouverture, ou bien ils sont divisés dans une petite étendue; mais alors cette plaie est entièrement bombée par la muqueuse renversée.

La ponction remplacera donc avec une innocuité parfaite le taxis si souvent infidèle. Elle permet d'évacuer les gaz et les liquides. Et, quant aux matières solides, M. Long admet encore qu'on pourrait les ramollir et les délayer en pratiquant une injection par la canule du trocart.

Du reste, si cette ponction qui, répétée, offrirait également le moyen d'opérer un dégorgement sanguin des tuniques intestinales; si, disons-nous, cette ponction ne réussit pas à favoriser la réduction, les choses ne sont point dans une pire condition qu'avant de l'avoir essayée.

Ajoutons, sans vouloir nous constituer apologiste de ce procédé, qu'il a l'avantage de montrer immédiatement ce qu'on peut en attendre, et qu'il n'aurait point, par conséquent, l'inconvénient d'entraîner une perte de temps, comme le taxis qu'on répète dix fois, en changeant soit d'attitude, soit de chirurgien, soit de médications adjuvantes, avant de se décider à passer outre. (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 janvier 1855, p. 55.)

Croup chez un adulte, trachéotomie, guérison, par M. Bribosia.

Il est rare d'observer le croup chez un adulte, plus rare encore de le voir ne se caractériser que douze jours après son début, par l'expuition de pseudo-membranes. Ces deux circonstances, outre l'issue de l'opération, donnent au fait observé par M. Bribosia un intérêt particulier.

Il est relatif à une jeune personne de vingt ans, sujette à des laryngites, à des rhumes, qui fut prise de toux sèche, rauque, pénible, avec douleur à la gorge, voix altérée, gonflement des amygdales, dyspnée considérable et fièvre assez intense. Malgré le kermès, des applications réitérées de sangsues, la maladie progressa avec des redoublements sous forme d'accès, revenant chaque jour. L'émétique en lavage, un vésicatoire *loco dolenti* en enrayèrent momentanément la violence. Jusque-là on ne constata ni dans les crachats, ni sur les amygdales, la moindre trace de fausses membranes.

Le 25 novembre 1852 (treizième jour do la maladie), l'accès paraissant devoir aboutir à une asphyxie imminente, M. Bribosia se décida à inciser trois ou quatre anneaux de la trachée. Le soulagement fut immédiat.

A partir de ce moment, il n'y eut plus d'accès de suffocation que lorsque des mucosités obstruaient la canule; car, en les enlevant, on rendait aussitôt la liberté à la respiration. — Le 29, il y eut évacuation, par la canule, d'uno fausse membrane dense, sanguinolente, de 2 centimètres de longueur sur 1 do largeur, aplatie et affectant assez régulièrement la forme d'un segment de la trachée. Une autre portion, adhérente à celle-ci, était moins solide, comme filamenteuse, et paraissait sillonnée de petits vaisseaux. La guérison s'accomplit sans autres accidents. (*Bullet. de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1854, p. 446.)

Emploi de l'ipécacuanha contre la dypsomanie, par M. J. HIGGENBOTTAM (de Nottingham).

On confond souvent, à tort, la dypsomanie avec le *delirium tremens*, ou folie ébrieuse. Ces deux états, dont l'un est parfois la conséquence de l'autre, sont, au fond, très différents. Le *delirium tremens* consiste, en effet, dans un trouble cérébral déterminé par les liqueurs fortes, tandis que la dypsomanie a seulement pour caractère un besoin irrésistible de boire. On a vu des malheureux, subjugués par cette déplorablo impulsion, avaler en un jour plusieurs litres d'eau-de-vie.

En général, cette maladie se manifeste par crises périodiques plus ou moins durables. Le buveur ne sort de son lourd sommeil de la veille que pour recommencer le lendemain. Il s'exaspère contre les obstacles, et peut alors donner de véritables signes de dérangement mental. Dans les intervalles de calme, dont la prolongation varie entre un ou plusieurs mois, non-seulement le penchant s'amortit : il fait ordinairement place à une sorte d'inappétence et de dégoût pour la boisson perfide.

Beaucoup de traitements ont été mis en usage. On a eu recours aux bains. Le quinquina s'est naturellement présenté pour combattre la périodicité, l'opium pour modifier la sensibilité gastro-nerveuse. Un des moyens les plus efficaces est la séquestration dès que s'annoncent les crises, afin de conjurer les retours par la rupture de l'habitude.

M. Higgenbottam se loue beaucoup d'avoir, en pareille circonstance, employé l'ipécacuanha en poudre à la dose d'un demi-drachme. Selon lui, ce médicament, préférable au tartre stibié, remédie au délabrement de l'estomac, seule cause de l'appétit. Une abondante évacuation éteint aussitôt le désir de boire de l'alcool.

Dans l'opinion de l'auteur, si l'on pouvait persuader aux malades de s'appliquer régulièrement cette cure avant l'apparition des attaques, celles-ci finiraient inévitablement par ne plus revenir. (*Dublin med. Press* et *The Lancet*.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Manuel d'auscultation, de percussion et de diagnostic des maladies du poumon et de la plèvre, par FRANZ ZEHETMAYER. 3e édition, revue par M. le professeur J. OPPOLZER. Vienne, 1854, W. Braumüller.

On aurait tort de chercher dans l'ouvrage de Zehetmayer un caractère d'originalité; ce n'est pas à une qualité de ce genre, mais à la clarté d'exposition, au soin qu'a mis l'auteur de ne soumettre le plus souvent aux élèves que les opinions qui font presquo article de loi dans la science, que ce livre doit le succès dont il a joui en Allemagne. L'édition qui vient de paraître a été revue et corrigée par M. Oppolzer, professeur de clinique médicale à la Faculté de Vienne.

Presque tous les manuels d'auscultation et de percussion traitent successivement de l'application de ces moyens physiques d'exploration aux lésions de l'appareil de la respiration et de la circulation. Zehetmayer s'est borné à la première partie du travail. Cette innovation ne nous paraît pas heureuse; le cœur et le poumon ont à l'état sain ou morbide des relations trop nombreuses pour que, dans un livro qui est simultanément un traité d'auscultation et de diagnostic, il soit possible de séparer les lésions du cœur de celles du poumon. Dans plusieurs parties de son ouvrage, l'auteur indique brièvement quelques signes tirés de l'examen du cœur, et qui peuvent éclairer la nature de la maladie pulmonaire, par exemple dans l'œdème du poumon; ces indications sont nécessairement brèves, assez incomplètes, et presque inintelligibles pour un élèvo qui n'aurait pas puisé dans un autre ouvrage la connaissance de l'auscultation du cœur. Nous croyons donc que Zehetmayer a eu tort de limiter ainsi artificiellement son sujet.

L'auscultation ne constitue qu'une partie de l'ouvrage, qui contient en outre des détails nombreux sur la pathogénie des maladies pulmonaires, les signes généraux qu'elles présentent, le diagnostic différentiel et même le traitement. Une première partie est consacrée à l'exposé des phénomènes d'auscultation et de percussion appréciables à l'état sain, puis l'auteur passe à l'examen des phénomènes obtenus par ces procédés physiques d'exploration à l'état de maladie. De leur comparaison dans les différents états morbides découlent des sources de diagnostic. Uno deuxième partie renferme le diagnostic de chaque maladie de l'appareil respiratoire, examinée isolément. Ce plan est exactement identiquo avec celui do l'ouvrage de M. le professeur Skoda, le maître de Zehetmayer; aussi tout l'ouvrage que nous analysons porte-t-il l'empreinte des doctrines du célèbre professeur de l'école viennoise; les résultats de la percussion sont exprimés par des mots et des images qui sont ceux de M. Skoda : le son obtenu par la percussion peut être plein ou vide, clair ou sourd, tympanique ou non tympanique. L'auscultation est également celle qu'enseigne M. Skoda; ainsi la respiration peut être vésiculaire, bronchique, indéterminée. Dans la théorie de la respiration bronchique et do la bronchophonie, Zehetmayer, comme M. Skoda, rapporte la cause de ces phénomènes aux lois de la consonnance. Les faits, les théories exposés dans l'ouvrage de Zehetmayer appartiennent donc bien à M. Skoda. C'est pour ce motif que nous nous abstenons ici de les juger et de les interpréter; l'analyse de la nouvelle édition du *Traité d'auscultation* de M. Skoda permettra de revenir, dans ce journal, sur la discussion de ces théories.

A côté de ces détails nombreux sur la valeur et l'importance hautement mise en relief de l'auscultation et de la percussion, Zehetmayer s'élève contre les auteurs qui, exagérant les avantages que procurent ces moyens d'examen, nuisent ainsi à leur vulgarisation. Au nombre de ces exagérations, il cite la percussion de la vésicule biliaire, quand elle ne peut être reconnue par la palpation, et surtout la percussion du pancréas.

Zehetmayer, repoussant les idées de Laënnec sur beaucoup de points, admet néanmoins l'utilité de l'expiration prolongée dans la tuberculisation pulmonaire, de l'égophonie de la pleurésie, tout en faisant remarquer que la présence seule de ces symptômes ne suffit jamais pour établir le diagnostic; en un mot, que ce ne sont pas là des phénomènes pathognomoniques. Nous devons savoir gré à l'auteur d'avoir introduit dans son ouvrage toutes les améliorations que la science médicale nouvelle comporte; cet éloge s'adresse autant peut-être à M. Oppolzer qu'à Zehetmayer. Malheureusement, les annotations du professeur viennois ont été fondues dans le corps même de l'ouvrage; aussi sommes-nous dans l'impossibilité de rapporter à l'auteur et à l'annotateur ce qui leur appartient respectivement dans ce travail.

A côté de ces parties de l'œuvre de Zehetmayer, qui méritent des éloges, il en est d'autres que nous ne pouvons aucunement approuver : notamment la partie qui a trait aux crases du sang. Cette théorie, autrefois universellement adoptée par l'école de Vienne, est aujourd'hui presque complétement abandonnée par ceux-là même qui en avaient été les propagateurs les plus enthousiastes. Fondée uniquement sur des altérations primitives tout hy-

pothétiques du sang, cette doctrine n'a conduit à aucun résultat utile dans la théorie ou dans la pratique; aussi regrettons-nous de voir Zehetmayer tenter de vains efforts pour établir dans les phlegmasies une distinction entre ces crases diverses. D'autres opinions énoncées dans l'ouvrage nous semblent plus que hasardées: telle est cette proposition, que le développement des tubercules pulmonaires est surtout favorisé, à la suite des pleurésies, par les épanchements qui contiennent peu d'éléments liquides. N'est-ce pas prendre l'effet pour la cause? Dans une autre proposition, Zehetmayer attribue à une stase sanguine dans le cœur droit et à une dilatation consécutive des parois de cette cavité, l'œdème et l'hydropisie qu'on observe souvent chez les emphysémateux; or ces hydropisies sont en réalité rares dans l'emphysème en l'absence de lésion cardiaque.

Ces quelques défauts, ces propositions douteuses émises comme certaines, sont compensés par une foule de détails intéressants et par une exposition claire et correcte. Ces qualités nous semblent suffisantes pour justifier la publication d'une troisième édition sous les auspices d'un des professeurs les plus distingués de l'école de Vienne.

Docteur LEUDET.

SIMPLE NOTICE SUR DIVERSES PUBLICATIONS RELATIVES A LA MÉDECINE THERMALE.

La saison des eaux appelle de nombreuses publications hydrologiques. Toutes n'ont pas la même valeur, comme toutes n'ont pas des dimensions pareilles. Les unes renferment surtout des renseignements cliniques; d'autres accordent une plus grande part aux études chimiques; quelques-unes, enfin, malgré leur signature médicale, semblent s'adresser plus au public qu'aux savants et aux praticiens. La multiplicité de ces publications nous oblige à en choisir seulement quelques-unes et à les réunir dans une simple notice, où nous devrons nous contenter d'une indication très succincte de leur contenu.

Eaux de Plombières. — Clinique médicale. — Des paralysies et de leur traitement par les eaux thermo-minérales de Plombières, par le docteur LHÉRITIER, inspecteur adjoint des eaux de Plombières. — Chez Germer-Baillière.

Cet ouvrage est peut-être le plus important de tous ceux que nous avons sous les yeux. L'auteur paraît avoir pris l'engagement de publier un volume semblable tous les ans: l'an dernier, les rhumatismes; cette année, la paralysie. Dans ce volume, très consciencieusement et très cliniquement rédigé, le nom de l'auteur en était un garant certain, se trouvent rangées méthodiquement une série d'observations passant en revue, dans autant de chapitres, l'hémiplégie, la paraplégie, la commotion de la moelle épinière, les déviations de la colonne vertébrale, la carie des vertèbres, l'irritation spinale, la myélite et la méningo-myélite chroniques. Ce n'est, à vrai dire, qu'un recueil d'observations attendant un résumé, mais où le praticien, désireux de s'éclairer, dans un cas donné, au sujet de l'indication des eaux de Plombières et du pronostic du traitement, peut trouver des exemples très intéressants et très utiles. Il est regrettable seulement que le plan du travail et la volonté de l'auteur, qui possède toute capacité et toute autorité pour cela, n'aient pas épargné au praticien une partie de la besogne.

Recherches sur les eaux minérales thermales de Royat, par le docteur NIVET. 1855, Clermont-Ferrand.

Cette brochure n'a qu'une soixantaine de pages. Mais grâce à une concision heureuse, l'auteur a su faire entrer dans ce petit cadre un résumé de ce qu'il y a de plus utile à savoir quant aux propriétés physiques de l'eau minérale, à sa composition chimique, à son action thérapeutique, à son mode d'administration et même à l'historique de la source, au site et aux dispositions de l'établissement thermal. Il y a dix ans à peine que les sources de Royat, dont nos ancêtres avaient déjà tiré parti, ont commencé à être utilisées de nouveau et « déjà, dit M. Nivet, les guérisons obtenues ont été assez nombreuses pour nous autoriser à placer les thermes qu'elles alimentent parmi les établissements les plus importants de l'Auvergne. »

Ces thermes si récents sont néanmoins pourvus à l'égal des plus anciens, et l'eau peut y être prise sous toutes les formes, en boisson, en bains, en douches, en vapeur. Il y a des *salles d'aspiration*, véritables *sudatorium* fort semblables aux étuves humides des anciens, et où la vapeur agit à la fois sur les téguments externes et sur la muqueuse pulmonaire.

Les eaux minérales acidulées, alcalines, ferrugineuses et salines de Royat, sont toniques, emménagogues et stimulantes; elles conviennent particulièrement dans les maladies chroniques de l'estomac et des intestins; M. Nivet les recommande pourtant aussi contre les affections laryngées et pulmonaires.

Notice historique et médicale sur Bagnères-de-Luchon, par le docteur ERNEST LAMBRON. 1855, Paris.

Cette brochure est une sorte de pierre d'attente, et comme l'ébauche d'un ouvrage plus complet, qui aura pour titre: *Guide du malade et du touriste aux eaux thermales de Bagnères-de-Luchon*. Ce guide sera divisé en deux parties, dont la première sera consacrée entièrement à l'exposé des *notions générales sur la chaîne des Pyrénées*. « Malade ou touriste, dit l'auteur, il nous importe beaucoup de savoir quelles influences auront sur notre organisation, notre santé bonne ou maladive, l'air vivifiant, la luxuriante végétation, les eaux pures et limpides, les neiges et les glaciers éternels, l'électricité, les vents, les orages, l'éclat si vif de la lumière, etc., dans ces régions élevées. » Nous tenons à faire cette citation, parce qu'elle montre que ces notions sur la contrée où est situé Luchon auront un caractère scientifique, au lieu d'être simplement, comme il est trop d'usage, un appât plus ou moins poétique. La seconde partie, consacrée à l'aménagement, à la composition chimique et à l'emploi thérapeutique des eaux, et la troisième partie, relative au traitement hygiénique, sont celles qui fournissent la matière de la présente brochure. On y trouve, en conséquence, des détails étendus sur les caractères des diverses sources, soit isolées, soit réunies, pour former les *sources alimentaires* des bains; sur la manière dont les eaux sulfureuses en général, et chaque source en particulier, modifient l'organisme. Les articles qui traitent de l'*action physiologique et curative* et de l'*action curative et prolongée*; celui qui comprend les *conseils de l'emploi des eaux*, et enfin tout le chapitre où sont passées en revue, d'une part, les maladies dans lesquelles les eaux de Luchon sont employées avec avantage, et celles où elles sont nuisibles, méritent particulièrement l'attention. Ce qui donne à certaines sources de Luchon un caractère particulier, c'est la présence de l'hyposulfite et du sulfite de soude. Ces sels communiquent à l'eau, dit M. Lambron, des propriétés hyposthénisantes et sédatives. « J'ai vu plusieurs fois, écrit-il, le pouls descendre, pendant le bain préparé avec ces eaux, bien au-dessous de son rhythme normal, et rester le même durant quelques heures après que le malade est sorti de sa baignoire. *On a donc ainsi l'action spécifique du soufre sans son action excitante*, avantage immense dans certains cas morbides et pour les tempéraments trop facilement excitants. »

Le médecin ne trouvera sur tout cela que des indications générales, auxquelles l'auteur se propose sans doute de donner, dans son *Guide*, plus de précision; mais, telles qu'elles sont, ces indications sont déjà précieuses, et l'esprit éclairé et sage de l'auteur supplée heureusement aux inconvénients d'une trop grande brièveté.

Eaux thermales et salines fortes de la Mothe-les-Bains (Isère). ÉTUDES CLINIQUES (1re livraison), par le docteur BUISSARD, médecin inspecteur.

C'est là un simple recueil d'observations, moins volumineux et moins systématisé que celui de M. Lhéritier. Cette publication concerne les maladies du système nerveux, auxquelles

viendront bientôt se joindre des observations de névroses et de névralgies « qui formeront, dit l'auteur, un faisceau assez fort pour servir de point d'appui solide à la théorie que nous nous sommes faite sur le mode d'action des eaux de la Mothe, dans les maladies du système nerveux. »

Des eaux gazeuses alcalines de Soultzmatt (Haut-Rhin), par le docteur BACH, agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Les eaux de Soultzmatt sont très chargées d'acide carbonique comme Selters, de soude comme Vichy. Leur ancienne splendeur avait disparu sous l'influence de circonstances étrangères à leurs vertus thérapeutiques elles-mêmes ; elles renaissent aujourd'hui sous les auspices d'une administration intelligente et de qualités chimiques importantes. La partie du travail de M. Bach qui concerne ces dernières est traitée avec soin et avec de justes développements : elle est complétée par une étude non moins intéressante de l'action thérapeutique de ces eaux, appuyée sur les observations personnelles de M. Bach et sur celles de M. Arnold, médecin de l'établissement thermal.

Notice sur les eaux thermales de Néris, par M. RICHOND DES BRUS, médecin inspecteur des eaux de NÉRIS.

Cette brochure renferme, sous un petit volume, beaucoup de choses : la topographie (dont l'exactitude laisse à désirer) de Néris ; la description des antiquités, de l'établissement thermal actuel ; une étude de la nérisine, nom que l'auteur donne à la matière organique contenue en si grande proportion dans les eaux de Néris ; des observations sur les névralgies, les maladies des organes digestifs, des organes *génito-utérins* (*sic*), les paralysies apoplectiques, enfin des renseignements sur les salons, les promenades et les hôtels.

Le passage suivant donnera au lecteur une idée de l'usage que M. Richond des Brus fait de la nérisine : « Les dames s'en servent comme d'un cosmétique précieux ; elles s'en frictionnent la figure pour adoucir, blanchir et fortifier la peau, et faire disparaître les boutons ou les taches qui la déparent. On en fait un très grand usage, soit en frictions contre l'hydarthrose, les fausses ankyloses, les tumeurs blanches ,...... soit répandue dans le bain, dont elle *augmente les propriétés émollientes.* » On verra, dans un de nos prochains numéros, que cette dernière assertion n'est pas d'accord avec le résultat des recherches de MM. Becquerel et de Laurès.

Essai clinique sur l'action des eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon dans le traitement des accidents consécutifs de la syphilis, par le docteur MARC PÉGOT.

C'est un travail consciencieux sur un sujet intéressant, à propos duquel l'auteur paraît posséder une expérience importante.

Deux faits ont particulièrement fixé son attention. Le premier est l'*action révélatrice* qu'exercent les eaux thermales sur l'économie des sujets affectés de syphilis ; le second est l'*action curative* dont jouissent les mêmes eaux, administrées méthodiquement aux personnes atteintes de syphilis consécutive.

L'auteur déclare, en outre, dans tout le cours de son ouvrage, qu'il ne faut pas regarder les eaux sulfureuses comme *antisyphilitiques* par elles-mêmes, mais comme servant d'adjuvant contre la *cachexie*, ou pour combattre les symptômes mercuriels.

Il y a une contradiction apparente entre cette déclaration et l'assertion précédente au sujet de l'action *curative* de ces eaux dans la syphilis. Il y a là une certaine confusion dans les mots qui, si l'on n'y prenait garde, pourrait en entraîner dans les idées. Mais cela n'ôte rien à la valeur réelle et à l'intérêt du travail de M. Pégot, au point de vue thérapeutique.

Aperçu historique, topographique et médical sur les Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées), par le docteur IZARIÉ, médecin inspecteur de l'établissement thermal.

Nous ne saurions attribuer plus d'importance que ne l'a fait l'auteur lui-même à cette petite brochure. C'est un exposé succinct de quelques renseignements médicaux ou autres, destinés à relever la réputation des *Eaux-Chaudes*, et nous savons que sous sa direction habile, l'action thérapeutique de ces eaux trouve à s'exercer plus souvent et avec plus d'avantage qu'autrefois. M. Izarié ne manquera pas de nous offrir un jour, comme il est si capable de le faire, quelque communication plus importante au sujet des sources intéressantes auxquelles il est attaché.

DURAND-FARDEL.

VIII.

VARIÉTÉS.

— M. le ministre de la marine vient de prendre, à la date du 25 mai, une décision en vertu de laquelle tout chirurgien auxiliaire employé en cette qualité depuis trois mois au moins, et se trouvant en activité de service, pourra se présenter aux concours pendant les années 1855 et 1856, à la condition de n'avoir pas dépassé l'âge de vingt-huit ans, au lieu de celui de vingt-trois ans, prescrit par l'ordonnance du 17 juillet 1835.

— Lundi dernier, l'Académie des sciences, réunie en comité secret, a entendu le rapport de la section de médecine et de chirurgie sur les candidats à la place vacante par la mort de M. Lallemand. Plusieurs journaux ont donné la liste de présentation comme il suit : 1° M. Jobert ; 2° M. Baudens ; 3° M. Cloquet ; 4° M. Gerdy ; 5° M. Laugier ; 6° M. Jules Guérin ; 7° M. Malgaigne ; 8° *ex æquo* MM. Leroy d'Étiolles et Maisonneuve.

— Le concours d'agrégation (section des sciences accessoires) près la Faculté de médecine de Montpellier, commencé le 18 avril dernier, s'est terminé le 25 mai, par la nomination de MM. Jacquemet et Fagel.

— La Faculté de médecine de Montpellier a pris une décision par laquelle les élèves stagiaires ne pourront désormais obtenir leurs inscriptions que sur la présentation d'un certificat des chefs de service, constatant qu'ils font des pansements dans les salles de clinique de l'Hôtel-Dieu.

— Par décret du 26 mai, l'Empereur a confirmé la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur faite par le général en chef de l'armée d'Orient en faveur de M. Boucil, dit *Labourdette*, médecin aide-major de 1re classe, pour soins éclairés donnés au corps du génie.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

ÉTUDE COMPARÉE DU GÉNIE ANTIQUE ET DE L'IDÉE MODERNE EN MÉDECINE. Introduction aux Instituts de médecine pratique de J.-B. Borsieri ; par le docteur *Paul-Émile Chauffard*. Grand in-8° de 91 pages. Paris, Victor Masson.

N. B. Cette brochure est un tirage à part de l'introduction aux deux volumes de la traduction des fièvres de Borsieri que la librairie Victor Masson mettra prochainement en vente.

MÉMOIRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. Second fascicule du tome III. 1 vol. in-4 de 1 à 237 et 1 à 85 pages, avec 2 planches coloriées.

Ce volume contient : 1° Résections de la mâchoire supérieure, par le docteur *Michaux* ; 2° Recherches médico-légales sur la nicotine, par *J.-S. Stas* ; 3° Du choléra-morbus, par *Graux*. A Paris, chez Victor Masson.

PRÉCIS SUR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES ET DE LA GASCOGNE ET SUR LES BAINS DE MER, précédé d'une notice sur les bains en général, par le docteur *B. Verdo* ; 2° édit. 1 vol. grand in-18 de x — 310 pages, avec une vignette gravée sur acier et une carte des Pyrénées. 3 fr. 50

OUR LOCAL TREATMENT OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE THROAT FOR COUGH AND BRONCHITIS (Notre traitement local de la membrane muqueuse de la gorge dans la toux et la bronchite), par *J. E. Riadore*, in-12. Londres, chez Churchill, 4 fr. 25

THE PRINCIPAL FORMS OF THE SKELETON AND THE TEETH, as the Basis for a System of Natural History and Comparative Anatomy (Les formes principales du squelette et des dents comme base d'un système d'histoire naturelle et d'anatomie comparée), par le professeur *Owen*. Chez Houlston. 2 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS | A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. | PARIS, 15 JUIN 1855. | N° 24.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

BACCALAURÉAT ÈS SCIENCES.

Résultat des examens qui ont eu lieu dans la session d'avril 1855.

Facultés.	Candidats qui se sont présentés.	Candidats éliminés vu l'insuffisance de leurs compositions écrites.	Candidats ajournés après examen oral.	Candidats reconnus aptes.
Besançon	26	13	»	13
Bordeaux	41	23	5	13
Caen	35	14	3	18
Clermont	12	5	2	5
Dijon	28	6	6	16
Grenoble	12	6	1	5
Lille	31	10	6	15
Lyon	49	28	4	17
Nancy	43	16	10	17
Montpellier	50	24	7	19
Marseille	36	13	7	16
Paris	551	260	41	250
Poitiers	54	23	8	23
Rennes	88	41	10	37
Strasbourg	26	7	6	13
Toulouse	121	54	20	47
Totaux	1,203	543	136	524

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 8 au 13 juin 1855.

111. CADIOT, Prosper, né le 23 février 1830 à Tramont-Saint-André (Meurthe). [*De la pneumonie fibrineuse.*]

112. DOIN, François, né le 1er novembre 1803 à Bourges (Cher). [*Considérations pratiques sur les émissions sanguines et leur emploi comme moyen thérapeutique.*]

114. LEGENDRE, Marie-Eugène, né le 19 avril 1830 à Briare-le-Canal (Loiret). [*De l'emploi du fer dans les maladies internes.*]

115. BLOT, François-Jacques, né le 8 juillet 1827 à Nantes (Loire-Inférieure). [*De l'emploi du chloroforme dans les opérations chirurgicales et obstétricales.*]

116. MAURIN, François, né le 2 septembre 1826 à la Canourgue (Lozère). [*De l'électricité médicale.*]

117. BREVET (Joseph-Félix, né le 15 septembre 1824 à Viriat (Ain). [*Des polypes naso-pharyngiens.*]

118. MOREY, Charles-Basile, né le 15 décembre 1822 à Betoncourt-sur-Mance (Haute-Saône). [*Recherches sur le point de départ et l'évolution de l'athérôme artériel.*]

119. ALLAIN, Frédéric-Constant-François-Joseph, né le 31 août 1831 à Bourseul (Côtes-du-Nord). [*De l'apoplexie pulmonaire.*]

120. INGLESSIS, Spiridion, né le 21 mai 1827 à Céphalonie (îles Ioniennes). [*De quelques cas de méningite cérébro-spinale, observés à la Salpêtrière chez des vieillards, pendant le printemps de l'année 1852.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 14 juin 1855.

COUP D'ŒIL SUR DEUX SYSTÈMES D'URÉTHROTOMIE.

Suite. — Voir le n° 22.

L'uréthrotomie externe ou périnéale, malgré les indications plus précises que M. Sédillot a formulées à son application, en dépit des faits cliniques bien circonstanciés qu'il a fait valoir en sa faveur, ne paraît pas devoir de sitôt prendre le rang de méthode générale, que M. Syme, du reste, est à peu près seul à réclamer pour elle; et c'est à l'uréthrotomie interne que revient encore aujourd'hui l'honneur de soulever des discussions animées comme celles qui ont lieu actuellement à la Société de chirurgie (Voir aux *Sociétés savantes*, p. 440). M. Maisonneuve élève, en effet, des prétentions plus

rassurantes que notre illustre confrère écossais. Il ne révolutionne pas, il veut simplifier. Son ambition n'est point d'arriver par une autre route, mais de rendre plus accessible celle qu'on a suivie jusqu'à présent. Au fond cependant, on retrouve toujours l'inventeur, sa pensée secrète, son langage plein de confiance; car M. Maisonneuve n'annonce rien de moins que l'espoir de guérir, sans préparation, un rétrécissement quelconque en une seule séance. Telle est, du moins, l'assertion que plusieurs de ses collègues lui ont reproché, et non sans quelque passion, d'avoir émise. Mais il serait facile de laver M. Maisonneuve de cette accusation. D'abord, et quant au texte même, on chercherait inutilement dans son mémoire une phrase où soit contenue cette prétendue affirmation de *n'avoir jamais trouvé un rétrécissement infranchissable*. En fait de strictures uréthrales, l'impénétrabilité n'est jamais qu'une question de temps, de personne, de conjoncture. Imperméable quand il se trouvait momentanément irrité, imperméable pour un praticien mal outillé, ou *qui n'est pas dans un jour* de patience ou de dextérité, le même rétrécissement va demain, dans d'autres conditions, admettre le bout d'une bougie. De sorte que s'engager à réussir dans tous les cas, ou reconnaître, pour un cas donné, des obstacles absolument insurmontables, constituent deux fautes de logique tellement grossières, que jamais un chirurgien expérimenté, parlant à ses semblables, ne se laissera aller à les commettre. Aussi ne sommes-nous point surpris que l'honorable chirurgien de la Pitié y ait échappé.

Il y a plus: non-seulement M. Maisonneuve est innocent de l'exagération qu'on lui a attribuée, mais encore il n'y avait pas lieu pour lui de la commettre. L'objet de ses recherches n'était point, en effet, d'apprendre à franchir les angusties urétrales, mais de montrer comment, *une fois qu'elles ont été franchies*, tout devient aisé, simple, rapide dans leur traitement curatif. Aussi a-t-il franchement abandonné à ses ardents adversaires un terrain qu'il n'avait entendu ni aborder, ni défendre, sans qu'on soit, ce nous semble, en droit de tirer avantage contre lui d'une concession qu'il n'a faite que pour ramener le débat aux termes où c'était son but et son droit de le renfermer. Examinons donc l'idée fondamentale qui sert de base à ce qu'il appelle sa nouvelle méthode d'uréthrotomie.

L'auteur part de ce point: Dans l'urèthre *libre*, on peut toujours faire parvenir jusqu'à la vessie une sonde élastique percée à ses deux bouts, en la glissant sur une bougie fine et flexible, laquelle, ayant d'abord été placée dans l'urèthre, sert à la sonde de conducteur.

Donc, dans l'urèthre rétréci, une bougie fine et flexible, qu'on aura poussée jusqu'à la vessie (ce que nous accordons être le plus souvent réalisable), suffira pour permettre à un instrument rigide, mais à peine plus volumineux que la bougie, de pénétrer à la suite de celle-ci.

A l'énoncé de ce principe, il faut distinguer soigneusement entre le fait et la théorie; car celle-ci, je le déclare franchement, repose sur un rapprochement qui aurait besoin, ce me semble, de quelques développements pour mériter la qualification de saisissant. Je comprends à merveille que, un conducteur étant en place, un cylindre creux dans lequel on l'enfile arrive sans beaucoup de difficulté à occuper la même situation. Mais une bougie très fine, qui, par conséquent, *n'a point dilaté l'entrée du rétrécissement*, peut-elle donner les mêmes facilités? Certes, si une main officieuse se trouvait dans la vessie pour tirer sur le bout vésical de la bougie, comme on voit parfois dans les cours d'accouchement l'élève, embarrassé pour extraire le simulacre de fœtus, y aider en le poussant sans façon par l'hypogastre du mannequin, alors tout deviendrait aisé, et l'on verrait l'uréthrotome entraîné à la suite de la bougie, prendre sa place, de même que l'ancien bistouri à stylet flexible de Léonidas enfilait et coupait sans hésiter le trajet de la fistule anale la plus tortueuse. Retrouve-t-on ici la moindre analogie? Un instrument *rigide* et *un peu plus volumineux* que la bougie se présente à l'orifice de la stricture. Y entrera-t-il beaucoup plus aisément, parce que cette bougie y avait d'abord pénétré et s'y trouve actuellement engagée? Non. La raison me dit qu'il butera contre l'entrée, s'arrêtera devant la première sinuosité, absolument comme si on l'avait mis d'emblée, sans aucune introduction préalable.

Je ne conteste pas néanmoins que ce guide flexible n'entr'ouvre et n'éclaire un peu la voie à suivre. Tous, dans le cathétérisme ordinaire des rétrécissements, nous avons employé, pour mieux pénétrer, une bougie flexible, pointue et creuse, dans laquelle on avait glissé, jusqu'à quelques centimètres de sa pointe, un mandrin plus ou moins rigide. Mais si je connais l'utilité de cette ressource, j'en connais aussi les limites. Et enfiler toute la longueur d'une coarctation uréthrale avec un instrument inflexible reste, aux yeux de tous ceux qui l'ont essayé, un problème dont la solution ne peut paraître aisée que dans le laboratoire de M. Charrière. Cependant, ce ne serait pas rendre complétement justice à M. Maisonneuve que d'assimiler, comme on l'a fait, son procédé à l'emploi de ces appendices flexibles, longs de quelques centimètres à peine, que quelques opérateurs, M. Reybard entre autres, plaçaient à l'extrémité de leurs instruments pour en rendre l'introduction plus aisée. Il y a entre les deux idées plus qu'une différence appréciable par la mensuration.

Mais, je l'ai dit, il faut distinguer ici entre le fait et la théorie; car cette facilité de pénétrer, que l'auteur nous promet, peut être réelle, quoique paraissant invraisemblable. Et s'il importe de se mettre en garde contre les démentis qu'un heureux événement peut donner aux timides calculs de l'induction, c'est surtout lorsque l'événement est entre les mains d'un opérateur aussi habile que M. Maisonneuve. Si donc l'honorable et très véridique auteur nous disait explicitement: « J'ai toujours réussi... » ou seulement: « Il m'a été facile, dans tant de cas, de faire entrer l'uréthrotome à la suite de la bougie, » à coup sûr, tout doute s'évanouirait à l'instant de mon esprit et de ma plume. Mais cette parole, qu'il avait qualité pour prononcer, je l'ai cherchée, et cherchée vainement dans tout le cours de son très intéressant travail. Partout des descriptions de procédé, pas de succès régulier, constant, ou seulement habituel. « Le chirurgien, dit-il, pousse doucement l'uréthrotome, de manière que, guidé par la bougie qui le précède, il *franchisse* tous les rétrécissements. » Oui, je comprends fort bien, et la phrase est très correcte. Mais ce *présent du subjonctif* est-il tout ce que le lecteur ait le droit de savoir? Et quand il ne demande à s'instruire que pour pouvoir appliquer à son tour, sera-t-il taxé de trop d'exigence s'il ose réclamer de son initiateur, à la prochaine occasion, la faveur d'un *prétérit de l'indicatif?*

M. Maisonneuve avait énoncé un principe fécond en instituant le cathétérisme non *après* conducteur, mais *sur* conducteur. Aussi ne sera-t-il, nous en sommes sûr, ni surpris, ni peiné, si nous nous permettons de lui rappeler que la chirurgie était déjà en mesure de l'appliquer à l'uréthrotomie d'avant en

arrière. Composant un ensemble opératoire d'idées empruntées à MM. Amussat et Reybard, et de ses additions personnelles, M. Bonnet (de Lyon) a déjà appliqué avec succès un procédé dont M. le docteur Philipeaux publia l'exposé dans la *Gazette des hôpitaux*, en 1849. Voici, sommairement, en quoi ce procédé consiste : Un fil d'argent un peu flexible, de 1 millimètre de diamètre, est introduit plus ou moins aisément dans le rétrécissement, soit seul, soit à travers une canule de gomme élastique, très fixe, qui a été placée préalablement. Sur ce fil, on fait courir d'avant en arrière une lancette cachée dans une gaîne; puis, quand la sensation d'une résistance annonce au chirurgien qu'il est en présence du rétrécissement, il démasque la lancette et la pousse, sans avoir à craindre aucune déviation, jusqu'à la profondeur voulue.

Si l'on compare ce système opératoire à celui de M. Maisonneuve, on remarquera que tous les deux réalisent une section d'avant en arrière; que tous les deux aussi permettent de la terminer, aussi large, aussi complète qu'on le désire en une seule séance. Mais une analyse détaillée fait reconnaître entre eux d'importantes différences. Ainsi :

Le placement d'un fil mince et un peu flexible (Bonnet) est évidemment plus facile que celui du tube cannelé, rigide et plus volumineux (1), qui, chez M. Maisonneuve, doit être préalablement introduit pour servir de guide à la lame tranchante.

La lancette de M. Bonnet, cachée dans une gaîne d'où elle sort à volonté, ne devient tranchante que lorsqu'elle est parvenue en présence des tissus à couper. Au contraire, la lame de M. Maisonneuve parcourt, à découvert, toute l'étendue de l'urèthre, jusqu'au rétrécissement. Sans doute, son peu de largeur l'empêche d'inciser profondément les parties saines du canal, qui n'en ont pas besoin. Mais, néanmoins, lorsqu'on a à faire pénétrer dans l'urèthre un instrument tranchant, peut-il être tout à fait indifférent de l'introduire ouvert ou fermé?... La discussion, à la Société de chirurgie, a complétement élucidé ce point; et M. Voillemier a pu justement faire remarquer à quels dangers en pratique, à quelles inconséquences en logique, s'expose M. Maisonneuve lorsqu'il donne comme plus innocente que les instruments semblables la lame de son uréthrotome, qu'il fait courir tout ouverte, jusqu'au rétrécissement. A la vérité, M. Maisonneuve pourrait alléguer, comme circonstance atténuante, qu'il ne s'agit ici que de son premier uréthrotome, dont la lame a très peu de saillie.

L'instrument de M. Bonnet termine d'un seul coup l'incision. Celui de M. Maisonneuve, pour remplir le même but, nécessite l'introduction et l'action successive de deux uréthrotomes.

Quant aux preuves expérimentales, nous avons déjà exprimé l'espoir de connaître bientôt, par des faits détaillés et des chiffres, les brillants résultats auxquels M. Maisonneuve serait arrivé en appliquant son invention. Du côté de celle de M. Bonnet, nous sommes autorisé à déclarer que, en 1853, il l'avait déjà mise en œuvre plus de vingt fois; qu'il était toujours parvenu à passer, séance tenante, des sondes de 8 millimètres de diamètre. Dans un seul cas, il y eut, à la suite, des accidents quelque peu inquiétants, ce que M. Bonnet attribue à ce que l'opération fut exécutée d'une manière imprévue pour le malade.

Nous serions injustes, toutefois, si nous ne formulions pas, en faveur du procédé de M. Maisonneuve, les réserves expresses qu'on doit toujours garder vis-à-vis d'une invention encore peu connue, dont il n'a été possible à l'auteur, ni à ceux qui l'ont critiqué, de voir pratiquer l'application un grand nombre de fois. L'ingéniosité qui éclate dans la combinaison des instruments peut leur donner des avantages, les rendre adaptés à des indications que, *à priori*, on ne soupçonne point, et qu'il serait, par conséquent, aussi imprudent qu'illogique de nier. Mais par cela même que nous sommes prêt à admettre l'introduction facile de ces instruments par un chirurgien doué, comme notre honorable confrère, d'une dextérité exceptionnelle, nous devons, jusqu'à démonstration contraire, hésiter à croire à cette assertion par laquelle, faisant trop libéralement à son invention les honneurs de son mérite personnel, il va jusqu'à affirmer que « ce procédé n'exige aucune habileté spéciale! »

M. Maisonneuve a soulevé contre sa méthode un orage bien naturel en la donnant comme capable de guérir *instantanément* les rétrécissements uréthraux. Cette promesse suppose, en effet, accordés une foule de points très controversables. Premièrement : Parviendra-t-on toujours à franchir le rétrécissement séance tenante? Nous nous sommes déjà expliqué à cet égard; et MM. Vidal, Ricord, Giraldès, Gerdy, ont fait sur ce point des réserves explicites que l'expérience et la loyauté de ces honorables membres rendent également précieuses. En second lieu : L'uréthrotomie est-elle indispensable pour guérir tous les rétrécissements? Et si elle ne l'est pas, est-il prudent, est-il permis de l'appliquer là où d'autres moyens plus doux, plus lents, auraient suffi? Les mêmes orateurs ont été à peu près unanimes pour reconnaître que, malgré tous ses perfectionnements, l'uréthrotomie doit rester une méthode exceptionnelle. Et nous pensons aussi que la perspective, fût-elle même assurée, d'une cure instantanée, ne devrait pas infirmer ce précepte. Troisièmement : Convient-il d'opérer les malades, sans préparation, à brûle-pourpoint, sans les préliminaires destinés à émousser la sensibilité du canal, à l'habituer au contact des instruments?... La théorie de la cure instantanée résoudrait cette question par l'affirmative. Nous nous bornons, pour le moment, à la recommander à la sérieuse attention de nos savants collègues. Enfin, tout est-il terminé après l'incision; et peut-on, comme le conseille M. Maisonneuve, se dispenser, sans danger de récidive, de passer ensuite pendant plusieurs mois des bougies dans le canal pour maintenir la dilatation que l'incision a produite? Il nous répugne de penser que M. Maisonneuve ait pu avancer, sans preuves aucunes, une telle hérésie, appuyée sur le seul exemple, et si malheureusement choisi, des suites de l'incision du méat. Et nous refusons de porter un jugement d'après des pièces qui sans doute n'ont été jusqu'ici produites que d'une manière incomplète.

La suite de la discussion nous fournira sans doute l'occasion de revenir sur ces divers points, et de résumer les conséquences pratiques de l'une des discussions les plus approfondies et les plus utiles qui, depuis longtemps, aient été engagées à la Société de chirurgie. Constatons, en attendant, à quel point les tendances modernes, les récents progrès, montrent la chirurgie dégagée de l'ornière où si longtemps elle s'était laissé retenir. Qui, en

(1) Ce tube que la *Gazette hebdomadaire* du 25 mai donne comme n'ayant que de 1 à 3 millimètres de diamètre, en aurait 5 d'après l'*Union médicale* du 26 mai. Nous avons consulté le *manuscrit* de M. Maisonneuve : il indique 3 *millimètres*. Si l'on réfléchit que ce tube porte, pour s'articuler avec la bougie, un pas de vis qui est plus ténu que lui, on ne peut songer sans inquiétude à la fragilité extrême, aux chances de séparation ou de rupture de ces deux instruments destinés à traverser de vive force des points très rétrécis, s'il était vrai qu'ils ne fussent unis entre eux que par une courte vis d'un si petit diamètre.

1830, pratiquait l'incision? Mais, par un juste retour, qui oserait aujourd'hui parler de la cautérisation? Huit jours avant d'écrire ces lignes, j'ai été consulté par un malade partisan aveugle de cette méthode, et ne voulant qu'elle. Eh bien! pour son malheur, disait-il, mais en réalité à la gloire de notre époque, il avait en vain présenté sa pressante, sa payante requête de cabinet en cabinet, sans pouvoir trouver un seul praticien, à Lyon, qui consentît à le cautériser.

Nous sommes également loin d'une autre méthode plus récente, de la méthode des grandes incisions. Peut-être eût-il été un peu téméraire, avant la discussion, de se hasarder à dire que ni M. Maisonneuve, ni M. Bonnet n'incisent aussi largement que M. Reybard, puisque ni l'un ni l'autre n'avaient indiqué la limite dans laquelle ils entendent renfermer l'action de leur uréthrotome. Mais, outre le salutaire enseignement qui résulte des malheurs accomplis, une autre considération nous empêche de croire que M. Reybard ait trouvé en eux des imitateurs de son hyper-uréthrotomie; car M. Maisonneuve écrit « que l'hémorrhagie se borne à quelques gouttes de sang qui s'arrêtent d'elles-mêmes au bout de quelques instants. » Et quant à M. Bonnet, « l'écoulement de sang n'a jamais été assez abondant pour lui donner la moindre inquiétude. » Évidemment si de semblables méthodes opératoires ressemblaient à celle couronnée par l'Académie de médecine, il n'y aurait plus de vérité dans cette parole de l'Évangile: *a fructibus eorum cognoscetis eos!* D'ailleurs, M. Maisonneuve n'est *nullement le champion des grandes incisions*. Il a eu d'autant moins de peine à en faire l'aveu que la condamnation de cette méthode opératoire a été prononcée au sein de la Société à la presque unanimité des suffrages, sans qu'aucune voix, du moins, se soit élevée en sa faveur. A ceux qui douteraient encore, qui voudraient encore essayer, il importe, dans l'intérêt de l'humanité, de faire savoir avec quelle vivacité d'expression ceux qu'on avait crus les patrons les plus dévoués du procédé Reybard, les commissaires du prix d'Argenteuil ont tenu à honneur de le renier, en déclarant qu'ils n'avaient entendu couronner que les recherches de l'auteur sur l'anatomie et la physiologie pathologique, mais non ses... instruments (j'omets, sans la désapprouver pour cela, l'épithète lancée par M. Ricord). Quand des hommes tels que MM. Gerdy, Huguier, Ricord, Robert, Vidal protestent avec un pareil ensemble, ne nous sera-t-il point permis de rappeler que, dès son deuxième numéro (octobre 1853), la GAZETTE HEBDOMADAIRE se fit un devoir d'éclairer, dans le même sens, l'opinion publique sur les conséquences de la méthode qui se présentait alors sous la protection d'une sentence dont le commentaire restrictif n'était connu qu'implicitement?

P. DIDAY.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DIVISION CONGÉNITALE DU CLITORIS (ÉPISPADIAS) CHEZ LA FEMME, par A. MORPAIN.

L'épispadias, chez la femme, est une affection fort rare, et qui même, jusqu'ici, n'a pas reçu le nom d'épispadias. Je tâcherai, par deux observations, dont l'une, incomplète, appartient à Arnaud, et l'autre a été recueillie par moi dans le service de M. Broca, à Lourcine, de démontrer l'analogie qui existe, sous le rapport de cette anomalie, entre l'homme et la femme. Les idées et toutes les interprétations qui suivront ces observations m'ont été suggérées par M. Broca. Voici ces deux observations.

OBS. I. — « J'ai disséqué, en 1761, à l'amphithéâtre de l'hôpital général de la Charité, dont j'étais alors chirurgien major, une fille de douze ans, qui avait *deux clitoris, deux glands* et un seul prépuce. Je développai ces parties avec attention, et, les ayant injectées, j'observai que, du côté droit du corps caverneux du clitoris, s'élevait une colonne dont l'intérieur était spongieux, bien distinct et bien séparé, qui se portait vers le corps du clitoris et l'égalait en grosseur et en longueur. D'ailleurs, toutes les parties de la génération extérieures et intérieures étaient dans l'état ordinaire. » (*Mémoires de chirurgie*, t. I, p. 374.)

OBS. II (par M. BROCA). — Le 15 octobre 1853, la nommée B... (Élisabeth), brodeuse, mariée à J. J..., âgée de soixante et un ans, est reçue à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Alexis.

Pas de maladies antérieures, bonne santé habituelle. Réglée à treize ans, toujours bien. Mariée à vingt-huit ans; a eu deux enfants; couches très heureuses.

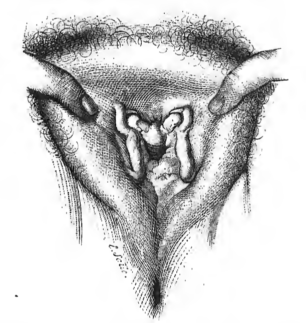
La malade ressentit il y a quinze jours à la vulve des démangeaisons très vives qui la forcèrent de se gratter avec violence. Des boutons apparurent, et, sous l'influence de frottements réitérés, dit-elle, ils augmentèrent de volume. Notons ici que la malade fait tous ses efforts pour se persuader et persuader à ceux qui l'interrogent que son mal n'est pas de nature vénérienne. Elle avoue cependant que son mari est à l'hôpital du Midi. D'après les indications, il paraît avoir eu des chancres, avoir pris des pilules de mercure, et avoir éprouvé même un commencement de salivation.

Outre la maladie qui l'amène à l'hôpital, cette femme a un vice de conformation des organes génitaux externes, consistant en une division congénitale du clitoris. Interrogée au point de vue des sensations que procure le coït, elle avoue n'avoir jamais éprouvé le moindre sentiment de volupté, et n'avoir subi les approches de son mari que par résignation conjugale.

État actuel. On remarque, occupant la place des grandes lèvres, deux tumeurs oblongues qui se réunissent inférieurement, à deux centimètres de l'anus, et qui se dirigent brusquement, en haut et en dehors, vers l'anneau inguinal.

Ces tumeurs retombent sur les cuisses, et forment, au niveau du pli génito-crural, une rainure assez profonde, beaucoup plus marquée à gauche qu'à droite.

Elles mesurent: la droite, depuis l'anneau inguinal, 8 centimètres; la



gauche, 10. La couleur de la peau qui les recouvre est un peu violacée. Leur consistance est celle d'un tissu œdématié. En les écartant légèrement l'une de l'autre, on trouve une série de plaques muqueuses. Ces plaques sont disposées régulièrement, suivant une ligne verticale de chaque côté.

Au simple aspect de ces tumeurs, et surtout à leur direction, on juge qu'elles sont formées par une infiltration du *sac dartoïque*, infiltration due à l'irritation syphilitique. Dans l'évasement que forment supérieurement ces tumeurs en se dirigeant vers l'anneau inguinal, à droite et à gauche, on trouve un infundibulum dont l'orifice est occupé par des plaques muqueuses non ulcérées.

Si l'on écarte les grandes lèvres, au premier aspect on remarque le manque de clitoris ; mais un examen plus approfondi fait voir la division de cet organe. De chaque côté on en trouve les racines, qu'on peut facilement suivre par le toucher jusqu'à leur origine. Les petites lèvres se présentent comme des bourrelets ; au lieu de se réunir pour former le capuchon clitoridien, elles forment à chaque racine un demi-capuchon. L'orifice du canal de l'urèthre se trouve au fond de l'infundibulum ; il a sa conformation normale. L'orifice du vagin est normale aussi. Quelques colonnes font une légère saillie ; mais, au toucher, on ne rencontre rien de particulier. Comme autres accidents syphilitiques, nous trouvons quelques ganglions dans l'aine, rien au cou, etc. La malade est soumise à un traitement mercuriel approprié ; mais, ennuyée par des visites journalières, elle demande son *exeat* le 5 novembre.

Quel est le nom qu'on peut donner à cette anomalie ? A quoi peut-on la comparer ?

Chez l'homme, il y a une affection qui porte le nom d'épispadias, affection dans laquelle le canal de l'urèthre est fendu dans sa position pénienne, sur son bord supérieur. Si la division rencontre les corps caverneux de la verge, il en résulte qu'on aperçoit sous le pubis une gouttière dont la concavité regarde en haut et dont le fond est constitué par la paroi inférieure de l'urèthre, et les parties latérales par le corps caverneux. A un degré plus avancé, les pubis sont divisés, ainsi que les parois de l'abdomen ; la paroi antérieure de la vessie est elle-même divisée. La paroi postérieure de cet organe n'étant plus soutenue, vient faire hernie, et constitue l'exstrophie de la vessie. Cette dernière affection, qui n'est que le dernier degré du groupe des épispadias, a été plusieurs fois constatée chez la femme. C'est un point qui n'est pas contesté et qu'il n'est pas nécessaire d'établir. Mais, chose assez remarquable, le premier degré de l'épispadias chez la femme n'avait pas encore été observé, ou plutôt n'avait pas encore été interprété d'une manière convenable.

Je prétends que les deux observations précédentes, mais la seconde surtout, sont relatives à ce premier degré.

Supposons, en effet, par la pensée, chez la femme, une affection qui soit l'analogue du premier degré chez l'homme, et cette affection revêtira exactement la forme que je viens de décrire. On objectera qu'il n'y a pas, dans les cas cités, cette gouttière dont la concavité regarde en haut et dont le fond est constitué par la paroi inférieure de l'urèthre et les parties latérales par le corps caverneux. Mais cette gouttière ne peut pas exister chez la femme, parce que l'urèthre n'a pas de portion pénienne. Le pénis de la femme se réduit à des corps caverneux avec un prépuce ; en d'autres termes, la femme a un hypospadias naturel. Si, dans cet état de choses, on suppose la lésion de l'épispadias, les deux moitiés du clitoris se trouveront séparées en haut ; elles le seront également en bas ; de sorte qu'il semblera qu'il y a deux clitoris parfaitement distincts l'un de l'autre : en d'autres termes, c'est comme si un individu déjà atteint d'hypospadias se trouvait encore atteint d'épispadias ; les deux corps caverneux, alors, n'ayant plus de connexion, formeraient deux verges latérales.

III.

REVUE CLINIQUE.

Laryngite ulcéreuse suite de rougeole répercutée ; — mort, autopsie. — Glandes bronchiques enflammées et hypertrophiées. — Considérations sur les adénites internes dans leurs rapports avec les exanthèmes contagieux.

Ce n'est pas seulement au point de vue de la laryngite ulcéreuse aiguë, maladie sur laquelle M. le professeur Devay a fait une leçon clinique à l'Hôtel-Dieu de Lyon, que nous publions l'observation qui va suivre ; c'est surtout à cause des considérations accessoires sur un point encore obscur de la généralisation de la maladie, qui y ont été rattachées.

Obs. — Paul Julien, domestique, âgé de dix-sept ans, demeurant à Saint-André (Isère), éprouvait depuis huit jours de la céphalalgie, des douleurs à la gorge et un peu de diarrhée. Lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 1er février, la face est vultueuse, les pupilles dilatées ; une éruption rubéoliforme discrète, apparue depuis la veille, se fait remarquer principalement sur le tronc et les membres supérieurs ; il y a de la toux, et une expectoration assez abondante ; les crachats sont muqueux et opaques ; la respiration est fréquente ; il y a un peu de matité à la base des poumons ; râle sous-crépitant en ce point, et ronflant vers les deux sommets ; plus de douleur au pharynx ; la langue est rouge, soif vive, inappétence ; selles liquides, mais peu fréquentes ; ventre météorisé et indolent ; peau chaude, mais souple ; pouls fréquent, sans ampleur, et un peu irrégulier. (Looch avec extrait de belladone, 0gr,03 ; tisane et bouillon pectoraux ; mouche au bras.)

3 février. L'éruption, loin de se développer, a complétement disparu ; l'état général ne s'améliore pas. Nous avons appris que ce jeune homme, ne pouvant se faire admettre dans les salles, faute de lits, avait été obligé de revenir plusieurs jours de suite, par un temps très froid, et étant très mal vêtu.

4. Respiration et toux plus fréquentes; anxiété, faiblesse croissante. (Looch avec kermès, 0gr,10.)

7. Respiration encore plus fréquente ; les crachats deviennent un peu sanguinolents ; matité plus complète à la base du poumon droit ; râle crépitant très manifeste ; délire pendant la nuit. (Looch avec oxyde blanc d'antimoine, 2 grains ; tisane pectorale.)

12. Même état de la respiration ; matité persistante ; les crachats ne sont plus sanguinolents ; douleur vers le larynx ; la voix est un peu altérée. (Même traitement ; en plus, gargarisme émollient.)

14. Dyspnée extrême ; voix éteinte ; douleur persistante au larynx ; le bruit que fait entendre l'air inspiré fait penser à la formation de fausses membranes dans l'arbre aérien ; on redoute le croup.

15. Ces symptômes n'ont fait que s'accroître, et le malade meurt le lendemain.

Nécropsie. — L'encéphale et les organes abdominaux n'ayant rien offert de particulier, nous parlerons seulement des voies respiratoires. La muqueuse du larynx est très rouge, et la partie de cette membrane qui recouvre les cordes vocales est ulcérée, mais pas assez profondément pour rendre compte de l'aphonie observée pendant les derniers jours de la vie ; la muqueuse trachéale est également rouge et recouverte d'un mucus abondant. Cette rougeur augmente à mesure que l'on s'approche davantage de la bifurcation de la trachée : elle est d'un rouge très intense dans toute l'étendue des grosses bronches ; autour de celle-ci on trouve de nombreux ganglions hypertrophiés, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une grosse noix ; plusieurs de ces glandes si volumineuses embrassant surtout la bronche droite, près de son origine trachéale, ont dû sans doute la comprimer, et expliquent ainsi la dyspnée extrême, le bruit croupal accompagnant l'inspiration, et l'aphonie observée en dernier lieu. Les deux poumons offrent une hépatisation rouge, mais surtout le poumon droit. L'un et l'autre crépitent encore à la pression, mais le second moins que le premier. L'entrée de l'air, et par suite l'hématose, trouvaient donc un double obstacle dans le peu de pénétrabilité du parenchyme pulmonaire et la compression des bronches ; aussi, vers la fin, les lèvres étaient-elles devenues violacées.

Dans la leçon clinique dont ce malade fait le sujet, M. le professeur Devay a exposé avec soin tous les détails symptomatologiques, thérapeutiques et nécroscopiques (1) ; mais il a particulièrement insisté sur cette coïncidence de l'inflammation des ganglions bronchiques avec le développement incomplet de l'éruption rubéolique qui affectait ce jeune malade au début ; il a établi, comme un fait prouvé à ses yeux par de nombreuses observations, et sur lequel cependant l'attention paraît ne pas s'être généralement fixée, que cette hypertrophie ganglionnaire existait non-seulement pour la rougeole, mais encore pour tous les exanthèmes contagieux, comme la variole et la scarlatine ; de même aussi pour la coqueluche, dont M. Devay a eu, en 1846, l'occasion plusieurs fois répétée de faire l'examen anatomique. Mais pourquoi ce développement exagéré

(1) Avant l'autopsie, M. Devay avait annoncé qu'outre les ulcérations laryngiennes, on trouverait une inflammation des glandes bronchiques.

des ganglions bronchiques dans les maladies exanthématiques ? C'est que, selon M. Devay, cette sorte d'affection coexiste toujours avec une phlegmasie pulmonaire plus ou moins intense, laquelle disparaît avec l'éruption, quand elle a régulièrement parcouru ses phases, ou s'exaspère et devient souvent mortelle quand l'exanthème s'est arrêté dans son développement, ou, comme on dit vulgairement, quand l'éruption est rentrée. Il est peu de praticiens qui n'aient remarqué cette relation intime entre les maladies exanthématiques et les voies respiratoires. Que de fois, à la suite d'une rougeole rentrée, n'a-t-on pas vu la fâcheuse prédisposition à la phthisie prendre une marche rapide et entraîner promptement la perte du malade? *Ubi nisus, ibi fluxus.* C'est ainsi que les affections qui atteignent les organes abdominaux, telles que la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, etc., produisent des adénites abdominales, tandis que celles qui atteignent l'organisme tout entier, comme la morve aiguë, maladie contagieuse par excellence, déterminent tout à la fois des adénites externes, des adénites abdominales et des adénites pectorales.

Les adénites internes ne se développent point seulement par propagation de l'inflammation ; elles n'apparaissent point dans la simple bronchite, mais elles sont liées à la nature virulente, miasmatique, si l'on veut, de la maladie ; elles traduisent sa nature contagieuse. Le principe contagieux de la coqueluche, de la rougeole, de la scarlatine est inoculé aux glandes bronchiques par les lymphatiques de la surface pulmonaire, comme celui de la syphilis se transmet aux glandes de l'aine par l'intermédiaire des lymphatiques du gland. Enfin, l'exanthème intestinal de la fièvre typhoïde détermine l'inflammation des glandes mésentériques.

Ces rapprochements entre les affections générales contagieuses et infectieuses n'ont pas seulement pour le professeur le but d'éclairer les rapports de ces maladies entre elles, mais encore l'origine des maladies chroniques qui leur succèdent dans bien des cas, et les indications thérapeutiques qu'il convient de remplir dans ces circonstances. C'est dans le développement et la persistance des ganglions bronchiques hypertrophiés que M. Devay trouve l'explication de la toux et des divers phénomènes respiratoires qui subsistent après une éruption exanthématique mal faite. C'est à cette cause également qu'il attribue la fièvre hectique et le développement de la phthisie pulmonaire consécutive, hypertrophie ganglionnaire qu'il appelle alors *adénite scrofuleuse* interne. C'est à provoquer et à déterminer leur résolution qu'on doit alors s'appliquer.

La connaissance de ces états organiques, tout en justifiant l'idée défavorable que l'opinion commune attache aux suites de ce que l'on désigne sous le nom de *rougeole rentrée*, fait découler d'importantes indications thérapeutiques. Il est bien certain que l'on explique mieux de cette manière qu'on ne le fait à l'aide d'une métastase, les toux opiniâtres, les bronchites, les pneumonies chroniques succédant à des exanthèmes dont les suites ont été mauvaises. On a la clef de l'opiniâtreté désespérante de ces symptômes qui s'accompagnent de fièvre hectique, de dépérissement du sujet. Il convient alors d'instituer un traitement en rapport avec la notion que suggère une lésion semblable : il faut une médication diathésique. L'huile de foie de morue, les préparations iodiques, le sirop de proto-iodure de fer, les boissons dépuratives constituent les agents pharmaceutiques les mieux appropriés. On conçoit aussi que le changement d'air, le lait de chèvre, les eaux sulfureuses prises en bain et modérément en boissons, agissent dans ces cas avec efficacité. Il s'agit, en un mot, d'appeler à son aide les agents de la thérapeutique et de l'hygiène contre une lésion qui est souvent le début d'une diathèse.

A. Bossu,
Chef de clinique médicale à l'École de médecine de Lyon.

Observation d'un kyste de l'iris à son début.

On se rappelle que le fait de kyste de l'iris rapporté dernièrement dans ce journal par M. A. Richard (voy. t. I, p. 1082) donna lieu à la publication d'un fait presque entièrement semblable, dû à M. le professeur Stœber, de Strasbourg (t. II, n° 3, p. 55).

Un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Combessis, de Beaugency, nous communique l'observation suivante, où cette curieuse maladie est décrite à son début. Comme dans les autres cas, la tumeur intra-irienne est le résultat d'une blessure de l'œil. Seulement ici, par omission peut-être, il n'est pas question de plaie cornéenne.

Obs. — Charles T... est un enfant de onze ans, bien portant. Il y a un an, il jouait avec une mince feuille d'acier qu'il faisait ployer, lorsque cet objet s'échappa de ses doigts par la force d'élasticité, et vint le frapper à l'œil gauche, à la partie interne du globe oculaire. — Immédiatement, douleurs vives, un peu de rougeur, qui se dissipèrent d'elles-mêmes au bout de quelques jours, et l'on n'y pensa plus.

Depuis cette époque, l'enfant dit qu'il a la vue plus faible du côté gauche, c'est-à-dire que l'œil se fatigue plus facilement. Toujours est-il qu'il ne s'en est jamais plaint à ses parents, et qu'il ne souffre pas.

Au commencement de mai, un de ses frères, qu'il regardait en face et en ouvrant largement les yeux, s'aperçut pour la première fois qu'il avait, selon ses expressions, *quelque chose de blanc dans le bleu de l'œil.* — Je dois dire que chez cet enfant les deux paupières supérieures, naturellement un peu tombantes, recouvrent en grande partie le globe oculaire. Cette circonstance explique comment la tumeur dont l'iris est le siége a pu passer longtemps inaperçue. — C'est alors que l'enfant me fut amené.

En écartant largement les paupières, on aperçoit à la partie supérieure et interne de l'iris une tumeur arrondie, hémisphérique, un peu ovalaire, de 5 à 6 millimètres de diamètre, de couleur blanche, non transparente, attachée par sa base à l'iris, saillante dans la chambre antérieure. La cornée est parfaitement intacte, pas de traces de taches ni de cicatrices. On dirait une perle enchâssée dans la membrane iris.

En l'examinant attentivement, on voit que la surface de cette tumeur est formée de fibres tomenteuses de couleur blanche nacrée, sur lesquelles on distingue très bien à l'œil et parfaitement à la loupe des fibres iriennes. La direction des unes et des autres est de haut en bas.

La pupille n'est plus régulière ; elle est très manifestement aplatie dans le point qui correspond à l'insertion de la tumeur. On distingue très bien que cet aplatissement est dû au refoulement que les fibres de l'iris ont subi vers le centre pupillaire par suite du développement de la tumeur.

La pupille se dilate très bien par l'action de la belladone, mais elle devient bien plus irrégulière ; elle est alors tout à fait ovalaire. Les fibres de l'iris qui séparent le bord de la tumeur de la pupille sont presque complétement cachées alors derrière la tumeur qui fait saillie dans le champ pupillaire. Même alors le malade déclare que la vision n'est gênée en quoi que ce soit.

Je n'ai pu voir si cette tumeur faisait à la face postérieure de l'iris une saillie analogue à celle de la face antérieure.

La vue est bonne, l'œil n'est le siége d'aucune douleur. On reste en expectation.

Docteur Combessis.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 4 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Paléontologie. — *Note sur le fémur du* Gastornis parisiensis, par M. *Hébert.* — Ce fémur, qui appartient au grand oiseau fossile de Meudon, a été trouvé dans la même couche que le tibia, et à 3 mètres de distance horizontale. Bien qu'il soit privé de sa tête articulaire et de la demi-poulie rotulienne, et que le grand trochanter soit écrasé en dessus, son état de conservation est suffisant pour permettre d'établir des rapports approximatifs de forme, de volume et de poids entre ce fémur et l'os analogue des oiseaux de la même famille, l'autruche, l'albatros, le pélican, le cygne. D'après M. Hébert, la pesanteur des os, déduite de leur volume et de leur épaisseur, serait une raison de penser que le *Gastornis* n'était pas organisé pour le vol.

Le même géologue présente à l'Académie un fragment de fémur de mammifère, recueilli dans les mêmes couches par M. de Lorière. Ce fémur paraît appartenir à un animal de l'espèce *Lophiodon anthracoideum* (Blainville), et annonce un individu de la taille des plus forts tapirs de l'Inde. (*Comm. :* MM. Duméril, Geoffroy Saint-Hilaire, Élie de Beaumont, Valenciennes, C. Prévost.)

HYGIÈNE PUBLIQUE. — *Sur l'enrobage des soies à coudre par un sel de plomb, préparation nuisible à la santé des ouvrières qui font usage de ces soies*, par M. *Chevallier*. (*Comm.* : MM. Chevreul, Thenard, Payen.)

PHYSIOLOGIE. — *Théorie mécanique de l'inflammation*, par M. *Vanner*. (*Comm.* : MM. Andral, Velpeau, Rayer.)

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Moyen de reconnaître le mélange d'une huile de semences de crucifères avec une autre huile de graines et de fruits*, par M. *Mailho*. — L'auteur propose, comme propre à faire reconnaître la présence d'une huile de culza, navette, cameline, moutarde, etc., dans toute autre espèce d'huile, le moyen suivant : On fait bouillir dans une capsule de porcelaine 25 à 30 grammes de l'huile que l'on veut analyser, avec une solution de 2 grammes de potasse caustique à l'alcool dans 20 grammes d'eau distillée. Après une ébullition de quelques minutes, on jette sur un filtre préalablement mouillé, et l'eau alcaline qui s'en écoule, mise en contact avec un papier imprégné d'acétate de plomb ou d'azotate d'argent, ne tarde pas à dénoter la présence du soufre. (*Comm.* : MM. Chevreul, Pelouze, Bussy.)

ÉCONOMIE. — *Nouveau mode d'emploi du soufre dans le traitement de la maladie de la vigne*, par M. *Thirault*. Voici la préparation vantée par l'auteur du mémoire :

Polysulfure de potasse du commerce...	1 kilogramme.
Acide chlorhydrique...............	250 grammes.
Eau	100 litres.

On fait dissoudre le sulfure dans la moitié de la quantité d'eau, on ajoute l'acide dans l'autre partie, et l'on mélange. On obtient ainsi un liquide qui tient du soufre en suspension, du sulfure de potassium et de l'hydrogène sulfuré en dissolution. (*Commission nommée* pour les communications relatives aux maladies des végétaux.)

ORGANOGRAPHIE ET PHYSIOLOGIE VÉGÉTALES. — *Addition à une précédente communication sur les parties sensibles et irritables des plantes*, par M. *Leclerc*. — Suivant l'auteur, il existe dans les plantes des parties qu'il désigne sous le nom de *muscles*, formées de fibres distinctes, les unes tuberculeuses, les autres moniliformes, et divisées en deux ordres, présentant dans leurs fonctions des différences analogues à celles qu'on observe chez les animaux entre les muscles de la vie nutritive et ceux de la vie de relation. (*Comm.* : MM. Magendie, Flourens, Brongniart, Decaisne.)

MÉDECINE. — *Note sur la préparation du gluten ioduré et sur ses propriétés thérapeutiques*, par M. *Gagnage*. — La plus importante des propriétés que l'auteur attribue à son gluten ioduré est celle de faciliter l'assimilation du fer contenu dans les aliments, assimilation qui, dans certains états maladifs, chez les chlorotiques en particulier, devient nulle ou du moins incomplète. (*Comm.* : MM. Pelouze, Andral, Cl. Bernard.)

De la non-absorption des médicaments dans le choléra ; réclamation de priorité pour la constatation de ce fait, par M. H. *Deroy*.— C'est pendant l'épidémie cholérique qui a sévi à Beton-Bazoches (Seine-et-Marne), depuis le 4 juillet jusqu'à la fin d'août 1854, que M. Deroy a eu l'occasion de s'assurer que les médicaments n'étaient point absorbés dans la période algide du choléra, en administrant des doses vraiment énormes de strychnine, soit par l'estomac, soit par la peau, sans remarquer le moindre changement physiologique et pathologique chez aucun de ses malades. (*Commission du prix Bréant*.)

CHOLÉRA. — Des communications relatives à cette maladie sont envoyées par MM. *Sauvé*, *Cadet* et *Brunet*. (*Commission du prix Bréant*.)

NOMINATIONS. — M. *Delzenne* est élu, par la voie du scrutin, membre correspondant pour la section de physique, en remplacement de feu M. *de Haldat*.

M. *Yvon Villarceau*, en première ligne ; M. *Goujon*, en deuxième ligne, sont présentés au choix de M. le ministre de l'instruction publique pour la place d'astronome adjoint vacante au Bureau des longitudes par suite du décès de M. *Mauvais*.

COMITÉ SECRET. — M. *Bernard*, au nom de M. *Magendie*, retenu chez lui pour cause de maladie, donne lecture de la liste de candidats présentée par la section de médecine et de chirurgie pour la place vacante par suite du décès de M. *Lallemand*. En première ligne, M. *Jobert* (de Lamballe) ; en deuxième ligne, M. *Baudens* ; en troisième ligne, M. *Jules Cloquet* ; en quatrième ligne, M. *Gerdy* ; en cinquième ligne, M. *Laugier* ; en sixième ligne, M. *Malgaigne* ; en septième ligne, *ex æquo*, MM. *Leroy* (d'Étiolles) et *Maisonneuve*.

Le rapport sur les titres des candidats est présenté par M. *Velpeau*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 12 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'instruction publique transmet à l'Académie la recette d'un onguent contre le panaris.

2. M. le ministre de la marine adresse une caisse contenant un fébrifuge, le bois du *Bittura febrifuga*, expérimenté par M. le docteur *Arnic*, médecin de la marine à la Martinique. (*Commission des succédanés du quinquina*, M. Grisolle, rapporteur.)

3. M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet : *a*. Plusieurs recettes relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*.) — *b*. Un rapport final de M. le docteur *Madin* sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune d'Osches. (*Commission des épidémies*.) — *c*. Un rapport de M. le docteur *Pagès* sur une épidémie cholérique qui a régné en 1854 dans l'arrondissement d'Alais. (*Commission du choléra de 1854*. — *d*. Une brochure de M. le docteur *Bayard*, ayant pour titre : *Influence de la vaccine sur la population*. (*Commission de vaccine*.) — *e*. Une demande d'analyse et d'avis, avec des échantillons d'eaux minérales d'une source située à *Bondonneau* (Drôme). (*Commission des eaux minérales*.) — *f*. Quatre-vingts exemplaires de la dernière livraison du deuxième volume de l'*Annuaire des eaux de la France*.

4. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de la Sarthe et de la Haute-Marne. (*Commission de vaccine*.)

5. Communications de : *a*. M. le docteur *Sestier*, qui remercie l'Académie de l'avoir classé parmi les candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, et qui déclare se démettre de sa candidature. — *b*. M. le docteur *Belhomme* (Note sur les rapports de la folie avec les lésions encéphaliques). — *c*. M. le docteur *Desnos* (Brochure sur les eaux de Bagnoles de l'Orne). — *d*. M. *Lespine*, pharmacien de marine (Mémoire sur l'*Hydrocotyle asiatica* dans le traitement de la syphilis, de la lèpre et d'autres maladies cutanées. (*Comm.* : MM. Chatin, Rayer, Gibert.)

— M. *Jobert*, président, annonce que M. le docteur *Cariole*, de Cahors, membre correspondant, assiste à la séance.

M. le docteur *Antonio da Costa*, membre de l'Institut de Rio-Janeiro, présente à l'Académie un manuscrit intitulé : *Travaux chirurgicaux pendant seize ans de clinique civile*, et donne lecture d'un passage relatif aux hernies. Le même met sous les yeux de l'Académie divers instruments imaginés ou modifiés par lui, et propres au traitement des maladies des voies génito-urinaires. (*Comm.* : MM. Velpeau, Civiale, Jobert.)

ÉLECTION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre titulaire dans la section de l'*Anatomie pathologique*.

Votants, 82 ; majorité, 42.

M. *Blache* obtient 43 suffrages ; M. *Beau*, 25 ; M. *Buyle*, 11 ; M. *Sestier*, 1 ; M. *Moreau*, 1 ; 1 billet blanc.

M. Blache, ayant réuni la majorité des voix, est proclamé membre de l'Académie, sauf l'approbation de l'Empereur.

Discussion sur le rapport de M. Bousquet.

M. *Collineau*. Après quelques considérations relatives à l'origine et à l'association des idées, à l'influence des agents matériels, extérieurs, sur les phénomènes intellectuels ; après avoir expliqué en peu de mots comment l'esprit élabore l'idée, la génération ; de quelle manière il compare ; comment il forme les abstractions ; après avoir distingué nettement les idées qui viennent des sens d'avec les idées d'un ordre plus élevé qui ne sauraient être fournies par eux, l'orateur pense que ces dernières idées, formées en nous et pour ainsi dire par les seules forces de l'esprit, peuvent produire les mêmes troubles mentaux, provoquer les mêmes perturbations morales que les idées venues du dehors, que les impressions pénibles, que les plus vives émotions.

Suivant lui, l'action exagérée des agents sensoriaux peut dominer la pensée au point de la pervertir et de modifier ainsi notre caractère, nos habitudes et la direction de notre esprit. De même l'action exagérée de la pensée, l'exaltation de l'esprit, peuvent réagir sur nos sens, troubler l'harmonie de leurs fonctions et provoquer des aberrations de tout genre, des illusions, des hallucinations.

M. Collineau considère la folie comme une unité complexe, ainsi que les autres maladies. Il la distingue en primitive et en secondaire, et croit que le traitement, loin d'être uniforme et systématique, doit reposer sur les indications fournies par les symptômes primitifs et la nature des causes.

L'orateur repousse l'assimilation du songe et de la folie. Dans le songe, l'action des sens est nulle ; tout est subjectif. Dans la folie, les sens sont éveillés ; leur action est généralement exaltée. Les mouvements sont libres ; ils obéissent à une impulsion aveugle ; le fou peut agir sur les objets matériels, sur tout ce qui l'entoure ; le jugement persiste, mais il est faux ; ses actes sont ordinairement conformes aux vues de son esprit, à la nature des pensées qui l'agitent.

Rien de semblable dans le rêve, où tout se passe dans l'esprit.

Il n'y a donc entre le songe et la folie que les apparences de la ressemblance.

M. Collineau croit que la folie peut exister sans lésion cérébrale, sans altération d'organe, indépendamment de toute cause matérielle. Il ne saurait adopter l'opinion de ceux qui, exagérant la valeur de l'anatomie pathologique, prétendent que toute folie est due à une altération matérielle, et qui veulent que la lésion ait disparu ou qu'elle échappe à nos sens quand ils ne la trouvent pas sur le cadavre. L'orateur veut qu'on abandonne cette croyance et ces arguments à ceux qui ont besoin de s'appuyer sur des paradoxes.

M. *Bousquet* fournit d'abord quelques explications relativement aux faits qui ont soulevé la discussion présente ; puis il aborde la réfutation des idées émises par MM. Londe, Ferrus et Baillarger.

Il lui répugne d'admettre, avec MM. Ferrus et Londe, que le cerveau pense, ou, comme le disait Cabanis, qu'il reçoit du sang des artères, le travaille, l'élabore à sa manière, et en fait sortir la pensée, le jugement, la réflexion, l'entendement tout entier. Cabanis lui-même abjura plus tard cette doctrine ; et l'illustre Georget commença et finit comme Cabanis.

Pour prouver que le cerveau est incapable de penser, M. Bousquet, comparant les faits physiques, matériels, aux phénomènes moraux, intellectuels, démontre qu'ils sont irréductibles les uns dans les autres, et qu'on ne saurait conséquemment les rattacher à une origine commune, et les fait tous dériver de l'organisation.

La pensée a des qualités propres, essentielles ; elle exclut l'étendue, cette propriété fondamentale de la matière et sans laquelle on ne saurait la concevoir. Ce qui trompe, ce qui engendre l'erreur, ce qui produit la confusion, c'est l'union de l'esprit et du corps, l'association du moral et du physique ; nous ne connaissons point la nature des rapports de la matière avec le principe immatériel ; ici tout est obscurité, et si la raison ne consent pas à se soumettre, elle se révolte et l'esprit l'esprit.

L'orateur, dans l'intérêt de la science, forme le vœu de voir cesser bientôt la guerre que la physiologie a déclarée à la psychologie. Ces deux sciences doivent se donner la main pour s'éclairer, pour se conduire mutuellement.

M. Bousquet, appréciant ensuite d'une manière générale le discours de M. Baillarger, s'applaudit d'être presque partout en parfaite conformité de doctrine avec son *prétendu adversaire*, et de se rencontrer sur presque tous les points avec lui contre M. Moreau. Si quelque motif a pu donner le change aux auditeurs, c'est que M. Baillarger écarte le plus possible M. Moreau de la discussion et qu'il porte plus particulièrement le débat sur le rapport.

L'orateur rappelle que M. Baillarger a approuvé la distinction de *mots*, *principes* et *théorie*, appliquée par l'auteur du rapport au travail de M. Moreau ; que M. Baillarger partage aussi les opinions du rapporteur touchant l'étiologie de la folie, son origine, son point de départ ; même accord sur la question anatomo-pathologique, si ce n'est que M. Baillarger, tout en proclamant que dans l'anatomie pathologique des aliénés, il n'y a qu'erreur et confusion, fait une exception en faveur de la *paralysie générale*.

M. Bousquet ne saurait considérer cette affection comme *une espèce* de folie. Pour lui, c'est une phlegmasie des méninges qui trouble consécutivement les fonctions cérébrales, et n'amène, pour ainsi dire, que secondairement le délire. La lésion encéphalique ne peut expliquer que l'embarras de la langue, la gêne de la déglutition et les divers symptômes de la paralysie musculaire : elle ne peut rendre compte de l'aberration intellectuelle ; celle-ci commence dans le foyer même de la vie.

Suivant l'orateur, l'anatomie pathologique ne saurait découvrir les causes de la maladie ; elle en montre les effets, les désordres ; c'est la science de la séméiotique intérieure.

Ce n'est point sur le cadavre, c'est sur le malade qu'il faut avant tout étudier la maladie ; c'est là seulement qu'on peut apprendre à la bien connaître ; car, comme le dit Vauvenargues, « on ne peut juger de la vie par une plus fausse règle que la mort. »

M. Bousquet, d'accord jusqu'à présent avec M. Baillarger, ne saurait plus être de son avis pour l'assimilation du songe et de la folie. M. Baillarger a fondé toute sa théorie sur l'*automatisme de l'intelligence*. Ce sont deux mots incompatibles, et dont M. Bousquet ne saurait ni comprendre ni accepter l'association ; car, qui dit automatisme dit machine aveugle et absence de toute opération intellectuelle. D'après M. Baillarger, le savant qui pense, le philosophe qui médite, le poëte qui s'abandonne au gré de son imagination, seraient donc des automates. La raison proteste contre une pareille théorie.

M. Bousquet repousse avec force l'interprétation que M. Baillarger a donnée de l'appréciation formulée dans le rapport touchant les progrès de la pathologie mentale. L'orateur ne mérite point les reproches de son adversaire ; il arrive à reconnaître et à proclamer que jamais on n'a mieux discerné, mieux connu, mieux étudié les différentes formes de la folie que de nos jours ; cependant il est obligé d'avouer que ces distinctions admises par les uns, rejetées par les autres, pleines de valeur au point de vue historique, sont sans fondement et sans utilité dans la nature, où l'on voit tout se mêler, tout se confondre et les diverses variétés de folie se succéder, se transformer et rentrer les unes dans les autres.

M. Bousquet termine son discours en insistant sur l'insuffisance de la thérapeutique des maladies mentales, et en s'élevant contre les assertions avancées par M. Ferrus, qui a présenté sans doute, dans ce cas, son expérience propre et son habileté personnelle pour l'état de la science. L'orateur exprime le vœu que les efforts des médecins aliénistes aboutissent non-seulement à éclairer la pathogénie de la folie, mais surtout à multiplier les ressources dont ils disposent contre cette terrible maladie.

M. *Ferrus* et M. *Baillarger* demandent la parole pour la prochaine séance, afin de répondre à M. Bousquet.

— La séance est levée à cinq heures.

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 30 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. HUGUIER.

Compte rendu de la discussion relative au Mémoire sur un procédé nouveau d'uréthrotomie *présenté dans la séance précédente par M. Maisonneuve* (1).

M. *Vidal* : La courte communication que M. Maisonneuve a soumise à la Société fait l'objet d'un mémoire imprimé que tout le monde a entre les mains. On trouve dans ce mémoire deux points principaux qu'il convient de discuter à part : 1° il s'agit de l'introduction dans les rétrécissements d'une bougie fine ; 2° cette bougie, ayant franchi le rétrécissement, sert de conducteur, au moyen d'un mécanisme très simple, à un instrument tranchant destiné à diviser l'obstacle d'avant en arrière ; elle conduirait, à la rigueur, tout autre instrument que l'uréthrotome, c'est-à-dire un porte-caustique ou même un dilatateur brusque.

Le premier point domine la question, car franchir le rétrécissement est certainement le but le plus important, celui qui est souvent le plus difficile ; tous les rétrécissements ne sont pas franchissables, et il est arrivé à tous les chirurgiens d'échouer dans cette opération préliminaire, quelque patience que l'on y mît, quelque variées que fussent les manœuvres..... Ce n'est pas parce que l'ouverture du point rétréci manque, mais bien parce qu'on ne peut pas s'y engager ; on sait, en effet, que ce n'est que bien rarement qu'on constate l'oblitération complète de l'urèthre, cette oblitération n'ayant été observée que dans des cas très exceptionnels d'abcès, de tumeurs péri-uréthrales ou de fistules urinaires très anciennes, etc., etc.

Or cette difficulté très réelle, M. Maisonneuve l'a complétement passée sous silence. Il faut d'abord, dit il, engager une bougie fine, et, lorsque cela est obtenu, on tient le rétrécissement, et l'affaire est faite. Rien n'est plus vrai ; mais il faut d'abord passer cette première bougie, il faut trouver moyen de conduire le conducteur de l'uréthrotome. Il est à regretter que M. Maisonneuve n'ait rien dit de nouveau à cet égard, et qu'il se soit contenté de dire qu'il fallait recourir pour cela aux préceptes connus ; ces préceptes, par malheur, sont vagues et incertains.

Mais supposons la bougie passée ; on procède à la section ; on n'a pas besoin de volumineux instruments, comme ceux de M. Reybard, car on coupe d'avant en arrière, et c'est pour M. Maisonneuve un grand avantage.

Il faut d'abord observer qu'il existe deux variétés principales de rétrécissements : les uns inflammatoires, qui sont de véritables uréthrites, qu'il faut traiter comme telles et qu'on ne peut songer à sectionner ; les autres dits organiques ou fibreux, sujets à rétractilité.

Voilà des rétrécissements que l'on peut couper ; il est clair que le résultat immédiat de la section est avantageux ; l'ouverture est agrandie, le malade urine facilement. Mais est-il permis d'appeler cela la cure radicale?

(1) Ce compte rendu est, sauf quelques abréviations, extrait du procès-verbal officiel, rédigé par M. Verneuil.

L'incision qu'on vient de pratiquer dans ce tissu inodulaire lui ôte-t-elle ses propriétés de rétractilité ? Point du tout ; les incisions n'ont jamais modifié la tendance au retrait des cicatrices, et il suffit de rappeler ce qu'on obtient par ce moyen dans les coarctations des paupières, de la bouche, etc., etc. C'est l'extirpation du tissu cicatriciel et non pas son incision qu'il faudrait faire pour avoir la cure radicale. Ainsi le mot de *cure radicale* ne convient point à la simple incision que met en usage M. Maisonneuve.

Notre collègue, après l'uréthrotomie, simplifie le traitement en supprimant la dilatation consécutive. Cette opération est, suivant lui, superflue, et pour preuve qu'il n'est pas besoin d'écarter mécaniquement les lèvres de l'incision, il cite pour exemple le méat urinaire, qu'on incise si souvent et qu'on élargit de cette façon sans introduire de sonde. L'exemple me paraît mal choisi ; car lorsqu'il y a rétrécissement du méat à la suite d'un chancre ou de toute autre ulcération, l'incision n'empêche pas le rétrécissement de se reproduire avec beaucoup d'opiniâtreté, et quand le méat est sain, son débridement est loin de réussir toujours à l'agrandir d'une manière permanente.

MM. Syme et Reybard sont venus, qui ont cherché et trouvé la *cure radicale*. Aujourd'hui il s'agit de la *cure radicale instantanée ;* M. Maisonneuve a imaginé pour sa part l'*instantanéité*.

Un mot, en terminant, sur la méthode des grandes incisions. Il y a deux procédés principaux : M. Reybard les pratique de dedans en dehors ; M. Syme suit la marche inverse. Or M. Vidal n'est partisan d'aucun de ces procédés ; la méthode en elle-même lui paraît vicieuse, car les deux procédés ont amené des désastres. L'opération de M. Syme a été violemment attaquée en Angleterre par MM. Attold et Lizars, qui ont rassemblé contre elle des faits accablants. L'opération de M. Reybard elle-même a eu des revers, et M. Vidal a vu des opérés qui étaient en état de récidive. Cependant, s'il fallait se décider entre les deux, c'est à la pratique de M. Syme qu'il faudrait donner la préférence. Elle est grave, sans doute, mais au moins elle est sûre dans son manuel et logique dans sa conception ; on n'agit point au hasard. En ayant sous les yeux le tissu morbide, on est certain de le diviser ; on pourrait peut-être même l'extirper, ce qui serait le moyen le plus assuré d'obtenir la guérison.

Dans l'immense majorité des cas, on ne doit pas songer à l'uréthrotomie ; on doit s'estimer heureux quand le rétrécissement est franchi, et s'en contenter, car la dilatation devient dès lors possible.

M. Maisonneuve est d'autant moins autorisé à parler de la guérison radicale de ses opérés, que ses opérations sont très récentes, et que le temps n'a point encore prononcé sur leurs résultats ultérieurs.

M. *Ricord* a été très surpris, très ému de la publication de M. Maisonneuve. Il a frémi en songeant que la section des rétrécissements y était présentée comme méthode générale, applicable d'emblée à tous les cas ; cette pratique lui a paru d'une audace extrême.

Comme M. Vidal, M. Ricord admet qu'il existe un bon nombre de rétrécissements infranchissables, et en voyant que cette circonstance n'avait pas même été prise en considération, il a été obligé de relire la signature de M. Maisonneuve au bas de l'article, pour être convaincu que la rédaction en était due à un chirurgien ayant vu un nombre de cas suffisant. Pour sa part, l'orateur a fréquemment dû renoncer à l'introduction d'une bougie dans les rétrécissements, et pourtant il a employé toutes les manœuvres classiques.....

M. Ricord a vu les bougies de M. Maisonneuve : elles sont très fines, très molles, elles n'ont rien de spécial ; tout le monde les emploie. Si donc ce dernier a un moyen particulier de les faire passer à travers les obstacles, il ferait bien de le faire connaître, afin que tout le monde pût en profiter.

Arrivant à l'uréthrotomie, M. Ricord convient qu'il vaut mieux inciser avec l'aide d'un conducteur que sans guide ; mais les instruments ordinaires sont très suffisants, et le bout de bougie qui pénètre dans la vessie est parfaitement inutile. L'uréthrotomie, il est vrai, peut rendre des services ; mais il ne faut y avoir recours qu'avec la plus grande réserve, et lorsqu'on y est absolument forcé par la nécessité. De telle sorte qu'on peut poser en principe que cette opération n'est justifiable que lorsqu'il est impossible de faire autrement.

Il a lu avec étonnement ce que M. Maisonneuve a dit de l'emploi des bougies et de la dilatation en général. La proscription de ce moyen si simple, si utile, les reproches formulés contre cette méthode, lui ont paru un véritable sacrilége. Certainement le cathétérisme des rétrécissements et leur dilatation ne sont pas sans inconvénients et même sans dangers ; mais si l'on veut les comparer sous ce rapport avec l'uréthrotomie, il faut mettre en regard le nombre des cas dans lesquels on emploie les deux méthodes, et compter combien on traite de rétrécissements par la dilatation et combien par la section.

L'uréthrotomie cause de bien nombreux et de bien cruels déboires. Que d'accidents sont arrivés entre les mains de M. Reybard lui-même ! M. Ricord en a observé un grand nombre pour sa part. Comment donc M. Maisonneuve peut-il donner cela comme une opération innocente, simple, légère, sans accidents, et dire qu'il ne s'écoule pas même une goutte de sang ?

M. Ricord trouve les bougies admirables. La dilatation est le premier moyen à employer, il suffit presque toujours ; l'uréthrotomie doit être réservée pour les cas tout à fait exceptionnels. Membre de la commission de l'Académie pour le prix d'Argenteuil, M. Ricord a signé le rapport qui donnait ce prix à M. Reybard ; mais ce n'est pas pour ses affreux instruments ; le mémoire renfermait des études très sérieuses sur les rétrécissements, des idées très originales, et c'est ce qui a décidé M. Ricord.

La section des rétrécissements donne, il est vrai, des résultats immédiats heureux ; l'urine est rendue sur-le-champ et sans difficulté, l'opéré est satisfait. Tout va bien s'il n'y a ni hémorrhagie, ni infiltration d'urine, ni inflammation, ni abcès, ni phlébite, ni infection purulente ; mais combien de cures radicales obtient-on ? On l'ignore. Où est la garantie que la cicatrisation ne reproduira pas l'obstacle ? M. Reybard a bien, à la vérité, montré l'urèthre de chiens auxquels il avait fait l'uréthrotomie ; on y voyait les deux lèvres de la plaie cicatrisées isolément et réunies par une portion de cicatrice molle et flexible. M. Ricord lui-même a vu l'urèthre d'un homme opéré, mort d'une affection étrangère, et cet urèthre offrait bien la disposition annoncée par le chirurgien lyonnais. Mais ces résultats sont-ils constants, sont-ils définitifs ? Il y a déjà des faits qui prouvent que le contraire peut avoir lieu. Dans tous les cas, cela ne prouverait pas que l'uréthrotomie soit toujours simple et innocente.

M. Ricord reproduit l'argument de M. Vidal relatif aux suites du débridement du méat urinaire, et termine en ajoutant que l'appareil instrumental de M. Maisonneuve n'a rien de neuf. Il se compose de la canule et de l'uréthrotome de M. Ricord lui-même ; il n'en diffère que par l'addition d'une bougie, qui est inutile.

M. *Giraldès* : La discussion, depuis son origine, s'est déjà élargie. Il ne s'agit plus seulement de M. Maisonneuve, M. Syme et sa pratique sont également mis en question ; enfin le cathétérisme des rétrécissements lui-même a été soulevé. Relativement à ce dernier point, M. Maisonneuve ne peut avoir la prétention de franchir tous les rétrécissements, car il y en a de réellement infranchissables, non-seulement sur le vivant, mais encore lorsque après l'autopsie on a entre les mains la pièce pathologique. C'est un fait que M. Maisonneuve ne peut ignorer, et il suffirait de lui rappeler une pièce recueillie par M. Nélaton, une autre par M. Sédillot, dans lesquelles un stylet très fin ne put jamais être engagé dans la lumière des rétrécissements ; on comprend bien que sur le vivant jamais on n'avait pu introduire de bougies.

M. Maisonneuve pourrait, à la vérité, dire que pour lui ces cas n'existent pas, et qu'il ne croit pas aux rétrécissements infranchissables ; il se rapprocherait en cela de M. Syme, qui dit qu'avec de l'*adresse et de la patience* un chirurgien *habile et expérimenté* peut toujours traverser l'obstacle, mais qui cependant admet des cas très exceptionnels où ce premier résultat ne peut être obtenu, et où il faut opérer avec le seul guide d'une sonde qui appuie sur la partie antérieure du rétrécissement.

Mais supposons la difficulté vaincue, il faut juger la valeur clinique des divers procédés de section. Or celui de M. Maisonneuve ne peut pas être discuté en ce moment ; on ne pourra le faire que lorsqu'on aura sous les yeux les observations. On ignore, en effet, combien de malades ont été opérés, combien d'accidents, et quels accidents se sont montrés, à quelle époque remontent les opérations, etc., etc.

Le procédé de M. Syme, au contraire, est connu depuis longtemps ; les opérations sont nombreuses ; elles ont été discutées ; on peut donc commencer à porter un jugement sur cette méthode.

M. Syme a fait 108 fois son opération ; il n'accuse que 2 morts, dues, suivant lui, à des causes indépendantes de l'uréthrotomie. Quelques malades ont conservé des fistules, mais ils étaient dans de mauvaises conditions de santé générale, et l'on pouvait accuser le défaut de la propriété plastique.

Par malheur, dans la seconde édition de son ouvrage, M. Syme ne rapporte que 16 observations sur 108 cas qu'il a opérés, de telle sorte qu'on est obligé de s'en rapporter entièrement à lui pour les autres faits ; ce qui est fâcheux.

M. Giraldès reproduit le jugement déjà porté par lui, sur l'opération de M. Syme, dans son article de la *Gazette hebdomadaire* (voy. n° 22).

M. *Debout* a eu l'occasion de se renseigner sur la méthode de M. Reybard auprès des chirurgiens de Lyon eux-mêmes ; la plupart sont d'accord pour proscrire cette opération. A leur connaissance, elle a donné des résultats déplorables entre les mains de l'inventeur lui-même et de ceux qui l'ont imité. Depuis longtemps ils ont complétement abandonné l'uréthrotomie.

M. *Maisonneuve*, pressé par le temps, demande à répondre quelques mots alors même que la liste des orateurs inscrits n'est pas encore épuisée ; mais c'est surtout pour poser la question. Jusqu'à ce moment, les arguments énoncés ont porté plutôt sur la méthode des grandes incisions que

sur l'objet même de sa communication, et le reste de la discussion a suivi la même marche.

Ainsi, on a fait une vive critique des grandes incisions, mais lui-même ne s'en est nullement fait le champion; il n'en est pas le partisan exclusif. M. Ricord l'a accusé d'injurier les bougies et de méconnaître leurs services; mais telle n'est pas sa pensée; il s'est seulement élevé avec force contre l'emploi des bougies après la section du rétrécissement. Il regarde comme inutile et même comme nuisible d'écarter les lèvres de la plaie avec un corps étranger.

Toutefois, dans sa pensée, le traitement par les bougies seules a de très nombreux inconvénients; il est lent, pénible, désagréable; les malades s'ennuient et accusent le chirurgien du peu de progrès de la guérison; ils délaissent le traitement par négligence ou par dégoût. L'uréthrotomie, au contraire, est rapide, la guérison est prompte, les résultats presque immédiats. Lors donc qu'on veut guérir instantanément un rétrécissement, c'est incontestablement à la section qu'il faut s'adresser.

C'est pour démontrer cela que M. Maisonneuve a fait sa communication. Comme tout le monde, il reconnaît des rétrécissements infranchissables, et dans de tels cas il ne fait pas autrement que les autres; mais il a voulu établir qu'aussitôt qu'une bougie, si fine qu'elle soit, a franchi l'obstacle, il est possible d'abréger considérablement le traitement par l'introduction d'un uréthrotome, qui divise sur-le-champ le rétrécissement, et amène par le fait une guérison instantanée.

Il peut en citer un exemple récent. Ces jours derniers, il y avait dans le service de M. Velpeau un malade traité depuis cinq ans pour un rétrécissement considéré comme incurable, comme l'attestent de nombreux certificats qui lui ont été délivrés. Le rétrécissement, en effet, était très dur, il y avait des fistules et des indurations tout autour. M. Maisonneuve appliqua son opération, il eut les plus grandes difficultés à introduire une bougie et y consacra plus de vingt minutes. A peine ce premier temps était-il accompli que la guérison était obtenue, car il avait suffi d'un quart de minute pour conduire l'uréthrotome et diviser le rétrécissement. Depuis ce moment, l'urine fut rendue à plein canal, les fistules se sont guéries, etc., etc. Voilà certes un résultat remarquable, et qu'on n'obtiendrait pas par les anciens procédés. Toutes les difficultés du traitement se réduisent donc à introduire une fine bougie; elles sont quelquefois extrêmes et lentes à surmonter; mais aussitôt que l'obstacle est franchi, on peut achever la cure avec le premier instrument venu, avec l'uréthrotome de M. Ricord, ou celui de M. Civiale, ou tout autre encore.

D'après M. Ricord, la bougie conductrice repliée dans la vessie gêne plus qu'elle ne sert, ou elle est au moins inutile : c'est une erreur; on ne peut pas substituer facilement l'uréthrotome à la bougie quand celle-ci est retirée, et il arrive souvent qu'après avoir franchi le rétrécissement et retiré cette bougie, il devient tout à fait impossible de la réintroduire, même immédiatement, et les plus habiles, M. Ricord lui-même, seraient souvent en défaut. La peine qu'on aurait prise à exécuter le premier temps serait donc tout à fait perdue pour le second. Si, au contraire, on se sert de la bougie conductrice, il n'y a plus de difficulté, et un externe, ou le premier élève venu, peut achever l'opération dès que l'obstacle est franchi.

Il y a donc une diminution considérable dans la durée du traitement; et d'ailleurs, dans les anciens procédés, lorsque la bougie est introduite, il faut la laisser en place, si l'on veut en tirer quelque avantage. Or personne n'ignore tous les inconvénients et tous les dangers qu'entraînent les sondes à demeure, et que le procédé de M. Maisonneuve supprime d'un seul coup.

On paraît s'étonner beaucoup de ce que M. Maisonneuve annonce qu'il obtient la cure radicale; mais il en parle d'après l'autorité de l'Académie. La commission d'Argenteuil a déclaré que l'uréthrotomie amenait la cure radicale des rétrécissements. M. Maisonneuve fait l'uréthrotomie; il obtient donc cette cure radicale, et c'est au jugement de l'Académie qu'il faut s'attaquer si ce résultat n'est pas réellement obtenu. Il n'a donc rien imaginé de nouveau dans ce genre. Quant à l'instantanéité, il n'en est pas davantage l'inventeur; mais il est clair qu'on peut l'admettre, puisqu'il suffit d'une seule séance pour diviser complétement le rétrécissement.

Il y a d'ailleurs dans sa méthode quelque chose de nouveau et d'important que la discussion n'a pas abordé, c'est l'emploi du lithotome caché comme instrument de section, et la manière dont le point rétréci est incisé. Jusqu'à ce jour, en effet, on avait coupé les rétrécissements dans tous les sens, d'avant en arrière, d'arrière en avant, de dehors en dedans, mais on avait tout simplement oublié de les couper de dedans en dehors, et c'est ce que réalise très bien le lithotome.

L'appareil instrumental de M. Reybard a quelque chose de barbare; il a un volume énorme, ce qui fait qu'il ne peut traverser que des rétrécissements déjà très dilatés; puis il est difficile de l'ouvrir dans le canal, et il faut le déployer dans la partie saine, de telle sorte qu'il a pour agrément de blesser le canal sain et de respecter le rétrécissement; s'il y a plusieurs rétrécissements successifs, il faut alternativement ouvrir et fermer l'instrument, ce qui est très difficile, très long, et souvent même tout à fait impossible.

M. Maisonneuve appuie sa démonstration en montrant un des uréthrotomes de M. Reybard.

M. Syme coupe de dehors en dedans; mais il lui faut un conducteur; et ce conducteur lui-même, par son volume, par sa courbure, est très difficile à passer à travers l'obstacle.

L'uréthrotomie d'avant en arrière est impossible à exécuter sans un conducteur, ou du moins personne ne l'a faite.

M. *Ricord* proteste, car lui-même a fait cette opération, que M. Maisonneuve regardait comme impossible.

M. *Maisonneuve* avoue qu'il l'ignorait; mais dans tous les cas le procédé ne peut pas être généralement adopté, et il a fallu toute l'habileté de M. Ricord pour qu'il ait réussi. Personne n'avait eu l'idée d'appliquer le lithotome du frère Côme à l'uréthrotomie, et cependant cet instrument lève toutes les difficultés. Dans toutes les autres méthodes, on attaque tous les tissus voisins du rétrécissement avant le rétrécissement lui-même. M. Reybard coupe une certaine étendue du canal sain soit en avant, soit en arrière de l'obstacle; parfois, en même temps, il blesse ce canal à la fois en avant et en arrière. M. Syme divise toute la paroi uréthrale et le tégument sous-jacent avant d'arriver au tissu morbide. Si d'ailleurs plusieurs rétrécissements existent, on divise toujours dans les procédés précédents les portions saines du canal interposées entre eux.

Avec le lithotome, les choses se passent tout autrement : il paraît effrayant au premier moment de découvrir une longue lame tranchante dans l'urèthre; mais la moindre réflexion et surtout l'expérience montrent que les dangers sont imaginaires. L'instrument est introduit fermé dans l'urèthre; il s'engage dans le rétrécissement; tant qu'il ne l'a pas franchi, il ne peut pas s'ouvrir; dès que celui-ci est dépassé, la lame peut faire saillie; mais elle presse uniquement sur le point rétréci et le divise seul sans atteindre la muqueuse saine en deçà ou au delà de ce point. La section ne porte donc que sur le tissu morbide, mais celui-ci est infailliblement atteint.

Loin d'avoir à craindre des incisions trop grandes, c'est plutôt le contraire qui arrive, et M. Maisonneuve s'est depuis longtemps départi de la timidité qu'il avait eue dans ses premières tentatives.

Le volume du lithotome ne permet pas de l'employer d'emblée dans les rétrécissements très étroits. Pour ceux-ci, on commence par introduire la bougie filiforme; celle-ci conduit un uréthrotome qui fait d'abord la voie; puis, lorsque celle-ci est assez large, le lithotome est substitué, et l'incision est faite alors au degré voulu. Rien n'est plus facile, plus prompt que l'ensemble de ces manœuvres, alors qu'on a un premier conducteur.

En résumé, M. Maisonneuve n'a rien inventé pour franchir les rétrécissements infranchissables. Il admet la cure radicale par l'uréthrotomie comme la commission de l'Académie. Il rend seulement cette guérison beaucoup plus prompte en fournissant un moyen sûr d'appliquer dans une seule séance un procédé opératoire quelconque, incision, cautérisation, dilatation brusque. Sa manière de faire convient donc particulièrement aux malades qui sont pressés de guérir.

L'opération est tellement simple qu'elle remplace, pour ainsi dire, la grande habileté nécessaire pour les autres. Enfin, les suites sont tout à fait bénignes; il n'y a pas d'accidents, pas d'hémorrhagies, pas de fistules; en un mot, une innocuité parfaite et une efficacité immédiate.

M. *Lenoir* avait demandé la parole; mais M. Maisonneuve ayant été obligé de quitter la séance, M. Lenoir remet à la suivante les réflexions qu'il avait à produire. La discussion continue néanmoins en l'absence de M. Maisonneuve.

M. *Gerdy*. La discussion a complétement changé de face. On avait fait à M. Maisonneuve divers reproches; il désavoue les propositions qui lui avaient été contestées; comme tout le monde, il reconnaît qu'il y a des rétrécissements infranchissables. Il n'attache pas aux mots de cure radicale un sens rigoureux; enfin, il paraît céder sur plusieurs points. M. Gerdy, après cette constatation, examine successivement quelques faits relatifs à la question générale.

Il existe, il est vrai, des rétrécissements infranchissables, mais cela veut dire infranchissables aux instruments; quelquefois cependant on arrive à s'y engager soit avec les bougies tortillées, soit en manœuvrant la sonde de diverses manières; mais en pareil cas on ne procède réellement que par tâtonnements, et c'est le hasard seul qui rend parfois plus heureux et qui permet à la bougie de s'engager. Sous ce rapport, la bougie filiforme de M. Maisonneuve n'a rien de spécial; son passage est aussi fortuit que celui de toutes les autres. Mais il existe une cause sur laquelle on n'insiste pas assez et qui rend cependant un rétrécissement infranchissable quelquefois pendant un temps plus ou moins long. Cette cause réside dans l'inflammation ou la congestion qui gonfle les parois du canal ou le tissu morbide, et qui

obstrue momentanément le passage. Au lieu de lutter à plusieurs reprises contre cet obstacle et de fatiguer le canal par des tentatives répétées, M. Gerdy abandonne le rétrécissement à lui-même et s'adresse uniquement à la rétention d'urine ; pour cela, il fait la ponction de la vessie. Cette opération fait cesser les accidents, diminue beaucoup la congestion du canal de l'urèthre, de telle sorte qu'au bout d'un temps variable de deux à quatre ou à huit jours le point rétréci naguère infranchissable admet facilement un corps dilatateur.

La ponction de la vessie est par elle-même tout à fait innocente, et n'entraîne point d'inconvénients ; c'est au contraire un palliatif puissant. M. Gerdy y a déjà eu recours un certain nombre de fois, et il a toujours eu à s'en louer ; il est maintenant complétement édifié sur son innocuité.

Relativement à la cure radicale, elle passe pour être impossible à obtenir, parce que, dit-on, on a affaire à un tissu fibroïde qui tend toujours à se rétracter et qui n'est point susceptible de résolution. Cette opinion est trop absolue et souffre quelques exceptions. La rétraction du tissu fibroïde est souvent due à l'inflammation, et l'on arrive à en triompher parfois à l'aide des antiphlogistiques.

M. Maisonneuve proscrit l'emploi des sondes après l'uréthrotomie. Cette idée est acceptable : il est possible, en effet, que le contact de corps étrangers avec les lèvres de la plaie uréthrale récente soit une cause d'irritation et d'accidents inflammatoires.

Il est incontestable que l'uréthrotomie de MM. Syme et Reybard peut amener des accidents. M. Gerdy en a vu lui-même; il a observé des hémorrhagies terribles, des inflammations graves, etc. Cependant, comme membre de la commission d'Argenteuil, il a adopté le rapport qui couronnait M. Reybard. Mais la récompense décernée ne s'adressait pas à l'uréthrotomie, mais bien plutôt aux études d'anatomie et de physiologie pathologiques faites par cet auteur. Dans les divers mémoires présentés pour les prix, il n'y avait aucun progrès bien saillant pour le traitement, mais dans le mémoire couronné, il y avait des idées neuves, des faits importants : c'est ce qui a décidé le choix du lauréat. M. Gerdy a adopté en cela les idées formulées par le rapporteur de la commission.

M. *Voillemier*, après avoir rappelé les concessions de M. Maisonneuve, expose en peu de mots le procédé opératoire de ce chirurgien, et continue ainsi :

Avec les autres procédés, suivant M. Maisonneuve, on attaque le rétrécissement d'avant en arrière ou d'arrière en avant, mais on s'expose à couper les parties saines du canal en avant ou en arrière de l'obstacle. Lui, il divise le rétrécissement de dedans en dehors ; il n'attaque que le rétrécissement, ne divise que les points malades, sans intéresser les parties saines. C'est là, dit-il, ce qui établit la méthode. Nous voilà déjà bien loin du bout de bougie qui semblait constituer toute l'invention de notre collègue. Nous reviendrons sur ce point.

Mais n'est-il pas étrange de voir M. Maisonneuve accuser les chirurgiens de léser les parties saines du canal, de couper autre chose que le rétrécissement, quand tous ceux qui se sont occupés d'uréthrotomie ont fait les plus grands efforts pour éviter cet accident ! Il oublie donc que tous les uréthrotomes sont gradués, pourvus d'un renflement vers leur extrémité, pour préciser le siége du rétrécissement, limiter son étendue, afin que l'action de la lame ne porte que sur les points rétrécis ? Lui seul néglige ces précautions, et il accuse les autres ! Le lithotome, assure-t-il, ne coupe que les parties indurées, tandis que les parties saines fuient devant sa lame. S'il en est ainsi, pourquoi les parties saines ne fuiraient-elles pas devant la lame des uréthrotomes ordinaires? Est-ce parce que la lame du lithotome est plus forte, plus courbe, portant sur une grande longueur du canal, qu'elle aurait le privilége étrange de respecter davantage les tissus ? Et quand le rétrécissement est divisé, qu'est-ce donc qui avertit la lame de ne plus couper ? Pour arriver à la base du rétrécissement, comment cette longue lame fait-elle pour épargner les tissus placés au-devant et en arrière du rétrécissement ? Il faudrait au moins quelques dissections, quelques pièces pathologiques pour faire accepter des faits aussi étranges. Mais notre collègue a pris soin de nous dire que son procédé était de date trop récente, qu'il n'avait pas encore eu de cas de mort. J'ai été moins heureux que lui. Chez un homme que j'avais opéré par la méthode de M. Reybard, pour un rétrécissement de la portion antérieure de la verge, j'ai vu se développer un érysipèle, des accidents d'infection purulente, et la mort s'ensuivit. Alors j'ai pu constater quels désordres pouvait entraîner une incision qui pourtant n'avait pas 2 centimètres d'étendue. S'il s'agissait de discuter ici la valeur des grandes incisions, je pourrais citer encore un cas déjà rapporté par M. Reybard, et qui m'appartient. Il s'agit d'un homme qui se trouvait dans mon service de l'hôpital de la Pitié. Notre confrère M. Reybard m'avait demandé de lui appliquer sa méthode, et je m'y étais refusé, le trouvant dans des conditions qui devaient exclure toute espèce d'uréthrotomie. Un matin je ne trouvai plus le malade à son lit ; il était sorti. Quelque temps après, M. Reybard vint me prier de recevoir dans mon service un homme qu'il avait opéré dans le service de Blandin, et qui ne recevait pas les soins qu'il désirait lui voir donner. Je l'acceptai. Ce malade était le même qui avait quitté mon service. C'est à peine si je pus le reconnaître, tant il était changé. Il était épuisé par des hémorrhagies continuelles, qui furent très difficiles à arrêter par une compression directe opérée sur le périnée, le repos absolu et des soins généraux. S'il a fini par guérir, il peut bien en rendre grâces à Dieu. Mais laissons ce sujet, car j'oublie que M. Maisonneuve, avec la terrible lame du lithotome, a la prétention de ne faire que de petites incisions.

Si nous revenons à l'uréthrotome que notre collègue a allongé d'un bout de bougie conducteur, je pourrais lui faire remarquer que ces conducteurs ne sont pas nouveaux ; que la plupart des uréthrotomes sont munis d'une tige métallique qui s'introduit dans le rétrécissement et précède la lame ; que des bougies molles ont été adaptées à des porte-caustiques pour les guider dans l'étroite voie des rétrécissements. Je pourrais lui faire remarquer encore qu'il est certains urèthres qui supportent avec la plus grande peine la bougie la plus déliée, qu'on ne parvient à la dilater un peu qu'à force de patience et de soins ; pense-t-il qu'il y ferait pénétrer sans danger sa bougie conductrice et son uréthrotome à la suite, que les efforts qu'il serait obligé de faire et qu'il terminerait par une incision ne pourraient pas amener les plus graves accidents ? Mais je laisse ces questions de détail, ces petits perfectionnements d'instruments, et il me suffit d'avoir prouvé combien les nouveaux moyens employés par notre collègue sont loin de tenir les promesses qu'il avait si imprudemment faites. *(La suite à un prochain numéro.)*

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 18 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Plusieurs malades de l'administration sont examinés par la commission chargée de cette fonction.

M. Audouard lit un mémoire sur les fièvres miasmatiques.

Il expose que les miasmes sont de deux sortes, selon qu'ils résultent de la décomposition putride des végétaux ou des animaux qui ont cessé de vivre. De là des miasmes les uns végétaux, les autres animaux ; les premiers, qui sortent des marais, produisant les fièvres intermittentes, et les seconds des fièvres continues, des typhus. Cette distinction générale des miasmes est fondée sur les lois de la nature, sans cesse occupée à produire et à détruire, et l'application que l'auteur en fait aux deux ordres de maladies précitées, est justifiée par l'observation, car, deux sources de miasmes bien distincts donnent lieu à des maladies également distinctes quant au type, et non moins constantes que les causes qui les produisent.

M. de Pietra Santa lit un rapport sur plusieurs mémoires et brochures adressés à la Société par M. le docteur Saurel, rédacteur en chef de la *Revue thérapeutique du Midi.*

M. *Fauconneau-Dufresne* lit un rapport sur une thèse pour le doctorat en médecine, présentée et soutenue le 31 janvier 1855 par M. *Moynier*, et ayant pour titre : *De la chorée.*

Après un historique sur l'origine du nom de *danse de saint Guy*, sur les croyances superstitieuses relatives à cette maladie, sur les distinctions et désignations admises par Paracelse, Bairo, Plater, Hortius, Cullen, Solenander, Bellini et Nictiki, M. Moynier arrive à l'ouvrage de Bouteille et aux écrits de MM. Andral, Bouillaud, Rilliet et Barthez, Grisolle, Rostan, Trousseau, Botrel et Séc. Il annonce que lui-même ne veut s'occuper que de la *chorée essentielle.*

Nous trouvons d'abord les diverses manières dont débute la chorée, les phases par lesquelles passe le trouble des mouvements, les variétés infinies que ceux-ci présentent. Viennent ensuite les troubles de la sensibilité physique et morale, les complications, c'est-à-dire les maladies qui peuvent survenir dans le cours de la chorée ; parmi celles-ci, les plus communes sont la chloro-anémie, l'hystérie, l'analgésie, la paralysie du mouvement et l'aliénation mentale.

L'auteur rapporte une série d'observations où l'on voit l'hémiplégie être consécutive à la chorée. Dans un fait observé par M. Trousseau, la chorée ne paraissait cependant que compliquer l'hémiplégie. Deux observations sont relatives à une complication d'épilepsie, plusieurs autres à une complication rhumatismale; l'une d'elles offrait une endocardite, une autre l'albuminurie avec anasarque. La variole, la varicelle et la scarlatine se sont quelquefois développées dans le cours de la chorée.

La chorée peut déterminer la mort ; l'auteur en rapporte huit observations. Il se demande ensuite quelle est la cause de la mort, et, après une discussion approfondie, où il analyse les lésions anatomiques, les symptômes et les expériences physiologiques, il ne peut trouver une corrélation exacte entre les manifestations extérieures et les altérations des organes. Les malades se font fréquemment des blessures qui contribuent à les faire périr; mais la violence seule des convulsions de la chorée paraît suffire pour amener la mort, même sans complication.

D'après des relevés faits sur les registres de l'hôpital des Enfants et d'après des statistiques particulières, il résulte que la chorée est bien plus commune chez les filles que chez les garçons; qu'elle se rencontre plus fréquemment de dix à quinze ans, puis de six à dix ans. M. E. Moynier en a observé plusieurs à trois ans. On en a vu dans un âge plus avancé et même dans la vieillesse, à trente-six ans, à quarante-cinq ans, à cinquante et soixante ans, et Bouteille cite même un cas où le malade avait quatre-vingts ans. Le tempérament était plus particulièrement lymphatico-nerveux, accompagné de maigreur et offrant une pâleur voisine de l'état anémique. Les mauvaises conditions hygiéniques, qui amènent ce dernier état, prédisposent à la chorée. Cette maladie paraît plus fréquente dans les climats tempérés. Les enfants nés de parents atteints de diverses maladies nerveuses y sont plus sujets; on pense qu'il en est de même des enfants nés de parents affectés de rhumatisme. M. E. Moynier cite une série d'observations où la chorée s'est manifestée pendant la grossesse. Mais, de toutes les prédispositions, la plus fréquente est l'état chloro-anémique. De même, parmi les causes déterminantes, celle qu'il faut mettre en première ligne est la frayeur. On a vu aussi la chorée survenir à la suite de violences extérieures, de la suppression des menstrues, etc.

Les bains froids, les *immersions dans l'eau froide*, entrent pour une large part dans le traitement. Ces dernières, entre les mains de Dupuytren, paraissaient si efficaces, que ce grand praticien disait n'avoir pas vu une chorée y résister. L'hydrothérapie a pris depuis la plus grande extension, et cependant les cures par ses procédés sont longues à se produire, et quelques inconvénients graves que l'on a observés ont déterminé les médecins de l'hôpital des Enfants à y renoncer.

La *strychnine*, la *gymnastique* et les *bains sulfureux* sont des moyens thérapeutiques nouveaux dont M. Moynier a étudié l'action.

Mais avant de mettre en usage ces divers ordres de moyens, il est des cas où il est urgent de tempérer les symptômes, quelquefois assez violents pour menacer l'existence; et, dans cette médication d'urgence, c'est aux narcotiques qu'il convient d'avoir préalablement recours. Comme le sommeil amène le repos des muscles chez les choréiques, il ne faut pas craindre de donner des doses d'opium considérables pour le procurer à ces malades. A l'hôpital Necker, M. le professeur Trousseau a fait administrer à une fille publique, que ses mouvements d'une épouvantable intensité avaient couverte de plaies, 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine toutes les heures. Elle en prit jusqu'à 70 centigrammes, et s'endormit plusieurs heures. Elle en reprit ensuite 1 gramme 20 centigrammes, et sa chorée, amendée par ce moyen, put guérir. Comme les mouvements peuvent être assez violents pour que les malades se fassent des blessures graves et même mortelles, il est prudent, dans ces circonstances, de les enfermer dans une espèce de boîte matelassée. Dans des cas où les préparations d'opium n'avaient pas amené de sédation, le chloroforme, soit en liniments, soit en inhalations, a produit, entre les mains de M. Gassier et de M. Marsh, des effets avantageux; cependant l'auteur rapporte une observation tirée de la clinique de M. Andral, où ce moyen fut employé sans succès.

Les méthodes de traitement dont j'ai maintenant à vous parler ont été et sont encore employées, non dans le but seulement de calmer l'intensité des symptômes, mais dans celui de la guérison radicale.

1° La *strychnine*, indiquée d'abord vaguement, a été essayée par MM. Nieman et Cazenave, et expérimentée surtout par M. Trousseau dès l'année 1831. D'abord, ce médecin distingué s'en servit dans un cas complexe de paralysie et de chorée; mais bientôt il formula le traitement à dose croissante contre cette dernière maladie seule. Au lieu de donner le médicament par pilules de 1 centigramme, il préféra en faire entrer 5 centigrammes dans 200 grammes de sirop, et administrer celui-ci par cuillerées contenant chacune 1/2 centigramme de strychnine. On en donnait toutes les heures et demie, jusqu'à ce que des roideurs musculaires se fussent manifestées, ou même des engourdissements. Alors on interrompait les doses jusqu'au lendemain.

Il y a eu des différences considérables pour l'effet, non-seulement entre les enfants de même âge, mais encore chez le même enfant, suivant les jours où l'on employait le traitement. C'est ainsi que celui qui tel jour éprouvait de fortes roideurs après quatre cuillerées, n'en ressentait pas le lendemain, après en avoir pris dix. D'autres fois, il a fallu aller jusqu'à quatorze cuillerées, c'est-à-dire jusqu'à 7 centigrammes de sulfate de strychnine, avant de rien produire. M. E. Moynier cite quelques exemples dont les résultats, recueillis jour par jour, prouvent les assertions précédentes.

Les effets de ce médicament sont de nature à appeler toute la sollicitude du médecin qui voudrait mettre en usage un tel moyen thérapeutique. Avec les roideurs musculaires, les enfants ressentent des douleurs dans le cou; les muscles de cette région, ainsi que ceux des mâchoires, se contractent convulsivement; le pharynx devient le siége d'une constriction pénible; les muscles du ventre sont plus roides; les jambes ne peuvent plus se plier; les articulations sont comme ankylosées. Les enfants ne peuvent ni monter ni descendre un escalier, ni même marcher; ils sont forcés de s'étendre où ils se trouvent; puis les secousses tétaniques se montrent coup sur coup; elles semblent se modérer pour reparaître de nouveau avec plus de violence; les mâchoires sont serrées, la tête renversée en arrière; les membres thoraciques sont roidis ou tordus dans la pronation, les jambes étendues et roides également. Si dans ce moment on vient à toucher le malade légèrement, si même on lui passe la main à la pointe des cheveux, immédiatement il éprouve un soubresaut convulsif, des secousses très violentes, et il pousse un cri de douleur. Les muscles inspirateurs peuvent participer à ces roideurs; la respiration ne se faisant alors que d'une manière insuffisante, les lèvres bleuissent et l'hématose est incomplète.

Cet effrayant tableau peut être rapidement réduit à des proportions beaucoup moindres, si l'on étend le malade sur son lit au moment où les roideurs surviennent, et si on ne le touche pas. Pendant le spasme, l'intelligence et les organes ne sont nullement troublés, mais le moindre bruit, l'impression d'une lumière un peu vive, causent des douleurs ou des secousses convulsives. En compensation, la strychnine, par son amertume, augmente l'appétit, rend les digestions plus actives et les selles plus faciles.

Au début du traitement, l'agitation choréique augmente, mais bientôt l'amélioration se manifeste. Cependant, pour obtenir la guérison, il faut en moyenne trente-quatre jours, ainsi que cela résulte d'un relevé de 45 cas qui ont été suivis avec soin par l'auteur en 1852. Il se borne à en rapporter avec détail quatre observations où l'efficacité de la strychnine a été incontestable.

2° La *gymnastique*, malgré l'importance que lui reconnaît M. E. Moynier, n'occupe dans sa thèse qu'une place assez peu étendue. Mais après le mémoire lu récemment à l'Académie par M. Blache, après surtout le savant rapport fait à cette occasion par notre collègue M. Bouvier, qui lui-même cite les recherches de M. E. Moynier, je crois opportun d'entrer dans quelques détails.

Il est à supposer, dit M. Bouvier, que la gymnastique, si florissante chez les anciens, fut mise en usage dans le traitement de la chorée, comme dans celui des autres maladies spasmodiques. Au commencement de ce siècle, Darwin, et, après lui, Mason-Gord, entrevirent le parti qu'on en pourrait tirer dans le traitement de cette affection. Depuis, MM. Bailly, Bouvet-Lamarre, Jolly, Récamier, Bonneau, la préconisèrent. Elle fut régularisée, d'une certaine façon, par Récamier, qui recommanda la *cadence* dans beaucoup d'affections convulsives. On sait que le célèbre praticien obtint des succès, en envoyant de jeunes choréiques suivre, le soir, la retraite militaire qui part de la place Vendôme. Enfin, depuis 1847, la gymnastique est devenue un des principaux moyens contre la chorée, à l'hôpital des Enfants, où un beau gymnase a été construit à cet effet.

Au début des chorées intenses, la gymnastique ne doit être que *passive*, suivant l'expression de M. Blache, et consiste tantôt dans des frictions et des massages, tantôt dans une suite de mouvements communiqués aux membres de l'enfant. Peu à peu on la rend *active*, et appropriée avec intelligence aux mouvements désordonnés que produit la maladie. Dans ces opérations, on doit avoir toujours pour but, d'après M. Bouvier, de faire acquérir aux mouvements volontaires un degré de force de plus en plus suffisant pour résister à l'action des muscles opposés qui produisent les mouvements désordonnés.

M. Bouvier cherche à établir les effets du traitement gymnastique de la chorée par deux sortes de documents: par les relevés numériques de la durée de la maladie chez les choréiques soumis à ce traitement, et par les observations directes propres à montrer son influence sur les symptômes et la marche de l'affection. Je le suivrai ici, car son travail, sous ce rapport, est bien plus complet que celui de M. E. Moynier.

D'après la statistique de M. Sée, sur 22 cas de chorée, traités par les seuls exercices gymnastiques, 18 ont guéri en vingt-neuf jours, terme moyen.

M. Bouvier a présenté aussi une statistique, en se servant des documents de M. Sée. Il en résulte que 29 malades, presque tous du sexe féminin, ont eu besoin, pour guérir, d'une durée moyenne de trente-huit journées de séjour à l'hôpital, soit trente-cinq journées en retranchant la prolongation non motivée par la chorée.

Dans 108 cas recueillis par M. Blache, la guérison a eu lieu chez 102 enfants en trente-neuf jours, terme moyen; mais, dans 6 cas, qu'il considère comme des insuccès, il a fallu cent vingt-deux jours.

Les observations directes ou individuelles, faites par MM. Sée et Blache, concernant les modifications successives apportées par la gymnastique dans les mouvements des choréiques, ne permettent pas de douter des effets avantageux de ce mode de traitement. Il en est de même des observations publiées par MM. Axenfeld, Becquerel et E. Moynier.

La gymnastique, toutefois, ne réussit pas sans exception, et il a fallu, dans quelques circonstances, lui substituer d'autres moyens de traitement

qui ont été plus efficaces. Mais, plus souvent, elle paraît avoir réussi, lorsque les autres méthodes de traitement avaient échoué.

On doit, bien entendu, ne pas en faire usage dans les cas de maladie du cœur et dans les affections cérébrales congestives.

3° *Les bains sulfureux* ont d'abord été préconisés par Baudelocque, qui, par leur emploi, vit 5 malades guérir avec rapidité. Dans l'espace de cinq mois, 27 malades furent traités de cette manière, et vingt-cinq fois la guérison eut lieu. MM. Bonneau, Bassot et Guersant en retirèrent aussi de bons résultats. Le bain était d'une heure et administré chaque jour ; quand l'appétit diminuait, les progrès de la guérison se ralentissaient, et alors 60 centigrammes de carbonate de fer, donnés matin et soir, activaient l'appétit et le rétablissement. L'irritation de la peau a quelquefois fait interrompre le traitement, mais, au bout de peu de temps, on a pu y revenir. M. E. Moynier, avec les bains sulfureux, réussit dans deux cas où la gymnastique avait échoué ; mais il ne donne pas d'indication sur la durée du traitement par les bains sulfureux seuls.

Si l'on réfléchit à l'action de la strychnine sur l'organisme, action sur laquelle j'ai insisté à dessein, on verra qu'elle doit appeler toute la sollicitude du médecin. Sans doute, à l'hôpital, tous les genres de traitement sont possibles ; mais il n'en est plus de même pour le praticien de la ville, entouré d'une famille qui l'observe, d'une mère surtout qui suit, avec un tendre intérêt, les effets de ses ordonnances : quelle est sa position lorsque l'enfant, à qui il vient de faire prendre un breuvage, est pris de roideur, de secousses et de tous les phénomènes que j'ai énumérés. Évidemment c'est une sorte de demi-empoisonnement qui ressemble beaucoup à celui des animaux soumis aux expériences physiologiques et chez lesquels on voit aussi le moindre attouchement produire de nouvelles convulsions.

Il est bien vrai que c'est une acquisition précieuse pour la thérapeutique, d'avoir trouvé un moyen de plus pour guérir la chorée ; mais il faut voir jusqu'à quel point il peut mériter la préférence sur les autres, et quels sont les cas où il doit être mis en pratique.

On a vu que, par la strychnine, il fallait, d'après le relevé de M. E. Moynier, trente-quatre jours en moyenne, pour obtenir la guérison. Ce n'est pas essentiellement la brièveté de traitement qui devrait faire préférer la strychnine, car, par la gymnastique, il ne faudrait, d'après M. Blache, que trente-neuf jours, d'après M. Bouvier, que trente-cinq jours, et, d'après M. Sée, que vingt-neuf jours seulement, pour arriver à ce résultat. Ces différences de quelques jours sont évidemment insignifiantes.

M. Bouvier, relativement au traitement par la strychnine, considère qu'on peut lui accorder une efficacité à peu près égale à celle des exercices gymnastiques et des bains sulfureux. Mais cette médication, selon lui, ne saurait prévaloir comme méthode générale. Il lui paraît sage de dire, avec M. Gaultier de Claubry, et nous nous rangeons complétement de l'avis de ces honorables confrères, «que l'on pourra recourir à la strychnine et aux préparations de noix vomique, dans les cas seulement où le caractère de l'affection choréique aura rendu impuissants d'autres agents thérapeutiques d'une efficacité généralement constatée, d'une administration plus facile et plus exempte d'inconvénients. »

A l'hôpital des Enfants, la gymnastique et les bains sulfureux paraissent être employés concurremment. Dans les relevés de M. E. Moynier, en effet, ces deux moyens vont toujours ensemble. On comprend qu'ils doivent se prêter mutuellement assistance.

Il y a lieu de s'étonner, toutefois, d'une assertion de M. le docteur Sée, d'où il résulterait que, lorsque les exercices gymnastiques étaient combinés avec d'autres remèdes, les résultats auraient été moins satisfaisants ; c'est ainsi que l'adjonction des bains sulfureux n'aurait fourni que 8 guérisons sur 11 cas, et l'adjonction de toniques que 3 guérisons sur 5 cas. N'est-on pas tenté de se demander, avec M. Moynier, si les cas d'insuccès, pour lesquels on avait cru devoir joindre d'autres moyens à la gymnastique, n'étaient pas de ceux qui, par leur gravité et leur intensité, auraient exigé la réunion de toutes les ressources de l'art, et qui, par cette raison, ne pouvaient être comparés aux autres ?

Au reste, les statistiques, pour qu'on puisse en tirer de véritables conclusions, exigent que les faits soient bien pesés et divisés suivant leurs natures. C'est ainsi que M. E. Moynier a constaté que, chez les filles, où l'on a vu que la chorée est plus fréquente, cette affection résiste beaucoup moins à l'action des divers traitements, et que, par suite, la durée est moindre. D'après ses relevés, en effet, la médication combinée par la gymnastique et les bains sulfureux guérit, en moyenne, les filles en trente-cinq jours, tandis qu'elle met quatre-vingt-sept jours pour guérir les garçons. Il en est de même de la médication par la strychnine : la moyenne du traitement pour les filles a été de trente-trois jours, et pour les garçons de soixante-quatorze jours.

La nécessité de bien peser les observations se trouve dans un résultat opposé donné par M. Blache ; car dans son travail il dit que la guérison a été un peu plus prompte chez les garçons que chez les filles.

On a cherché à établir une moyenne générale pour la durée des traitements. On y trouve aussi les plus grandes divergences : d'après M. Moynier, elle serait de cinquante jours ; elle ne serait, au contraire, que de trente-neuf jour d'après M. Rufs, qui, pour s'en rendre compte, avait dépouillé les registres de l'hôpital des Enfants de 1824 à 1833.

M. Bouvier nous paraît avoir posé les vrais principes du traitement, en disant que l'on doit surtout recourir aux moyens simples, agir suivant les indications, et proportionner l'activité de la médication à l'intensité du mal.

Parmi les indications, on remarquera surtout l'état chloro-anémique, qui paraît être une cause très fréquente de la chorée, et auquel il sera toujours utile de remédier par les toniques et les ferrugineux, tout en mettant en usage la gymnastique et les bains sulfureux.

La chorée peut sans doute quelquefois guérir spontanément ; mais on ne peut pas soutenir que, abandonnée à elle-même, elle guérit aussi vite que lorsqu'elle est soumise à un traitement convenable. On ne peut pas conclure non plus de la similitude d'action des divers moyens employés, que leur vertu est nulle. Cette opinion, émise par des hommes pourtant éminents, Dugès, M. Quissac, M. Roth et M. Gibert, a été habilement réfutée par M. Sée, et ne peut être maintenue, ce qui est également l'avis de M. Bouvier, quand on lit avec attention les observations détaillées et bien recueillies où les diverses médications ont été mises en pratique. Il en résulte évidemment que la maladie, si elle n'est pas traitée, peut se prolonger, s'aggraver, causer le dépérissement, la paralysie, se transformer en épilepsie, et même entraîner des accidents mortels. On a vu que M. Moynier a rapporté huit observations où la chorée avait occasionné la mort, et M. Bouvier, depuis 1824, compte trente cas de mort par la chorée, empruntés à MM. Roth, Sée, Rilliet et Barthez, Barrier, Leudet, Koda, etc.

La séance est levée à cinq heures.

Ordre du jour de la séance du 15 juin 1855.

1. M. *Camus*. Rapport sur un mémoire du docteur Gariel : *Du traitement des pustules varioliques par les mercuriaux*.

2. M. *Cazeaux*. Rapport sur un mémoire du docteur Richard, relatif à l'écoulement par le mamelon, comme diagnostic dans les maladies du sein.

3. *Statistique médicale du chemin de fer de Lyon*, par le docteur *Devilliers*.

4. M. *Guibout*. Communication sur un cas remarquable d'hystérie.

5. Scrutin pour l'élection de deux membres correspondants.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 27 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Un travail de M. le docteur Despine (d'Aix, en Savoie), sur les affections syphilitiques guéries à Aix, et sur les appareils pour l'emploi des bains thermaux.

Ouvrages offerts à la Société :

Notice sur les eaux thermales de Néris, par M. le docteur Richond des Brus.

Mémoire sur l'action thérapeutique de l'eau sulfureuse et iodée d'Allevard (Isère), par M. le docteur Niepce.

Action des eaux d'Aix, en Savoie, sur les maladies des yeux, par M. le docteur Petrequin.

Exposé des titres scientifiques, présenté à l'Académie des sciences, par M. le docteur Leroy d'Étiolles, père.

M. *Morile*, MM. les docteurs *E. Mayet*, *Caillat* et *Arnould* sont nommés membres correspondants ; M. le docteur *Berthold* (de Tœplitz), membre correspondant étranger.

M. *Gobley*, au nom de MM. Ossian Henry, Fermond et au sien, fait un rapport sur une note que M. Bouloumié a adressée à la Société, et qui est relative à l'embouteillage des eaux minérales ferrugineuses.

Pour éviter la décomposition du principe martial par l'acide tannique que renferme le liége, on a proposé de plonger dans l'eau minérale elle-même les bouchons qui doivent servir à fermer les bouteilles. On a conseillé de fixer dans le bouchon soit un fil de fer, soit un clou dont l'extrémité plonge un peu dans le liquide. Le procédé que propose M. Bouloumié est plus simple : il consiste à immerger pendant quelques heures les bouchons dans une solution saturée d'un sel de fer (sulfate de fer, par exemple),

et à les laver ensuite à plusieurs reprises dans de l'eau ordinaire. L'action de l'acide tannique est ainsi neutralisée en peu de temps, et l'on n'a plus à redouter qu'elle s'exerce sur les principes de l'eau minérale.

Les commissaires ont terminé leur rapport dans les termes suivants : « Les essais que nous avons faits nous ont démontré que le procédé de M. Bouloumié est bon ; qu'il assure la neutralisation de l'acide tannique, et qu'il y a avantage à le mettre en pratique. Nous venons, en conséquence, vous demander d'adresser des remercîments à M. Bouloumié pour son intéressante communication.

M. le docteur *Herpin* (de Metz) fait une lecture relative à des considérations générales applicables aux eaux minérales.

M. *Barthez* lit un rapport sur un ouvrage de M. Dauvergne, intitulé : *Hydrothérapie générale.*

L'ordre du jour appelle la discussion sur l'*étude des matières organiques contenues dans les eaux minérales.*

M. *de Laurès* lit, au nom de M. *A. Becquerel* et au sien, un travail intitulé :

MÉMOIRE SUR LES CONFERVES DES EAUX THERMALES DE NÉRIS, ETC.

En parcourant les documents que la science possède sur les eaux de Néris, on s'étonne de ne trouver nulle part la description complète de la plante thermale à laquelle beaucoup d'auteurs font jouer un rôle si important dans les vertus thérapeutiques qui ont été tour à tour vantées par les uns avec trop d'enthousiasme (1), dépréciées par les autres avec trop de légèreté (2). Nous avons essayé de combler cette lacune ; mais avant d'exposer le résultat de nos recherches sur la cryptogame qui fait le sujet de ce travail, nous croyons utile de rappeler brièvement quelles sont les propriétés physiques et chimiques de l'eau minérale dans laquelle elle se développe en si grande abondance, afin de relier ainsi l'étude de la matière organique à celle des autres éléments qui l'accompagnent. Nous trouverons, du reste, dans cet exposé rapide, l'occasion d'examiner certaines conditions qui sont d'une haute importance dans l'histoire d'une source thermo-minérale, et qui permettent d'établir si, pendant un espace de temps prolongé, elle présente une constance remarquable dans les phénomènes se rattachant à sa température, à son volume, à sa constitution chimique, au dégagement des gaz, etc., etc.

Nombre des sources. — On a l'habitude de compter plusieurs sources à Néris ; mais il n'y en a réellement qu'une seule, jaillissant d'un sol granitique, et captée dans six puits différents, très rapprochés les uns des autres, dans un espace de 15 mètres de longueur sur 5 mètres 50 centimètres de largeur. Le puits de la Croix sert de buvette ; le Grand-Puits, ou puits de César, fournit à tous les autres besoins des deux établissements thermaux.

Volume de la source. — Le volume de la source de Néris devait être anciennement beaucoup plus considérable qu'il ne l'est aujourd'hui, si l'on en juge par ce passage du mémoire de Michel (1766) : « Les eaux s'écou- » lent continuellement dans la campagne, en si grande abondance, que, » *pendant les plus grandes sécheresses*, elles donnent assez d'eau pour » faire moudre sept moulins. »

Vingt ans plus tard (1786), on retrouve la même assertion dans un travail publié par Philippe : « L'eau minérale s'échappe dans la prairie, » et forme un ruisseau assez considérable, même dans les temps de séche- » resse, pour fournir à sept moulins construits sur son passage, dans une » étendue de presque 500 toises (3). »

En 1822, Boirot-Desserviers évalue le volume de la source à 25 ou 30 pouces cubes environ. Il ne varie, dit-il, dans aucune saison.

En 1841, Falvart de Montluc l'estimait à 965 mètres cubes en vingt-quatre heures.

Dans le *Manuel des eaux minérales*, de MM. Patissier et Boutron-Charlard, il est porté à 1000 mètres cubes.

(1) « Les douches et les bains de Néris sont admirables, et font des effets surpre- » nants qu'on regarde comme miraculeux..... »

Et plus loin : « Je remplirais un volume de guérisons que j'ai vues et traitées moi- » même, et je suis persuadé qu'il n'y a point d'eaux minérales au-dessus de celles de » Néris, pour les maladies ci-dessus mentionnées ; il est dommage qu'elles ne soient » pas connues : il y a bien des gens qui restent dans leur état malheureux parce qu'ils » ne les connaissent pas. » (Michel, conseiller-médecin ordinaire du roi, etc., 1766.)

(2) L'un de nous, M. de Laurès, dans un travail déjà commencé, se réserve de faire l'appréciation critique des divers travaux publiés sur les eaux de Néris.

(3) Il y aurait beaucoup à dire, s'il s'agissait de vérifier l'exactitude de cette assertion. L'observation qui nous a été faite par M. l'abbé Forichon, trouve ici sa place : « L'histoire ne fait mention dans notre localité que de trois ou quatre moulins au plus. » Si trois ou quatre moulins suffisent aujourd'hui aux besoins de la population environ- » nante, sept moulins auraient été fort embarrassés de donner leur raison d'être à une » époque où la population était à peine la moitié de ce qu'elle est actuellement. »

En 1851 et en 1854, l'un de nous, M. de Laurès, s'est assuré, par un jaugeage répété à trois reprises différentes, que la source de Néris ne fournissait que 900 mètres cubes en vingt-quatre heures. Nous ne pouvons dire si ces variations dans le volume ne tiennent pas en partie aux procédés employés pour les déterminer, ou bien à des filtrations. Nous les signalons sans aborder les questions nombreuses qu'elles soulèvent, et dont la discussion nous entraînerait tout à fait en dehors des limites de notre sujet.

Température. — En suivant le même ordre chronologique, nous trouvons aussi dans la température des eaux de Néris des changements importants qui attestent que ces eaux ont éprouvé un refroidissement très sensible. Le tableau suivant fait connaître les degrés thermométriques indiqués à différentes époques. Nous les avons tous ramenés à la division centésimale.

	Grand-Puits.	Puits de la Croix.
Michel (1766).	78° centigrades.	75° 5/10es centigrades.
Philippe (1786).	54	45 5/10es
Boirot-Desserviers (1822). .	49	48
Falvart de Montluc (1841). .	53 7/10es	51
Lebret (1850)	52 7/10es	52 2/10es
Forichon (1853) . . . vers.	53	
De Laurès (de 1851 à 1854)	52 7/10es	De 51 8/10es à 52 5/10es cent.

En admettant comme rigoureuses les observations précédentes, *il* faudrait en conclure :

1° Que le Grand-Puits a toujours fourni de l'eau minérale offrant quelques degrés de température de plus que celle du puits de la Croix (1).

2° Que, de 1766 à 1854, c'est-à-dire dans une période de quatre-vingt-neuf ans, la température du Grand-Puits a baissé de 26 degrés, et celle du puits de la Croix de 23 degrés ;

3° Que cet abaissement n'a pas été progressif, mais qu'il a subi des oscillations alternatives en plus et en moins. Ainsi, de 1766 à 1786, il y a eu 24 degrés de déperdition. Cette déperdition a augmenté de 5 degrés de 1786 à 1822 ; de telle sorte que, pendant trente-six ans, la chaleur de l'eau minérale était de 29 degrés plus faible qu'en 1766 ; puis, de 1822 à 1841, elle s'est relevée de 49 degrés à 53 degrés 7/10, et, de 1841 à 1854, elle n'aurait perdu qu'un seul degré (2).

Propriétés physiques. — Les eaux de Néris sont limpides, onctueuses, sans odeur ni saveur prononcées (3) ; leur densité est de 1001, celle de l'eau distillée étant représentée par 1000.

(1) Cette différence de température, d'après nos observations personnelles, est peu sensible aujourd'hui ; elle tient probablement à la disposition même des puits, dont l'un, le Grand-Puits est enfermé dans une enceinte dont l'atmosphère n'est jamais au-dessous de 34 ou 35 degrés, tandis que l'autre, le puits de la Croix, est exposé en plein air. Nous noterons que le thermomètre n'a pas varié, qu'il fût placé dans les couches superficielles ou dans les couches profondes de l'eau.

(2) Philippe, Boirot-Desserviers, Falvart de Montluc, n'ont pas indiqué leur manière de procéder.

Michel s'exprime ainsi : « J'ai plongé dans l'eau minérale un thermomètre construit » d'après les principes de M. de Réaumur ; il est monté au 65e degré dans le Grand- » Puits et au 63e dans la source appelée puits de la Croix. » Plus loin il ajoute : « Le » troisième bassin est nommé le bain des Pauvres. Il a 3 pieds 1/2 à 4 pieds de pro- » fondeur. Le thermomètre y est monté au 60e degré. Les personnes les plus robustes » ne peuvent soutenir ce bain plus de vingt minutes. »

Il nous semble que c'est déjà très surprenant. Aujourd'hui nos malades (et surtout les plus robustes) ne soutiendraient pas à coup sûr pendant vingt minutes un bain à 72 degrés centigrades. Ceux qui pensent que la chaleur des eaux thermales est différente de la chaleur ordinaire et qu'elle exerce une impression plus douce sur nos organes, trouveront-ils dans l'observation de Michel un argument irréfragable en faveur de leur opinion ?

MM. Lebret et de Laurès ont étudié la température des sources, pendant la saison thermale seulement, à six heures du matin, à midi et à six heures du soir. Ils se sont constamment servis, pour leurs expériences, du même thermomètre (M. Lebret avait à sa disposition celui qui fut distribué dans plusieurs stations thermales par les soins de la commission des eaux minérales de l'Académie de médecine), et ils sont arrivés aux mêmes résultats, quelles que fussent les variations atmosphériques. Les observations de M. Lebret ne se rapportent qu'à l'année 1850. Celles de M. de Laurès ont été faites de 1851 à 1854 inclusivement, et pendant cette période de quatre années elles n'ont établi que des différences tout à fait insignifiantes. Dans sa thèse inaugurale, M. Lebret fixe à + 52 degrés centigrades la température des sources de Néris. Il a négligé les fractions consignées cependant avec le plus grand soin dans ses notes, qu'il a bien voulu nous donner à consulter.

(3) Pour être exacts, nous signalerons, mais sous toutes réserves, l'odeur d'hydrogène sulfuré mentionnée par plusieurs auteurs.

Philippe apprend dans son mémoire, que « le 1er novembre 1757, une source nou- » velle jaillit pour la première fois avec impétuosité. Dans le même instant toute l'eau » des puits et des bassins se troubla, franchit ses limites, et se répandit aux environs en » exhalant des vapeurs sulfureuses fort épaisses. Ce ne fut qu'au bout de huit jours » que les choses furent rentrées dans leur état naturel. »

La date de 1757 ne nous paraît pas exacte. Il s'agit probablement de la même source dont parle Boirot-Desserviers « qui a paru le 10 novembre 1755, à onze heures » du matin, lors du désastre de Lisbonne. A la suite d'une explosion souterraine, jaillit

Dans le puits de César, le liquide paraît être soumis à un mouvement d'ébullition, tant sont grands le nombre et le volume des bulles de gaz qui le traversent continuellement, et quelquefois sous forme de courants, pour se rendre dans l'atmosphère. Ce dégagement est beaucoup moins considérable dans le puits de la Croix, où souvent il est intermittent.

Lorsqu'elle se refroidit dans les bassins exposés à l'air libre, l'eau minérale ne tarde pas à perdre sa transparence et à devenir louche et verdâtre.

Propriétés chimiques. — *Gaz.* — Les gaz qui se dégagent des sources ont été analysés par M. Bussy, qui a trouvé :

Azote	95
Acide carbonique	3
Oxygène	2

Il n'y a pas d'autre gaz que l'air atmosphérique tenu en dissolution dans l'eau de Néris. Dégagé par l'ébullition, cet air est composé de :

Azote	62
Oxygène	38

ainsi que l'attestent les analyses faites par MM. Robiquet et Bussy. La proportion d'oxygène dépasse de beaucoup non-seulement celle de l'air atmosphérique, mais celle que l'on trouve dans les eaux pluviales, où ce gaz n'excède guère 32 pour 100 (1).

Matières salines. — Depuis l'époque où Raulin annonçait, dans son *Traité analytique des eaux minérales*, que les eaux de Néris contenaient du soufre, du bitume et de l'alun, des analyses nombreuses ont été faites pour déterminer plus exactement leur composition. Nous ne rapporterons pas ici les détails de celles qu'ont successivement opérées Michel, Philippe, Mossier, Vauquelin, Boirot-Desserviers, Longchamp et Robiquet. Nous constaterons seulement (sans discuter la valeur des procédés mis en usage) que toutes ont produit des résultats presque identiques au point de vue de la quantité et de la nature des principes formant le résidu de l'évaporation ; et nous nous bornerons à rappeler l'analyse de M. Berthier, qui est adoptée et citée dans tous les ouvrages.

Eau : 1 litre.	Sels secs.	Sels cristallisés.
Bicarbonate de soude	0,37	0,42
Sulfate de soude	0,37	0,84
Chlorure de sodium	0,20	0,21
Carbonate de chaux et silice.	0,17	0,17
	1,11	1,64

Nous allons maintenant mettre en regard l'analyse qui a été pratiquée récemment sous les yeux de M. le professeur Fremy, qui a bien voulu nous prêter ainsi le concours de ses lumières et de son autorité.

Nous avons recueilli nous-mêmes, avec toutes les précautions désirables, 130 grammes de résidu par l'évaporation. Chaque litre d'eau minérale de Néris, puisée au puits de la Croix ou au puits de César, contient 1 gramme 30 centigrammes de sels. L'analyse qualitative démontre que ce résidu desséché renferme de la silice, du carbonate de chaux, du chlore, de l'acide carbonique, de l'acide sulfurique, de la soude, des traces à peine sensibles de potasse et d'oxyde de fer.

Analyse quantitative.

Eau	15,22
Silice	11,28
Carbonate de chaux	2,96
Acide sulfurique	21,53
Acide carbonique	7,91
Chlore	7,64
Soude	33,46
Potasse, Oxyde de fer, Matière organique	traces
	100,00

En transformant les acides sulfurique et carbonique en sulfate et carbonate de soude, et le chlore en chlorure de sodium, on arrive à la composition suivante :

Eau	15,22
Sulfate de soude	38,20
Carbonate de soude	19,04
Chlorure de sodium	12,59
Carbonate de chaux	2,96
Silice	11,28
Potasse, Oxyde de fer, Matière organique	traces
	99,29

L'analyse de 100 parties de sels anhydres, comparée à l'analyse de M. Berthier, donne les résultats suivants :

	Analyse récente.		Analyse de M. Berthier.
Sulfate de soude	45,3		33,3
Carbonate de soude	22,6		33,3
Chlorure de sodium	14,9		18,1
Carbonate de chaux	3,5	17,2	15,3
Silice	13,7		
	100,0		100,0

Arsenic. — On a de la tendance, maintenant, à trouver de l'arsenic dans toutes les eaux minérales. Il était donc intéressant de rechercher si le résidu des eaux de Néris en contenait. Vingt grammes de résidu solide, provenant par conséquent de 15 litres de liquide environ, ont été employés pour cette recherche, sans qu'on pût découvrir un atome d'arsenic.

Iode. — On a également opéré sur 20 grammes de résidu solide, sans trouver de traces d'iode. En existait-il dans l'eau? A-t-il disparu pendant l'opération ?

Matière organique. — L'eau minérale tient en dissolution une petite quantité de matière organique. Nous l'avons reconnue par la coloration brunâtre qui s'est manifestée en traitant par l'acide sulfurique concentré le produit d'évaporation de plusieurs litres. Nous ne saurions dire exactement quelle est la nature de cette matière organique. Il est probable que c'est la même que celle qui fait l'objet de notre travail, et dont nous allons maintenant donner la description.

On trouve à Néris, dans les bassins où séjourne l'eau minérale, un produit qui s'y développe en grande abondance sous l'influence de l'air et de la lumière (1), et qu'on désigne improprement sous le nom de *limon*. Les choses prennent, en général, leur dénomination de ce qu'elles ont de plus remarquable et de plus essentiel, le mot *limon* fait naître l'idée qu'il s'agit d'une matière bourbeuse, et nous avons vu maintes fois des personnes qui n'avaient pas visité les eaux de Néris parler de leur limon comme on parlerait des boues de Saint-Amand, de Balarne ou de Barbotan. Il y a donc avantage réel à choisir un nom qui exprime aussi exactement que possible l'état, l'espèce, la qualité de la substance à laquelle il s'applique. Nous proposons de conserver celui de *conferve*. Les motifs de cette préférence pourront mieux être appréciés, lorsque nous aurons fait connaître, dans ses dispositions physiques et dans sa composition intime, la cryptogame dont il est ici question (2). C'est une hydrophyte par excellence. Son

» aussitôt de cette source une colonne d'eau qui s'éleva à 3 ou 4 mètres de hauteur » et se soutint pendant quelques secondes. Le volume des sources dans le bassin ther- » mal fut prodigieusement augmenté, prit une couleur laiteuse; les fondements du » puits de César furent emportés, et la source nouvelle se creusa à ses pieds un bassin » plus vaste et plus profond. » Le curé Renaud, qui fut témoin de cet événement, prétend qu'il y eut une semblable irruption en 1759. S'il y en avait encore eu une autre en 1757, il est hors de doute qu'il en aurait fait mention.

(1) J'ai recherché avec mon honorable maître, M. le docteur Alphonse Devergie, la présence de l'hydrogène sulfuré dans l'eau de Néris puisée à la source, et dans l'eau qui alimente les baignoires après avoir séjourné dans les bassins d'approvisionnement. Malgré tout le soin apporté à des expériences qui ont été renouvelées plusieurs fois, nous n'avons pas trouvé la moindre trace d'hydrogène sulfuré. (Note de M. de Laurès.)

(1) On ne rencontre jamais dans les conduites souterraines que des portions qui ont été entraînées par l'eau courante, mais qui ne continuent pas à se développer.

(2) Nous avons souvent entendu appliquer indistinctement à la conferve de Néris les noms de plantes habitant les eaux thermales, *nostoc*, *ulve*, *oscillaire*, *anabaine*. M. le docteur Forichon, médecin résidant à Néris, a proposé le nom de *thermaline*, qui a l'avantage de rappeler le milieu dans lequel on trouve le produit dont il est question. (*Les eaux de Néris, propos médical*, etc. In-18, 1853.) M. le docteur Richond des Brus, médecin-inspecteur, voudrait qu'on substituât au nom de *limon* celui de *nérisine*, qui ne nous paraît pas plus exact pour Néris que celui de *barégine* pour Baréges. Il donne, pour motiver l'utilité de cette substitution, la raison que nous avons fait valoir plus haut, et il ajoute : « *Car si l'on trouve à Evhaux et à Bourbon-l'Archambault* » *une matière à* PEU PRÈS *analogue, elle n'y est proportionnellement qu'en très* » *petite quantité.* »

Nous avons étudié la conferve d'Evaux, et à Evaux même, et sur les échantillons que notre confrère le docteur Tripier, médecin-inspecteur, a bien voulu nous envoyer. Nous nous sommes assurés par l'examen microscopique que la matière n'est pas à *peu près analogue*, mais qu'elle est *exactement* semblable à celle de Néris ; et si la proportion est différente, cela tient uniquement à la disposition des bassins, et non pas à la faculté génératrice en elle-même.

Quant aux produits de Bourbon-l'Archambault que nous avons examinés sur les échantillons qui nous ont été adressés par notre confrère le docteur Regnault, ils sont très riches en carbonate de chaux ; les cristaux sont placés comme dans les conferves de Néris, au milieu des tubes qui les constituent ; mais ceux-ci n'ont pas la même disposition, ni la même forme.

organisation très élémentaire et l'infériorité de son espèce la condamnent à vivre dans l'eau : elle ne pourrait résister en plein air ; le soleil, en la desséchant rapidement, n'aurait pour elle que des rayons délétères.

Il faut, pour se faire une idée bien exacte de cette conferve, la suivre à travers les diverses époques de sa végétation, car elle ne présente pas le même aspect pendant toute la durée de son existence. En l'étudiant à différents âges, on constate que si, dans les premiers temps, sa forme et son état la rapprochent des cryptogames inférieures, elle s'en éloigne en vieillissant, pour s'élever vers une organisation plus complète.

Nous aurons à examiner deux espèces de conferves : l'une, qui croît dans l'eau minérale dont la température reste comprise entre 42 et 48 degrés centigrades (*conferve des bassins chauds*) ; l'autre, qui ne se trouve que dans le bassin de réfrigération, où la chaleur du liquide n'est jamais la même et tombe graduellement de 45 à 20 degrés centigrades (*conferve du bassin de réfrigération*). A côté de quelques caractères communs, ces deux espèces présentent entre elles des différences très marquées.

CONFERVE DES BASSINS CHAUDS.

C'est cette espèce qui croît en abondance dans deux bassins, dont l'un est situé tout près de la source thermale, dont l'autre est placé à l'entrée du grand établissement. Ils sont exposés en plein air, sans aucune espèce d'abri, et présentent ensemble une étendue de 150 mètres environ (fond et parois), sur laquelle la plante s'attache et végète à une profondeur de 1^{m},50, à une température de 45 degrés centigrades, en moyenne. Pour lui fournir des points d'appui plus nombreux, en multipliant les surfaces, on a le soin de couvrir le sol des bassins de grosses pierres poreuses qui forment une espèce de plancher anfractueux d'où s'élèvent les masses végéto-gélatineuses dont nous allons parler tout à l'heure.

En outre des conditions de température et de lumière nécessaires à sa production, il y a, pour la conferve thermale comme pour les autres végétaux, une période de l'année (du mois de mai au mois de novembre), une véritable saison pendant laquelle son développement et sa multiplication sont en grande activité. C'est à cette époque que nous l'avons étudiée, en suivant avec attention les divers phénomènes à travers lesquels elle passe avant d'arriver à un état d'organisation qui puisse se prêter à une description.

Afin de mieux apprécier l'ordre suivant lequel s'opérait l'évolution de ces phénomènes, nous avons fait nettoyer dans une partie de son étendue le fond d'un bassin en pleine production, et nous y avons déposé quelques pierres que nous pouvions retirer facilement de l'eau, et sur lesquelles nous avons examiné jour par jour les modifications survenant dans les éléments déposés à leur surface (1).

Ce n'est guère qu'après quarante-huit heures de séjour dans l'eau qu'il est possible d'apercevoir une matière comme tomenteuse, qui n'a encore ni consistance ni couleur bien appréciables, et qu'on ne distingue que parce qu'elle forme en différents points de petites plaques, peu saillantes, il est vrai, mais qui rendent cependant inégale la surface de la pierre.

Fig. 1.

Fig. 2.

Au milieu de cette matière, on voit des bulles de gaz transparentes, comme argentées, et en nombre tout à fait indéterminé (fig. 1). Ces bulles, qui sont d'abord d'une extrême ténuité, grossissent rapidement. Elles s'accolent les unes aux autres, restent juxtaposées pendant un certain temps; puis, par le fait même de leur développement, elles finissent par se confondre, et donnent ainsi naissance à des masses de grosseur variable, qui ressemblent à du frai de grenouille. De jour en jour on voit augmenter la consistance de la matière visqueuse dans laquelle les bulles de gaz sont emprisonnées. Vers le huitième jour on la distingue très nettement. Sa couleur est alors d'un jaune verdâtre, avec quelques points plus verts éparpillés çà et là. Ces points se rapprochent par l'accroissement individuel que prend chacun d'eux. Ils se réunissent, et constituent alors une expansion membraniforme qui, en s'étalant, recouvre les plaques gélatineuses. La couleur verte se prononce de plus en plus. Les bulles de gaz augmentent de nombre et de volume, en offrant des dimensions qui varient depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un grain de raisin (fig. 2). La matière gélatiniforme devient plus abondante, plus épaisse; les masses qui résultent de ces divers éléments adhèrent, par la face inférieure, aux pierres ou au fond du bassin ; mais cette adhérence est très fragile, et ne devient plus solide qu'avec le temps. De la face supérieure, qui est inégale, on voit naître de petits prolongements qui semblent résulter de l'ascension des bulles gazeuses poussant devant elles la substance gélatiniforme.

A partir du quinzième jour, l'organisation du végétal est déjà très avancée : il tend incessamment à s'accroître. Et si l'on examine, vers le vingtième jour, les pierres qui ne présentaient, dix jours auparavant, que de petites plaques disséminées, on voit, à travers la limpidité parfaite de l'eau minérale, des masses d'un beau vert émeraude, qui affectent des formes très variées. Il en est une, cependant, qu'on pourrait prendre comme type : c'est celle d'une pyramide plus ou moins régulière, sans axe déterminé, ordinairement bossuée en plusieurs points, et souvent se prolongeant par une sorte de digitation qui s'élève de l'un des points de sa surface (fig. 3). Sa base se moule sur la pierre qui lui fournit appui, et se confond avec la base des autres pyramides, au milieu d'une couche gélatineuse qui les réunit entre elles comme sur un fond commun. Le sommet est en général arrondi, et, dix-huit fois sur vingt, il est constitué par une ampoule ovoïde à parois très minces et transparentes. Il est rare que la pyramide reste libre et isolée : elle contracte des adhérences avec ses voisines, soit par les prolongements qu'elle leur envoie, soit par ceux qu'elle en reçoit, et qui viennent, pour ainsi dire, se greffer sur elle. Ces jetées représentent tantôt des colonnes, tantôt des cloisons, tantôt des arceaux, d'où naissent des boursouflures qui rappellent, par leur disposition, des stalagmites, et présentent dans l'ensemble un aspect tout à fait bizarre et curieux (fig. 4). Aucune règle ne préside à l'arrangement que nous venons de décrire ; aucune fixité n'existe dans la forme, qui change d'un jour à l'autre par le grossissement graduel des différentes parties, qui, distinctes aujourd'hui, finissent par se confondre le lendemain, en comblant les intervalles qu'elles interceptaient la veille.

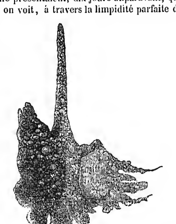


Fig. 3.

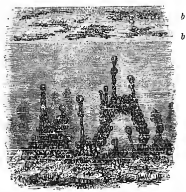
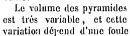


Fig. 4.

Fig. 5.

Le volume des pyramides est très variable, et cette variation dépend d'une foule de circonstances qu'il serait superflu d'indiquer. Il ne peut être évalué que d'une manière tout à fait approximative. En général, quand une pyramide a rompu spontanément ses adhérences pour venir s'étaler à la surface de l'eau, elle a de 10 à 20 centimètres de hauteur, de 6 à 12 centimètres de largeur à sa base, et elle se rétrécit toujours de ce



(1) Il faut choisir, pour faire ses expériences, une série de beaux jours, le développement du végétal s'accomplissant d'une manière plus régulière et plus rapide lorsqu'il y a du soleil et de la chaleur, que dans les circonstances opposées.

point jusqu'au sommet, où elle ne présente pas, d'ordinaire, plus de 1 à 3 centimètres de diamètre

Mais, si la forme pyramidale est la plus commune, elle n'est pas la seule que prennent les conferves en se développant. On voit aussi s'élever du fond des bassins des tiges verticales (fig. 5) qui n'ont, par leur base, qu'un seul point d'appui, ou bien qui présentent inférieurement une bifurcation dont les deux branches, plus ou moins écartées, marchent à la rencontre l'une de l'autre, et se réunissent pour donner naissance à une colonne droite dont la dimension, comme épaisseur et comme hauteur, est très variable. J'en ai mesuré qui avaient jusqu'à 1 mètre de hauteur. Lorsqu'elles ont une certaine élévation, elles sont assez minces, et leur volume, dans ce cas, égale celui d'une plume de corbeau ou d'une plume d'oie. Soutenues de tous côtés par le liquide minéral, elles se tiennent dans une rectitude parfaite ; mais leur aspect n'est pas le même que celui des masses plus considérables dont nous avons déjà parlé. La matière gélatiniforme n'est pas abondante : on dirait que la matière verte seule existe, et les bulles de gaz, au lieu d'être disséminées sans ordre, ne sont apparentes que de distance en distance, sous forme de perles uvoïdes transparentes, qui semblent diviser la tige en fragments multipliés.

Les conferves qui tapissent les parois des bassins offrent tout à fait la même structure que celles qui s'élèvent du fond. Mais leur disposition est toute différente : c'est une couche unie, légèrement boursoullée, continue dans toute son étendue, d'une couleur verte assez foncée, d'une épaisseur qui ne dépasse pas 4 ou 5 centimètres. Elle adhère assez fortement aux murs des bassins qu'elle recouvre complètement.

Si nous continuons à observer les conferves pendant les phases successives de leur évolution, nous voyons qu'à une certaine époque, et que, par diverses circonstances (expansion des gaz au milieu de la matière gélatiniforme ; agitation du liquide, soit par le vent, soit par l'arrivée de l'eau minérale dans les bassins d'approvisionnement, au fur et à mesure des besoins du service, etc., etc.), les adhérences qui les fixaient au fond ou aux parois se rompent. Les pyramides, qui constituent des masses divisées, résistent moins longtemps que la couche pariétale, qui est continue dans toute son étendue. Les parties détachées s'étalent à la surface de l'eau (fig. 4, *b, b, b, b*). Isolées d'abord, elles ne tardent pas à se confondre dans une masse commune qui va s'arrêter dans tel ou tel point du bassin, suivant l'impulsion qui lui est communiquée par le vent. C'est là qu'on recueille les conferves pour les besoins thérapeutiques. On n'utilise, en général, que celles qui se sont détachées spontanément. C'est seulement par exception et dans des cas d'urgence qu'on les arrache en les grattant.

Nous n'oublierons pas de noter que les portions flottantes se mêlent à une crasse grisâtre qui est très abondante quand le soleil darde longtemps ses rayons sur les bassins. On voit alors un pétillement continuel résultant de l'ascension d'une myriade de petites bulles gazeuses qui viennent éclater à la surface du liquide, en laissant, dans le point où elles font explosion, comme une auréole de cette crasse qu'elles ont entraînée avec elles du fond du bassin. Prise entre les doigts, c'est une matière grenue, sans cohésion, un peu visqueuse. Quand on l'examine au microscope, on constate qu'elle se compose presque exclusivement de cristaux rhomboédriques et de parties amorphes.

Si les conferves séjournent plusieurs jours au-dessus de l'eau, elles ne continuent à végéter que par leur face inférieure qui reste submergée ; la face supérieure se dessèche rapidement par l'action de l'air et du soleil. Les bulles de gaz qui distendaient la matière gélatiniforme disparaissent ; le gâteau se racornit, se rapetisse d'une manière sensible, et sa couleur passe successivement du vert au jaune verdâtre, au roux, au gris. Il perd graduellement ses caractères primitifs, et il finit par ressembler à une espèce de moisissure. Son odeur herbacée dégénère en odeur fétide qui rappelle celle des végétaux dont la décomposition s'opère sous la double influence de l'air et de l'humidité.

Les conferves qui restent fixées aux points où elles ont pris naissance subissent, avec le temps, des transformations qui en changent et l'aspect et la composition intime. La matière gélatiniforme et les bulles de gaz qu'elle contenait disparaissent peu à peu. La couleur, la forme, la consistance, tout est profondément changé. Pendant l'hiver, le fond du bassin est recouvert, dans la plus grande partie de son étendue, par une couche épaisse, compacte, qui semble résulter de l'adossement de plusieurs feuillets. La couleur, au lieu d'être d'un vert-émeraude, est d'un vert olivacé presque brunâtre, et, dans certaines parties, d'un rouge ocracé. La consistance est augmentée. Bien que l'onctuosité persiste, les masses boursouflées et tremblantes ont disparu. La matière verte, qui, dans les premiers temps, se montrait sous l'apparence d'une membrane extérieure, a pris une disposition fibrillaire, par couches superposées, qu'on retrouve dans les tiges, les colonnes et les arceaux. Ils sont devenus résistants et compactes (fig. 6), et leur forme, qui variait de jour en jour, est définitivement acquise. Il n'existe aucune cavité dans leur partie centrale. Les interstices et les lacunes qu'on rencontre au milieu du tissu qui les constitue nous semblent tout à fait accidentels.

Ces conferves, qui ont vieilli dans l'eau minérale, conservant une température de 45 degrés centigrades, recouvrent les pierres déposées au fond des bassins, ou forment, dans les intervalles qui les séparent, une

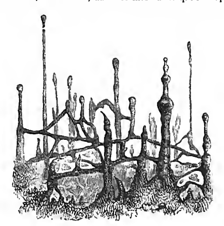


Fig. 6.

couche d'aspect réticulé, ayant de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Ce n'est guère que vers le mois de mai qu'on voit, sur cette couche ancienne, apparaître les rudiments propres à une nouvelle génération. On peut alors apprécier une force incessante de reproduction, qui n'est certainement pas le caractère le moins curieux dans l'histoire de la plante qui nous occupe. La cause doit-elle en être recherchée dans la température de l'eau, dans la nature des éléments qui la minéralisent, dans les gaz qu'elle contient, ou seulement dans les conditions d'organisation de l'individu, qui se multiplierait, comme beaucoup de cryptogames, par une génération très féconde (1) ? Toujours est-il qu'au bout d'un certain temps les conferves de l'année précédente disparaissent complètement sous la couche de conferves récentes, comme on peut s'en convaincre en examinant ces énormes pierres qui flottent au-dessus du liquide, tant leur pesanteur et leur surface sont modifiées par les nouveaux produits qui les incrustent.

Nous pouvons maintenant résumer par les caractères suivants les principales qualités physiques de la conferve qui croît dans l'eau minérale de Néris.

a. Produit végétal, dans lequel on remarque, pendant une certaine période, un état gélatineux ;

b. Se présentant sous forme de masses boursouflées divisées en pyramides irrégulières, qui naissent sur un fond commun ;

c. Ou bien disposé en couche unie et continue, renfermant un grand nombre de bulles de gaz ;

d. D'une couleur d'un jaune verdâtre, à l'origine ; d'un vert-émeraude, quand le développement est plus avancé ; d'un vert olivacé brunâtre, quand il est complet ;

e. D'une odeur herbacée très prononcée (celle des épinards cuits) ;

f. D'une saveur fade, mais presque nulle, quand on tient dans la bouche un peu de conferve à l'état frais ; mais d'une saveur très fortement herbacée et salée, si l'on expérimente sur le résidu obtenu par la dessiccation, et dans lequel sont concentrés les matériaux salins de toute la partie liquide évaporée.

g. La conferve récente, soumise à l'action du soleil ou de l'étuve sèche, se réduit à une trame végétale très mince, qui reprend les apparences de la vie quand on la place de nouveau dans l'eau. La trame végétale est beaucoup plus épaisse dans la conferve ancienne.

h. A l'air libre, elle se décompose facilement ; conservée en vases clos (2), dans l'eau minérale refroidie, elle ne tarde pas à répandre une odeur très prononcée d'hydrogène sulfuré, par suite de la décomposition des sulfates qui se trouvent en présence de la matière organique.

(1) M. Kutzing, cité par M. d'Orbigny, apprend que les oscillaires qui habitent les eaux thermales croissent avec une grande rapidité, et que cette rapidité est toujours en raison de la vivacité des mouvements que ces plantes exécutent. L'*Oscillaria limosa* est surtout remarquable sous ce rapport. Si l'on en place tant soit peu sur une feuille de papier humide, en ayant soin d'entretenir la moiteur de celui-ci, les filaments croissent et rayonnent à vue d'œil et finissent par envahir et recouvrir le papier tout entier. Les rayons s'allongent de 12 à 15 millimètres en une heure.

(2) Philippe, dans son Mémoire sur les eaux de Néris, dit : « Qu'il avait conservé » pendant deux ans de l'eau de Néris dans une bouteille, qu'il s'y était formé de la » matière verte ; qu'elle ne se pourrissait pas..... » Ces faits sont en contradiction complète avec ceux recueillis par d'autres observateurs.

STRUCTURE, COMPOSITION INTIME.

La conferve de Néris est constituée par des tubes immergés dans une masse gélatiniforme au milieu de laquelle des bulles de gaz sont disséminées en grand nombre.

Pour éviter les répétitions, nous prendrons la plante à l'état de *développement moyen*, et nous étudierons successivement la *trame végétale* et l'*élément gazeux*, en ayant soin de noter les particularités que l'âge seul détermine.

Élément végétal. — La trame végétale se présente à l'œil nu sous des aspects très différents, suivant l'époque à laquelle on l'examine. Presque nulle pendant les premiers jours, elle apparaît bientôt sous la forme d'une membrane mince, entourant de toutes parts la masse gélatiniforme, devenant plus tard beaucoup plus épaisse, passant du vert-émeraude au vert olivacé, et finissant par constituer la plante presque à elle seule.

Au microscope, on voit qu'elle est formée : *a.* par des filaments ; *b.* par des tubes de trois espèces, les tubes cloisonnés, les tubes ponctués et les tubes moniliformes.

Filaments. — Les filaments sont opaques, d'une couleur vert foncé, légèrement flexueux, et continus dans toute leur étendue. Ils sont entrelacés d'une manière inextricable (fig. 7). On les rencontre plutôt à l'intérieur qu'à la superficie de la masse gélatiniforme ; et, bien qu'ils accompagnent presque toujours les tubes, ils sont, en général, d'autant moins nombreux que ceux-ci le sont davantage. Aussi ils deviennent très rares, à mesure que le végétal avance en âge.

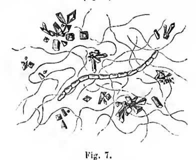


Fig. 7.

Tubes (*tubes cloisonnés*). — Les tubes cloisonnés entrent pour les dix-neuf vingtièmes au moins dans la composition de l'élément végétal. L'examen microscopique démontre que, peu nombreux dans le principe, ils sont immergés sans ordre au milieu de la matière gélatiniforme ; mais ils ne tardent pas à se multiplier de manière à former une véritable couche extérieure dans laquelle ils sont placés les uns auprès des autres par séries parallèles et dans le sens longitudinal. Aucune adhérence ne semble les unir. La matière gélatiniforme seule les maintient ainsi disposés ; ils ne sont pas ramifiés. Dans nos observations, nous ne les avons pas vus s'anastomoser, comme le font, par exemple, ceux de Bourbon-l'Archambault. Cependant nous ne nions pas la possibilité des anastomoses. Quand la conferve vieillit, ces tubes deviennent si nombreux, si pressés les uns contre les autres, qu'il en résulte un tissu solide, bien différent alors de cette trame verdâtre, mince comme une toile d'araignée, qu'on remarquait dans la jeune plante.

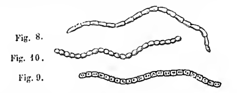


Fig. 8.
Fig. 10.
Fig. 9.

Les tubes cloisonnés offrent une dimension qui varie de 1/80ᵉ à 1/150ᵉ de millimètre de diamètre. Quelques-uns, pourtant, sont plus gros ou plus petits. Ils sont constitués par des cellules plus longues que larges, et soudées bout à bout. Un étranglement très appréciable existe au point de cette soudure, et les cellules semblent séparées les unes des autres par une substance intercellulaire, de telle sorte que le tube, continu dans sa longueur, est fractionné par des cloisons correspondant aux étranglements. Nous ne saurions dire si ces cloisons sont pleines ou criblées (fig. 8). En faisant jouer le microscope, on constate facilement que les parois de ces tubes sont membraneuses, transparentes et légèrement verdâtres ; que, parmi les cellules, les unes paraissent vides, les autres sont remplies par de la matière verte ou endochrome. Ce sont ces dernières qui forment les tubes ponctués.

Tubes ponctués. — L'endochrome se trouve dans les cellules des tubes ponctués sous deux états différents : à l'état de petits points granuleux opaques, ou bien à l'état de corps sphériques colorés à la circonférence et transparents au centre. Ils sont placés les uns au-dessus des autres, au nombre de deux, trois ou quatre par cellule (fig. 9), et restent libres au milieu d'elles, sans paraître enveloppés dans une membrane qui leur soit propre. Ces corps ne sont autre chose que des *spores* résultant de la division de l'endochrome et constituant de véritables organes reproducteurs. Tous les tubes, et par conséquent toutes les cellules, n'en contiennent pas. Il n'y en a qu'un certain nombre qui jouissent de la prérogative de devenir *organes de reproduction*, après avoir été *organes de nutrition*. Nous ne saurions encore dire pourquoi telles cellules produisent des spores, et pourquoi telles autres n'en produisent pas. Toujours est-il qu'à une certaine époque de leur développement, après s'être probablement modifiées dans leur forme primitive, qui était sphérique, elles s'allongent, distendent la cellule mère, la déchirent, et donnent naissance à des individus nouveaux qui s'agglomèrent au moyen de la matière gélatiniforme.

Tubes moniliformes. — Les tubes moniliformes sont beaucoup plus rares que les cloisonnés et les ponctués. Leur couleur est d'un vert plus foncé. Ils sont composés d'utricules sphériques placées les unes à côté des autres comme les grains d'un chapelet (fig. 10). Leur diamètre est de 1/120ᵉ de millimètre environ. Chaque utricule semble indépendante de sa voisine, à laquelle elle n'est soudée que par un point de sa circonférence. Nous n'avons jamais rencontré d'endochrome soit *granuleux*, soit *nucléiforme*, dans cette espèce de tubes. Il est probable qu'à une certaine époque plusieurs utricules se séparent spontanément pour aller germer et donner naissance à des individus tout à fait semblables.

Dans les interstices des différentes espèces de tubes dont la réunion produit la trame végétale, on trouve des cristaux dont la quantité et dont le volume varient suivant l'âge et le développement de la conferve. Peu nombreux dans les premiers temps, isolés et comme perdus au milieu de ces petites masses amorphes dans lesquelles les traces de l'organisation sont encore difficiles à saisir, ils ne tardent pas à devenir plus abondants (fig. 11 et 12), et, en s'agglomérant, ils finissent par former une couche sous laquelle les tubes disparaissent complétement en certains points (fig. 13). C'est surtout dans les conferves anciennes et dans les *portions d'un rouge ocracé qu'on en rencontre le plus.*

La forme de *rhomboèdre primitif* indiquait tout de suite que la matière qui constitue ces cristaux était du carbonate de chaux. En effet, parmi les autres sels minéralisant l'eau de Néris, l'un (carbonate de soude) cristallise en gros prismes rhomboïdaux ; l'autre (sulfate de soude), en prismes à quatre pans terminés par des sommets dièdres ; le troisième (chlorure de sodium), en cubes. Du reste, le carbonate de chaux pouvait seul, à cause de son insolubilité, rester ainsi à l'état de cristaux dans une trame végétale plongée au milieu d'un liquide non saturé ; et en traitant par l'acide nitrique les portions de conferves que nous examinions au microscope, nous avons vu constamment disparaître les cristaux qu'elles contenaient. Il y avait effervescence, et l'on n'apercevait plus entre les plaques de verre que les bulles de gaz formées par l'acide carbonique mis en liberté. M. le professeur Becquerel, membre de l'Institut, a bien voulu vérifier l'exactitude de nos expériences.

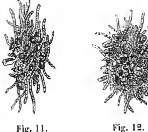


Fig. 11.

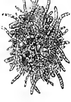


Fig. 12.

Fig. 13.

En résumé, le système végétatif de la conferve consiste dans les filaments opaques, dans les tubes cloisonnés, les tubes ponctués et les tubes moniliformes. La reproduction de l'espèce s'accomplit par les mêmes organes qui ont d'abord servi à la conservation de l'individu.

En profitant des lumières répandues par M. Payer (1) au milieu de l'obscurité qui régnait dans l'histoire des familles des plantes inférieures, on peut marquer la place de la plante thermale de Néris dans la famille des *confervacées*. Si elle se rapproche, par le système de végétation, d'autres familles (ulvacées, nostochinées) appartenant au même ordre que les confervacées (ordre des confervoïdées), elle s'en éloigne beaucoup

(1) Payer, *Botanique cryptogamique*, 1850.

par le système de reproduction ; et il nous a semblé que nous serions plus près de l'exactitude en recherchant les différences plutôt que les analogies qui peuvent aider à la classer.

Matière qui détermine l'état gélatineux. — On trouve dans la conferve récente une partie gélatiniforme transparente et d'une teinte légèrement verdâtre ; elle est insipide, inodore, et tout à fait insoluble dans l'eau. Elle n'adhère pas aux doigts ni aux objets avec lesquels on la met en contact. C'est la pectose qui détermine l'état gélatineux des masses dont nous avons parlé, et dans lesquelles la proportion du résidu sec à l'eau comme 1 est à 60. En effet, des conferves pesant 305 grammes ont été exposées d'abord à la chaleur douce d'une étuve, puis au soleil jusqu'à dessiccation complète. Lorsque toute l'humidité eut disparu, le résidu sec restant pesait 5 grammes. La proportion du résidu sec à l'eau est beaucoup plus considérable dans les conferves anciennes.

Une fois desséché, le résidu sec des conferves récentes peut de nouveau se laisser gonfler par l'eau et reprendre en partie ses propriétés primitives. L'alcool rectifié racornit en quelque sorte cette partie gélatiniforme. Elle est soluble dans les alcalis, surtout à chaud ; mais si l'on traite la solution par un acide qui neutralise l'alcali, on précipite l'acide pectique qui s'était formé.

Lorsqu'on examine au microscope la partie gélatiniforme, on n'y trouve que des tubes (les cloisonnés surtout), et des filaments opaques disséminés sans ordre. Leur présence explique la coloration verdâtre que nous avons mentionnée. On y remarque aussi quelques cristaux ; mais ils sont très petits et très rares.

Gaz. — M. Bussy a fait l'analyse des gaz dégagés des conferves par une légère agitation. Elle a donné pour résultat :

Azote	60
Acide carbonique	6
Oxygène	38

Analyse des conferves. — M. O. Henri, qui avait déjà constaté la présence de l'iode dans les conferves de Néris, a bien voulu faire, sur les conferves sèches que nous lui avons remises, des recherches nouvelles. Nous transcrivons la note que nous devons à son obligeance :

« Les conferves ont été humectées avec une solution de potasse pure » reconnue *très exempte d'iode*. On a fait cuire, ensuite dessécher, puis » on a calciné fortement le résidu dans une capsule de platine. Ce résidu » refroidi, mis en poudre, a été traité par l'eau pure froide. On a filtré, et » soumis le liquide à une évaporation jusqu'à siccité. Ce résidu, repris de » nouveau par l'eau et en petite quantité, dénotait sans aucun doute la » présence de l'iode : lorsqu'on y ajoutait une solution récente d'amidon, » *et qu'on sursaturait très légèrement et en employant la plus grande* » *précaution, avec de l'acide azotique pur mêlé avec un peu d'acide hypo-* » *azotique*, il se formait une belle coloration bleue ou violette. Il est très » indispensable de ne pas dépasser la limite de la saturation de l'acide » (très légèrement acidule) ; car la couleur bleue n'apparaît pas ou dis- » paraît instantanément, sans qu'on puisse la faire revenir par l'addition » de quelques gouttes d'alcali. »

M. Leconte, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, a fait, à notre prière, l'analyse qualitative des conferves.

Il a opéré d'abord sur 10 grammes de conferves sèches (conferves anciennes et dans lesquelles l'état gélatineux n'existait plus). Elles ont laissé, par incinération, 6 grammes 5 décigrammes de cendres d'un rouge brunâtre (soit, pour 100 parties de conferves séchées à la température ordinaire, 65 grammes de matières minérales et 35 parties de matière organique). Ces cendres, traitées par l'eau distillée, ont donné une solution franchement alcaline.

On a successivement expérimenté sur le résidu insoluble et sur la solution aqueuse.

Résidu insoluble.

Le résidu insoluble dans l'eau entra presque tout entier en dissolution avec une forte effervescence, sous l'influence de l'acide azotique. La portion qui ne fut pas attaquée par l'acide azotique, traitée par l'eau régale, ne laissa qu'un résidu peu considérable formé de grains de sable assez volumineux. La solution azotique renfermait une énorme proportion de chaux. La liqueur provenant de l'action de l'eau régale est légèrement jaunâtre ; elle donne avec le cyanure jaune une quantité de bleu de Prusse très considérable. La solution de tannin la colore en noir ; donc présence de sesquioxyde de fer.

Une portion de la même liqueur traitée par le succinate d'ammoniaque et l'ammoniaque donne un précipité gélatineux couleur de rouille.

La liqueur filtrée donne avec le sulfhydrate d'ammoniaque un précipité blanc légèrement rosé.

Avec la potasse, un précipité blanc se colorant en brun sous l'influence du chlore et de l'air.

La même solution dans l'eau régale donne par l'ammoniaque un précipité soluble dans un excès de réactif ; la liqueur se colore et laisse déposer un précipité brun, caractères qui appartiennent au manganèse. Du reste, une autre portion de la même liqueur, calcinée avec de la potasse caustique, donne du manganate de potasse en très grande abondance.

Les solutions azotiques n'ont pas donné de précipité par l'ammoniaque ; donc pas d'alumine.

Solution aqueuse.

RÉACTIFS.	RÉACTIONS.	CONCLUSIONS.
1. Chlorure de baryum.	Précipité blanc, abondant, insoluble dans l'acide azotique.	Acide sulfurique.
2. Azotate d'uranium (la liqueur est légèrement acidulée par l'acide acétique).	Pas de précipité.	Pas de phosphates.
3. Azotate d'argent.	Précipité blanc caillebotté insoluble dans l'acide azotique, soluble dans l'ammoniaque.	Chlore.
4. Eau de chaux.	Trouble très léger, disparaissant par l'acide acétique.	Acide carbonique.
5. Hydrogène sulfuré.	Pas de réaction.	Pas de métaux des 4e, 5e, 6e et 7e sections.
	Pas de réaction, même après l'addition d'acide chlorhydrique.	Pas d'arsénites solubles.
6. Sulfhydrate d'ammoniaque.	Pas de précipité.	Pas de métaux de la 3e section ni d'alumine.
7. Oxalate d'ammoniaque après addition de chlorhydrate d'ammoniaque.	Précipité très abondant.	Chaux.
8. La liqueur précédente filtrée est traitée par le phosphate d'ammoniaque.	Trouble léger.	Magnésie.
9. On précipite une partie de la liqueur par le carbonate d'ammoniaque, afin de rechercher la potasse et la soude ; puis on porte à l'ébullition afin de précipiter la chaux et la magnésie, et l'on calcine pour chasser les sels ammoniacaux. On ajoute quelques gouttes d'eau.		
10. Chlorure de platine.	Précipité jaune (peu abondant).	Potasse (traces).
11. Liqueur précédente et antimoniate de potasse.	Précipité blanc (assez abondant).	Soude (quantité assez notable).

Iode.

Pour rechercher la présence de l'iode, on prit 100 grammes de conferves dans un état complet de développement, et séchées à l'air. On les incinéra après les avoir humectées avec une solution de potasse *exempte d'iode*. Le résidu pulvérulent et brunâtre ainsi obtenu fut traité par l'eau distillée, et la liqueur ayant été évaporée à sec, le résidu fut calciné jusqu'au rouge, puis épuisé par de l'alcool rectifié. La liqueur alcoolique laissa par évaporation un résidu qui fut lui-même calciné. On reprit ce résidu par l'eau, et après y avoir ajouté quelques gouttes d'une solution d'amidon, on acidula la liqueur par deux gouttes d'acide sulfurique pur qui firent immédiatement apparaître une *coloration bleue très manifeste* indiquant la présence de l'iode. La teinte obtenue présenta à peu près la même intensité qu'une liqueur de même volume contenant un cinquième de milligramme d'iode.

En résumé, le résidu de la calcination des conferves de Néris contient :

1. Les acides silicique (sable).
   — carbonique (à l'état de carbonate de chaux).
   — sulfurique.
2. Du chlore.
3. De l'iode.
4. De la potasse (traces).
5. De la soude (traces plus abondantes).
6. Du sesquioxyde de fer.
7. De la magnésie.
8. De l'oxyde de manganèse.
9. De la chaux (carbonate), très abondante.

(*La suite à un prochain numéro.*)

V.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'émétique à haute dose, par le docteur Michalowski (de Saint-Étienne).

L'auteur insiste sur les différents modes suivant lesquels il faut employer le tartre stibié, selon qu'on entend recourir à la méthode évacuante ou bien à la méthode contro-stimulante. Quant à cette dernière expression, il lui reproche, non sans raison, de manquer d'une clarté suffisante. J'aime autant, ajoute-t-il, que l'émétique soit tout bonnement le spécifique de l'inflammation.

Quand on recherche l'action évacuante de l'émétique, il faut éviter de l'introduire dans un estomac vide, et l'étendre lui-même dans un volume assez considérable de liquide. Mais, pour obtenir les effets contro-stimulants, il faut introduire le remède dans un estomac aussi vide que possible, c'est-à-dire à jeun ou après la suppression des boissons, deux heures avant et deux heures après l'administration de l'émétique. Il faut l'administrer sous un très petit volume, en pilules même. Nous nous rappelons avoir vu Ernest Boudet, pendant son internat à la Salpêtrière, donner aux vieilles femmes le tartre stibié sous cette dernière forme.

Ces remarques de M. Michalowski ne sont pas précisément neuves ; mais elles sont justes, et bonnes à rappeler aux praticiens. Cependant, l'auteur ajoute, dans un style que l'on ne rencontre que dans les journaux du Midi : « Le traitement de la pneumonie des vieillards par l'émétique à haute dose est un vrai scandale ; heureusement, ses partisans l'appliquent de travers. En administrant le remède délayé dans des pots de tisane, il n'en résulte qu'un effet purgatif.... Si, au lieu de simple révulsion, on réussissait, par malheur, à provoquer ce qu'on appelle le contro-stimulisme chez des hommes faibles, épuisés, malades par vieillesse, les suites en seraient probablement désastreuses. »

Nous ne savons trop où M. Michalowski a vu faire de ces traitements que, dans son langage un peu hyperbolique, il appelle scandaleux. Personne n'ignore sans doute, que lorsqu'on entend recourir au tartre stibié comme contro-stimulant ou bien comme antiphlogistique, ce n'est pas en lavage qu'il faut l'administrer. Quant à l'emploi, chez les vieillards, de cette médication contro-stimulante, s'il est juste d'appeler l'attention sur les dangers qui peuvent en résulter, alors qu'elle est usitée sans ménagements, comme il arrivera des émissions sanguines, il ne nous paraîtrait ni exact, ni utile de la proscrire à une époque avancée de la vie. La pneumonie est une des plus communes et des plus redoutables d'entre les maladies aiguës et primitives qui peuvent atteindre les vieillards ; nous ne parlons pas ici des pneumonies secondaires. La méthode expectante, qui suffit si souvent à la guérison des pneumonies d'adultes, est, il faut qu'on le sache bien, inapplicable dans la vieillesse : il faut ici une médication active, que le tartre stibié remplit par excellence. Employée avec circonspection, et, comme le recommande justement M. Michalowski, suivie avec une extrême attention, de manière à en accommoder la direction et la durée, non pas à l'état anatomique du poumon, mais à l'état de la circulation et du système nerveux, elle rend alors les plus grands services.

Maintenant, il est vrai que la tolérance absolue s'obtient difficilement chez les vieillards, sous quelque forme que l'on administre le tartre stibié ; et nous savons que M. Gillette (Boccas, *Dissertation inaugurale sur la broncho-pneumonie*, thèse de Paris, 1850, n° 152), et M. Rayer (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. Antimoine) regardent la tolérance comme une circonstance défavorable de la médication stibiée chez les vieillards. Mais il ne faut pas croire que, parce que la tolérance n'est pas complète, l'action contro-stimulante ne s'exerce pas. Avec un peu plus d'expérience et d'attention, M. Michalowski arrivera à ne plus se prononcer d'une manière aussi tranchante sur une question qu'il n'a envisagée qu'à un point de vue assez incomplet.

On sait combien l'action directe du tartre stibié sur la muqueuse buccale et digestive peut entraîner d'inconvénients et même de dangers, par le mode d'inflammation spécifique qu'elle y détermine. M. Michalowski conseille, pour les prévenir ou les corriger, d'ajouter à chaque tasse de tisane une cuillerée à café d'une solution de 50 centigrammes de nitrate d'argent cristallisé dans 100 grammes d'eau distillée ; on voit alors la muqueuse cesser de sécréter les fausses membranes, se déterger et pâlir. (*Revue thérap. du Midi*, 15 mars 1855.)

Note sur le traitement de l'épilepsie par l'indigo, par M. le docteur Hubert Rodrigues.

Dans l'article Indigo de son *Traité de l'épilepsie*, après avoir opposé aux guérisons des docteurs Ideler, Le Noble, Forget, Michel de Barbentane, Podrecca, etc., les échecs de MM. Roche, Blache, Rayer, Andral, Scip. Pinel, voici comment s'exprime M. Delasiauve : « Des insuccès si multipliés, dit-il, ont discrédité cette substance, que, ne l'ayant jamais conseillée ou vu prescrire, nous ne sommes en droit ni de l'interdire ni de la recommander. »

Toutefois, M. Hubert Rodrigues, bien qu'élève sous Rech à l'époque où ce dernier expérimentait l'indigo, a cru devoir reprendre, pour son compte, les essais infructueusement tentés par son maître, mais en modifiant les formules et en élevant de beaucoup les doses.

Sur 11 malades, 4 ont suivi le traitement indiqué par le médecin de Berlin, consistant en un électuaire où le médicament pulvérisé est uni à une poudre aromatique dans un sirop pour une proportion de 15 grammes. Cette dose, administrée d'abord en deux jours, puis en un seul, a été ensuite graduellement doublée.

Chez 4 autres, l'indigo en poudre ou en pilules, commencé à 1 gramme ou 1 gramme 1/2, n'a jamais dépassé 30 grammes par jour.

Enfin les trois derniers sujets ont été soumis à une sorte de méthode mixte et particulière. Le remède est porté d'emblée aux plus hautes doses ; puis, l'organisation vivement impressionnée, on se contente de soutenir l'action produite par de petites doses facilement tolérées, quitte à en raviver l'effet par des augmentations périodiques et transitoires.

Quant aux résultats de ces trois séries, la première, où la médication a été continuée de trois à quatre mois, a donné : éloignement rapide des accès, recrudescence et incurabilité chez un homme et une femme ; guérison soutenue, sans mention exacte de sa durée, chez deux enfants, dont les accès dataient de trois ans et revenaient tous les cinq à six jours.

Dans la seconde, non-seulement le mal ne fut point amendé, mais les doses croissantes finirent par ne pouvoir plus être supportées. C'est ce qui engagea M. Rodrigues à changer son mode d'administration.

La troisième catégorie comprend un enfant et une femme déjà traités selon la forme précédente, et une autre fille de vingt-six ans. Celle-ci est délivrée depuis un an de crises très rapprochées ; l'enfant, chez qui, remontant à dix mois, elles se reproduisaient tous les trois et quatre jours, n'en a pas eu également depuis deux ans. Pour la jeune femme, la cure est seulement affirmée, sans indication ni de l'ancienneté du mal ni de la fréquence et de la marche des attaques.

Du reste, le mode mixte a été, comme nous l'avons dit, d'une tolérance facile, et M. Rodrigues ne doute pas qu'il n'ait influé sur l'issue favorable.

M. Rodrigues termine sa note par une remarque tendant à une théorie curative. « Dans l'indigo du commerce, dit-il, celui dont je » me suis constamment servi, la chimie a découvert, entre autres » matières étrangères, une substance albuminoïde analogue à la » leucine et à la caséine, et qui, soumise à l'action de la potasse » en fusion, donnerait lieu à de l'acide valérianique. » Il se demande, dès lors, s'il ne faudrait pas attribuer à une décomposition de cette nature dans l'estomac les propriétés antiépileptiques du médicament.

De la forme de dyspepsie qui précède et accompagne souvent la phthisie, par M. le docteur J. Hutchinson.

Ce travail est surtout remarquable par les réflexions qui l'accompagnent, et qui portent sur un sujet dont on s'occupe beaucoup trop rarement.

Il est impossible, dit l'auteur, de n'être pas frappé du contraste qui existe entre les études minutieuses, réitérées, complètes, dont les maladies déterminées ont été l'objet, et la négligence que l'on a toujours apportée à considérer les périodes qui les ont précédées. Les maladies graves (chroniques) et les lésions organiques ne débutent jamais d'emblée. Elles sont précédées, pendant une durée de temps plus ou moins longue, en général de très loin, de phénomènes souvent peu considérables, de simples indispositions, de troubles purement fonctionnels, de dérangements quelconques de la santé, enfin, auxquels on n'accorde qu'une attention insuffisante, mais dont la signification se révèle alors que la maladie a pris un caractère déterminé et souvent irréparable. Et sans vouloir déprécier nous-même la valeur des travaux et des découvertes dont l'anatomie pathologique et la séméiologie se sont enrichies, depuis un certain nombre d'années surtout, par des recherches et des observations laborieuses et persévérantes, nous pouvons demander quelle part effective la connaissance si approfondie que l'on a acquise du cancer, des tubercules, et de tant d'autres lésions organiques, a prise au traitement, ou bien aux moyens que la médecine possède, sinon de guérir, au moins de prévenir ces redoutables affections. N'est-il pas vraisemblable, au contraire, que si une partie de ces préoccupations s'était adressée à l'étude des conditions dans lesquelles ces mêmes affections se développent, et des signes qui peuvent en indiquer le danger ou l'imminence, nous aurions des chances infiniment plus grandes d'affaiblir les ravages qu'elles exercent?

Le docteur Hutchinson, en conséquence de ces idées, a porté son attention sur les périodes prodromiques de la phthisie, ou antérieures au développement des tubercules pulmonaires, et en particulier sur la forme de dyspepsie qui précède ou accompagne la phthisie. Les Anglais font jouer un grand rôle à la dyspepsie dans leur pathologie. Il ne saurait être ici question de l'abus que l'on peut faire d'un mot ou d'un ordre d'idées, puisqu'il s'agit d'un simple fait d'observation.

Ce que le docteur Hutchinson se propose d'étudier, c'est, autant que possible par la méthode numérique : 1° la proportion des cas où la dyspepsie revêt, dans la phthisie, le caractère d'une complication dominante; 2° la période de la maladie où la dyspepsie se montre le plus communément; 3° si la dyspepsie de la phthisie possède des caractères particuliers.

Cette étude a été faite sur 100 cas, dont 56 seulement ont pu servir aux relevés statistiques, grâce à la manière suivie dont on a pu observer les malades, ou bien à l'intelligence de ces derniers. Il serait trop long d'analyser ici les développements que l'auteur a donnés aux résultats généraux de ses études et de ses observations; nous nous contenterons d'en reproduire les conclusions.

1° Dans la très grande majorité des cas de phthisie confirmée, il existe une complication marquée de dyspepsie. Sur 56 cas, la dyspepsie manquait quatre fois ; elle existait à un degré léger 21 fois ; modéré, 22 fois; grave, 9 fois.

2° La forme dominante de la dyspepsie, dans la phthisie confirmée, est la difficulté d'assimiler les matières grasses. Les malades présentent un dégoût remarquable pour les corps gras, lequel s'étend quelquefois au sucre et même à l'alcool (alimentation carbonée). Ils se plaignent beaucoup d'un état bilieux, de pyrosis, de flatulence, et, par-dessus tout, de renvois acides, après avoir pris des aliments. Tout ce qu'ils prennent revient à l'état acide, suivant leurs expressions, et particulièrement tout ce qui renferme de la graisse, de l'huile ou du sucre.

3° La majorité des cas de phthisie, héréditaire ou non, sont précédés d'une période tranchée de symptômes dyspeptiques. Les symptômes afférents à l'estomac ou au foie précèdent donc ceux qui peuvent être rapportés au poumon. Sur les 52 cas où la phthisie était compliquée de dyspepsie, celle-ci avait apparu consécutivement aux symptômes thoraciques 9 fois, concurremment avec eux 10 fois, et enfin les avait précédés 33 fois.

4° Les symptômes de la dyspepsie prémonitoire de la phthisie sont les mêmes que ceux dont l'affection pulmonaire se montre compliquée. Ceux qui apparaissent les premiers sont les altérations du goût, ainsi le dégoût pour la graisse, et souvent pour le sucre et même l'alcool.

Il a été remarqué dans un grand nombre de cas, que les individus prédisposés à la phthisie avaient présenté des appétences ou des répugnances toutes particulières pour telle ou telle sorte d'aliments, même dans leur bas âge et en apparence au milieu de la meilleure santé, l'aversion pour la graisse dominant toujours. Et l'auteur n'hésite pas à déclarer que si, dans une famille, on voit un enfant se distinguer de ses frères ou sœurs par un refus prononcé des aliments, on peut le considérer, toutes choses égales d'ailleurs, comme le plus exposé à la phthisie pulmonaire, à une époque ultérieure. (*Med. Times and Gazette*, avril 1855.)

Chorée rhumatismale, par le docteur Hare.

Le docteur Sée a cherché, il y a quelques années, dans un travail fort intéressant, mais dont il convient de n'accepter les conclusions que dans une certaine limite, à rattacher la chorée au rhumatisme. M. Hare a fait à la Société harveyenne une communication dans le même sens, mais sans faire mention des opinions de notre compatriote. Après avoir exposé que la chorée reconnaît pour cause des affections purement morales, et la frayeur en particulier, il ajoute qu'il est un grand nombre de circonstances où l'on trouve que les individus affectés de chorée sont ou ont été, à une certaine époque, affectés de rhumatisme, ou présentent des bruits anormaux du cœur. Ce ne sont pas là, ajoute-t-il, de simples coïncidences; des relevés statistiques, auxquels il a joint ses propres observations, lui ont appris que l'affection cardiaque, associée avec la chorée, était très souvent organique, et dans ce cas, presque toujours d'origine rhumatique; il a vu également la chorée survenir chez des enfants ou des jeunes femmes, en même temps qu'une attaque de rhumatisme, quelquefois avant la manifestation des phénomènes articulaires, mais plus souvent à une période plus avancée de la maladie.

Le docteur Hare a rencontré des cas où les bruits anormaux du cœur ne reconnaissaient pour cause ni lésion organique ni rhumatisme. Dans quelques circonstances, sans doute, ils étaient dus à l'existence d'un état anémique; mais, alors que ce dernier ne pouvait être invoqué, il pense qu'ils devaient être attribués à une contraction irrégulière des colonnes charnues du cœur, dépendantes elles-mêmes de la chorée, et qui, en déterminant un reflux du sang à travers les valvules mitrales ou tricuspides, produirait ainsi un bruit essentiellement choréique. Nous n'avons pas besoin de dire combien cette explication aura de peine à sortir du domaine de l'hypothèse, si elle en doit sortir jamais. (*The Lancet*, 21 av. 1855.)

Du traitement de l'épistaxis par l'élévation des bras, par M. Journez.

M. Journez recommande de nouveau un moyen proposé il y a plusieurs années pour combattre les épistaxis, et qui consiste à élever brusquement le bras correspondant à la narine d'où le sang s'écoule, et à le maintenir quelque temps dans cette position. Il a eu l'occasion d'en faire une épreuve très satisfaisante. Pendant la marche d'un détachement de troupes, au mois de juillet, vingt-huit épistaxis, dont plusieurs très abondantes, survinrent sous l'influence d'une insolation prolongée. On ne détachait aucune pièce de l'uniforme ni de l'équipement du soldat; mais, lui élevant brusquement les bras, on lui faisait tenir la tête élevée, le corps droit, les mains jointes par-dessus son schako, et continuer sa marche au pas ordinaire, en prenant soin de ne respirer que par la bouche. Si le sang ne s'écoulait que d'une narine, il suffisait de tenir élevé le bras correspondant, l'autre soutenant le fusil. L'hémorrhagie cessait toujours avec une étonnante rapidité, souvent en moins de une à deux minutes. Chez deux soldats, l'épistaxis récidiva à plusieurs

reprises, mais encore était-elle immédiatement arrêtée à chaque fois. (*Archives belges de médecine militaire*, janvier 1855.)

Études sur les bruits de percussion thoracique, par le docteur WOILLEZ.

« M. Skoda a voulu produire une réforme radicale dans l'étude des bruits de percussion ; mais son but n'a pas été atteint. » Telles sont les paroles de M. Woillez. Cependant son travail porte d'un bout à l'autre le cachet des doctrines de l'école de Vienne, idées qui, du reste, sont aujourd'hui celles de toute l'Allemagne médicale. Sans pouvoir analyser longuement le mémoire de notre honorable confrère, nous lui emprunterons quelques-uns des faits pratiques qu'il a résumés dans ses conclusions.

Un bruit de percussion, dit M. Woillez, doit être étudié comme un composé qui a trois éléments fondamentaux qu'il faut examiner à part. Toute résonnance de cette espèce, en effet, présente :

1° Une *tonalité* normale, ou plus grave, ou plus aiguë ;

2° Une intensité normale, ou diminuée, ou augmentée ;

3° Enfin, comme complémentaire, il y a l'élasticité thoracique sous le doigt qui percute.

La doctrine de M. Skoda a, comme on sait, pour base la *tonalité*, celle de Laënnec l'*intensité* des sons. M. Woillez fait de larges emprunts aux deux théories.

Tonalité. Le ton des résonnances est grave ou aigu. Ces expressions de M. Woillez nous semblent correspondre plus exactement aux mots allemands de M. Skoda que celles de *plein* et de *vide* que M. Aran a introduites dans sa traduction. Les mots que M. Skoda a employés sont ceux qui servent en musique à dénommer ces variétés de tons que nous nommons graves ou aigus. Les expressions de M. Woillez nous semblent donc beaucoup plus heureuses que celles de M. Aran. La cause des différences de tonalité des sons de percussion varie suivant la quantité d'air contenue dans la partie percutée. Cette quantité d'air est d'autant moindre que les résonnances sont plus aiguës, et d'autant plus grande qu'elles sont plus graves. Les sons franchement aigus sont secs et brefs ; les sons franchement graves, au contraire, sont moelleux et prolongés.

Le son grave, limité à un côté du thorax, s'observe dans l'emphysème pulmonaire, le pneumothorax, c'est-à-dire dans les maladies qui s'accompagnent d'une accumulation en excès d'air dans le poumon. Au contraire, le tissu pulmonaire, par suite d'une lésion du parenchyme pulmonaire, contient-il moins d'air que dans l'état normal, le son de percussion a une tonalité aiguë : c'est ce qu'on observe dans les infiltrations sanguine, tuberculeuse, etc. Ce même résultat, la diminution des vides aériens, peut survenir, le poumon restant sain d'ailleurs, par suite d'une maladie plus ou moins éloignée. C'est ce qui a lieu au sommet d'un poumon affecté de pneumonie avec hépatisation étendue vers la base ou dans les épanchements pleurétiques, ainsi que dans toutes les affections qui rétrécissent la cavité destinée au poumon. C'est sur ce point des recherches de M. Skoda que M. H. Roger avait attiré, il y a quelques années, l'attention des médecins; aujourd'hui, aucun médecin consciencieux ne refusera de les admettre, car ce sont là des faits communs et faciles à constater.

Intensité. M. Woillez annonce que ce caractère des sons fournit à la pratique des sources de diagnostic aussi importantes que la tonalité; cependant il nous a paru que c'était toujours à l'étude de la tonalité que notre confrère attachait le plus d'importance. On va pouvoir en juger par le résumé qu'il nous donne lui-même. La diminution d'intensité des sons de percussion est toujours liée à des causes organiques qui rendent ces sons ou extrêmement aigus ou extrêmement graves. De là la nécessité de distinguer une diminution d'intensité par excès d'*acuité du son* (matité) et une autre par *excès de gravité* (obtusion). Les matités sont dues ou à une épaisseur exagérée des parois thoraciques, ou à la présence d'un organe solide, ou bien à une lésion anatomique (solides ou liquides anormaux). L'obtusion indique une accumulation extrême de fluide aériforme. Le *tympanisme*, tel que l'entend M. Woillez, se rapproche beaucoup de celui de M. Skoda. Écoutons la définition de notre compatriote. L'augmentation d'intensité, le tympanisme coïncide aussi avec les sons aigus et graves, mais seulement avec les sons à tonalité intermédiaire aux extrêmes. La cause du tympanisme serait, d'après M. Woillez, l'abolition de l'extension hallérienne, occasionnée par des lésions siégeant dans le poumon lui-même (emphysème, congestion), soit par des lésions qui diminuent la cavité thoracique, telles qu'épanchement pleurétique, pneumonie, tumeurs thoraciques.

Le travail de M. Woillez se termine par quelques considérations sur l'élasticité thoracique. (*Archiv. gén. de méd.*, mars, avr. 1855.)

Abcès du foie ouvert dans la cavité duodénale et dans le duodénum; perforation de l'artère gastro-duodénale, par M. le docteur DOWEL.

OBS. — Un homme âgé de cinquante-trois ans fut pris tout à coup d'une hématémèse considérable; il vomit une immense quantité de sang, en partie rouge et liquide, en partie noir et coagulé. Il existait à l'épigastre une tumeur dure et circonscrite, arrondie, sensible à la pression, offrant d'énergiques pulsations, et un bruit de soufflet systolique et prononcé. Cet homme paraissait mourant. Il se remit sous l'influence de stimulants, etc. L'hémorrhagie stomacale cessa, mais il rendit par en bas une grande quantité de matières mélaniques épaisses. Le lendemain, une pinte environ de pus fut rendue par l'anus, et continua de s'écouler en moindre quantité les jours suivants. Cependant les forces reparurent, et un mois se passa dans des conditions de santé passables. Mais nouvelle hématémèse, suivie d'une apparence de mort imminente, et nouvelle issue, deux jours après, d'une grande quantité de pus avec les selles. Cet homme vécut encore trente-deux jours. L'écoulement purulent continua de se faire de temps à autre, mais il ne parut plus de sang. La tumeur de l'épigastre, dont l'existence remontait à plusieurs mois, présentait les mêmes caractères qu'auparavant, mais se prolongeait plus manifestement sous les côtes droites et allait rejoindre un engorgement considérable du foie. La mort survint, précédée de prostration, d'anasarque, de diarrhée, de gangrène des bourses, deux mois après la première hématémèse.

On trouva à l'autopsie une grande quantité de sérosité et de pus dans la cavité péritonéale. Le foie offrait un volume considérable. La première partie du duodénum adhérait au lobe de Spigel, et présentait une ouverture circulaire d'un pouce de diamètre, établissant une communication entre la cavité de l'intestin et un abcès creusé dans l'épaisseur de cette partie du foie. Ce même abcès communiquait, par une seconde et plus petite perforation, avec la cavité du péritoine. La tête du pancréas était épaissie et volumineuse. L'artère gastro-duodénale, à son passage derrière la première portion du duodénum, s'ouvrait dans l'intérieur de cet intestin, ou du moins s'y était ouverte, car la communication était bouchée par un caillot dense. L'estomac ne présentait aucune altération. Le poumon gauche était tuberculeux. (*Association Medical Journal*, avril 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de thérapeutique et de matière médicale, par MM. TROUSSEAU et PIDOUX. 2 vol. in-8. Paris, chez Béchet jeune.

Nous serons court dans cette analyse. Un livre qui, en quelques années, a obtenu le double baptême de cinq éditions en France et de plusieurs traductions ou contrefaçons à l'étranger, peut se passer d'éloges et défie l'objection. Une semblable bonne fortune rend toute autre appréciation superflue.

Le traité de MM. Trousseau et Pidoux, en effet, a désormais pris rang parmi les ouvrages classiques. Avec une modestie qui les honore, les auteurs attribuent à l'opportunité cette rare faveur du public médical. N'ayant pas les mêmes motifs de réserve, nous osons affirmer qu'elle tient à des causes plus profondes. Il ne manque pas d'écrits, même excellents, sur la matière ; et si l'opinion a fait de celui de nos confrères son objet de prédilection, c'est évidemment qu'elle y a reconnu des qualités exceptionnelles.

On doit, il est vrai, faire la part du relief acquis par les collaborateurs, l'un professant avec éclat à la Faculté, l'autre jouissant, comme savant, écrivain ou praticien distingué, d'une réputation incontestée. Mais les présomptions, nées de ces circonstances, ont

été amplement justifiées par le soin intelligent qui a présidé à l'exécution du travail, par les patientes recherches dont il témoigne.

Dans le vaste parcours de deux forts volumes comprenant près de 1700 pages d'un texte fin et serré, il n'y a rien qui ressemble à une compilation. Chaque chapitre a, pour ainsi dire, la valeur d'un mémoire particulier; plusieurs même s'élèvent aux proportions d'une monographie tant s'y pressent les faits habilement résumés et vivement illuminés par une discussion précise et nourrie.

Cliniciens, d'ailleurs, avant d'être historiens et bien pénétrés de ce grand principe que la vie est pleine de mystères, MM. Trousseau et Pidoux, tout en acceptant, dans une juste mesure, les données récentes de la physiologie et de la chimie, ont su prudemment respecter ces x et se garder des voies d'un rationalisme perfide. C'est surtout au lit du malade, en présence des opérations de la nature, que se sont formées leurs convictions ; là qu'ils ont puisé, comme à la seule source éprouvée, le critérium de leurs jugements.

La remarquable introduction qui prélude à cette édition nouvelle donne à la fois une idée des tendances auxquelles ils ont obéi, de la marche qu'ils ont suivie. Il s'est opéré depuis cinquante ans de graves révolutions dans la science. Après Brown, Cullen et Pinel, nous avons vu passer Broussais, Hahnemann, les organicistes et les représentants de la doctrine italienne Rasori, Thomassini, Giacomini. La thérapeutique et la matière médicale ont naturellement subi le contre-coup de leurs systèmes. Signaler ces déviations, en montrer l'origine et la portée, faire la part des exagérations et des erreurs par le dégagement des éléments; en un mot, séparer l'or de l'alliage afin de renouer la chaîne interrompue des vraies traditions, telle est la tâche accomplie par MM. Trousseau et Pidoux dans cette étude préliminaire qui, dès lors, au lieu d'être un simple frontispice plus ou moins intéressant de l'ouvrage, en devient le phare nécessaire, en même temps qu'elle établit les jalons de l'avenir, ou que, pour mieux dire, elle aboutit, comme conclusion finale, à l'*empirisme raisonné.*

A notre époque, les développements sont rapides. Dans l'intervalle de la précédente publication, de nouveaux faits, de nouvelles applications se sont produits dont celle-ci a dû s'enrichir. On aura une idée des changements nombreux et des augmentations importantes qu'elle a éprouvés par ces lignes mêmes des auteurs:

«Le rang considérable qu'occupent aujourd'hui les agents anesthésiques dans la matière médicale exigeait, disent-ils, que nous fissions plus que de consacrer un article à la description des propriétés de chacun d'eux. Nous leur avons fait l'honneur d'une *médication*, chapitre placé à la suite de la *médication* stupéfiante.

» Le chapitre *Electricité* avait vieilli par suite des recherches originales de M. le docteur Duchenne (de Boulogne). Nous lui devions cette justice de nous inspirer complétement de ses consciencieux travaux dans cette partie de notre œuvre pour qui était indispensable une science spéciale, forte et précise.

» Si la médecine commence à retirer bientôt de l'électricité autant de profit que la séméiologie et la physiologie, les procédés de M. Duchenne (de Boulogne), auront doté la thérapeutique d'un agent dont la formidable énergie lui avait, jusqu'à présent, plus promis que donné.

» Les articles *Fer, Iode, Quinquina, Huile de foie de morue, Arsenic, Opium, Belladone, Alcalins, Strychnine*, etc., etc., les médications tonique, radicale, anesthésique, etc., ont reçu de notables accroissements. Au colchique, nous avons ajouté son alcaloïde, la vératrine. Le collodion et le manganèse, agents presque inconnus il y a quelques années, et entrés désormais dans la matière médicale, avaient droit à une place, que nous leur avons également accordée. »

En récapitulant les précédentes considérations, il est aisé d'entrevoir ce qui distingue le livre de MM. Trousseau et Pidoux. Son mérite est d'être un traité de thérapeutique vrai, n'entrant pas seulement de la manière la plus utile et la plus circonstanciée dans l'histoire des remèdes et de leur emploi, mais remontant aux sources mêmes, au cœur, pour ainsi dire, des indications, et accusant une lutte opiniâtre pour la découverte de la vérité, pour la fixation des principes, pour la fusion intime et rationnelle de la médecine et de la matière médicale. De pareils travaux ne s'improvisent pas. L'union d'un talent d'élite à une science étendue est indispensable pour les élever au degré de la perfection. On peut présumer ainsi que celui de nos éminents et laborieux collègues ne perdra pas de sitôt la vogue dont il a conservé jusqu'à présent la possession si légitime.

DELASIAUVE.

Annuaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacie et de toxicologie pour 1855, par M. le professeur BOUCHARDAT.

Annuaire de médecine et de chirurgie pratique pour 1855, par MM. JAMAIN et WAHU.

Formulaire des médicaments agréables, par M. J.-P.-J. GAY, professeur à l'École de pharmacie de Montpellier.

En raison d'une affinité visible et du peu de développements qu'elles exigent, nous nous croyons autorisé à joindre, dans une même notice, ces trois publications dont la seule annonce exprime en partie le caractère.

L'*Annuaire* de M. Bouchardat ajoute un volume de plus à une collection de quinze années, dont un succès croissant a désormais consacré l'importance. Il n'est ni moins varié ni moins riche que ses devanciers. On y remarque, entre autres, les procédés de M. Aubergier pour arriver à établir solidement dans notre pays la fabrication d'un opium constant dans sa composition et ses effets, et celle du lactucarium dont l'extrait alcoolique doit se substituer à la thridace dans les formules magistrales.

Les articles *belladone, chloroforme, lupulin, huile de naphte, poudres nutrimentives, opiat, ferrugineux, cosmétique des Arabes, spigélie* et autres anthelminthiques, sont dignes aussi de l'attention des praticiens.

On ne lira pas non plus sans intérêt un mémoire sur l'étiologie et l'hygiène des *tumeurs cancéreuses.*

L'auteur, enfin, dans la préface dont sont extraites la plupart de nos remarques, promet pour 1856 un volume supplémentaire et une table alphabétique de la collection des *Annuaires* de 1841 à 1855, rédigée par M. le docteur Ramon.

Sans avoir une utilité aussi générale et aussi immédiate que l'*Annuaire de thérapeutique* de M. Bouchardat, le recueil de MM. Jamain et Wahu, parvenu à sa dixième année, présente néanmoins son opportunité. Bien que les feuilles périodiques nous instruisent quotidiennement des nouveaux faits médicaux et chirurgicaux, il est bon d'en avoir ainsi sous les yeux, par ce spécimen, l'enchaînement systématisé, le tableau synoptique.

Quant au *Formulaire* de M. Gay, le titre en indique suffisamment le but. Le poëte conseille de mêler l'utile à l'agréable. En fait de médicaments, il serait à souhaiter qu'on pût, retournant le précepte, associer l'agréable à l'utile, afin de n'avoir plus à adoucir les bords du vase pour faire accepter la liqueur salutaire. Ainsi a pensé l'auteur, qui a rassemblé dans son opuscule une série de formules éparses dans les pharmacopées, et destinées, par leur agrément, à remplacer ou à corriger les préparations répugnantes.

Ce petit livre se recommande tout naturellement aux praticiens qui trop souvent, en particulier avec les enfants et les femmes, ont à lutter contre des répulsions fâcheuses. Pour ne citer qu'un exemple : Combien n'éprouve-t-on pas de difficultés dans l'administration du sulfate de quinine ? Eh bien ! M. de Vouves a découvert un nouveau moyen de les éluder. Ce mode très simple consiste à introduire le sel fébrifuge dans une infusion de café où disparaît sa saveur amère.

DELASIAUVE.

VII.

VARIÉTÉS.

— Il y a quelques semaines, un interne distingué de l'hôpital de la Charité, M. LESUR, succombait aux suites d'une écorchure qu'il s'était faite à la main avec un fragment d'os du crâne pendant l'autopsie d'un sujet mort d'une fièvre typhoïde. Un accident du même genre vient d'emporter un autre interne, à qui un bel avenir était promis, et que nous avions vu plein de vie et d'entrain au *banquet de l'Internat*, M. LÉON PROVENT. Le 31 mai, un fragment de côte lui avait écorché la face dorsale du doigt médius; deux jours après ont commencé à se montrer les signes d'une infection purulente, et la mort a eu lieu le 7 juin. Un grand concours d'élèves a conduit cette victime du travail à sa dernière demeure, avec des témoignages d'affliction auxquels nous nous associons bien vivement. M. Lefort a prononcé sur sa tombe quelques paroles sorties du cœur.

— L'Académie des sciences vient de procéder à la nomination d'un membre dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Lallemand.

Au premier tour de scrutin, sur 56 votants, les voix se sont ainsi réparties : M. Jobert, 17 voix ; M. Cloquet, 17 ; M. J. Guérin, 5 ; M. Gerdy, 4 ; M. Laugier, 5 ; M. Baudens, 7.

Aucun candidat n'ayant réuni la majorité, on procède à un second tour de scrutin, qui donne les résultats suivants, le nombre des votants restant le même : M. Jobert, 25 voix ; M. Cloquet, 26 ; M. J. Guérin, 3 ; M. Laugier, 1 ; M. Baudens, 1.

Ce résultat ne donnant encore la majorité à aucun candidat, on procède à un scrutin de ballottage entre MM. Jobert et Cloquet. Le nombre des votants est toujours de 56, majorité, 29. M. Cloquet obtient 29 voix ; M. Jobert, 27.

En conséquence, M. Cloquet est proclamé membre de l'Académie des sciences.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Juin. Sur l'inclusion scrotale et testiculaire, par *Verneuil*. — Cancer du foie, par *Monneret*. — Surdité nerveuse, par *Triquet*. — Altération spéciale de la glande mammaire, par *Lorain* et *Robin*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 mai. Progrès de la thérapeutique et de la matière médicale, pendant la première moitié du XIXe siècle, par *Saucerotte*.— Chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, par *Demarquay*. — De l'uréthrotomie, par *Civiale*. — Méthode de Landolfi dans le cancer, par *Philipeaux*.— Des médications directes et indirectes, par *Gintrac*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — N° 5. Maladie du coït, par *Rodloff*. — Tétanos suite de castration chez l'homme, par *Texier*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 mai. Examen du vitalisme organique de M. Pidoux, par *Sales-Girons*. — Accouchement provoqué au huitième mois de la grossesse, par *Villeneuve*.

ANNALES D'OCULISTIQUE DE BRUXELLES. — Mai. Leçons du docteur *W. Bowman* (Suite et fin). — Plaies de l'orbite, leçon par *W. Cooper*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 31 mai. Épidémie d'ergotisme gangréneux observé à l'Hôtel-Dieu. — De la part à faire à l'hygiène dans les résultats de l'emploi thérapeutique des eaux minérales, par *Durand-Fardel*. — Calorification dans l'état sain et dans l'état morbide, par *Chavanne*. — Sur le caustique antimonique, par *Ferrand*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 5. Ascite par cirrhose du foie; injections iodées; mort par hémorrhagie intestinale, par *Strohl*. — Aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par *Dagonet*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Mai. Observations de phimosis et de chancre diphthéritique; guérisons rapides, par *de Bucherie*.—Commotion cérébrale chez une fille de cinq ans, par *Laclaverie*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 30 mai. Action antidiarrhéique de la corne de cerf calcinée, par *Delarue*. — Médication purgative contre la hernie étranglée, par *Serres*. — États morbides confondus avec la fièvre typhoïde, par *Desmartis*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 23e livraison. Peine de mort par décapitation, par *Moll* et *Vanoye*. — Résumé des travaux sur le choléra, par *Vanoye*.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — T. XIV. N° 7. (Rapports et discussions sur un trocart explorateur et sur la péripneumonie des bêtes bovines.)

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 22. Traitement des affections blennorrhagiques, par *Thiry*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 125. Sur le cancer et diverses maladies de la langue, par *L. Parker*. — Fracture de l'astragale, ablation de l'os; fausse articulation; guérison, par *Houghton*. — Rectum imperforé, par *H. Jacobs*. — Accouchement difficile; péritonite, mort, par *G. Trend*. — 126. Extirpation du maxillaire supérieur, par *Ellis Jones*. — Dégénération graisseuse du cristallin, par *Salomon*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW.—Mars. Deux cas d'ablation des tumeurs du cou, par *H.-H. Toland*. — Introduction de la fièvre jaune à Savannah (Géorgie) en 1854, par *Mackall*. — Arrachement du scrotum, du périnée, du testicule, du cordon spermatique et de presque tout le tégument du pénis; par *R.-W. Gibbes*.— Lettres sur Paris, par *Kinloch*. — Sur la fièvre jaune, par *T.-Y. Simons*.— Anasarque symptomatique d'aménorrhée, par *E.-S. Gaillard*. — Sur le choléra de Charleston, par *J.-L. Dawson*. — Sur l'unité de la race humaine, par *Bachman*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 855. Traitement du choléra, par *T. Mawe*. — 856. Cas rares de chirurgie, par *J. Adams*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 256. Traitement curatif de la maladie de Bright à l'état chronique, par *Handfield Jones*. — Traitement des varices, par *H.-T. Chapman*. — Traitement de l'odontalgie, par *Donaldson Mackensie*. — Excision du genou pratiquée avec succès, par *H. Smith*. — Blessure par arme à feu de la carotide primitive; hémorrhagie arrêtée spontanément, par *Cholmeley*. — Rupture de l'artère tibiale postérieure, par *F. Jowers*. — *Nævi* guéris par l'application locale de la teinture d'iode, par *S. Edwards*. — Traitement du ver solitaire par le kousso, par *Spencer Edmonds*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — Mai. Sur le traitement de la pneumonie, par *J. Metcalfe*. — Cas d'ulcère perforant de l'estomac; symptômes obscurs, par *Purdy*. — Plaie d'arme à feu au cou; ligature de la carotide primitive; guérison, par *Isaacs*.

THE DUBLIN QUATERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. — Mai. Sur l'hydropisie, par *H. Marsh*. — Sur les rétrécissements de l'urèthre, par *Hamilton*. — Sur une coloration noirâtre particulière de la peau de la face, par *Neligan*. — Sur le tétanos, par *Butcher*. — Sur les corps étrangers des voies respiratoires, par *Hughes*. — Mort par pénétration d'une arête dans l'aorte, par *Colles*. — Rhythme du cœur chez le fœtus, par *Churchill*. — Réunion des os fracturés, par *H. Collis*. — Déchirure et contusion de la cuisse, par *C.-F. Moore*. — Aliénation mentale; considération médico-légale, par *Williams*.

THE LANCET. — Nos 21. Sur la fausse grossesse, par *Burke Riand*. — Blessure de la colonne vertébrale; paraplégie, etc., par *G. Hewitt*.—22. Leçons sur le névrome, l'ulcère mercuriel, la lithotritie. — Histoire d'un cas d'encéphaloïde avec battements appréciables, siégeant à l'avant-bras, par *J. Trichsen*.

Η εν Αθηναις ιατρικη Μελισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Mai. Sur la nomenclature de M. Piorry, par *Gouda*. — Sur l'hydarthrose.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 20. Sur l'épidémie de Gênes, par *A. Pasquali*. — *Idem*. — 22. Critérium de la dyspnée dans l'hydrothorax simple, par *Schina*. — Choléra de Gênes, par *Pasquali*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 21. Sur le choléra, par *Buffalini*. — Sur la pneumonie qui a régné à Certaldo, par *G. Masini*. — 22. Sur le choléra, par *Buffalini*. — Sur le cancer, par *Ranzi*. — Pneumonie de Certaldo, par *Masini*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 21. Sur le choléra de Racconigi, par *Salvolini*. — Revue ophthalmologique. — 22. Fièvre typhoïde qui a régné à Mentone, par *Farina*.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 193. Eaux minérales de *Sousas y Caldelinas*, par *A Casares*. — 194. *Idem*. — 195.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 72. Eaux minérales de Charles III, par *M.-J. Gonzales y Grespo*. — 73. *Idem*. — Études sur le cancer, par *Olivares*.

GAZETTA MEDICA DE LISBOA. — N° 56.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 10. Cas d'éclampsie apoplectiforme; accouchement par le forceps; urétro-péritonite; pleurodynie; otite aiguë; guérison, par *J. Benavides*.

Livres nouveaux.

ÉLÉMENTS DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE ou Traité pratique des opérations; par le docteur *Alph. Guérin*. 2e partie, pages 303 à 611, avec fig. 161 à 285. Paris, Chamerot. Prix de l'ouvrage complet. 7 fr.

LEÇONS DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE appliquée à la médecine, faites au collége de France, par *Claude Bernard*. (Cours du semestre d'hiver 1854-1855.) 1 vol. in-8 de VIII—512 pag. avec 22 fig. Librairie J.-B. Baillière. 7 fr.

BEITRÆGE ZUR LEHRE VON DEN DURCH PARASITEN BEDINGTEN HAUTKRANKHEITEN (Contribution à l'étude des maladies de la peau résultant de parasites), par *B. Gudden*. In-8. Stuttgart, chez Ebner et Seubert. 2 fr.

BEITRAG ZUR LEHRE UEBER DIE WIRKUNG DES CHLOROFORMS (Contribution à l'étude de l'effet du chloroforme), par *F. Hartmann*. In-8. Giessen, Ferber. 2 fr

DIAGNOSIS OF DISEASES OF THE BRAIN, SPINAL CORD, NERVES AND THEIR APPENDAGES (Diagnostic des maladies du cerveau, etc.), par *J. R. Reynolds*. In-8°. Londres, chez Churchill. 11 fr. 25.

Nota. Le précis des eaux minérales des Pyrénées, par le docteur *Verdo*, annoncé page 432 de la *Gazette hebdomadaire* est publié à Paris, librairie Victor Masson.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME II. — PARIS, 22 JUIN 1855. — N° 25.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial, en date du 16 juin 1855, rendu sur la proposition du Ministre de l'instruction publique et des cultes, l'élection, faite par l'Académie des sciences de l'Institut impérial de France, de M. Jules CLOQUET, pour remplir la place d'académicien, devenue vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Lallemand, est approuvée.

— Le Ministre de l'instruction publique et des cultes a arrêté que les membres de la Faculté des sciences de Montpellier se rendront à Carcassonne, et que ceux de la Faculté des sciences de Grenoble se rendront à Valence, pendant la session d'août 1855, pour y procéder simultanément aux examens du baccalauréat ès sciences, conformément aux dispositions de l'arrêté du 4 mai 1855.

— Par décret en date du 20 juin 1855, rendu sur la proposition de S. Exc. M. le Ministre de l'instruction publique, M. Viard, Henri-Stanislas, docteur ès sciences, a été nommé professeur titulaire de physique à la Faculté des sciences de Montpellier.

Par un autre décret en date du même jour, rendu également sur la proposition de M. le Ministre, M. Ladrey (Claude), docteur ès sciences, a été nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Dijon.

— Par arrêté en date du 20 juin 1855, M. le Ministre de l'instruction publique a accepté la démission de M. Barnetche, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Par le même arrêté, M. Barnetche a été nommé professeur honoraire de ladite école.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 15 au 20 juin 1855.

121. BONNET, Charles-Gabriel, né le 24 juillet 1826 à Allanches (Cantal). [*De l'iritis, ou inflammation de l'iris.*]

122. GARDELLE, Pierre-Anne-André-Léon, né le 28 juin 1830 à Bruniquel (Tarn-et-Garonne). [*Études des indications de l'accouchement prématuré artificiel et de l'avortement médical.*]

123. EPRON, Gratien, né le 13 décembre 1824 à Anctoville (Manche). [*Quelques mots sur la formation du sucre à l'état physiologique et à l'état pathologique.*]

FEUILLETON.

Histoire d'une opération de cancer.

Il vient de paraître à la Librairie nouvelle *un petit livre intitulé :* SOUVENIRS D'UN MÉDECIN, *par* SAMUEL WARREN, précédés d'une lettre à M. le docteur AMÉDÉE PICHOT, *par* M. PHILARÈTE CHASLES. *Ce livre n'est pas nouveau par le fond, car il est emprunté au* Journal d'un médecin (Diary of a Physician), *que publiait, il y a quelque quinze ans, dans le* Recueil de Blakwood, *M. Samuel Warren, avocat d'Édimbourg, et non médecin, comme on l'a cru généralement, aujourd'hui atteint d'une maladie grave qui le retient dans une maison de santé spéciale. M. Philarète Chasles a traité le* Journal d'un médecin *à peu près comme M. J. Janin a fait* Clarisse Harlowe ; *il l'a corrigé, émondé, accourci et rendu lisible. Dans l'édition originale, les histoires étaient plus nombreuses, embarrassées de longueurs et de digressions; les personnages en étaient guindés, déclamateurs. De plus, les détails médicaux y révélaient une inexpérience mal déguisée, qui donnait un démenti évident à cette affirmation de l'auteur, qu'il avait écrit sur les notes d'*un docteur d'Édimbourg. *Les remaniements de la nouvelle édition n'ont pas fait disparaître ce défaut essentiel, ce qui n'eût été possible qu'à un homme de l'art; mais ils l'ont considérablement atténué.*

Parmi les onze histoires conservées, nous choisissons la suivante, comme étant une des plus simples et des plus naturelles. A. D.

LE CANCER.

Tout le monde a répété cet axiome : « Que les femmes savent opposer à la douleur physique une force, une intensité de courage dont nous serions incapables. » Elles plient sous le faix de l'angoisse qui nous briserait ; leur existence plus souple et plus nerveuse se relève avec une merveilleuse élasticité. Nées pour être mères, celles à qui Dieu confia le soin des générations et la transmission de la vie devaient, pour accomplir les vues suprêmes, résister à ce que la souffrance a de plus poignant.

Madame Saint-A***, femme d'un pair du royaume, était depuis plusieurs mois en proie à un fléau de son sexe, un *cancer* au sein. J'étais son médecin ordinaire, et je ne voyais pas sans un profond sentiment de peine cette belle personne, dont la douceur était angélique, succomber à un mal affreux. On sait avec quelle rapidité ce fléau, dévorant les chairs de la victime, la soumettant d'heure en heure à une nouvelle agonie,

124. RICARD, François-Pierre, né le 4 novembre 1824 à Crest (Bouches-du-Rhône). [*Hygiène des entreprises à la partie intertropicale de la côte occidentale d'Afrique, basée sur l'observation des faits hygiéniques les plus communs.*]

125. BOILLET, Pierre-Charles-Désiré, né le 27 janvier 1827 à Pierrecourt (Seine-Inférieure). [*De la pleurésie diaphragmatique.*]

126. LAMIABLE, Adrien-Louis-Gustave, né le 21 février 1826 à Coucy (Ardennes). [*De la dyspepsie.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 1er janvier au 5 mai 1855.

1. GINCIRRE, Jean-Ernest-Benoît, né le 10 janvier 1830 à Saint-Jean-de-Buèges (Hérault). [*Considérations et observations sur l'emploi de l'eau froide dans quelques lésions traumatiques.*]

2. GRAZIETTI, Pierre-François-Gustave, né le 27 juillet 1822 à Vizzani (Corse). [*Étude sur la gangrène.*]

3. THOMAS, Antoine-Eugène, né le 15 janvier 1818 à Montpellier (Hérault). [*Des causes qui retardent ou empêchent la consolidation des fractures, et des moyens de l'obtenir.*]

4. POULLAIN, N.-P.-Abel, né le 13 juin 1826 à Arc en Barrois (Haute-Marne). [*Essai sur l'hygiène des habitants de la campagne dans le canton d'Arc en Barrois (Haute-Marne).*]

5. ROCHAT, Jacques, né le 1er octobre 1813 à Luzinay (Isère). [*Essai sur le rhumatisme articulaire aigu et sur son traitement.*]

6. ROUBIN, Louis-Pierre, né le 25 août 1819 à Toulon (Var). [*Quelques mots sur la structure du système nerveux.*]

7. GUÈS, Jean-Baptiste-Charles-Achille, né le 10 avril 1823 à Toulon (Var). [*Essai sur le croup.*]

8. ROMIEUX, Edme-Ernest, né le 20 mai 1826 à la Rochelle (Charente-Inférieure). [*De l'utilité de la saignée dans la grossesse, et du traitement de l'avortement.*]

9. JOURDAN, Augustin-François, né le 14 janvier 1825 à Mirande (Gers). [*Du phlegmon diffus, de son diagnostic et de son traitement.*]

10. DESCLAUX, Bernard-Louis, né le 24 août 1819 à Blagnac (Haute-Garonne). *Du degré d'application de la lithotritie.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,
LAURENS.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 21 juin 1855.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE L'ALIÉNATION MENTALE. — VUE GÉNÉRALE DE LA DISCUSSION.

La discussion sur la folie a été close mardi dernier à l'Académie de médecine. Par les comptes rendus que nous en avons donnés et les appréciations de notre rédacteur en chef, on a pu juger des termes sur lesquels elle a porté, des phases qu'elle a parcourues, des limites auxquelles elle s'est arrêtée.

Bien qu'au fond aucun argument nouveau n'ait été produit, les discours prononcés par MM. Ferrus et Baillarger ont néanmoins communiqué au débat une physionomie plus caractérisée en le dégageant des généralités un peu vagues dans lesquelles il s'était d'abord maintenu. M. Bousquet a été cette fois encore l'objet principal des attaques. Il est vrai quo sa réplique, à laquelle nos confrères ont répondu, témoigne d'une visible hésitation; non que le dialecticien consommé ne s'y retrouve avec son didactisme habituel, sa phrase correcte, sa verve incisive et son érudition de bon aloi. Nul n'est plus habile à saisir le défaut de cuirasse de l'adversaire. Mais, mal à l'aise sur un terrain mouvant et pour lui en bonne partie étranger, M. Bousquet a nécessairement compris que, seul contre tous les spécialistes, il lui était impossible de soutenir avantageusement une lutte inégale. Il est des matières, à l'égard desquelles les lectures les plus assidues, les méditations les plus profondes, ne sauraient remplacer la connaissance directe et personnelle des faits!

M. Bousquet, devant l'opposition soulevée par son rapport, aurait pu aisément faire une retraite honorable. Médicalement parlant, ce travail, si nous l'avons bien lu, laissait plutôt deviner qu'il n'exprimait formellement les tendances spiritualistes de l'auteur. Ne voir dans la folie pure qu'une aberration de fonction n'est point en exclure absolument toute participation matérielle.

Dans sa réfutation, le savant académicien a préféré, toutefois, poser carrément le dogme d'un principe extra-physiologique en refusant au cerveau la faculté d'engendrer la pensée, *phénomène irréductible*. Mais objecte, avec Locke, M. Ferrus qui, le premier, a pris la parole : Pourquoi, si *Dieu l'eût voulu*, le cerveau ne penserait-il pas? Et de quel droit,

---

porte dans son sein une morsure plus douloureuse que les déchirements de la flamme et du fer. C'était un spectacle touchant que cette résignation à des douleurs atroces : point de cris, à peine des larmes. Quand nous réussissions à lui donner quelques intervalles de repos, elle levait vers nous ses beaux yeux, d'une expression si tendre, et qui témoignaient la vive gratitude qu'elle ressentait. Aucun symptôme d'impatience ou d'irritation, aucune plainte.

Un matin, je la trouvai étendue sur le sofa de son salon. Le velours rouge qui recouvrait le meuble faisait ressortir sa pâleur extrême. Ses sourcils légèrement plissés, quelques rides au front, annonçaient seuls le triomphe qu'elle remportait sur la douleur. Il y avait dans ce repos une intensité de souffrance qui faisait frissonner.

— Comment avez-vous passé la nuit? lui demandai-je.

— Oh! répondit-elle, cette nuit a été bien cruelle. Je suis heureuse que mon mari ne soit pas ici ; il aurait beaucoup souffert !

Sa voix était tremblante, mais douce.

Alors entra dans sa chambre, en sautant et en riant, un petit garçon de quatre ans, son fils unique. Ce bel enfant aux cheveux blonds et bouclés, ignorant que sa mère expirait peu à peu, le contraste de tant de gaîté et de vie avec tant d'angoisses et la mort voisine, c'était une des situations les plus tragiques du monde. Je pris l'enfant entre mes bras, je le plaçai sur mes genoux, et je cherchai à l'amuser en faisant sonner les cachets et la chaîne de ma montre : j'avais peur que ses cris et ses caresses ne troublassent le repos de sa mère. Elle le regarda fixement, avec une expression indéfinissable. Puis sa main blanche, transparente, maigrie par la souffrance, couvrit ses yeux ; je vis des pleurs. Elle ne prononça pas un mot. La vue de son fils avait vaincu son courage.

Cependant la maladie fit de rapides progrès. Une opération devint inévitable. Un chirurgien habile, qui me secondait avec beaucoup de talent et de zèle, se chargea de communiquer à la malade cette nouvelle. Il lui demanda si elle croyait avoir assez de force pour soutenir l'opération. Un sourire triste se dessina sur ses lèvres.

— Oui, dit-elle ; voici déjà quelque temps que j'y pense, et je me suis habituée à cette idée ; je m'y soumettrai de mon mieux, à deux conditions : l'une, que mon mari n'en saura rien ; la seconde que, pendant l'opération, on ne me liera pas les mains, et que l'on ne me bandera pas les yeux.

Elle appuyait sur cette dernière condition d'une manière tellement expresse, que nous n'osâmes pas nous y opposer. Elle était calme, résolue ; le chirurgien me regardait d'un air de crainte.

sous ce rapport, imposer des limites au pouvoir infini qui recèle tous les pouvoirs?

Certes, on a peine à comprendre le rôle du substratum organique dans une opération aussi insaisissable. Mais s'explique-t-on mieux celui d'un agent biotique exclusivement idéal? Là est un mystère où la raison confondue n'a d'autre alternative que de se réfugier dans l'observation et l'expérience.

A l'appui de sa thèse, M. Bousquet invoque les conversions tardives de Cabanis et de Georget. Selon M. Ferrus, ce n'est point dans un testament fait *in extremis* qu'il faut chercher la pensée intime qui se cache. L'exagération dans laquelle était tombé Cabanis appelait une réaction. Pour Georget, dont un intéressant récit nous dévoile quelques particularités curieuses, toute rétractation aurait été inutile; car ses principes n'ont jamais été contraires à l'orthodoxie. « Le savant, le penseur, le médecin, l'homme, n'avaient, dit M. Ferrus, rien à démentir. »

On aurait pu croire qu'une déclaration si catégorique eût induit M. Bousquet a conclure, dans une certaine mesure, à l'immatérialité des maladies mentales. Il n'en est rien. Par une sorte d'inconséquence, M. Bousquet reconnaît presque aussitôt la dépendance des deux substances, le rapport du physique et du moral. M. Ferrus a habilement relevé cette contradiction.

La doctrine de M. Moreau semblait (à tort sans doute) rejeter l'existence des folies sympathiques. M. Bousquet, au contraire, leur concède une très large place. Sans nous prononcer sur la fréquence de cet ordre d'aliénations, nous les croyons non-seulement attestées par les faits, mais compatibles avec les notions d'une saine physiologie. Toutefois, M. Ferrus remarque avec raison que les folies sympathiques impliquent nécessairement, par une irradiation nerveuse sur l'encéphale, une coopération matérielle.

Relativement à l'anatomie pathologique, le célèbre aliéniste accorde volontiers à M. Bousquet que cette science ne conduit pas en elle-même, comme traitement, à des indications immédiates. Néanmoins, si dans beaucoup de cas, sous le rapport de l'intensité et de la forme, il existait une relation constante entre le progrès des symptômes et celui des altérations, ainsi que tendent à l'établir les travaux nécroscopiques et micrographiques modernes, n'est-il pas évident que, pour conjurer cette dégradation croissante, il faudrait recourir, indépendamment des applications morales, à des modifications physiques dont une expérimentation successive arriverait à déterminer la nature?

M. Bousquet a vu un argument capital dans la confusion qu'il attribue aux différentes classifications des aliénistes; mais cette confusion est plus apparente que réelle. M. Ferrus a très bien montré que si l'on différait parfois dans l'expression caractéristique des espèces, on tombait généralement d'accord sur les circonscriptions phénoménales, et que l'on s'entendait réciproquement. Tout, en un mot, se limite à des divergences théoriques.

C'est enfin, avec le même à-propos, que M. Ferrus a repoussé l'accusation dirigée par M. Bousquet contre ce qu'il appelle les impuissances de l'art. Cette stérilité était incontestable alors que, considérant l'aliénation mentale comme une pure déviation de l'esprit, on se contentait pour toute thérapeutique d'exhortations et de rigueurs. Mais dès qu'on en vint à voir dans les insensés de véritables malades, et que, tenant compte de l'intime connexité de leur nature, on associa à une action morale plus rationnellement comprise le concours de larges applications hygiéniques et de moyens médicaux directs; quand, secondant cet élan scientifique, l'autorité, grâce à une législation tutélaire, favorisa l'édification, le perfectionnement et la direction des asiles, le nombre des guérisons se multiplia, et au lieu, suivant l'expression de M. Ferrus, d'avoir dans ces établissements des aliénés à vie, on compta, en moyenne, un malade rétabli sur trois.

En s'arrêtant à l'esprit même des précédentes considérations, on voit s'évanouir en quelque sorte le fantôme qui semblait mettre une barrière infranchissable entre les deux camps scientifiques. L'argumentation de M. Baillarger, où la théorie s'absorbe dans les faits, atteste elle-même une tendance conciliatrice.

Dans une première partie de son discours, notre savant collègue essaie, comme M. Ferrus, d'établir le rapprochement des nomenclatures. Il est toutefois regrettable que, dans cet examen fort long, il se soit attaché aux seules opinions de MM. Falret et Renaudin, qui reconnaîtraient avec lui les trois grands types d'Esquirol : *manie, monomanie, lypémanie.* D'autres divisions, que M. Baillarger ne saurait ignorer, ont cours dans la science.

Pour notre compte, dans un essai de classification publié dès 1843, et reproduit en 1852 dans la *Gazette des hôpitaux*, nous nous sommes sensiblement écarté des errements habituels. Formant de la folie deux groupes principaux, suivant leur origine intellectuelle ou sentimentale, nous avons, outre la manie, compris dans le premier la paralysie générale, la stupidité et la série des délires par intoxication. Le second,

— Je vous devine, lui dit-elle; mais j'espère bien vous prouver qu'une femme peut avoir du courage.

Nous convînmes du jour. Le chirurgien, son aide et moi, nous fîmes placer dans la voiture qui devait nous conduire chez la malade la boîte d'instruments nécessaires pour l'opération.

— Êtes-vous bien sûr, dit le docteur R*** à son domestique, que tout est à sa place, et que rien ne manque?...

Sans se contenter de la réponse affirmative qu'il reçut, le docteur visita lui-même la boîte, et s'assura que toutes les précautions avaient été prises. Ce n'était pas sans motif. Un jour, je m'en souviens encore avec douleur, je vis un patient expirer entre les bras du chirurgien, faute de cette attention indispensable. On ne put trouver dans la boîte l'instrument d'une forme spéciale dont un cas particulier exigeait l'emploi : cet oubli fut la mort de l'infortuné.

Madame Saint-A*** demeurait à deux milles de Londres. A deux heures, notre voiture s'arrêtait à sa porte. On nous introduisit dans un salon dont les fenêtres ouvraient sur un magnifique jardin; cette situation isolée et le silence profond qui y régnait convenaient à la triste scène. Le domestique qui nous ouvrit était pâle; il nous regardait comme des bourreaux, non comme des médecins. Le peuple et les classes qui s'y rattachent n'ont pas beaucoup de foi dans la science médicale. Ces linges, ces serviettes, ce bassin pour recevoir le sang de la victime, l'eau chaude, l'éponge, la lame brillante des instruments que l'on affile et que l'on essaie, tout cela les effraie. Les préparatifs d'une bataille n'ont rien d'aussi redoutable. Le canon gronde, les armes étincellent, tambours et trompettes retentissent; cette pompe meurtrière enivre l'homme d'espoir, d'ambition et d'orgueil. La salle de l'opérateur est le théâtre obscur d'un supplice douloureux, dont le succès est problématique.

Enfin, on envoya dire à madame Saint-A*** que tout était prêt et qu'on l'attendait.

Le chirurgien ne voyait là que l'exercice ordinaire de sa profession et l'occasion heureuse de déployer son habileté, et souriait de mon inquiétude; je repoussai, non sans indignation, quelques plaisanteries assez déplacées, lorsque la porte s'ouvrit; madame Saint-A*** entra, suivie de deux domestiques. Sa physionomie était calme, sa démarche ferme. Son pâle visage s'éclairait d'un sourire aussi triste que le dernier rayon des jours de novembre. Elle pouvait avoir de vingt-six à vingt-sept ans; et, dans ce moment même, sans parure, prête à subir une opération terrible, elle paraissait belle. Ses longs cheveux bruns, dont un reflet cendré variait la nuance, flottaient épars sur son front et sur ses épaules, dont la blancheur

au contraire, constitué par l'immense diversité des aberrations partielles, n'admet d'autre subdivision que celle des variétés individuelles, chaque cas étant à lui-même son espèce.

Selon nous, la distinction sur laquelle se fonde la classe lypémanique est toute fictive. Les faits que cette classe renferme, disparates entre eux, ne tranchent point avec ceux de la catégorie opposée par une démarcation nette et saisissable. M. Renaudin motive, à la vérité, la séparation d'après le mode de réaction sur la sensibilité affectée ou non d'une manière douloureuse, ce que M. Baillarger exprime en disant qu'il y a *expansion* ou *dépression*. Mais qui ne voit que cette modification de la sensibilité est un effet, non une cause, et qu'au lieu d'émaner de ce foyer, la maladie réside dans les sentiments lésés et les conceptions délirantes !

D'ailleurs, comme nous avons eu déjà l'occasion de le remarquer, le mot *dépression* dont M. Baillarger s'est servi a un double sens qui entache sa nomenclature d'un vice radical, puisqu'il tend à réunir dans un même groupe les formes mentales les plus contrastantes, la lypémanie, par exemple, qui répond souvent à une passion très active, et la stupidité que caractérise une inertie plus ou moins complète : l'une appartenant au délire partiel ; l'autre au délire général.

Il nous suffit, au reste, d'avoir fait ces réserves. Le sujet est important, et nous espérons pouvoir quelque jour, le traitant à part, entrer alors dans des éclaircissements convenables. Revenons au débat académique.

Deux autres points ont été envisagés par M. Baillarger. En ce qui concerne l'analogie du rêve et de la folie, notre collègue, plus voisin de M. Bousquet, trouve exagérée l'extension donnée par M. Moreau à un rapprochement qui n'est réel qu'à de certains égards. L'obtusion mentale des délires produits par l'alcool, le plomb, le hachisch, présente, en effet, quelque ressemblance avec le rêve, en ce sens que le fonctionnement intellectuel et moral est plus ou moins soumis à l'action vague et irrégulière du cerveau. Mais dans la manie, où le lien des idées est seulement brisé ; dans la monomanie, où l'esprit est cloué à une pensée fixe, on ne découvre que des traces éloignées des mêmes conditions.

En terminant, M. Baillarger est revenu sur le terme d'*automatisme*, par lequel il avait désigné, à la précédente séance, l'état mental de certains délirants. Ce terme paraît n'avoir pas été généralement compris. M. Baillarger n'attache à son acception d'autre importance que de peindre une situation qu'il compare à celle dans laquelle Jouffroy, mettant en présence le *pouvoir personnel* de l'homme *et ses capacités naturelles*, attribue à celles-ci un fonctionnement spontané quand l'autre abdique.

Un mot, pour finir, sur une particularité importante qui a souvent figuré dans la discussion sans être approfondie. Aucun orateur n'a révoqué en doute la transmutation des formes mentales les unes dans les autres, bien que M. Moreau se soit emparé principalement de cette mobilité pour conclure à l'unité générale du délire. Si cette omission est un aveu tacite, nous ne saurions y adhérer. Rien ne nous a paru moins fondé que les préventions qui règnent sur ce point. La manie succède quelquefois à la stupidité, et *vice versâ*, parce que, dans certains cas, ce sont deux degrés d'une même condition organique. Mais il est infiniment rare que la monomanie subisse ces capricieuses transformations. On voit des délires partiels durer toute la vie sans se compliquer de trouble maniaque, et réciproquement : les espèces sont différentes.

Quelles seront les conséquences de la controverse qui vient de s'agiter à l'Académie ? Favorables, nous le croyons. Elle a mis à nu l'inanité des théories subtiles, fait tomber bien des préjugés, et, tant par la juste estimation faite des divers éléments que par le but précis assigné aux recherches, ouvert la voie à de fécondes améliorations !

DELASIAUVE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ANUS ACCIDENTEL PRÉSENTANT QUATRE OUVERTURES INTESTINALES COMPLÈTES. ENTÉROTOMIE PRATIQUÉE AVEC SUCCÈS LE 22 NOVEMBRE 1851 ; TENTATIVES INFRUCTUEUSES D'OBLITÉRATION DE LA PLAIE TÉGUMENTAIRE. MORT DU MALADE TROIS ANNÉES PLUS TARD, PAR SUITE D'UNE ATTAQUE DE CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE (2 AOUT 1854). EXAMEN ANATOMIQUE DES PARTIES ; CONSÉQUENCES CHIRURGICALES. — Communication de M. le professeur C. SÉDILLOT à l'Académie des sciences.

La présence de deux anses intestinales dans une hernie étranglée est un fait exceptionnel dont les chirurgiens se sont peu occupés. Une pareille disposition, n'offrant pas d'indications spéciales pour la réduction, restait indifférente ou inaperçue, et dans la supposition d'une ulcération, d'une blessure ou d'une perforation gangréneuse, la lésion rentrait dans l'observation commune et n'excitait pas l'attention.

l'eût emporté sur celle de l'ivoire. Ses yeux bleus, naturellement voilés et à demi couverts par de longs cils châtains, avaient perdu cette expression de langueur et de pensive rêverie qui en faisait ordinairement le charme. L'anxiété y étincelait, et la puissance de l'âme, la force de volonté cherchant à triompher à la fois des terreurs réunies de la mort et de la douleur, ne pouvaient étouffer entièrement cette agitation trop naturelle qu'on lisait dans ses regards. Ses traits étaient réguliers ; le ciseau le plus habile n'eût pas arrêté avec une délicatesse et une précision plus exquises les contours de la bouche et du nez. Son teint, ordinairement peu coloré, semblait transparent comme l'albâtre, dans ce moment où le sang, violemment refoulé vers le cœur, abandonnait les autres parties du corps. C'est une observation singulière, mais vraie et appuyée sur des faits assez nombreux, que les plus belles personnes sont surtout exposées à cette terrible maladie.

On jeta un grand châle des Indes sur la robe de mousseline blanche qu'elle portait ; elle s'assit. Tant d'innocence et de beauté destinées à subir l'angoisse mortelle que le bourreau n'inflige pas au plus coupable ! Il n'y a, contre de telles idées, qu'un seul recours et un seul espoir, c'est la croyance en un monde supérieur.

Un *decanter* rempli de vin de Porto et un verre furent placés sur une table à côté d'elle. Elle me fit signe d'approcher, et, comme si elle eût deviné mon émotion, elle m'invita à boire un peu de vin.

— Permettez-moi, lui dis-je, madame, de vous offrir quelques gouttes de ce vin.

— Volontiers, si vous croyez que cela me soit utile, répondit-elle d'une voix à peine intelligible.

Ses lèvres effleurèrent le verre, et elle me le rendit, en me disant avec une expression de gaieté presque douce :

— Allons, docteur, je crois que vous avez aussi besoin de tonique. Oui (et sa voix devint émue), je vous devine, et je suis bien sensible à vos attentions pour moi, à votre bonté, à la crainte que vous voudriez dissimuler.

Je replaçai le verre sur la table, admirant cette grâce de discours et ce charme de sensibilité vaillante. Elle se retourna vers le chirurgien, et lui dit :

— Mon cher docteur, pardonnez à la faiblesse d'une femme, et à ce que vous pourrez regarder comme un frivole caprice. Voici une lettre de mon mari ; elle m'est chère ; elle contient l'expression de toute son affection pour moi. Pourriez-vous la tenir... là... devant mes yeux... pendant le temps que je passerai ici !... J'ai besoin de la voir...

L'histoire du malade qui fait le sujet de cette communication offre un intérêt tout particulier. La science ne possède pas, je crois, d'observations semblables, et la présence de quatre ouvertures intestinales dans le fond d'un sac herniaire converti en anus accidentel avait semblé si extraordinaire à quelques-uns de mes savants collègues de la Société de chirurgie, lorsque je les entretins de ce sujet, il y a plusieurs années, qu'il m'avait fallu répondre à de nombreuses objections et entrer dans de minutieux détails pour lever toutes les incertitudes et éclairer tous les doutes.

L'existence d'une gangrène intestinale très étendue n'est pas moins digne d'être signalée. Un des professeurs de la Faculté de Paris a nié, dans ses leçons sur les hernies, la réalité des gangrènes primitives causées par l'étranglement, et n'a pas admis sans réserves la destruction complète de toute une anse d'intestin.

Dans le cas qui nous occupe, ce ne fut pas seulement un intestin dont la gangrène s'empara; deux anses entières furent détruites. Aucun débridement n'avait eu lieu, et un anus accidentel s'établit sans qu'on ait reconnu, dans les premiers temps de l'accident, quelles en étaient les complications.

Ce fut beaucoup plus tard, et après que le malade eut réclamé nos soins à la clinique de Strasbourg, qu'il devint possible de constater la présence dans la plaie de quatre ouvertures intestinales avec hernie considérable de la membrane muqueuse, et qu'on parvint à en préciser exactement la nature et les rapports.

On avait sous les yeux un orifice supérieur ou stomacal D (fig 1

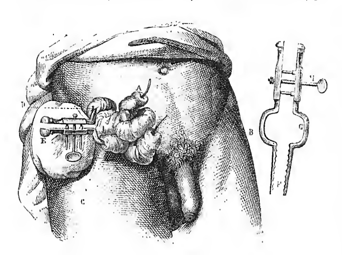


Fig. 1.

empruntée à notre *Traité de médecine opératoire*, 2e vol., p. 296. Paris, 1855, 2e éd.), dont s'écoulaient les aliments imparfaitement chymifiés, et trois autres orifices, dont deux, A, B, appartenaient à une anse isolée du tube digestif, et le troisième, C, à la partie inférieure ou anale de l'intestin (voy. même figure).

Une question importante et difficile s'offrait à résoudre. Fallait-il tenter deux opérations d'entérotomie pour rétablir l'entière continuité du tube digestif, ou convenait-il mieux de se borner à en réunir les portions supérieure et inférieure (stomacale et rectale), en abandonnant l'anse intermédiaire à une atrophie progressive? La crainte de trop multiplier les obstacles au cours des matières alimentaires nous fit adopter ce dernier procédé, et nous dûmes modifier en plusieurs points la forme et les dispositions des entérotomes ordinaires, pour en faciliter l'application et en augmenter les chances de succès.

L'opération, pratiquée le 22 novembre 1851, eut un très heureux succès; le cours des matières alimentaires fut rétabli, et les forces du malade ne tardèrent pas à reparaître. Diverses tentatives eurent pour but l'occlusion définitive de la plaie: la compression, l'excision et la cautérisation de la membrane muqueuse herniée; l'avivement, le rapprochement et la suture de la peau restèrent sans résultats avantageux. On se contenta dès lors d'un simple pansement compressif, et le malade fut gardé et employé à l'hôpital en qualité d'infirmier. Sa santé était excellente et son embonpoint très grand, lorsqu'il fut atteint et comme foudroyé par le choléra épidémique qui régnait à Strasbourg, et succomba le 12 août 1854, trente-trois mois après son opération.

Je remarquerai, comme simple coïncidence, qu'une autre malade, sur laquelle nous avions pratiqué la kélotomie quelques mois auparavant pour une hernie crurale étranglée, compliquée de gangrène intestinale, se trouvait, à la même époque, en voie très avancée de guérison de son anus accidentel (compression et cautérisation actuelle), et qu'elle fut également enlevée par le choléra. Nous signalerons encore, à cette occasion, un autre fait: Nous avons opéré, depuis que nous sommes à Strasbourg, une quarantaine de femmes atteintes de hernies crurales étranglées, et pas une de hernie inguinale. Faut-il nonobstant admettre l'opinion du professeur de la Faculté de Paris, qui soutient que les hernies inguinales sont presque aussi fréquentes chez la femme que les crurales, et n'y aurait-il pas, dans une pareille appréciation, une exagération abusive de ce qu'il a nommé *pointes de hernie?*

Nous étions absent au moment de la mort de notre malade, et nous eussions été privés des enseignements anatomo-pathologiques d'une nécropsie des plus curieuses, si l'un des professeurs agrégés de notre Faculté, M. Kœberlé, dont le talent a enrichi notre Muséum anatomique de magnifiques préparations, n'avait eu la bonté de nous suppléer. M. Kœberlé recueillit et conserva toute la portion du bassin et de la paroi abdominale qui soutenaient les intestins herniés, et cette pièce remarquable a déjà été utilisée pour l'enseignement. Nous devons, en outre, à M. Kœberlé quatre planches explicatives d'un grand intérêt, que nous joignons à ce travail.

Nous commencerons par exposer en détails l'observation du ma-

---

je sens que cette idée vous fera pitié; mais vous m'accorderez sans doute cette grâce...; vous le voulez bien, n'est-ce pas?

— Madame, en vérité, je ne puis consentir à cela. Il est impossible que cette lettre n'augmente pas votre émotion. Le plus parfait repos nous est nécessaire.

— Vous êtes dans l'erreur, reprit-elle avec fermeté. Elle produira l'effet contraire; je vous assure que l'effet de cette lettre me donnera du courage... Et si je dois...

Elle allait achever... « *Si je dois mourir...* » mais elle s'arrêta; elle ne put prononcer ces mots: cette femme forte craignait la mort. Ses yeux se fermèrent un instant, sa main froide se couvrait d'un transpiration glacée. Elle me donna la lettre; elle ne tremblait pas; elle était immobile.

— Si je vous accorde ce que vous exigez, lui dis je alors (et c'est malgré nous que nous y consentons), ce sera sous une condition: vous me permettrez de vous tenir les mains pendant l'opération.

— Avez-vous peur? me répondit-elle.

Et un sourire agita ses lèvres.

Cependant, elle ne fit plus de résistance. Le chirurgien s'impatientait de nos délais. Tout était prêt. Il s'approcha de l'air le plus dégagé du monde; vous eussiez dit qu'il s'agissait d'une fête ou d'une noce. Aucune trace d'émotion sur son visage. Je donne ce docteur pour le modèle des chirurgiens opérateurs; un malade, à son aspect, ne doit plus croire à la mort, tant cette figure est riante, épanouie, tant ses paroles sont rassurantes.

— Allons, allons, le tête-à-tête est-il achevé? Voyons, madame, il faut vite terminer cette petite affaire; ensuite nous aurons la santé, la joie, et nous causerons tant qu'il nous plaira.

— Je suis prête, monsieur. Tous les domestiques sont-ils sortis? demanda-t-elle à l'une de ses femmes de chambre.

— Oui, madame, répondit cette femme qui fondait en larmes.

— Et mon petit Henri?

En prononçant ces mots, la voix de madame de Saint-A*** s'affaiblissait. On lui répondit affirmativement.

— Eh bien, me voici prête.

Une des femmes de chambre souleva le châle qui couvrait ses épaules, le chirurgien la plaça obliquement sur un des coins de la chaise, rejeta son bras gauche sur le dos du siége, et lui ordonna de tenir la tête tournée vers l'épaule droite; elle découvrit sa poitrine avec autant de calme que s'il eût fallu changer de vêtement pour aller au bal. Elle me donna sa main droite Je pris de la main gauche la lettre de son mari, et je la plaçai

lade, en nous aidant de la thèse de M. le docteur Barincou (2e série, n° 329, année 1851, thèses de la Faculté de Strasbourg), et nous en résumerons ensuite les conséquences pratiques les plus importantes.

Obs. — Choisin, Adam, de Wissembourg, âgé de trente-sept ans, exerçant la profession de berger, entra à la clinique chirurgicale de Strasbourg, le 30 octobre 1851.

Ce homme, d'une constitution énergique et robuste, avait été atteint, douze ans auparavant, d'une hernie inguinale droite, sous l'influence d'un violent effort. Depuis ce moment, Choisin était resté exposé à des engorgements douloureux de sa tumeur, dont un peu de repos amenait la disparition.

Des symptômes d'étranglement se manifestèrent pour la première fois le 2 janvier 1851. Le lendemain, M. Maritoux, interne à l'hôpital de Dijon, alla le visiter et le fit transporter dans le service de M. le docteur Vallée. Après d'inutiles tentatives de réduction et en présence d'accidents de plus en plus graves, tels que : vomissements de matières grisâtres, coliques violentes, abdomen très douloureux, sueurs froides, pouls filiforme, face grippée, l'opération du débridement fut décidée et pratiquée le 5 janvier. M. Maritoux nous a remis à ce sujet une note qui paraît susceptible de quelques rectifications. Ainsi il y est dit : « qu'après avoir largement incisé les téguments, on pénétra dans le sac, qui renfermait une grande quantité de sérosité. Au-dessous du sac apparut une tumeur volumineuse, arrondie, charnue, d'un rouge pourpre, ayant quelque ressemblance avec une matrice distendue par un fœtus de deux mois. Après avoir débridé le collet du sac, on essaya sans succès de réduire la tumeur en masse, et n'ayant pu y réussir, on la divisa et l'on vit l'intestin hernié, ouvert en plusieurs endroits. La plaie fut recouverte de fomentations émollientes, et le malade maintenu pendant quelques jours à la diète. »

Il est de toute évidence que l'on n'avait pas ouvert le sac avant le débridement et les tentatives de réduction en masse dont parle M. Maritoux, et que ce fut seulement au dernier moment que l'incision de la tumeur, c'est-à-dire de l'enveloppe péritonéale, permit de reconnaître les anses intestinales subjacentes déjà frappées de perforations gangréneuses.

« A la suite de l'opération, le pouls redevint normal, les douleurs disparurent, il n'y eut plus d'évacuations anales, et les matières alimentaires s'écoulèrent par la plaie en totalité. Dix jours plus tard, un petit abcès formé entre les muscles abdominaux s'ouvrit à la partie supérieure de la solution de continuité, et la tumeur s'affaissa. Le 5 février, le malade allait bien ; on n'avait pu découvrir, malgré diverses recherches, le bout inférieur ou anal de l'intestin. Les matières alimentaires, incomplétement digérées et répandant une odeur aigrelette, paraissaient sortir de deux ouvertures séparées par un étroit intervalle. »

Après six mois de séjour à l'hôpital de Dijon, Choisin se mit en route pour Strasbourg. Il fit le voyage à pied jusqu'à Besançon, s'arrêtant dans les hospices où l'on voulait bien le recevoir. Il resta quinze jours à Besançon, où il recueillit quelques secours, et put continuer son voyage en diligence jusqu'à Strasbourg, qu'il atteignit le 30 octobre, quatre mois après son départ de Dijon.

Au premier examen clinique, on constata l'existence d'une large solution de continuité de 14 centimètres 1/2 de hauteur sur 10 centimètres 1/2 de largeur, occupant une partie du flanc et de l'aine du côté droit, et surmontée de plusieurs saillies cylindriques de 6 à 8 centimètres de longueur (voy. fig. 1), manifestement dues à des portions d'intestin dont la muqueuse était renversée sur elle-même et herniée. Des matières alimentaires sortaient de l'angle supérieur de la plaie : les unes de nature végétale, incomplétement chymifiées, et faciles à reconnaître ; les autres homogènes, sans odeur désagréable, molles et parfois plus consistantes, réunies en petites masses. Des fomentations émollientes, le repos, un régime alimentaire fortifiant furent prescrits, et on laissa pendant quelques jours le malade se remettre de ses fatigues avant de procéder à une exploration plus complète.

Lorsque toute sensibilité morbide eut disparu, nous examinâmes avec soin l'état des parties, en présence de MM. les professeurs agrégés Wieger, Michel et de quelques autres confrères, et nous pûmes constater les dispositions suivantes : Une première ouverture, D (fig. 1), laisse écouler les matières alimentaires ; un second orifice, A, se rencontre un peu plus bas, le doigt y est facilement introduit sans en trouver le fond et sans arc-bouter contre aucun obstacle ; un troisième orifice B existe à l'angle inféro-interne de la plaie, et un quatrième, C, se découvre entre les deux précédents. Nous fûmes quelque peu surpris de ce degré de complication, et il parut manifeste que deux anses intestinales avaient été étranglées et mortifiées dans le sac herniaire, et qu'une portion plus ou moins étendue du tube digestif était isolée et sans communication avec le bout supérieur ou stomacal, ni avec le bout rectal ou inférieur.

Il fallait néanmoins convertir cette supposition en fait expérimental, et voici comment le problème fut résolu. L'écoulement des matières alimentaires ne laissait pas de doutes à l'égard de l'orifice supérieur D. Une injection d'eau tiède, pratiquée par l'ouverture A, ressortait peu de moments après par l'orifice B, et réciproquement. Une autre injection, faite par l'ouverture C, fut rendue par l'anus, et la contre-épreuve réussissait également. Nulle incertitude, dès lors, sur la réalité et le mode de formation des quatre orifices intestinaux. Quant au siége même de la lésion sur tel ou tel point du tube digestif, on pouvait hésiter davantage. La sortie facile des injections faites par l'anus permettait de supposer la mortification de la valvule iléo-cœcale ; mais le caractère d'incomplète chymification des matières alimentaires rendues par la plaie, la disposition cylindrique et régulière de la muqueuse, herniée et renversée sur elle-même, le peu d'épaisseur des parois intestinales, l'absence de toute bosselure, et l'existence incontestable d'un sac herniaire unique et volumineux, nous parurent démontrer que l'extrémité de l'intestin grêle avait seule été comprise dans la hernie.

Le mode de traitement était nettement indiqué. Il fallait rétablir la continuité du tube digestif pour rendre les digestions complètes et prévenir le danger d'un amaigrissement progressif. La question était de savoir s'il était convenable de répéter deux fois l'entérotomie, dans le but de relier au tube digestif l'anse intestinale qui en était séparée, ou s'il valait mieux ne faire qu'une opération et abandonner la portion isolée de l'intestin à une sorte d'atrophie progressive par défaut d'activité fonctionnelle.

Dans le premier cas, on faisait courir au malade les chances périlleuses d'une double entérotomie, et l'on avait à redouter d'assez grandes difficultés dans le passage des matières alimentaires ; d'autre part, on abandonnait sans l'utiliser une certaine étendue du tube digestif, et l'on s'exposait nécessairement à la permanence de deux orifices fistuleux dont il n'était guère possible d'espérer l'oblitération. Ces derniers inconvénients furent jugés les moins graves, et nous nous décidâmes à établir une communication large et directe entre les deux bouts stomacal et rectal de l'intestin, en négligeant les deux autres.

L'opération exigeait quelques changements dans la confection habituelle des entérotomes. Les ouvertures D, C (fig. 1) laissaient entre elles

---

devant ses yeux, comme elle l'avait désiré. Elle me remercia d'un de ces regards qui ne s'oublient jamais. Son langage me disait : *Je serai forte ; vous verrez ce que je puis.* Elle souriait à la mort présente. Héros du champ de bataille, vous dont le sang coule et qui gardez un front serein, cette femme vous vaut !

Ses paupières s'abaissèrent, ses yeux se fermèrent à demi ; elle les tint attachés sur le papier que je déployais devant elle ; sa pensée, son âme, sa vie, semblaient se concentrer sur une écriture si chère et si connue. On eût dit qu'elle voulait échapper à la douleur en transportant son existence hors d'elle-même. L'air d'assurance du chirurgien ne le quitta pas un instant : il commença d'une main ferme et d'un coup d'œil sûr sa terrible opération. Je vis l'acier pénétrer dans le sein palpitant, et la confiance que j'avais dans l'admirable habileté dont il a fourni tant de preuves me donna la force de rester spectateur de cette scène. Elle trembla quand la lame aiguë pénétra dans la chair vive ; un frissonnement convulsif agita son corps, une teinte verte couvrit son visage ; mais elle ne bougea pas, elle ne fit pas un mouvement pour se dégager, et ne prononça pas une seule parole.

J'espérais un moment qu'un évanouissement subit l'arracherait aux angoisses de l'opération, et que, pendant cet état d'insensibilité, on pourrait achever l'extirpation du cancer. Il n'en fut pas ainsi. Son œil, dont la convulsion de la douleur semblait augmenter l'éclat, ne se détachait pas du papier, sur lequel son long regard semblait se perdre avec une intensité d'affection et d'attention inexprimable. L'opération dura longtemps ; elle fut plus douloureuse encore que nous ne devions nous y attendre ; un seul soupir s'échappa de son sein déchiré. Quand le dernier bandage fut appliqué :

— Docteur, murmura-t-elle, est-ce fini ?

— Oui, madame ; nous allons vous mettre au lit.

— Non, non. Je marcherai bien ; j'espère pouvoir me soutenir.

Elle tenta de se soulever ; nous l'en empêchâmes, dans la crainte, trop fondée, que le mouvement n'eût pour elle des conséquences funestes. Elle renonça à son projet, et nous la déposâmes sur son lit. A peine couchée, elle tomba dans un évanouissement complet. Nous la crûmes morte.

Dans cette lutte épouvantable, l'énergie vitale avait-elle succombé ? Le miroir que nous approchions de ses lèvres immobiles ne se ternissait plus que d'une imperceptible vapeur. Cependant nous la vîmes revenir à la vie. Un narcotique qui lui fut administré lui procura sept heures de sommeil, et le lendemain le danger le plus imminent était passé. Sa convales-

un intervalle considérable, occupé en partie par l'orifice A. On ne pouvait donc songer à se servir d'un entérotome à branches parallèles, qui eût produit une énorme plaie béante d'où se seraient infailliblement échappées les matières alimentaires; il fallait rechercher et mettre en contact pour les perforer les deux parois intestinales, dans l'intérieur même de l'abdomen et à une certaine distance de la plaie. L'introduction d'un doigt dans chacune des deux cavités intestinales permettait de les rapprocher et de les presser l'une contre l'autre sans obstacle intermédiaire, ce qui semblait assurer la facilité et le succès de l'opération.

Nous fîmes construire par notre habile fabricant d'instruments de chirurgie M. Elser, un entérotome dont les mors, longs de 5 centimètres 1/2 sur 1 centimètre de largeur, étaient ondulés et pleins (F, fig. 1). Un double coude G circonscrivait un espace large de 3 centimètres 1/2 lorsque la pince était fermée, afin de ménager la plaie extérieure et le pourtour des deux orifices dans lesquels les branches de l'instrument devaient être introduites, et ce coude se continuait par deux tiges parallèles, susceptibles d'être écartés ou rapprochées à volonté par une vis perpendiculaire H. Au-dessus et au-dessous de cette vis, des traverses d'acier maintenaient l'exactitude du parallélisme, et étaient vissées de manière à être enlevées séparément. Ces dispositions permettaient de placer et d'extraire l'une après l'autre les branches de l'instrument, sans tiraillements ni violence.

Ces préparatifs terminés, nous pratiquâmes l'entérotomie le 22 novembre, à dix heures du matin, à notre leçon de clinique. Les deux branches de l'instrument furent successivement engagées dans les orifices intestinaux D, C (fig. 1), puis rapprochées à 1 millimètre d'intervalle, au moyen de la vis de pression H.

A quatre heures du soir, légères coliques : cataplasmes émollients. A huit heures, faibles envies de vomir. Accès de toux provoquant de la douleur à la plaie. Pouls à 70.

Le 23 novembre, le malade ne souffre plus. Continuation de la diète.

24 novembre. Pendant la nuit, nausées, chaleur, picotements au siége de l'entérotome; pouls à 90; saignée du bras de 250 grammes.

25 novembre. Pas de fièvre; le sang tiré de la veine présente un caillot volumineux, sans couenne; chaleur normale; les matières intestinales s'écoulent librement au dehors. Dans la nuit, une évacuation anale précédée de quelques coliques.

26 novembre. Le malade a bu du lait, et se plaint de gaz et de ballonnement abdominal. La tumeur (intestins herniés) s'est beaucoup affaissée. On serre fortement la vis H (fig. 1), pour mettre les mors de l'instrument en contact.

28 novembre, septième jour de l'opération. Le malade a eu trois selles naturelles dans la journée, et deux dans la nuit. Nous enlevons l'une après l'autre les deux branches de l'entérotome, et en introduisant, le lendemain, les doigts dans les ouvertures D, C, nous constatons la communication des deux parois intestinales par une large ouverture à bords lisses et réguliers, situés à 4 centimètres environ de profondeur.

Léger pansement compressif qui prévient tout écoulement extérieur des matières digestives; le malade fait successivement usage de toutes sortes d'aliments sans inconvénient.

La continuité du tube intestinal était rétablie, et le salut du malade assuré; mais de nouvelles indications restaient à remplir, et nous arrivions à la période du traitement la plus hérissée d'obstacles : l'occlusion de la plaie tégumentaire.

On sait combien ce résultat est long et difficile à obtenir à la suite des anus accidentels ordinaires. Le peu d'étendue de la perte de substance, la destruction complète de l'éperon formé par la paroi opposée de l'intestin, la présence d'un infundibulum membraneux si bien décrit par Scarpa, concourent cependant à la guérison. Ces conditions favorables manquaient dans le cas qui nous occupe : l'éperon était le résultat de l'adossement d'intestins complétement divisés et largement ouverts au dehors, et ce n'étaient même pas les portions le plus immédiatement rapprochées qui avaient été réunies, puisqu'une anse intestinale A en occupait l'intervalle. On ne pouvait, dès lors, compter sur le retrait spontané d'orifices d'un grand diamètre et garnis d'une muqueuse herniée. Il fallait, en outre, accepter la permanence, au moins pendant de longues années, de deux pertuis fistuleux répondant aux extrémités de l'anse intestinale restée isolée dans l'abdomen. Il y avait donc peu de chances de réussite, et nos tentatives d'oblitération de la plaie furent à peu près infructueuses. La compression affaissa la tumeur, la nivela, pour ainsi dire, à l'exception du troisième orifice C (en les comptant du haut en bas), qui resta toujours saillant. Les diamètres de la plaie diminuèrent peu. Nous entreprîmes l'excision de la muqueuse, dans le but de produire par suppuration un tissu inodulaire rétractile, propre à rétrécir les ouvertures intestinales par un travail de cicatrisation. Ces excisions, faites avec beaucoup de ménagements, donnèrent lieu à des hémorrhagies qui nécessitèrent des ligatures. Il y eut des coliques, quelques frissons, des symptômes inflammatoires, avec nausées, petitesse et fréquence du pouls, et il nous parut prudent de ne pas persister dans cette voie. Nous substituâmes aux excisions l'emploi du caustique Filhos (pâte de Vienne solidifiée). Des eschares assez étendues et assez multipliées furent produites, mais sans plus d'avantages. Des pinces à griffes, disposées de manière à ramener au contact les bords cutanés de la solution de continuité, ne furent pas supportées. Des sutures bornées aux angles de la plaie rafraîchis n'eurent pas plus de succès. L'autoplastie et le dédoublement de l'intestin pratiqué par M. Denonvilliers nous semblèrent contre-indiqués par des conditions trop défavorables, et nous nous bornâmes à l'action d'un bandage compressif.

Les forces reparurent avec rapidité; le malade prit beaucoup d'embonpoint, sut se rendre utile, et fut gardé à l'hôpital comme infirmier. Les seuls accidents qu'il éprouva, pendant trois ans passés sous nos yeux, furent quelques coliques sans gravité, causées par des excès de fatigue, et un peu de congestion de la plaie qu'un repos momentané faisait disparaître.

C'est dans cet état de bonne santé et de bien-être que Choisin fut atteint d'une attaque foudroyante de choléra épidémique, à laquelle il succomba le 12 août 1854.

Examen anatomique. — Voici la note que M. Kœberlé eut la bonté de me remettre sur l'autopsie du malade, et la préparation sèche que nous conservons nous a permis d'en vérifier les faits principaux :

« Embonpoint considérable. Le tissu cellulaire graisseux sous-cutané a de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Les intestins sont le siége de nombreuses congestions partielles, et présentent les altérations caractéristiques du choléra; on les trouve sans adhérences dans toute l'étendue de la cavité péritonéale, à l'exception de la région inguinale droite, où viennent aboutir au milieu du tissu cicatriciel quatre bouts divisés de l'iléon, ouverts et fixés à la plaie extérieure. Les intestins furent séparés du mésentère, qui était chargé de graisse, et offrirent les particularités suivantes : Le bout supérieur ou stomacal (voy. 1, fig. 2) occupe le point leplus élevé de la solution de continuité, et est dilaté et comme renflé en une sorte d'ampoule, qui acquiert par l'insufflation 4 à 5 centimètres de dia-

---

cence fut lente. Je la soignai assidûment, avec zèle, avec persévérance, et j'eus le bonheur de la voir renaître.

Un jour qu'elle venait de recevoir une lettre qui annonçait le retour de son mari, je la vis triste, et quelques mots qui lui échappèrent me révélèrent la pensée féminine qui venait d'agiter son cœur. Elle rêvait à sa beauté, dont le fléau n'avait pas altéré le charme, mais qui portait sa cruelle empreinte. Je la consolai de mon mieux.

— Ah ! s'écria-t-elle... et mon mari !

Puis elle s'arrêta, essuya une larme, et dit :

— J'espère cependant qu'il m'aimera encore?

— Nous lisons dans le *Lancet* de Londres :

M. le docteur Deville, ancien prosecteur des hôpitaux de Paris, vient d'être nommé professeur d'anatomie à l'école anatomique et médicale de *Grosvenor Place*, de Londres.

— Par décret du 6 mars 1855, S. M. l'Empereur d'Autriche a nommé :

M. le docteur Wenzel Treitz, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Prague;

M. le docteur R. Heschl, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Cracovie;

M. le docteur A. Willigh, professeur d'anatomie à l'école chirurgicale d'Olmutz.

— Par décret du 2 juin 1855, l'Empereur a promu au grade d'officier dans l'ordre de la Légion d'honneur M. Thinus, médecin-major de 1re classe.

Le même décret nomme chevalier M. Bouin, vétérinaire en premier.

— Par décret du 9 juin, l'Empereur a confirmé les nominations suivantes dans l'ordre de la Légion d'honneur, faites à titre provisoire par le général en chef de l'armée d'Orient :

Au grade d'officier : M. Quesnoy, médecin-major de 2e classe.

Au grade de chevalier : MM. Tellier, médecin-major de 2e classe; Milliot, médecin aide-major de 1re classe; Lasnier, chirurgien sous-aide; Gontier, pharmacien aide major de première classe; Ditte, pharmacien-major de 2e classe.

mètre. Les parois en sont très minces, et n'offrent presque plus de traces de fibres musculaires.

» Le second orifice 2, et le quatrième 4, fig. 2, en les comptant de haut en bas, correspondent à une anse intestinale, complétement isolée du reste

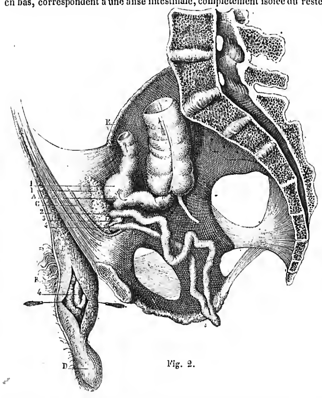


Fig. 2.

du tube digestif, et soustraite par conséquent au passage des matières alimentaires. Cette anse, rétractée et revenue sur elle-même dans tous les sens, avait une longueur de 70 centimètres et une largeur de 15 millimètres. Elle reprenait par l'insufflation un calibre normal, et présentait alors 120 centimètres de longueur. Cette même anse s'était de nouveau herniée et descendait dans le scrotum 4, fig. 2, en dedans et au-dessous de l'orifice 4, et constituait avec l'épiploon une hernie entéro-épiplocèle inguinale. L'épiploon B était en avant et l'intestin en arrière, au-dessus du testicule D. La cavité de toute cette portion du tube digestif, qui n'avait pas été parcourue par les aliments depuis trois années, renfermait une matière blanchâtre, de consistance molle, composée de mucus et de débris d'épithélium.

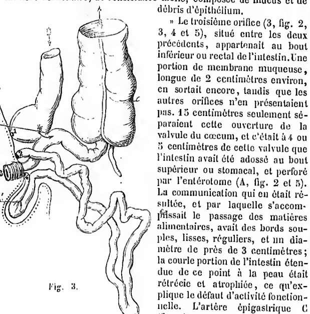


Fig. 3.

» Le troisième orifice (3, fig. 2, 3, 4 et 5), situé entre les deux précédents, appartenait au bout inférieur ou rectal de l'intestin. Une portion de membrane muqueuse, longue de 2 centimètres environ, en sortait encore, tandis que les autres orifices n'en présentaient pas. 15 centimètres seulement séparaient cette ouverture de la valvule du cœcum, et c'était à 4 ou 5 centimètres de cette valvule que l'intestin avait été adossé au bout supérieur ou stomacal, et perforé par l'entérotome (A, fig. 2 et 5). La communication qui en était résultée, et par laquelle s'accomplissait le passage des matières alimentaires, avait des bords souples, lisses, réguliers, et un diamètre de près de 3 centimètres; la courte portion de l'intestin étendue de ce point à la peau était rétrécie et atrophiée, ce qu'explique le défaut d'activité fonctionnelle. L'artère épigastrique C (fig. 2) se trouvait au côté interne de la hernie. »

Réflexions. — Il est facile de se figurer, d'après ces détails, la disposition de la hernie au moment même de l'étranglement. Deux anses intestinales *a*, *b* (fig. 4), s'étaient trouvées comprises dans le sac herniaire *c* (fig. 4), et y avaient été détruites par la gangrène, en laissant quatre orifices (1, 2, 3, 4, fig. 5) superposés de haut en bas et un peu de dehors en dedans, parmi lesquels le premier, ou le plus élevé, versait au dehors les matières alimentaires. Ces deux anses intestinales offraient entre elles une opposition remarquable : la première (*a*, fig. 4) était placée régulièrement, le bout stomacal en haut et le bout inférieur immédiatement au-dessous; la deuxième (*b*, fig. 4) présentait une situation différente : le bout rectal (3, fig. 2, 3, 4 et 5) était supérieur, et le bout stomacal inférieur (4, fig. 2, 3, 4 et 5). Si l'on cherche la raison de cette sorte de renversement, on la découvre dans l'extrême brièveté de la portion intestinale (3, mêmes figures) étendue du cœcum *e* à la hernie (15 centimètres). L'intestin, fixé à un cœcum immobile, était tiré en haut, tandis que le bout opposé, flottant et libre, avait dû se trouver au-dessous. De pareilles variétés seraient certainement toutes fortuites dans des cas de hernie renfermant des anses intestinales entièrement mobiles, et nous verrons que ce pourrait être une cause de grande incertitude et de graves embarras pour le chirurgien, s'il manquait de moyens sûrs de reconnaître les rapports de continuité des portions du tube digestif dont il aurait les orifices sous les yeux.

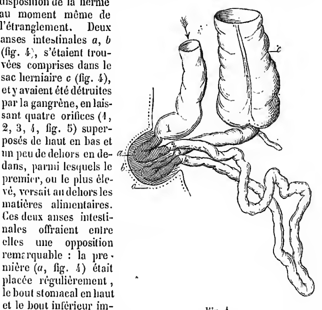


Fig. 4.

La hernie (4', fig. 3), n'avait que des rapports de voisinage avec la première, dont elle était tout à fait distincte; elle avait été très probablement favorisée par la largeur de l'anneau inguinal, et contenait de l'épiploon (B, fig. 2. Les dispositions anatomo-pathologiques des anses intestinales ouvertes à la peau nous paraissent démontrer l'impossibilité d'une occlusion complète de la plaie. Le dédoublement de la membrane musculaire, proposé et pratiqué par M. Denonvilliers, eût infailliblement entraîné la perforation du péritoine et des suites promptement mortelles. L'excision et la cautérisation de la muqueuse, l'autoplastie, n'eurent aucun succès, en raison de l'extrême étendue de la solution de continuité et des complications qui l'aggravaient. On se demande, en outre, ce qui fût advenu de l'oblitération des extrémités 2 et 4 de l'anse intestinale séparée du reste du tube digestif. Les malades affectés d'anus accidentel com-

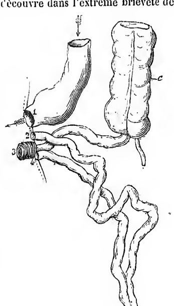


Fig. 5.

plet ne sont pas absolument exempts d'évacuations rectales, et ils rendent à des intervalles éloignés, mais assez constants, des grumeaux de matières blanchâtres semblables à celles dont nous avons signalé la présence, et composées de mucus et de débris d'épithélium. Ces matières, enfermées à tout jamais dans l'intestin, s'y seraient-elles accumulées en quantité assez grande pour provoquer des accidents, ou auraient-elles été résorbées? C'est ce que nous ne saurions dire, tout en penchant vers cette dernière opinion.

Si nos craintes d'une double entérotomie n'étaient pas partagées dans des conditions semblables à celles que nous avons exposées, la science offrirait-elle les moyens de distinguer sûrement le bout supérieur de l'anse intestinale complétement séparée du reste du tube digestif? Nous ne posons pas la question pour les extrémités stomacale et rectale de l'intestin, parce que le passage des substances alimentaires et des injections aqueuses permettra toujours de les reconnaître. Quant aux deux autres orifices, la difficulté serait très grande et le danger d'une méprise imminent, car nous ne possédons pas d'observations ni d'expériences qui prouvent la possibilité de faire progresser les matières alimentaires dans un sens opposé à leur cours naturel. Il faudrait que les mouvements péristaltiques et antispéristaltiques fussent intervertis ou indifférents, ce que rien ne permet de supposer. Dans de pareilles circonstances, toute méprise aurait des conséquences périlleuses, et l'on n'aurait pas de meilleur moyen de l'éviter que de considérer comme bout supérieur le plus voisin de l'orifice accidentel d'écoulement des aliments, puisque, appartenant à la même anse intestinale, ils ne sauraient se trouver écartés l'un de l'autre. Les doutes et l'embarras dépendraient d'un accolement fortuit de plusieurs orifices autour du bout stomacal, et il y aurait peut-être à s'éclairer d'essais que je regrette de ne pas avoir entrepris. Des injections de substances alimentaires, telles que bouillies, purées, etc., pratiquées par l'orifice supérieur ou stomacal que l'on comprimerait momentanément, sortiraient très probablement d'une manière spontanée par l'orifice opposé, tandis que les mêmes injections, introduites par ce dernier orifice inférieur ou rectal, ne parcourraient pas l'intestin et reflueraient par leur point d'entrée. Cette supposition nous paraît très rationnelle, et serait un moyen précieux de diagnostic. On aurait, en tous cas, la ressource de renoncer à une double entérotomie, que la prudence nous avait semblé contre-indiquer en raison des obstacles qu'une telle opération devait apporter au cours des matières. L'annihilation fonctionnelle d'une anse d'intestin aurait peu d'inconvénients, puisque la portion de l'iléon séparée du tube digestif chez notre malade avait plus d'un mètre de longueur, et que la nutrition et l'embonpoint n'en avaient nullement souffert.

DE LA PNEUMONIE FIBRINEUSE, par M. PROSPER CADIOT.

*Le travail qu'on va lire est extrait d'une thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 8 juin dernier. Nous n'en retranchons que l'*Introduction historique *et quelques observations.*

L'exposé historique résume tout ce qui a trait, plus ou moins directement, au sujet en question, dans les écrits de : HIPPOCRATE (*Hist. des épidémies*, livre VII); GALIEN (*De locis affectis*, lib. I, c. 2); TULPIUS (Amsterdam, 1672, *Obs. med.*); THOMAS BARTHOLIN; PAW; MOLLENBROCK; CLARKE (*Philos. Transact.*, vol. XIX, n° 235, p. 779); RUYSCH (*Epist. anat.*, 6); BUSSIÈRE; LÉMERY (*Hist. de l'Acad. des sciences*, 1704, p. 23); SAMBER et NICHOLS (*Philos. Trans.*, 1727 et 1731); SUE (*Mémoires de l'Acad. de chirurg.*, éd. in-4, t. V, p. 542; HALLER (*Elém. physiol.*, t. III, p. 149); MURRAY (*Opusc.*, 1785; *De polypis bronchiorum*, t. I, p. 255-274); SENAC; MORGAGNI (*Lettre* 21); HEWSON; REIL; BAILLIE; VOIGTEL; REYNAUD (*Dict. de méd. en* 25 *vol.*, t. VI, p. 28); BROUSSAIS (*Doct. méd.*, t. IV, p. 187); LOBSTEIN (*Arch. méd. de Strasb.*); NONAT (*Archiv. gén. de méd.*, 2e série, t. XIV); REMAK; VIDEMAN (*Thèse de Strasbourg*, 1854); LEUDET (*Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie*, 2 et 23 fév. 1855).

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES PRODUITS D'EXSUDATION DANS LES INFLAMMATIONS.

L'inflammation, en général, est un trouble de la nutrition, caractérisé par l'*hypérémie capillaire*, l'*exsudation* et l'*atrophie* du tissu normal par le plasma exsudé qui s'organise en *tissu inflammatoire*.

Ces états pathologiques se combinent entre eux de toutes les manières possibles pour constituer les phases et les diverses formes de l'inflammation. Dans une foule de circonstances, l'un ou l'autre de ces éléments domine, et il résulte de cette absence d'équilibre une foule d'états intermédiaires entre l'inflammation et la dégénérescence lardacée et fibreuse, d'une part, et l'atrophie, l'ulcération et la nécrose, d'autre part.

L'hypérémie et l'exsudation se trouvent le plus souvent associées ensemble; l'atrophie fait souvent défaut, tandis que l'exsudation ne manque presque jamais. Arrêtons-nous un instant sur ce phénomène morbide, qui domine l'inflammation.

L'exsudation est l'issue, hors des vaisseaux, d'une espèce de plasma ou suc nourricier plus ou moins modifié; le tissu pulmonaire, par sa laxité, se prête énormément à ce travail. On comprend que la symptomatologie, la marche, la durée et le traitement de la pneumonie devront varier selon la quantité et surtout suivant la nature de l'exsudat.

On peut admettre trois grandes variétés principales d'exsudats :

1° *Exsudats purement séreux.* — Ils ne renferment pas de fibrine, sont toujours liquides, et n'offrent aucune trace d'organisation; ils se présentent comme un liquide clair, jaunâtre ou sanguinolent; ils deviennent souvent fibrineux par suite d'une exsudation ultérieure. L'inflammation des séreuses nous en offre le théâtre le plus fréquent; l'érysipèle œdémateux et le phlegmon diffus en sont encore souvent un exemple.

Les pneumonies qui offrent ce genre d'exsudation ne passent jamais, ou que très difficilement, à l'état d'hépatisation; le poumon reste engoué pendant un à deux septénaires. Ce sont les pneumonies *séreuses*.

2° *Exsudats avec prédominance de sérum.* — Ils restent assez souvent liquides, mais les transformations y sont très variées; la fibrine qu'ils contiennent peut s'organiser ou devenir du pus, qui se répand dans le sérum : celui-ci peut rester ou être résorbé en partie ou en totalité. Les exsudats de ce genre se présentent diversement sur le cadavre, suivant les degrés de transformation où ils sont arrivés; ils forment un liquide jaunâtre, verdâtre, limpide ou trouble, qui tient en suspension des globules sanguins intacts ou flétris, des cellules granulées, des molécules de graisse, des globules de pus, des débris d'épithélium et des flocons de fibrine, qui donnent à l'exsudat une apparence crémeuse ou visqueuse.

Les pneumonies avec exsudation de ce genre sont les pneumonies types, les pneumonies semi-fluides ou *catarrhales*.

3° *Exsudats avec prédominance de fibrine* — Ils deviennent promptement solides, et acquièrent rapidement les propriétés de la fibrine coagulée; ils se présentent sous le microscope comme une masse amorphe, dans laquelle, en tiraillant à l'aide d'aiguilles, on peut produire artificiellement des fibres qu'on fait aussitôt disparaître par la compression. L'opinion que la fibrine se prend immédiatement en fibres est donc erronée; ces soi-disant fibres sont des produits de l'art. L'eau n'altère pas la fibrine coagulée; l'acide acétique et la potasse la rendent transparente et la font disparaître. Placé dans des conditions favorables, ce genre d'exsudat peut s'organiser et subir toutes les transformations possibles.

Les pneumonies caractérisées par ce genre d'exsudat donnent d'emblée un produit solide, fibrino-albumineux, qui oblitère d'abord les vésicules pulmonaires et les dernières ramifications des bronches, et bientôt, si l'exsudation continue, les grosses bronches, et même les vaisseaux pulmonaires. C'est cette dernière forme que nous étudions sous le nom de pneumonie fibrineuse, pneumonie croupale de Lobstein. Citons tout de suite une des observations les plus curieuses de ce genre, afin de donner une idée nette de notre affection.

OBS. — *Pneumonie fibrineuse* (*souffle tubaire, bronchophonie et matité absolue du côté gauche, absence de râles, dyspnée très forte; à l'autopsie, cylindre fibrineux considérable dans la bronche gauche et ses ramifications.* — Le nommé M... (Joseph), de Wasselone, âgé de cinquante-neuf ans, profession de tisserand, fut pris subitement de frisson suivi de chaleur intense. Bientôt il ressentit un point de côté très douloureux dans la région mammaire gauche; il fut suivi d'une fièvre intense et d'une forte dyspnée. On lui pratiqua une saignée qui présenta un caillot volumineux et se couvrit d'une couenne très épaisse.

Le quatrième jour de sa maladie, le 24 novembre 1853, il entre à la Clinique; on constate les phénomènes suivants: fièvre très intense, dyspnée considérable, matité absolue en avant et à gauche; râles crépitants fins, disséminés et mêlés de quelques râles sous-crépitants; peu de souffle. Tartre stibié, 0gr,30; nouvelle saignée qui se couvre d'une forte couenne.

Le 25 novembre. Décubitus dorsal, intelligence nette, réponses justes (le malade a déliré pendant la nuit); calorification inégalement répandue à la surface du corps; pouls vif, peu résistant, petit, régulier, à 110; respiration difficile, prostration très grande. A gauche et en avant, *matité absolue, souffle tubaire très intense;* à droite et en avant, respiration puérile. En arrière et à gauche, matité prononcée dans la région sus et sous-épineuse et interscapulaire; souffle tubaire moins marqué qu'en avant. A la partie inférieure, la sonorité revient, et l'on entend quelques râles crépitants et un souffle grêle. — Potion avec 0gr,25 de tartre stibié.

Le 26. Aucun changement dans l'état du malade; il a déliré toute la nuit. Le matin, dyspnée considérable et permanente, toux fréquente, expectoration de quelques crachats spumeux d'une coloration verdâtre; teint jaune généralisé; respiration fréquente, anxieuse et convulsive; *matité absolue* dans toute la partie antérieure gauche du thorax, *souffle tubaire éclatant, absence complète de râles;* pouls régulier, petit, et d'une fréquence extrême; la toux produit quelquefois des accès de suffocation. — Saignée conditionnelle, ventouses scarifiées, vésicatoire; potion stibiée (0,25).

Le 27. Le malade n'a cessé de délirer. Pendant la nuit, une dyspnée considérable a nécessité l'ouverture de la veine, dont on suspend bientôt l'écoulement, vu le grand état de faiblesse du malade. On donne 0gr,50 de musc, divisés en cinq paquets; néanmoins le malade continue de délirer et de s'affaisser. A la visite, on le trouve dans l'état suivant: Le malade pousse des gémissements continuels et réclame avec instance des ventouses pour le soulager de sa dyspnée. Face grippée, anxiété profonde; on entend à distance des râles trachéaux. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes; le pouls est petit, fréquent, filiforme, facile à déprimer. Mort à midi.

Autopsie, trente heures après la mort. Le lobe supérieur du poumon gauche est notablement augmenté de volume et recouvert de fausses membranes, qu'on enlève facilement; la plèvre renferme un peu de liquide à la partie inférieure; la densité du poumon est considérable; il a une teinte couleur chair d'anguille.

En incisant le *lobe supérieur gauche*, la surface de section présente une teinte uniforme d'un gris jaunâtre, parsemée de points noirâtres ardoisés; dans sa partie inférieure, le lobe pulmonaire présente une couleur grise plus prononcée; en le comprimant, on en fait sortir un liquide épais, crémeux, ressemblant à du pus. La surface de section est sèche, grumelée, et présente une infinité de granulations; tout le lobe supérieur se laisse facilement pénétrer par le doigt. On peut retirer des orifices bronchiques des cylindres fibrineux, souvent très longs, et remplissant presque complétement les canaux aériens.

Le lobe inférieur gauche présente les signes de l'hépatisation rouge; sa consistance est augmentée, il crépite très faiblement. La surface de section laisse écouler une grande quantité de sérosité sanguinolente de couleur violacée; on rencontre quelques cylindres fibrineux disséminés dans les bronches de ce lobe.

Le poumon droit offre, en avant, peu d'altération; en arrière, il est gorgé de sang, et l'on rencontre quelques cylindres fibrineux dans les plus petites bronches.

En incisant de haut en bas la bronche gauche, immédiatement au-dessous de la bifurcation de la trachée-artère, on trouve un cylindre fibrineux, plein, d'un jaune pâle, un peu moins gros que le petit doigt, non adhérent à la bronche, et ne la remplissant pas complétement.

La muqueuse de cette dernière paraît saine; elle est peu colorée, et l'épithélium est parfaitement intact.

Le cylindre fibrineux se ramifie en remplissant toutes les divisions de la bronche gauche; on peut en poursuivre les ramifications jusqu'aux plus petites bronches.

La bronche droite renferme une sérosité spumeuse, jaunâtre, analogue à l'expectoration du malade; la muqueuse est légèrement violacée.

Le péricarde présente des traces d'une phlegmasie ancienne; sur plusieurs points de sa surface, on reconnaît de petites exsudations solides, donnant au toucher la sensation d'une langue de bœuf.

Sur le feuillet viscéral de cette même séreuse, on rencontre des exsudations analogues, ainsi que quelques taches laiteuses. Dans le cœur, on trouve des caillots fibrineux solides, se prolongeant dans les artères; l'oreillette droite en contient un très volumineux, qui se prolonge au loin dans les veines caves.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Il ne saurait entrer dans notre cadre d'exposer en détail les lésions anatomo-pathologiques du poumon. La pneumonie fibrineuse ne différant de la pneumonie ordinaire que par la nature et l'abondance de l'exsudation, nous nous contenterons d'exposer les procès morbides qui différencient notre forme de pneumonie de la pneumonie type décrite par tous les auteurs. Notre attention se portera surtout sur les concrétions fibrineuses des bronches, que nous examinerons quant à leurs caractères physiques, forme, consistance, couleur; quant à leur nature, déduite de l'analyse microscopique et chimique, ainsi que de l'analogie; enfin quant au mode et au mécanisme de leur formation.

1er degré, *engouement*. — La pneumonie débute par une hypérémie ou une stase inflammatoire, et par l'épanchement d'un exsudat visqueux dans lequel les globules inflammatoires font bientôt apparition. La couche épithéliale des vésicules et des dernières bronches est le tissu primitivement affecté, ce que Remak a démontré par de nombreuses recherches microscopiques; il apparaît dans les vésicules une masse de cellules granulées, dont les unes, plus petites, ressemblent aux granulations muqueuses, et les autres, plus grandes, aux globules inflammatoires. On ne reconnaît déjà plus les vésicules, le tissu est vide d'air; mais, à cette période de la maladie, le tissu pulmonaire, c'est-à-dire la paroi cellulo-élastique, n'offre encore aucune altération sensible.

2e degré, *hépatisation rouge*. — Bientôt l'exsudat devient plus abondant, plus riche en fibrine; le poumon, toujours d'un rouge foncé, gagne en consistance et devient plus volumineux; il est friable, cassant; sa coupe est solide, sèche, d'un rouge brun marqueté par des taches de pigment et des bronches coupées; enfin il a un aspect granulé caractéristique, qui provient de la distension des vésicules pulmonaires par l'exsudat.

Par suite de l'abondance de cet exsudat, les branches des artères et des veines sont, bientôt après leur origine, aplaties et comme effacées par la compression qu'elles éprouvent (Lobstein).

La destruction des éléments pulmonaires prend alors le dessus; la trame pulmonaire, le sang qui s'y trouvait stagnant, ont été résorbés, et cela en partie à une époque où la circulation n'existe plus et où l'absorption n'a pas pu jouir du bénéfice de ces nombreux courants sanguins qui entraînent les matières absorbées. C'est à cette période, sans doute, que la fibrine du sang, enrichie des produits de la résorption, comprimée de toute part, et ne trouvant plus de place dans les interstices spongieux de l'organe parenchymateux, oblitère les voies aériennes et quelquefois les canaux sanguins, en transsudant au travers de leurs parois comme au travers d'un filtre (car, le microscope le démontre, la muqueuse des bronches et la membrane interne des vaisseaux ne sont pas enflammées), sous forme d'un blastème très riche en fibrine, qui se coagule rapidement et persiste à l'état de masse amorphe moulée sur la forme des tuyaux qui la contiennent. Les lésions vitales qui accompagnent cette transformation organique du poumon sont telles que la mort en devient le résultat le plus ordinaire, avant qu'ait pu s'accomplir l'évolution complète de ce travail morbide.

L'autopsie fait voir dans les bronches ces cylindres fibrineux, blancs, jaunâtres, plus ou moins consistants, qui en oblitèrent une étendue variable, suivant l'abondance de l'exsudation. La surface de section offre, dans la portion hépatisée, un aspect général grisâtre résultant du groupement des granulations, des orifices des vaisseaux et des bronches sectionnés, qui tous sont également remplis de la matière plastique, ce qui fait que le terme d'hépatisation rouge est impropre dans cette forme de pneumonie.

Cet aspect grisâtre a souvent fait prendre pour une infiltration purulente une pneumonie avec exsudation fibrineuse, et je suis con-

vaincu, pour ma part, que cette erreur d'optique a été l'unique cause qui a fait échapper la pneumonie fibrineuse à l'attention de tous les observateurs jusqu'à nos jours.

Une pression exercée latéralement aux surfaces de section fait sourdre un grand nombre de points, du volume d'une lentille ou d'une tête d'épingle, globuleux, blancs jaunâtres, et quelquefois comme purulents ; c'est en saisissant un de ces globules et en tirant dessus avec des pinces à dissection, qu'on retire ces cylindres blancs, vermicellés, contenus dans les bronchioles.

L'exsudat qui se trouve dans les vésicules pulmonaires s'organise rapidement en cellules, dont les différentes métamorphoses déterminent le mode de terminaison de la pneumonie.

Dans les cas les plus heureux, les cylindres fibrineux des bronches subissent une véritable fonte qui les ramollit et permet, dans des cas rares, leur expulsion en masse par l'expectoration. D'autres fois la fonte est complète ; le liquide fibrineux n'est pas, en grande partie du moins, chassé, comme on pourrait le croire, par la toux avec les crachats ; il rentre dans la circulation pour être éliminé par une autre voie. J'ai pu m'assurer une fois que ce phénomène coïncide avec l'apparition d'une grande quantité d'albumine dans les urines.

Pour que cette fonte des cylindres fibrineux ait lieu, il faut qu'ils soient imbibés par un liquide dissolvant ; c'est du moins l'hypothèse la plus raisonnable : or cette imbibition suppose une nouvelle congestion qui commencerait à la périphérie de l'organe affecté.

3e degré, *hépatisation grise*. — Les cellules qui s'organisent, dans les vésicules pulmonaires, en tissu inflammatoire, peuvent se détruire par métamorphose graisseuse, et le liquide émulsif qui en résulte, être en partie résorbé ou en partie expectoré. C'est une terminaison rare et des plus heureuses de la pneumonie.

Mais quand la formation des cellules est abondante, quand l'organisation du tissu inflammatoire est prompte, survient alors l'hépatisation grise, amas de tissu inflammatoire arrivé à différents degrés de développement. A force de s'accumuler, ses éléments finissent par se comprimer, par s'étouffer en quelque sorte mutuellement ; les globules comprimés meurent, le blastème amorphe se liquéfie, et nous assistons à la fonte purulente.

Le pus peut être résorbé ou vidé au dehors, sans laisser après lui aucune altération de texture du tissu pulmonaire. Dans des cas rares cependant, ce dernier peut s'ulcérer et donner lieu à un véritable abcès.

(*La suite au prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

L'abondance des matières nous force à renvoyer l'Académie des sciences au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 19 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a*. Les rapports de MM. *Battandier* et *Castel* sur l'épidémie cholérique qui a régné en 1854 dans l'arrondissement de Marennes (Charente-Inférieure). — *b*. Un manuscrit intitulé : Considérations sur le choléra épidémique qui a régné à Revel (Haute-Garonne pendant les mois d'août et septembre 1854, par M. le docteur *Millon*. — *c*. Une série de rapports sur le choléra qui a régné en 1854 dans le département de la Haute-Saône. (*Commission du choléra de* 1854.) — *d*. Un rapport de M. le docteur *Lenfant*, médecin-inspecteur des eaux minérales de Sail-sous-Couzan (Loire) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. — *e*. Un rapport de M. le docteur *Comparan*, médecin-inspecteur des eaux minérales d'Encausse (Haute-Garonne) sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. — *f*. Un rapport de M. le docteur *Magnien*, médecin-inspecteur, sur le service médical des eaux minérales de Bourbonne (Haute-Marne) pendant l'année 1853. (*Commission des eaux minérales.*) — *g*. Plusieurs recettes relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *h*. Un écrit de M. le docteur *Prévey* sur trois mois d'exercice de la médecine homœopathique pendant la dernière épidémie de choléra. (*Commission du choléra de* 1854.)

2. Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Ariége, de la Haute-Garonne, et dans l'île de la Réunion. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de : *a*. MM. *Simonnot* et *Lazowski* (mémoire sur le sparadrap, considéré au point de vue pharmaceutique et chirurgical). (*Comm. :* MM. Gerdy, Boullay, Bouchardat.) — *b*. M. le docteur *Cazalas*, médecin de l'hôpital de l'École militaire de Constantinople (note sur l'emploi du bain de vapeur dans le traitement du choléra algide). (*Commission du choléra de* 1854.) — *c*. M. le docteur *Montrol* (de Langres) sollicite le titre de membre correspondant, et communique la liste de ses travaux à l'appui de sa candidature. (*Commission future des correspondants étrangers.*) — *d*. M. le docteur *Heurteloup* adresse un court exposé du procédé à l'aide duquel il convertit la *taille par haut appareil* en une plaie simple, en empêchant, pendant la cicatrisation, l'urine de sortir par l'ouverture faite à la vessie.

M. *Fr. Dubois*, secrétaire perpétuel, annonce que, sur la proposition de M. *Bégin*, la commission des correspondants étrangers sera prorogée dans ses pouvoirs, et qu'elle se réunira bientôt pour présenter à l'Académie un nouveau rapport. Le bureau propose encore à la Compagnie de remplacer dans cette commission M. Orfila décédé par M. *Bussy*. (*Adopté.*)

Discussion sur le rapport de M. Bousquet.

M. *Ferrus*, après avoir loué le charme, la courtoisie, l'érudition du discours de M. Bousquet, regrette d'être obligé de signaler aussi l'indécision de doctrines, l'instabilité d'opinions de son honorable adversaire, qui, de philosophe qu'il était d'abord, tend de plus en plus à devenir médecin.

L'orateur n'est pas surpris de la rétractation de Cabanis, qui, poussant jusqu'à l'absurde l'emploi de l'analogie, avait exprimé une théorie révoltante pour la psychologie et fausse pour la physiologie.

Quant à Georget, dont M. Ferrus a vu naître et grandir les opinions philosophiques et médicales, dont il a été d'abord le condisciple, puis le maître, à la Salpêtrière, Georget, enlevé jeune encore à la science par une maladie cruelle, s'il a déposé dans son testament un cri de défaillance qui rejaillissait sur ses idées, s'il a rétracté les tendances de sa doctrine, ce fut dans les faiblesses de la maladie, à deux pas du tombeau, et par des scrupules exagérés. Georget n'était pas matérialiste dans l'acception vulgaire du mot ; il voyait l'immatérialité dans la matière, admirant l'œuvre de Dieu dans ses productions sensibles.

Le cerveau ne peut pas penser, affirme M. Bousquet ; on pourrait lui répondre avec Locke : « Si Dieu l'eût voulu, pourquoi la matière ne penserait-elle pas ? »

D'ailleurs, un peu plus loin, M. Bousquet, reconnaissant la dépendance des deux substances, le rapport du physique et du moral, c'est-à-dire de la matière et de la pensée, se perd dans une contradiction qui montre jusqu'à l'évidence combien la séparation conventionnelle de ce qui est réellement et pratiquement indissoluble a d'écueils cachés pour qui s'y livre.

Tous les arguments contenus dans les trois communications de M. Bousquet n'ont au fond qu'un but, celui de prouver que si l'aliénation est une maladie, c'est une maladie psychique, une maladie *sans matière*, et, partant de cette donnée, d'établir que la médecine a été et sera constamment impuissante à la guérir, si ce n'est dans certains cas par l'action de moyens purement moraux.

M. Ferrus s'étonne que M. Bousquet vienne encore exhumer devant l'Académie une doctrine essentiellement erronée, qui est venue faire naufrage dans cette enceinte en 1841, et qui a été condamnée par les déclarations de MM. Double et Rochoux, par les arguments de M. Ferrus lui-même !

M. Bousquet se demande ensuite où réside la folie dans l'organisme. Refusant d'admettre que l'encéphale est son siége constant, il accorde une large part aux folies sympathiques et à l'hérédité, sans se douter qu'il détruit ainsi l'assertion que tout son travail tend à établir, savoir, que l'aliénation est une maladie sans matière ; sans soupçonner encore qu'il met à néant la prétention de la guérir par l'emploi exclusif du traitement moral.

M. Bousquet n'accorde à l'anatomie pathologique qu'une valeur purement séméiolique : selon lui, une seule variété de folie présenterait une lésion constante, c'est l'aliénation avec paralysie générale ; encore pour lui ne serait-ce point de la folie, mais une simple inflammation des méninges.

Pour M. Ferrus, non plus, ce n'est pas de la folie, mais c'est de la démence ; et, dans les neuf dixièmes des cas, la démence n'est qu'une suite de la folie (délire maniaque) qui a parcouru toutes ses périodes et débuté sans la moindre paralysie.

Il n'est donc pas vrai de dire qu'ici le délire se place entre l'inflammation et la paralysie. On est en présence d'une méningite d'une nature spécifique, dont la marche est analogue à celle qu'on observe dans le ramollissement aigu de la substance cérébrale à laquelle elle se lie et s'étend presque toujours.

M. Bousquet admet, avec raison, que le délire est le symptôme de l'altération encéphalique, mais seulement dans le cas d'aliénation avec paralysie. M. Ferrus, au contraire, pense qu'il en est toujours ainsi ; et quant à la prétendue rareté des lésions anatomiques chez les idiots et les maniaques, il peut affirmer qu'il a le plus souvent trouvé les altérations cérébrales décrites par MM. Bayle et Calmeil comme inhérentes à la démence.

Au témoignage de ces deux auteurs, aux faits qu'il a observés lui-même, M. Ferrus ajoute encore l'autorité de M. Parchappe, qui admet que chaque forme de folie a son mode d'altération propre pouvant se résumer : 1° en congestion sanguine des méninges et de la surface du cerveau, pour la folie aiguë ; 2° en atrophie des circonvolutions, pour la folie chronique simple ; 3° en ramollissement inflammatoire de la couche corticale, pour la folie paralytique.

Récemment encore, M. Follet (de Quimper) a signalé chez les aliénés une inégalité constante des hémisphères cérébraux.

Comment M. Bousquet, après avoir noté l'équivoque, l'incertitude, la confusion des classifications en aliénation, et surtout le peu d'accord des aliénistes sur cette matière, comment se laisse-t-il aller lui-même, à propos des transformations que peut subir la folie, à déclarer que, dans ce qu'on appelle l'aliénation paralytique, les malades, d'abord monomaniaques, deviennent maniaques, puis déments, puis enfin idiots ?

M. Ferrus, regrettant que l'état de la science, qui n'est pas encore fixé, ne permette pas d'user, en aliénation mentale, d'un langage précis et rigoureux, de dénominations invariables, propose, pour s'entendre, de ne plus employer indistinctement le mot folie pour exprimer tantôt le délire maniaque, tantôt l'aliénation elle-même. Suivant lui, les divers états d'idiotie, de manie, de stupidité, de démence, pourraient être confondus sous la dénomination de maladies *cérébro-mentales*.

M. Ferrus proteste de toutes ses forces contre l'accusation d'abaissement et de pauvreté que son honorable adversaire a lancée si légèrement contre la thérapeutique des maladies mentales.

C'est du jour, dit l'orateur, où la thérapeutique de l'aliénation a conquis son indépendance d'application, son libre essor, du jour où elle a cessé d'être tributaire des croyances idéalistes et théologiques, du jour, enfin, où la médecine a pu dire : « *L'aliénation est une maladie comme les autres*, » qu'un nouvel ordre de choses est né pour les aliénés, et que de féconds résultats se sont accomplis.

La citation empruntée à Celse par M. Ferrus, et dont M. Bousquet a fait une arme contre lui, a été mal interprétée, mal comprise, sans doute. L'orateur a rappelé ce passage de Celse uniquement pour prouver qu'à une époque antérieure aux croyances animistes, l'origine physique de l'aliénation était entrevue par quelques esprits d'élite.

Quant au traitement, comparant de nouveau ce qu'il était avant 1789, où l'on traitait surtout l'*âme malade* par l'emprisonnement et par les exhortations, à ce qu'il est aujourd'hui, où l'on s'occupe surtout de l'organe malade et de l'économie tout entière, M. Ferrus affirme qu'au lieu d'avoir des *aliénés à vie*, comme autrefois, on en guérit en moyenne maintenant *un sur trois*.

M. Ferrus, en terminant, s'élève surtout contre les conséquences déplorables qu'entraîneraient dans la législation, la direction et le bien-être des aliénés, les doctrines émises par M. Bousquet.

Soit comme erreur scientifique, s'écrie M. Ferrus, soit comme résultat possible d'appréciation, il fallait repousser une idée qui menaçait tout à la fois et le sort futur des aliénés et l'existence de la législation qui les protége, introduisait, partout où l'on s'occupe d'aliénation, comme on vient de le faire dans cette enceinte, les discussions métaphysiques et philosophiques avec leurs impénétrables obscurités, préparait de nouvelles luttes et remettait en question des solutions scientifiquement et légalement consacrées.

M. *Baillarger* : C'est surtout contre les classifications dans la folie que M. Bousquet a paru diriger ses coups les plus rudes. Il a affirmé et entrepris de démontrer que sur ce point les aliénistes étaient partout en désaccord, dans leurs livres aussi bien qu'au lit du malade. Il en a conclu que les types admis par eux étaient arbitraires et fictifs. Il a opposé M. Falret à M. Moreau, et il m'a placé entre les deux champions.

Suivant M. Bousquet, nous n'avons fait aucun progrès depuis 1809, et nous en sommes encore aujourd'hui à la classification de Pinel. M. Bousquet ne tient donc aucun compte des distinctions plus rationnelles et plus vraies établies par Esquirol, manie, monomanie et lypémanie ?

M. Bousquet nous oppose fièrement M. Falret, qui a nié l'existence de la monomanie, et qui, d'après notre adversaire, réduirait toute l'aliénation mentale à la manie.

M. Bousquet a certainement mal compris les idées de M. Falret. Ce médecin reconnaît à la folie trois types, qu'il désigne sous les noms d'*aliénation mentale générale*, d'*aliénation partielle dépressive*, d'*aliénation partielle expansive*, qui représentent assez bien par tous leurs symptômes, les formes correspondantes de manie, lypémanie, monomanie.

M. Falret admet donc, comme Esquirol, comme nous-même, trois grandes formes de folie. S'il rejette la monomanie, c'est, ainsi que le fait observer M. Renaudin, c'est comme faute grammaticale : car au point de vue médical, il consacre cette distinction sous le titre d'aliénation partielle.

Ce qui prouve encore qu'il n'y a là qu'une pure question de mots, c'est que M. Falret n'a pas signalé de caractères différentiels entre la monomanie et le délire expansif, ce qu'il n'eût pas manqué de faire, si dans son esprit cela n'eût pas été un seul et même type.

M. Baillarger convient que rarement le délire demeure parfaitement borné, et qu'il est plutôt prédominant qu'exclusif. Mais cela ne détruit en rien la grande variété des monomaniaques ; d'ailleurs, il établit par des faits nombreux, par des citations opportunes, qu'il existe véritablement aussi des monomanies *pures*. Et pour mieux prouver que la monomanie est compatible avec un délire étendu, qu'il faut bien se garder de confondre avec le délire général, avec la manie, il cite l'exemple de *Berbignier*, le célèbre auteur de l'*Histoire des farfadets*, qui conciliait avec toutes les apparences extérieures de la raison une monomanie des plus actives, caractérisée par des hallucinations de tous les sens, dont le récit a rempli trois gros volumes.

Mais, ajoute M. Bousquet, M. Moreau rejette aussi les monomanies : car il dit formellement qu'on ne saurait être fou à demi, aux trois quarts, de face ou de profil.

M. Moreau nie les monomanies en principe, mais il ne les nie pas en fait. Cela tient, suivant M. Baillarger, à ce que M. Moreau confond les deux ordres de phénomènes qui constituent l'âme, c'est-à-dire les facultés ou capacités naturelles et le pouvoir personnel qui est chargé de diriger ces capacités. Si l'on rattache la folie à une altération de ce pouvoir, on a raison, la folie est *une* et ne saurait revêtir des formes multiples.

Mais il n'en est pas ainsi : M. Baillarger croit que dans la folie, l'altération, le trouble, portent sur les facultés, et il pense, contrairement à MM. Bousquet et Moreau, que les capacités naturelles peuvent être troublées particulièrement, à tous les degrés, et de la manière la plus diverse.

Suivant l'orateur, les dénominations de délire général, de délire partiel sont défectueuses, ainsi qu'il a essayé de le démontrer ailleurs : il voudrait y substituer les expressions de *délire avec lésion générale des facultés, délire avec lésions partielles*.

L'essence même du délire ne peut, ni se limiter, ni s'étendre ; les lésions seules sont susceptibles de ces variations.

M. Baillarger reconnaît comme issu d'une rigoureuse observation le *fait primordial*, c'est-à-dire le trouble primitif, l'excitation, la dissociation des idées qui est comme le prodrome de l'aliénation ; mais on doit en conclure avec M. Moreau que la folie est *une* et ne saurait théoriquement être divisée.

M. Bousquet a vivement attaqué dans son dernier discours la théorie de l'*automatisme intellectuel*, par laquelle M. Baillarger a essayé d'expliquer les songes et la folie et les rapports qui nient si intimement, suivant lui, ces deux états.

L'orateur appuie cette doctrine de l'autorité de Jouffroy et cite un passage où ce philosophe a décrit, sous le nom d'*exercice involontaire*, d'*indépendance de nos facultés*, un état de l'esprit tout à fait semblable à l'*automatisme* de M. Baillarger, état pendant lequel le pouvoir personnel abdiquant pour ainsi dire et lâchant la bride aux capacités naturelles, celles-ci se meuvent suivant leurs lois, s'abandonnant au gré de leurs caprices, sans guide, sans modérateur : c'est l'état de *rêverie*, au sein duquel l'homme reste comme endormi paresseusement, au milieu d'un *mécanisme* intellectuel dont il ne fait plus mouvoir les *ressorts*.

M. Bousquet a accusé M. Baillarger de réduire les penseurs, les philosophes, les savants, les poëtes au rôle de purs automates. Cette accusation serait sans doute fondée si M. Baillarger avait appliqué sa théorie de l'automatisme à tout autre phénomène qu'à la rêverie, s'il avait prétendu, par exemple, expliquer par elle la *méditation*, qui est au contraire, à son avis, l'état de l'esprit où le pouvoir personnel est le plus actif et le plus

maître des facultés. Quand Newton tenant le doigt de sa maîtresse l'introduisait par distraction, machinalement, dans sa pipe brûlante, il ne méditait pas, il rêvait éveillé.

L'orateur ajoute que les arguments de M. Bousquet n'ont point ébranlé ses convictions, et qu'il croit toujours très fermement à l'analogie du rêve et de la folie. Cette assimilation, qu'il a soutenue pour la première fois dans sa *Physiologie des hallucinations*, M. Baillarger la confirme par de nouveaux faits. Il cite l'exemple d'une dame qui fut prise tout à coup des hallucinations les plus variées : l'entrée soudaine d'une personne dans sa chambre la tire brusquement de cet état d'aliénation passagère ; elle se relève comme d'un songe pénible ; elle reprend son travail interrompu. Cette singulière situation d'esprit avait duré trois heures, à l'insu et à la grande surprise de la dame.

Mais cet état passager, que M. Baillarger a appelé *état d'hallucination*, n'est pas la folie. La folie est un état permanent.

Dans la folie, il y a quelque chose d'actif ; c'est la foi, la croyance dans l'hallucination, la *conviction délirante*, qui pousse souvent les aliénés aux actes les plus étranges, les plus inattendus, les plus désastreux quelquefois.

La folie est donc bien un mélange de l'état de veille et de l'état de sommeil ; de l'état de veille, par la conviction délirante qui représente le pouvoir personnel agissant ; de l'état de sommeil, par l'hallucination, qui représente le rêve ou l'état d'automatisme intellectuel, d'indépendance des facultés.

M. Baillarger conclut donc qu'il existe entre le songe et la folie, non point une identité sans doute, mais une ressemblance, une analogie que personne ne saurait nier.

— M. *le président* annonce la clôture de la discussion.

La séance est levée à cinq heures.

ERRATA. — Dans le compte rendu de la dernière séance académique (GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. II, n. 24) : 1° à la page 439, 53e ligne (discours de M. Collineau), au lieu de *génération*, lisez *généralise* ; 2° à la page 440, 32e ligne (discours de M. Bousquet), au lieu de *fait*, lisez *faire*...

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 11 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. HUGUIER.

Compte rendu de la discussion relative au Mémoire sur un procédé nouveau d'uréthrotomie *présenté dans la séance précédente par M. Maisonneuve* (1).

Suite. — Voir le n° 24.

M. Ricord ajoute quelques remarques à celles qu'il a faites déjà sur la communication de M. Maisonneuve. Il soutient qu'il n'y a rien de nouveau dans l'addition d'une bougie conductrice qui précède l'uréthrotome. En effet, on se sert depuis longtemps de porte-caustiques qui sont précédés d'une bougie étroite, et depuis longtemps aussi l'on a ajouté un bout conducteur au coarctotome de M. Ricord. M. Reybard, parmi ses instruments, en possède un, entre autres, formé d'une lance précédée d'une bougie conique qui sert de conducteur. C'est là l'instrument de M. Maisonneuve avec moins de longueur dans la bougie. Mais M. Ricord voit dans cette diminution de longueur un sérieux avantage, car une bougie courte est plus facile à manier ici qu'une bougie longue et fine qui peut se replier sur elle-même et se laisser facilement couper.

Selon M. Maisonneuve, on n'a jusqu'alors coupé les rétrécissements que de dehors en dedans, d'avant en arrière, d'arrière en avant. Notre collègue a la prétention de faire une chose neuve en les coupant de dedans en dehors. Il reproche aux sections d'arrière en avant de couper d'abord des parties saines ; mais M. Maisonneuve, avant d'introduire son lithotome, trace d'abord la voie en coupant d'avant en arrière. Or, si l'on a quelque chance de léser des parties saines, de les couper, c'est plutôt en avant qu'en arrière.

Quant à cette prétendue section de dedans en dehors dont M. Maisonneuve réclame l'invention, il n'y a rien là que ne fassent déjà tous les chirurgiens. Dès qu'on fait glisser un instrument dans un rétrécissement, il coupe de dedans en dehors, mais aussi d'arrière en avant. Il faut un mouvement de va-et-vient pour que la section s'opère. Enfin, M. Maisonneuve fait là ce que tout le monde fait.

Il reste encore une prétention dangereuse de notre collègue ; c'est celle de ne couper que le rétrécissement, et cela avec le plus horrible uréthrotome.

(1) Ce compte rendu est, sauf quelques abréviations, extrait du procès-verbal officiel, rédigé par M. Verneuil.

Enfin, M. Ricord ne peut accepter qu'un lithotome porté dans l'urètre ne puisse le blesser, tandis que cela aurait lieu avec les coarctotomes ordinaires.

M. le président exprime à la Société le regret qu'il éprouve de ne pas voir M. Maisonneuve assister aujourd'hui à la séance, quoiqu'il ait été prévenu par lui de la continuation de la discussion.

M. Robert désire exprimer sa pensée sur l'uréthrotomie en général mise en cause aujourd'hui ; mais il demande à ne prendre la parole que dans la prochaine séance. Quant à la méthode de cathétérisme que M. Maisonneuve croit avoir imaginée, M. Robert rappelle qu'il y a une trentaine d'années déjà elle fut bien indiquée par M. Amussat. M. Reybard a aussi proposé plusieurs uréthrotomes précédés d'une bougie qu'on introduit d'abord jusque dans la vessie.

M. *Lenoir* : Messieurs, j'ai écouté avec attention la communication que M. Maisonneuve nous a faite dans l'avant-dernière séance ; communication qui n'est que le résumé substantiel d'un travail que ce chirurgien avait, quelques jours auparavant, présenté à l'Institut sous le titre de *Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme, et de son application à la cure* RADICALE ET INSTANTANÉE *des rétrécissements de l'urèthre*. J'ai depuis lu ce mémoire, et, je vous le dis tout d'abord, la revendication itérative à titre d'invention d'une manœuvre opératoire qui est décrite jusque dans nos livres classiques, la prétention qu'a son auteur de guérir instantanément les rétrécissements quand il ne fait que les inciser instantanément ; la préférence enfin qu'il donne à la méthode de l'incision sur tous les autres moyens de traiter les strictures de l'urèthre ; tout cela m'a paru en contradiction si flagrante avec certaines doctrines de physiologie pathologique que je crois vraies, avec certains principes de conduite qu'il faut honorer et propager dans l'exercice de notre art, que j'ai pris l'engagement envers moi-même de parler ici contre le fond et la forme de cette nouvelle production de notre collègue. Mais comme les observations que j'ai à vous présenter sont presque toutes critiques, et que le sentiment qui me porte à vous les soumettre est de ceux qui m'excitent, j'ai craint de mal exposer mes idées dans une allocution improvisée ; je viens donc vous demander la permission de vous les communiquer telles que je les ai jetées sur le papier. Ce sera un moyen sûr d'épargner vos moments, de renfermer cette discussion dans les limites dont elle ne doit pas sortir, et de lui conserver le calme et la dignité qui lui conviennent.

M. Maisonneuve commence par rappeler que dès 1845 il a présenté à l'Académie des sciences un procédé de cathétérisme applicable aux rétentions d'urine produites par l'hypertrophie générale ou partielle de la prostate, « procédé qui consiste à introduire d'abord dans l'urèthre une bougie » fine et flexible qui, se moulant aux inflexions du canal, arrive toujours » et sans difficulté dans la vessie, puis à se servir de cette bougie comme » d'un conducteur sur lequel on fait glisser une sonde élastique percée à » ses deux bouts. » Ce procédé, qu'il appelle aujourd'hui *méthode de cathétérisme sur conducteur*, notre collègue le revendique comme une de ses inventions et le regarde comme lui ayant, avec raison, donné l'idée d'une autre méthode à peu près semblable qu'il pourrait appeler *méthode de cathétérisme à la suite*, dont les diverses applications font le sujet de son mémoire et de sa communication actuelle.

Nous rappellerons de notre côté que dès l'époque à laquelle notre collègue présenta à la Société de chirurgie (après l'avoir déjà présenté à l'Institut) le travail où il exposait les avantages de sa première méthode, nous lui fîmes observer dans le seul intérêt de la science et de la vérité que cette méthode n'était pas même alors nouvelle, et que dès 1836 nous nous étions déjà servi nous-même d'une sonde inventée depuis longtemps par M. Amussat pour remplir la même indication ; mais, puisque cette réclamation de priorité n'a pas fait impression à cette époque sur notre collègue, nous pouvons aujourd'hui éclairer sa religion par la citation textuelle de plusieurs auteurs dont il ne peut ignorer les travaux. On lit, en effet, dans un mémoire de M. Rigal (de Gaillac), ayant pour titre : *De la destruction mécanique de la pierre dans la vessie* (Paris, 1829), le passage suivant à la page 22 : « Cette idée d'allonger le mandrin pour remplacer les unes par les autres des algalies ouvertes des deux bouts n'appartient ni à moi (M. Rigal), ni à M. Leroy, qui l'imagina pour le malade dont j'ai parlé, ni à M. Pichauzel, auquel ce procédé valut une couronne que lui décerna en 1810 la Société royale de médecine de Bordeaux, car on lit dans Bichat (*Traité des maladies des voies urinaires*, p. 310) ce qui suit : Si l'on craignait de rencontrer des difficultés à passer la seconde sonde, on pourrait obvier à cet inconvénient en se servant de sondes ouvertes aux deux bouts ; on introduirait la première au moyen d'un stylet à bouton, et, avant de la changer, on la garnirait d'un stylet long d'environ 2 pieds, que l'on enfoncerait de quelques lignes dans la vessie ; puis on retirerait la sonde sur le stylet, qu'on laisserait en place, et sur lequel on conduirait sans peine et avec sûreté une nouvelle algalie. Desault a eu recours une fois à cet expédient, et il réussit si complétement, qu'il se proposait de faire construire des sondes avec lesquelles il pût le mettre souvent en usage. »

Il résulte bien clairement de cette citation que la méthode de *cathétérisme sur conducteur*, comme l'appelle notre collègue, et qui n'est qu'un *expédient* dans le langage de Bichat, a été depuis Desault, c'est-à-dire depuis soixante ans, inventée à peu près une fois tous les dix ans par six chirurgiens, qui tous sans doute ont cru de bonne foi l'avoir trouvée; je vous laisse à décider si notre collègue, qui n'arrive qu'en sixième ligne dans cette série, a des titres plus sérieux que ses devanciers à la priorité qu'il réclame encore aujourd'hui.

M. Maisonneuve, fier de cette découverte, en fait un peu après en quelques mots le panégyrique que voici : « Ce procédé si simple est actuellement employé par tous les praticiens, et depuis lors, non-seulement il n'est plus de prostate infranchissable, mais surtout il n'est plus question de ces fausses routes ni de ces accidents inflammatoires redoutables auxquels exposaient si fréquemment les procédés ordinaires. »

Je ne sais, Messieurs, si, vous qui constituez la majorité des chirurgiens des hôpitaux et des praticiens de la ville, vous avez adopté ce procédé; s'il en est ainsi, je déclare faire exception à cette unanimité, car je préfère dans les cas spécifiés par notre collègue un moyen plus simple encore et qui remplit d'un seul coup toutes les indications, je veux parler d'une grosse sonde percée d'un ou de deux yeux dans sa longueur et terminée par un bout effilé et flexible comme l'extrémité des bougies, sonde que j'ai vu employer avec succès par Marjolin père sans savoir si elle était de son invention, et à laquelle il n'a manqué sans doute pour qu'elle ait encore aujourd'hui toute la valeur qu'elle mérite que d'avoir été dans son temps le sujet d'un mémoire présenté à l'Académie des sciences.

J'arrive à la seconde méthode de cathétérisme que l'auteur n'a pas encore dénommée, et qui s'applique, selon lui, à tous les cas de rétention d'urine, aussi bien à ceux qui tiennent aux hypertrophies de la prostate qu'à ceux qui tiennent aux rétrécissements de l'urèthre. Voici en quoi elle consiste : on introduit dans le canal, jusque dans la cavité vésicale, ou seulement jusqu'au delà du rétrécissement, une petite bougie flexible, à l'extrémité externe de laquelle se trouve un petit ajutage métallique fixe; on articule ensuite sur cette partie de la bougie, au moyen d'un pas de vis dont ils sont pourvus à leur extrémité interne, un des nombreux instruments usités aujourd'hui, soit pour explorer l'urèthre, soit pour le dilater brusquement, soit pour le cautériser, soit enfin pour l'inciser; et pour terminer l'opération, il suffit de pousser lentement l'instrument, quel qu'il soit, sur la bougie qui le précède, et celle-ci se replie sur elle-même dans la cavité de la vessie.

Ce procédé est basé sur le principe, un tant soit peu contestable, que voici : que, dans tout rétrécissement où une bougie fine a pu pénétrer, un instrument plus volumineux qui s'articulera avec elle et qu'on poussera à sa suite pénétrera comme elle et ne pourra pas dévier de la route qu'elle lui aura tracée. Qui ne prévoit, en effet, qu'une sonde de calibre ordinaire, ou mieux encore la sonde de Mayor, ou l'instrument de Perrève, fussent-ils articulés à l'extrémité d'une bougie fine et flexible, ne se substitueront à cette bougie dans l'intérieur d'un rétrécissement qu'à la condition d'être poussés avec force et pendant longtemps contre lui; que ces instruments, tous rigides et ayant une courbure fixe, suivront l'impulsion de la main qui les pousse et non la direction de la bougie qui les précède; qu'ils érailleront ou déchireront un point de l'urèthre, comme ils font toujours, et qu'une fois hors du canal, ils produiront d'autant plus facilement une fausse route dans les parties ambiantes qu'ils seront pourvus à leur extrémité de l'ajutage métallique de la bougie qu'ils entraînent avec eux! Je laisserai donc de côté les diverses applications que l'auteur fait ici de sa nouvelle méthode de cathétérisme à l'exploration de l'urèthre, à sa dilatation brusque et à sa cautérisation, parce que je considère ces applications comme des inventions de cabinet, contre la critique desquelles notre collègue n'a aucune expérience pratique personnelle à opposer; du moins je n'en trouve aucune observation dans son mémoire.

Il n'en est pas de même des moyens qu'il emploie pour inciser l'urèthre rétréci. Sur ce sujet, les procédés sont nombreux, les instruments aussi. Je voudrais ajouter que les observations de guérison ne le sont pas moins; mais la vérité veut que je dise que la méthode ne compte encore que cinq succès, et que la plus ancienne observation n'a pas plus de deux mois de date. C'est cependant avec ces instruments et ce petit nombre de faits que notre collègue a la prétention de fonder sa nouvelle méthode de *guérir radicalement et instantanément les rétrécissements de l'urèthre.*

Vous savez que l'incision des rétrécissements est une méthode de traitement qui, sans être tout à fait nouvelle, a été, il y a quelques années seulement, remise en honneur par un honorable chirurgien lyonnais, et que l'Académie de médecine, sur le rapport très bien fait de notre confrère M. Robert, a décerné à ce chirurgien un des grands prix dont elle dispose si libéralement. Toutefois, cette méthode est loin d'être généralement adoptée par les praticiens de nos jours; son emploi a été accompagné ou suivi d'accidents graves, et de la mort des opérés; et enfin il n'est pas bien certain encore qu'elle guérisse plus *radicalement* les maladies que certaines autres méthodes qui ont été beaucoup vantées avant elle.

M. Maisonneuve, dans l'avant-dernière séance, avait prudemment fait ses réserves sur la valeur de cette méthode de traitement, et dans la dernière séance vous l'avez entendu répéter qu'il n'entendait pas la discuter. Remarquez, je vous prie, la position exceptionnelle que cette réserve fait à notre collègue. Dans la science, il a des doutes sur la valeur de l'uréthrotomie; dans la pratique, il incise tous les rétrécissements qui se présentent à son observation; il les incise de prime abord, aussi étroits qu'ils soient, pourvu toutefois qu'ils puissent recevoir la bougie conductrice; il les incise sans avoir par un tâtonnement préalable expérimenté s'ils sont dilatables ou non; bien plus, il proscrit cette expérimentation sous prétexte qu'elle fait perdre du temps au malade. Il me semble que les uréthrotomistes les plus avancés ne vont pas si loin. Bon nombre reconnaissent qu'il existe des cas où la méthode n'est pas applicable, ou l'est moins que certains procédés anciens; bon nombre la réservent pour certains rétrécissements spécialement placés dans la région pénienne du canal, rétrécissements fibreux et par conséquent réfractaires à la dilatation, et, je l'avouerai, je partage assez bien ces vues pratiques.

Notre collègue vous a exposé en détail les différents temps de son procédé. Vous savez qu'il incise deux fois l'urèthre : une première au moyen d'une petite lame tranchante ayant la forme d'une demi-olive, qu'il glisse sur un tube cannelé métallique qui fait suite à la bougie conductrice; et une seconde fois au moyen d'un uréthrotome caché semblable, par sa forme et presque par son volume, au lithotome de frère Côme.

L'opération ainsi faite, dit-il, il s'écoule à peine quelques gouttes de sang; le malade urine à plein canal, et il continue à uriner ainsi par la suite sans qu'il soit nécessaire d'entretenir l'écartement des lèvres de la plaie faite à l'urèthre par l'introduction de grosses sondes.

Cette manière de faire diffère de celle qui est employée depuis M. Reybard en ce qu'au lieu de dilater lentement le rétrécissement par des bougies molles et graduellement plus volumineuses, on l'incise une première fois avec une lame semi-olivaire qu'on introduit d'avant en arrière sur un tube cannelé. Nous avons déjà dit que nous ne regardions pas cette dilatation préalable comme mauvaise en principe, et nous trouvons au moyen qu'on lui substitue l'inconvénient de faire une longue incision sur la muqueuse placée au-devant du point rétréci du canal, car les parois de l'urèthre sont rapprochées l'une de l'autre dans l'état normal, et l'on ne saurait introduire un instrument tranchant dans son intérieur sans couper une de ses parois.

Elle en diffère aussi par la forme de l'uréthrotome employé et par sa manière d'agir : l'uréthrotome est le lithotome de frère Côme. La manière d'agir de cet instrument constituerait, suivant notre collègue, une nouvelle méthode d'uréthrotomie à laquelle on n'avait pas encore songé. M. Syme coupe l'urèthre rétréci de dehors en dedans; M. Reybard le coupe d'arrière en avant, M. Civiale d'avant en arrière; il était réservé à M. Maisonneuve de le couper de dedans en dehors. La chose est facile; il suffit de placer l'instrument coupant dans le rétrécissement, de presser sur sa bascule et de le retirer à soi. Mais de deux choses l'une : ou vous ouvrez l'instrument dans l'intérieur du rétrécissement, et dans ce cas vous courez grand risque de casser sa lame, pour peu que le tissu à inciser soit résistant; ou vous tirez à vous votre instrument en même temps que vous l'ouvrez, et alors vous agissez comme M. Reybard, vous incisez d'arrière en avant et de dedans en dehors, et pas autre chose.

J'aurais plusieurs remarques à faire sur le mécanisme et le mode d'action de l'uréthrotome renouvelé de frère Côme, dont on sait que la partie la plus saillante de la lame répond à l'extrémité de l'instrument quand il est ouvert, et qui, à cause de cette disposition, blessera facilement les parties du canal placées derrière le rétrécissement; mais je passe sur ces détails, car je ne veux pas épuiser le sujet.

La manière de procéder de M. Maisonneuve diffère surtout de celle employée avant lui, en ce qu'elle supprime les moyens dilatants propres à empêcher la cicatrisation immédiate des parties incisées. M. Maisonneuve dit que cette cicatrisation sera suffisamment empêchée par le passage répété de l'urine sur la plaie, et il fonde son opinion sur deux faits qui me paraissent contestables et qui ont été déjà contestés par deux de nos collègues dans la dernière séance. Le premier de ces faits, c'est la persistance du débridement du méat urinaire trop étroit pour recevoir des instruments lithotriteurs. MM. Ricord et Vidal vous ont déjà dit ce qu'il fallait penser de cette persistance; mais fût-elle réelle et constante, qu'il ne faudrait pas conclure de ce qui se passe à la partie inférieure du méat urinaire où l'urèthre n'est plus formé que par la muqueuse, à ce qui se passe à une profondeur plus ou moins grande du canal où la muqueuse est doublée par un tissu érectile assez épais. Essayez, je vous prie, d'inciser ce même méat urinaire, mais en sens contraire, vers la partie supérieure du gland, et vous verrez si la plaie ne se cicatrise pas là comme partout par l'intermédiaire d'un tissu fibreux rétractile que Delpech appelait *inodulaire*.

Le second fait a pour sujet les expériences tentées par M. Reybard sur

l'urèthre des chiens ; mais on a déjà objecté à ces expériences que les conditions dans lesquelles se trouvaient les animaux incisés n'étaient pas les mêmes que celles dans lesquelles se trouve un homme affecté de rétrécissement, et je pourrais ajouter que l'urèthre des premiers offre une structure et une conformation différentes de celles du second. Ces faits ne prouvent donc rien en faveur des doctrines avancées par notre collègue.

Oui, messieurs, à la suite des incisions de l'urèthre il se passe ce qui se passe dans toute plaie dont la réunion est secondaire ; il y a d'abord douleur et écoulement de sang, puis inflammation consécutive, et plus tard réunion par l'intermédiaire d'un tissu cicatriciel plus ou moins rétractile ; c'est la marche générale de toute solution de continuité produite sur tout tissu organisé. Il n'y a pas d'exception, ou du moins celle qu'on signale ici n'est point encore suffisamment démontrée. Et comme corollaire forcé de cette doctrine, j'ajouterai, en m'adressant à notre collègue : Vous n'êtes pas autorisé à dire qu'après la réunion de la plaie produite par votre uréthrotome vous n'aurez pas un rétrécissement nouveau qui tiendra cette fois à la rétractilité du tissu de la cicatrice, car les faits observés jusqu'à ce jour, et en particulier ceux, en petit nombre, que vous avez publiés, sont encore trop récents pour infirmer les prévisions de la théorie ; et s'il en est ainsi, vous ne pouviez obtenir et vous n'avez pas obtenu une guérison radicale des rétrécissements que vous avez traités. Le titre de votre mémoire est donc faux ; il promet plus qu'il ne peut tenir, et je vous engage à le modifier dans votre propre intérêt, dans l'intérêt des malades et dans celui de la vérité *scientifique*.

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Des mouvements de l'iris au point de vue physiologique et médical, par Julius BUDGE, professeur à Bonn. — Brochure in-8° de 206 pages avec 3 planches. — Fried. Vieweg. Braunschweig.

Les phénomènes dont l'iris est le siége sont si frappants, même pour les personnes les moins habituées à l'observation scientifique, qu'il n'est pas étonnant qu'ils aient de tout temps attiré l'attention des physiologistes et des médecins. Mais, d'un autre côté, les causes qui président à ces phénomènes, bornés eux-mêmes à de simples mouvements de resserrement et de dilatation de la pupille, sont si variées et si complexes, que, malgré le nombre des observateurs qui se sont occupés de ce sujet, il est encore une foule de points touchant les fonctions de l'iris qui sont restés sans solution définitive. Il faut avouer cependant, et le travail dont nous allons signaler quelques passages en fournit la preuve, qu'un certain nombre de questions qui, il y a quelques années à peine, étaient un sujet de controverses interminables, sont aujourd'hui décidées définitivement, grâce aux méthodes dont se sert actuellement l'investigation scientifique, grâce aussi à l'application du microscope aux études anatomiques.

Ce qu'on se demande tout d'abord en voyant la pupille augmenter et diminuer en diamètre, c'est de savoir quel est le tissu dont les divers états sont la cause immédiate des phénomènes observés. Déjà l'on savait que de véritables fibres musculaires existent dans l'iris des oiseaux, dont tout le monde connaît les mouvements rapides, lorsque l'impossibilité de constater *de visu* l'existence de semblables fibres dans le diaphragme irien des mammifères portait encore certains anatomistes à nier leur existence chez ces animaux et à rattacher les mouvements de cette membrane à des changements survenant dans le degré de réplétion des vaisseaux. Aujourd'hui tous les doutes sont levés à cet égard ; l'iris est une membrane musculaire, composée de deux ordres de faisceaux, les uns entourant circulairement la pupille, dont ils constituent un véritable sphincter d'environ 1 millimètre de largeur, les autres disposés dans le sens des rayons de l'iris et produisant la dilatation de la pupille. Ces fibres musculaires, chez l'homme et chez les mammifères, sont de la nature des fibres de la vie organique, c'est-à-dire qu'elles sont composées de ces fibres cellules contractiles découvertes par Kœlliker. Il n'en est pas de même des pupilles des oiseaux, où l'on trouve de véritables fibres striées, analogues à celles de nos muscles volontaires, ce qui ne veut pas dire que, chez les oiseaux, les contractions de la pupille soient soumises à l'influence de la volonté. La division des fibres musculaires en fibres striées et en fibres lisses est bien distincte de celle qui consiste à les séparer en fibres volontaires et fibres involontaires, témoin le cœur, dont le tissu est fort analogue à celui des muscles de nos membres. Ce qui semble avoir dirigé la nature dans la distribution des deux espèces de tissu musculaire, c'est la rapidité avec laquelle tel ou tel organe doit se contracter. Là où la contraction devait être prompte, vive, énergique, on rencontre des fibres striées ; dans les organes, au contraire, où il n'était besoin que d'une contraction lente, progressive, soutenue, on ne trouve que des muscles de la vie organique. Or, le rôle important que joue la vision dans la vie de relation des oiseaux, exigeait une activité toute spéciale des fonctions de l'iris ; c'est là, selon nous, ce qui explique pourquoi les fibres musculaires y sont de la nature des fibres striées.

L'iris est un organe abondamment pourvu de vaisseaux et de nerfs. On compte ordinairement chez l'homme seize nerfs ciliaires, qui proviennent des branches cérébrales et du grand sympathique. Arrivés au cercle ciliaire, *composé principalement de fibres musculaires*, et auquel nos voisins d'outre-Rhin ont donné avec raison le nom de *tenseur de la choroïde*, ces nerfs s'y ramifient en partie ; mais le plus grand nombre se distribue dans l'iris, quelques-uns dans la cornée, comme l'a montré Schlemm. Les nerfs de l'iris s'anastomosent fréquemment entre eux pour former un plexus d'une richesse surprenante, et semblent se recourber en anses au voisinage du cercle pupillaire. L'auteur, qui a préparé et figuré les nerfs de l'iris avec une habileté et une patience rares, n'a jamais rencontré de nerf terminé par une extrémité libre ; il lui a été impossible également de retrouver les ganglions décrits par Meyer sur le trajet de ces nerfs. Il est à remarquer que, chez les oiseaux, le grand sympathique ne prend aucune part à la distribution nerveuse de l'iris.

Un des résultats les plus remarquables des recherches de Budge est relatif à l'action du système nerveux cérébro-spinal et du système du grand sympathique sur les mouvements de l'iris. Cet habile physiologiste a prouvé directement, par des expériences sur le lapin, que la contraction du dilatateur de la pupille est soumise à l'influence de la portion cervicale du grand sympathique, tandis que le nerf oculo-moteur produit la contraction du sphincter de la pupille. Mais Budge ne s'en est pas tenu là ; il a été assez heureux pour faire un pas de plus, et déterminer quelle est la région de la moelle épinière qui représente l'organe central d'où les nerfs sympathiques de l'iris tirent leur principe moteur. Il a trouvé que ce *centre ciliaire* se trouve dans la partie cervicale de la moelle épinière et a pour limites deux lignes passant, l'une supérieure, entre la sixième et la septième vertèbre cervicale, l'autre inférieure, entre la troisième et la quatrième vertèbre dorsale. L'auteur a étudié, avec la même précision, l'influence du nerf optique sur les mouvements de l'iris, celle du nerf trijumeau, du nerf oculo-moteur et du nerf vague.

Le deuxième livre est consacré à l'étude des causes des mouvements de l'iris. L'auteur y passe en revue, en donnant tous les développements nécessaires, l'action de la lumière, celle de la volonté et de divers états, tant physiologiques que pathologiques. Ce dernier chapitre est d'un grand intérêt pour le médecin et jette un certain jour sur certains signes fournis par l'examen de l'iris dans les maladies.

Dans un dernier chapitre, enfin, Budge se livre à l'examen des usages de l'iris et des troubles fonctionnels produits par quelques vices de conformation, tels que l'iridérémie, ou absence complète de l'iris, et le défaut de pigment.

Nous avons pu à peine, dans cette courte notice, effleurer quelques-unes des nombreuses questions traitées *ex professo* dans cette intéressante monographie, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici, sinon en totalité, du moins dans ses détails principaux, et que liront avec un grand plaisir tous ceux qui s'occupent de physiologie. MARC SÉE.

V.

VARIÉTÉS.

Du choléra à Constantinople, par le docteur RIGLER.

Malgré la plus complète négligence des règles les plus simples de la salubrité et de l'hygiène, la capitale de l'empire ottoman est rarement visitée par des épidémies désastreuses; ainsi, les épidémies de 1831, de 1847, 1849 et 1854 n'y ont pas été très meurtrières. Constantinople doit probablement ces avantages à l'admirable position géographique qu'elle occupe : c'est, du moins, la cause que signalent les médecins de Constantinople. M. le docteur Rigler, professeur de clinique médicale à l'Université turque, nous a donné dernièrement un résumé de ces diverses épidémies, et surtout de la dernière, qui, dans les conditions actuelles, offre pour nous autres Français plus qu'un intérêt scientifique.

Le choléra de 1831 ne dura que vingt-cinq jours à Constantinople, et la mortalité fut assez considérable. En 1847, le premier cas de choléra fut observé le 24 octobre. L'épidémie ne cessa que vers le milieu de janvier 1849.

Le choléra de 1854 fut apporté à Constantinople de l'Occident. Au moment où les puissances occidentales commencèrent à envoyer leurs corps d'armée dans le Levant, on n'avait encore observé aucun cas de choléra Gallipoli, situé à l'entrée de la mer de Marmara, était occupé par dix mille Français venus d'Alger; le 5 juillet, le vapeur *l'Egyptus* y débarqua cinq cents hommes embarqués à Marseille. Pendant la traversée, ce navire avait perdu des soldats du choléra : 40 cholériques furent débarqués dans la ville. Ce fut là le point de départ de l'épidémie, qui prit rapidement un tel développement, qu'on constata une mortalité de 1/20 de la population turque et de 1/10 de la population étrangère. Vers la même époque, des cas de choléra apparurent à Syra, à Smyrne et aux Dardanelles, endroits qui avaient de nombreuses communications avec l'Occident. Ce que nous venons d'indiquer, relativement à la proportion des décès dans la population turque et franque, fut observé également plus tard à Constantinople, à Varna et dans toute la Bulgarie. On voulut, il est vrai, au moment où le choléra était signalé aux frontières de l'empire turc, en protéger la capitale par des quarantaines; mais, pour des raisons que nous n'indiquerons pas ici, le cordon sanitaire ne put être établi. Des soldats cholériques furent débarqués à Constantinople, et placés dans un hôpital situé hors des murs. La maladie apparut bientôt dans la ville, à Scutari, où le corps d'armée anglais avait été débarqué et caserné dans les grandes casernes qui bordent le Bosphore. Du 2 août jusqu'à la fin de novembre 1854, le nombre des malades fut de 1,800, la mortalité étant de 45 pour 100 chez les Turcs, tandis que, chez les Anglais et les Français, elle était plus élevée de 15 pour 100. Au mois d'août 1854, lors de l'embarquement des troupes alliées en Bulgarie, le choléra ne les quitta pas, et les suivit à bord de la flotte, dans la traversée, et jusque sous les murs de Sébastopol.

Ces détails contre-balancent un peu les faits cités par M. Rigler relativement à l'importation du choléra en Turquie. On pourrait en ajouter quelques autres. N'a-t-on pas vu, par exemple, le village d'Alemdagh, près de Constantinople, la charmante île de Scio demeurer exempts de choléra? Mais il faut se garder de combattre des faits positifs par des faits négatifs.

Au reste, ce n'est peut-être pas le moment de discuter une question de ce genre, et nous nous bornons à enregistrer des faits.

— A Constantinople, le choléra cesse de se manifester dans la population civile depuis le 26 septembre jusqu'au mois d'octobre; et, chose singulière, les communications des habitants de la ville avec les cholériques des armées alliées apportés à Constantinople n'en continuait pas moins. Le 30 octobre, un incendie effroyable, tel qu'on en peut voir en Turquie, c'est-à-dire dans des villes encombrées de maisons de bois, réduisit à la plus affreuse misère les habitants d'un village, Ortakoie, situé sur la rive européenne du Bosphore. Le choléra s'y développa et fit de grands ravages. Des mesures hygiéniques prises par le sultan, qui se rendit lui-même dans le foyer de l'infection, arrêtèrent l'épidémie, qui ne se propagea à aucune des localités adjacentes, malgré les communications continuelles des habitants d'Ortokoie, avec leurs voisins.

M. Rigler termine son travail par une discussion sur l'analogie et même l'identité que l'on a cru reconnaître entre le typhus, la fièvre jaune, le choléra et la fièvre intermittente. M. Rigler repousse complétement cette théorie. (*Wiener Wochens*, 1854, n° 12.)

— L'état sanitaire de l'hôpital militaire anglais de Smyrne continuait à être des plus satisfaisants, grâce aux soins de M. le colonel Storks, qui ne cesse d'adopter tous les moyens de salubrité possibles.

« Depuis plusieurs jours, dit l'*Impartial* du 8, il n'y a pas eu d'arrivage de nouveaux convois, ce qui fait que plus de 250 lits sont en ce moment vacants. Le nombre des malades casernés ne s'élève actuellement qu'à 267, et celui des convalescents logés, comme on sait, au lazaret, à 503. Plusieurs de ces derniers seront bientôt embarqués pour aller rejoindre leur drapeau en Crimée. » (*Constitutionnel.*)

—En ce qui concerne les troupes françaises, on nous écrit de Constantinople que *les hôpitaux sont vides* et que *la santé publique, civile et militaire, est parfaite.*

PRIX. — *Sur la falsification des vins.* — Le gouvernement piémontais a fondé un prix de 600 livres (600 francs) pour la meilleure instruction sur les altérations, mélanges et sophistications auxquels sont exposés les vins. Trois concours successifs n'ayant pas amené de résultat satisfaisant, l'*Académie royale médico-chirurgicale de Turin* a été invitée par le ministre de l'intérieur à introduire dons le programme les modifications qu'elle jugerait convenables. En conséquence, les questions à résoudre ont été formulées de la manière suivante :

1° Indiquer quelles sont les altérations les plus communes des vins, et les moyens les plus faciles et les plus efficaces de prévenir ces altérations;

2° Spécifier les principales sophistications ou mélanges, et indiquer les meilleurs moyens de les découvrir;

3° Énumérer les falsifications de tout genre, et spécialement celles qui sont préjudiciables à la santé, ainsi que les moyens de les reconnaître.

Les mémoires devront être écrits en italien, français ou latin, et envoyés *franco* au secrétaire-général de l'Académie, le 30 juin 1856, au plus tard.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

DIE LEHRE VOM ARTERIENPULS IN GESUNDEN UND KRANKEN ZUSTÆNDEN. (Du pouls à l'état de santé et à l'état de maladie), par *K. Vierordt*. In-8. Brunswick, chez Vieweg et fils. 6 fr. 75

DIE THIERÆRZTLICHEN ARZNEIMITTEL (Matière médicale vétérinaire), par *E. Hering*. In-8. Stuttgard, chez Ebner et Seubert. 4 fr. 50

GRUNDZUEGE DER MEDICINISCHEN POLIZEI DER MINERALQUELLEN UND HEILBÆDER (Principes de police médicale des eaux minérales), par *P. Cartellieri*. In-8. Prague, chez André. 2 fr. 75

NEUES THIERARZNEIBUCH (Matière médicale vétérinaire nouvelle), par *Braungardt*. In-8. Leipzig, chez Fr. Fleischer. 4 fr.

GUIDE TO THE PRACTICAL STUDY OF DISEASES OF THE EYE, with an Outline of their Medical and Operative Treatment (Guide pour l'étude pratique des maladies de l'œil, avec indication de leur traitement médical et opératoire), par *J. Dixon*. In-8. Londres, chez Churchill. 12 fr.

AVIS DE LA DIRECTION.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expire le 30 juin courant, sont prévenus, qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement jusqu'au 31 décembre, un mandat de 13 francs, payable le 31 juillet prochain.*

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 29 JUIN 1855. — N° 26.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décret impérial en date du 20 juin 1855, l'élection de M. BLACHE, faite par l'Académie impériale de médecine, pour remplir la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, est approuvée.

— Par un autre décret impérial, en date du même jour, l'élection de M. BOULEY, faite par l'Académie impériale de médecine, pour remplir la place vacante dans la section de médecine vétérinaire, est approuvée.

— Par décrets en date du 20 juin 1855, M. LADREY (Claude), docteur ès sciences physiques, est nommé professeur titulaire de chimie à la Faculté des sciences de Dijon.

M. VIARD, docteur ès sciences physiques, est nommé professeur titulaire à la Faculté des sciences de Montpellier.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 21 juin 1855, MM. JACQUEMET et FAGET sont institués agrégés près la Faculté de médecine de Montpellier, le premier pour la section d'anatomie et physiologie, le second pour la section des sciences accessoires.

— Par arrêté, en date du 21 juin 1855, M. HUNOLD est nommé préparateur à la Faculté des sciences de Montpellier, en remplacement de M. FAGET.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 25 juin 1855, M. DELCOMINETE, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy. Il sera chargé, en cette qualité, de la suppléance des chaires de matière médicale et thérapeutique, de pharmacie et toxicologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 22 au 26 juin 1855.

127. MICHEL, Joseph, né le 8 juin 1828 à Saint-Laurent-d'Olt (Aveyron). [*Essai sur la douleur et les anesthésiques en obstétrique.*]

128. POIRIER-DULAVOUER, Adolphe-Louis Lozin, né le 19 février 1828 à Bouchemaine (Maine-et-Loire). *De l'éclampsie puerpérale, pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.*]

129. BOURCY, Pascal-Émile, né le 1er octobre 1829 à Néré (Charente-Inférieure). [*Recherches cliniques et expérimentales sur les fractures de la jambe.*]

FEUILLETON.

Lettre médicale.

Nous ne provoquons pas votre attention pour rien dans la présente lettre, très cher et très excellent confrère. Il s'agit de deviser avec vous sur la question la plus intéressante, la plus importante, la plus considérable, la plus antique et la plus nouvelle, la plus rebattue et la plus neuve, — une question qui a toujours touché et touchera toujours au plus vif la fibre du praticien. Votre sagacité soupçonne immédiatement la grande question des *honoraires médicaux*. Question *antique*, disons-nous ; oui certes, et si nous n'ajoutons pas *solennelle*, c'est uniquement pour ne pas paraître trop classique. On pourrait vous donner de cette affirmation des preuves sans nombre. L'une des plus connues est celle que l'on tire du chap. 28 de l'*Ecclésiastique*, que nous préférons de beaucoup aux meilleurs passages de l'excellent livre de M. Max Simon sur la *Déontologie ;* que tout médecin d'une éducation bien entendue devrait savoir par cœur ; qui commence, enfin, par ce précepte admirable : HONORA MEDICUM ! (Les mauvais plaisants ne manquent pas de poursuivre : *propter necessitatem*, mais il faut s'en moquer.) Ce chapitre, néanmoins, ne nous satisfait pas complétement. Le *Da locum medico... et non discedat a te* ne renferme pas assez explicitement, selon nous, le judicieux précepte de la rétribution. Et puis, en fait d'antiquité, nous ne sommes pas gens à nous contenter du *Livre de la sagesse*, qui n'a guère plus de deux mille ans. Le *Livre des rois* est déjà mieux notre affaire ; et vous y voyez nettement posée, à près de trois mille ans de distance, la question des honoraires avec ses délicatesses et les petits profits illicites des domestiques. Naaman, guéri de la lèpre par Élisée, se présente devant le prophète : « Je sais, lui dit-il, qu'il n'y a point d'autre Dieu par toute la terre que celui qui est dans Israël. *Je vous conjure donc de recevoir ce que votre serviteur vous offre.* » Élisée lui répond : « Je vous jure par le Seigneur, devant lequel je sois présentement, que je ne recevrai rien de vous. » Et il résiste, en effet, aux plus pressantes instances. Mais son serviteur, qui avait tout observé, court après Naaman, et, à l'aide d'un conte, lui extorque deux talents. Le coquin en fut puni par une lèpre qui lui couvrit tout le corps. Je pourrais vous faire remarquer, en passant, que cette maladie est rare chez les valets de chambre des médecins d'aujourd'hui, et en tirer telles inductions que de raison en faveur de leur moralité. Mais pour ne pas abuser de ces vues historiques, je viens tout de suite au témoignage le plus ancien qu'on ait et qu'on puisse avoir de l'excellente

130. GILLES DE LA TOURETTE, Léon, né le 12 mars 1828 à Loudun (Vienne). [*Aperçu sur les fièvres pernicieuses endémiques de l'arrondissement de Loudun (en Poitou).*

131. SABATIER, Louis-Constantin-Léon, né le 4 avril 1828 à Gabian (Hérault). [*De l'anatomie pathologique et du traitement des hémorrhoïdes.*]

132. SOUBEIRAN, Jean-Léon, né le 27 novembre 1827 à Paris. (Seine). [*Propositions sur la vipère.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 5 mars au 3 avril 1855.

11. FARGUES, Achille, de Toulouse (Haute-Garonne). [*Du rhumatisme au point de vue clinique.*]

12. BOTTARO, Thomas, de Syra (Cyclades). [*Considérations cliniques sur la nature et le traitement du rhumatisme aigu.*]

13. BERNARD, Gustave-Adolphe, né à Saverdun (Ariége). [*De la fièvre intermittente simple.*]

14. VOVARD, Eugène-Louis, de Soulac (Gironde). [*Essai sur la gastralgie, considérée surtout au point de vue du diagnostic et du traitement.*]

15. MARCHANT, Louis, de Dijon (Côte-d'Or). [*De la circoncision au point de vue historique, hygiénique et chirurgical.*]

16. FACIEU, Adolphe, de la Bastide de Levis (Tarn). [*Quelques mots sur la fistule lacrymale.*]

17. MOUFFLET, Alfred-Eugène, de Rochefort (Charente-Inférieure). [*Essai sur les modifications que peut apporter à l'opération de la kélotomie la présence de l'épiploon dans la tumeur.*]

18. ROBBE, Pierre-Antoine, de Sangatte (Pas-de-Calais). [*Quelques observations sur la dénudation des os à la suite des plaies contuses.*]

19. POIZAT, François-Alexandre, d'Avignon (Vaucluse). [*Quelques considérations sur l'emploi de la saignee pendant la grossesse.*]

20. LABAYLE, J.-P., de Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées) [*De l'inertie de l'utérus pendant l'accouchement.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,
LAURENS.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Thèse subie le 9 juin 1855.

8. HAGEN, Jules-Alfred, de Strasbourg (Bas-Rhin). [*De la syphilisation.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Strasbourg,
BOUCHER.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS.

RÉCEPTION AU GRADE DE DOCTEUR (11 juin 1855).

RESAL, André Henri. (Thèse de mécanique : *Sur les équations polaires de l'élasticité, et leur application à l'équilibre d'une croûte planétaire.* — Thèse d'astronomie : *Sur les oscillations des fluides qui recouvrent la surface des planètes.*)

L'École supérieure de pharmacie de Paris a transmis à M. le Ministre de l'instruction publique, depuis le 1er janvier jusqu'au 30 juin 1855, quarante-deux certificats d'aptitude au grade de pharmacien de 1re classe.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 28 juin 1855.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — CHAUFFAGE SANS COMBUSTIBLE; APPLICATIONS A L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET A L'HYGIÈNE. — INOCULATION DU VENIN DE LA VIPÈRE POUR PRÉVENIR LA FIÈVRE JAUNE. — LA BOULE DU CHOLÉRA.

La Société de chirurgie a tenu mercredi sa séance annuelle. Son personnel était complet; un bon nombre de membres correspondants de la province étaient venus assister à cette fête de famille, et l'enceinte exiguë réservée aux étrangers était remplie par un public de choix. L'ordre du jour appelait le secrétaire général, M. Marjolin fils, à la tribune : il s'agissait de faire l'éloge de Roux, que son amour pour la science et pour la jeunesse laborieuse avait, dans ses dernières années, conduit au sein de la Société.

Nous pouvons dire sans hésiter que jamais éloge académique n'eut un plus beau modèle; jamais éloge non plus ne fut conçu et rendu avec plus de sentiment et de distinction. Le discours de M. Marjolin a duré trois quarts d'heure, qui ont vite passé pour les auditeurs attentifs; il était remarquable à la fois par la simplicité et par la distinction du style. Ce n'était point cette aride énumération de travaux qui fait ressembler plus d'un éloge historique à un catalogue bibliographique. On retrouvait là l'exposé des titres de Roux à la reconnaissance publique; mais les idées, les découvertes, la pratique, les habitudes et jusqu'au caractère de l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu étaient comme des couleurs va-

---

coutume des honoraires médicaux. Ce témoignage date tout bonnement de Moïse. « Si deux hommes se querellent, dit l'*Exode*, et que l'un frappe l'autre avec une pierre ou avec le poing et que le blessé n'en meure pas, mais qu'il soit obligé de garder le lit; s'il se lève ensuite et qu'il marche dehors, s'appuyant sur son bâton, celui qui l'aura blessé sera regardé comme innocent de sa mort; mais il sera obligé de le dédommager pour le temps où il n'aura pu s'appliquer à son travail, et *de lui rendre tout ce qu'il aura donné à ses médecins.* » Incapacité de travail, dommages et intérêts, frais de maladie, toute la jurisprudence moderne n'est-elle pas là ? *Nil sub sole novum !*

Ce début à la Petit-Jean prépare, comme vous le pensez bien, une disquisition sur la matière. Voici à quel propos.

Une femme de soixante-quinze ans menait sa vache en laisse, quand celle-ci est attaquée par trois autres vaches qu'un enfant conduisait sans entraves. La pauvre vieille, en voulant défendre sa bête, est renversée, piétinée, et reçoit plusieurs blessures graves, parmi lesquelles une fracture comminutive de la jambe gauche. La gangrène s'empare du membre; on ampute; le succès dépasse les espérances. La plaie cicatrisée, le chirurgien propose de remplacer le *pilon* classique par un appareil plus commode, que fournit M. Charrière. La note du premier se monte à 400 francs, celle du second à 200 francs; les 600 francs sont remis au chirurgien par le mari de l'opérée.

Or le propriétaire des vaches agressives avait souscrit en faveur du mari l'engagement suivant : « Le sieur X..., afin d'éviter les frais de poursuites » en dommages intérêts que pourrait intenter le sieur Z.., en raison » d'un accident arrivé à son épouse par les bestiaux de ce dernier, et afin » de l'indemniser des pertes que peut lui causer cet accident, s'engage de » *rembourser* au sieur Z... tous les frais présents et à venir qui ont été et » qui seront occasionnés par suite de cet accident, et qui seront acquittés » par lui sur les quittances des médecins qui auront donné leurs soins à » la malade. » Le signataire. mis en demeure de remplir son engagement, trouve les frais exorbitants, et refuse de les rembourser. Le tribunal civil, devant qui la contestation est portée, *met en cause* le chirurgien, et, toutes parties ouïes, rend le jugement suivant :

« Considérant que les honoraires à attribuer à un chirurgien doivent » être proportionnés à l'importance de l'opération qui lui est confiée, *à la* » *position qu'il occupe dans la science comme opérateur*, d'une part, et » à la *condition sociale* comme à la position de fortune de ceux qui l'em- » ploient, d'autre part;

» Considérant qu'en prenant en considération les circonstances ci-des-

riées dont l'orateur s'est servi avec tact pour composer un tableau littéraire plein d'harmonie.

Retracer la vie d'un homme dont on pourra longtemps citer l'exemple, était pour la Société de chirurgie plus qu'un devoir : c'était un de ces plaisirs que le regret n'affaiblit pas, mais rend seulement plus solennel. Tout le monde était touché, et plus d'un a sans doute résolu de doubler ses efforts pour mériter plus tard un éloge semblable. Aussi M. Marjolin a-t-il été remercié comme il devait l'être.

M. Huguier, avant de quitter la présidence, a proclamé les noms des lauréats. Le prix de la Société, *sur le meilleur mode de traitement des abcès par congestion*, n'a pas été décerné; mais un encouragement de 200 francs a été accordé à M. Michel, de Strasbourg.

Le prix Duval, destiné à récompenser l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, soutenue à la Faculté de médecine dans le courant de l'année, a été décerné à M. le docteur Paul Denucé, aide d'anatomie à la Faculté. La thèse de M. Trélat a été l'objet d'une mention honorable.

Avant d'installer son successeur, M. Huguier a fait une courte allocution dans laquelle il a énuméré les honorables adjonctions faites récemment dans la personne de plusieurs membres correspondants français et étrangers; puis, rappelant quelques généreuses donations, il a montré que la Société de chirurgie entrait à pleines voiles, et sous tous les rapports, dans la phase la plus prospère.

Que l'avenir continue ses faveurs à cette réunion laborieuse et vivace, et lui permette de régénérer au XIX[e] siècle l'antique Académie de chirurgie, qui a tant illustré notre pays!

— Nos lecteurs sans doute ont déjà entendu parler du système de *chauffage sans combustible*, de MM. Beaumont et Mayer. Comme ce système, qui commence à donner des gages sérieux d'applicabilité pratique, intéresse à un assez haut degré l'assistance publique et l'hygiène, principalement peut-être l'hygiène militaire, on sera bien aise de trouver ici quelques détails empruntés à un rapport très favorable adressé à M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, par M. Petit, chef de bureau. M. Petit est, si nous ne nous trompons, agrégé ès sciences physiques et a occupé longtemps un rang distingué dans l'enseignement des sciences mathématiques; sa compétence est donc grande en cette matière, et l'on s'en aperçoit aisément à son rapport, que nous publierions *in extenso*, si la question purement industrielle ne devait être écartée de ce journal. Nous ne donnerons que les indications nécessaires à l'intelligence de l'invention.

Employer, dit le rapporteur, une force motrice à déterminer le frottement rapide de deux corps l'un contre l'autre, au centre d'une masse d'eau qui, enfermée dans une chaudière, recueille toute la chaleur produite, et s'échauffe successivement à plus de 100 degrés; créer ainsi une véritable chaudière à vapeur, capable de réaliser les mêmes effets que si elle était exposée au foyer le plus ardent; obtenir enfin une source permanente de vapeur qui, par sa force expansive, puisse se précipiter dans des conduits convenablement disposés, et venir, en se condensant, fournir sa chaleur latente partout où elle peut être utilisée, pour retourner, à l'état liquide, reprendre cette chaleur au contact des corps frottants et courir la livrer de nouveau : voilà, en quelques mots, le principe, les détails et les effets de l'expérience des deux ingénieux inventeurs.

L'appareil consiste en une chaudière cylindrique de tôle forte, de 2 mètres de long sur 50 centimètres de diamètre, terminée aux deux extrémités par des bases planes, et couchée horizontalement sur deux supports qui assurent son immobilité. Elle est traversée horizontalement, dans toute sa longueur, par un tube creux de cuivre, légèrement conique, dont les extrémités rivées et soudées avec les bases mêmes de la chaudière y découpent deux ouvertures libres d'un diamètre de 35 centimètres pour l'une et 30 centimètres pour l'autre. Un cône de bois, recouvert d'une tresse de chanvre enroulée en spirale à sa surface, et traversé par un axe de fer horizontal auquel il est invariablement fixé, est introduit dans ce tube dont il remplit exactement la cavité. L'axe de fer se prolonge de part et d'autre des bases de la chaudière, et vient s'appuyer à une certaine distance, de chaque côté, entre des coussinets sur lesquels il peut tourner librement. Un mouvement rapide de rotation est imprimé par une chute d'eau, ou par toute autre force motrice, à cet axe muni d'ailleurs des accessoires nécessaires. Le cône de bois, entraîné dans ce mouvement, frotte contre les parois du tube de cuivre qui, baigné et enveloppé de tous points par l'eau dont la chaudière est remplie, transmet à cette eau toute la chaleur développée par le frottement. Un vase plein d'huile, placé au-dessus de la chaudière, en versant cette huile, par des conduits ménagés à travers l'appareil, sur la surface du cône mobile, graisse et lubrifie sans cesse la tresse de chanvre, et adoucit et facilite le frottement.

J'ai à peine besoin d'ajouter que la chaudière est armée de toutes les annexes indispensables d'une chaudière à vapeur, telles que soupape de sûreté, sifflet d'appel, niveau d'eau, manomètre, thermomètre, pompe alimentaire, et enfin d'un tuyau de dégagement pour conduire la vapeur là où elle doit être employée. L'appareil est tellement simple, qu'il suffit de le décrire pour en faire comprendre tout le mécanisme.

» sus énoncées, le mémoire du sieur X... est *évidemment exagéré*, et » que le tribunal possède les documents nécessaires pour en déterminer » le chiffre, sans qu'il soit besoin d'avoir recours à une expertise;

» Considérant que c'est sur la demande formelle du sieur X... (le mari » de la malade), que le sieur X... (le médecin) a fait expédier de Paris » un jambe artificielle du prix de 200 francs;

» Considérant que, *dans la position relative* de la dame X... comme » dans celle du sieur (celui qui devait payer), une *jambe artificielle d'un » prix aussi élevé n'était pas en rapport avec la position sociale de la » personne qui devait s'en servir*, non plus qu'avec la position de fortune » de celui qui devait la payer, etc.

» Le tribunal fixe à 300 francs les honoraires dus à notre confrère, et à » 50 francs le prix de la jambe artificielle, et condamne notre confrère à » restituer ce qu'il a reçu en plus, non compris le prix de la jambe arti- » ficielle acquitté par lui; le condamne, en outre, à la moitié des dé- » pens. »

Ce jugement a été dans la presse médicale l'objet de critiques sur la valeur desquelles il est bon d'être fixé. L'UNION MÉDICALE, à qui nous avons emprunté le récit précédent, demande s'il est *dans l'esprit de nos lois, de nos mœurs, de nos principes sociaux*, de mesurer le prix des honoraires d'un médecin à la position que ce médecin occupe dans la science, et si, en tout cas, le tribunal est compétent pour apprécier cette position.

La question posée par l'UNION ne laisse aucune place au doute, et nous regrettons de dire qu'elle doit recevoir une solution opposée à celle que paraît adopter notre collègue. Oui, il est dans nos mœurs, il est dans l'esprit de nos lois, de proportionner les honoraires à la position scientifique du médecin.

Les mœurs, sous ce rapport, c'est nous-mêmes qui les faisons, et le public s'y conforme sans difficulté. L'égalité du diplôme est aussi illusoire en pratique que l'identité absolue des maladies de même nom. Les médecins sont les premiers à établir, pour le prix de leurs soins, une échelle mesurée sur les degrés de la renommée scientifique; ils ne peuvent, dès lors, trouver mauvais que les tribunaux se servent de ce principe. Les tribunaux ne peuvent mieux faire, en vérité, que de nous appliquer les règles que nous nous sommes faites nous-mêmes. Ces règles sont d'ailleurs parfaitement équitables ; elles sont comme la consécration de la dignité et de la liberté professionnelles. Il est de l'honneur du médecin de ne se laisser imposer ni la taxe blessante d'un public ignorant, ni l'avilissement d'un tarif officiel, et de décider lui-même, sauf appréciation

M. le rapporteur fait remarquer les avantages de la forme conique donnée au tube dans l'intérieur duquel s'opère le frottement. Dans un tube cylindrique, l'arbre mobile, entré d'abord à frottement rude, se fût bientôt trouvé trop à l'aise par suite de l'affaissement de la tresse de chanvre; tandis que dans un tube conique, le cône de bois peut être enfoncé plus ou moins, et le frottement rendu par là même constant, au moyen de vis de rappel placées aux deux extrémités de l'axe de rotation. Par ce mécanisme, la machine étant mise en mouvement avec une vitesse de 400 tours à la minute, une masse d'eau de 400 litres acquiert, en *quelques heures*, une température de 130 degrés centigrades. Si l'on ouvre alors le tuyau de conduite, la vapeur, qui a atteint une tension de deux atmosphères et demie, s'échappe en sifflant, et l'on a sous les yeux, selon l'expression pittoresque du rapport, une véritable chaudière à vapeur, à haute pression, dont on cherche vainement le foyer.

Hâtons-nous de le dire pourtant, la machine de MM. Beaumont et Mayer n'est qu'un appareil à démonstration. Il est clair qu'elle ne crée pas une force motrice, puisqu'il faut déjà une force motrice pour la mettre en mouvement, et que « elle exige une force de deux chevaux pour rendre en vapeur la force d'un cheval. » Telle n'est pas d'ailleurs la prétention des inventeurs. Ce qu'ils proposent, c'est simplement d'utiliser des forces motrices naturelles, telles que le vent, les chutes d'eau, et surtout les forces perdues, qui sont encore si nombreuses. Or, on voit aisément avec quel avantage économique l'assistance publique et l'hygiène pourraient tirer parti de ce système, pour la cuisson des aliments, le chauffage des bains, la préparation des médicaments, l'établissement de calorifères, etc. En cas de nécessité, hommes et chevaux pourraient faire l'office de moteurs, et quelle immense ressource pour les armées en campagne! Des circonstances récentes donnent à cette application particulière un puissant intérêt, et nous croyons savoir qu'on songe en haut lieu à le réaliser.

— Différentes publications américaines et espagnoles nous apportent de nouveaux détails relatifs à l'*inoculation du venin de la vipère comme moyen préservatif de la fièvre jaune*, dont nous avons déjà eu l'occasion de dire quelques mots. Le Nouveau Monde raffole de la découverte: l'inventeur, M. le docteur G.-L. de Humboldt, neveu du célèbre savant de ce nom, ne marche plus qu'à travers les louanges et les bénédictions; et le capitaine général de la Havane l'a autorisé à ouvrir un établissement spécial d'inoculation, par un décret qui tranche assez curieusement, par sa sagesse, sur les entraînements de la confiance publique. Le voici textuellement :

SECRÉTARIAT DU GOUVERNEMENT. — J'ai reçu la demande qui m'a été faite par M. le docteur Guillaume de Humboldt, afin d'obtenir l'autorisation de créer un établissement public pour expérimenter l'inoculation du virus préservatif de la fièvre jaune, dans lequel les personnes qui voudront être inoculées seront soignées jusqu'à leur guérison. Je crois que le temps n'est pas encore venu de pouvoir décider si ce virus préserve véritablement de la fièvre jaune; mais, comme les nombreuses inoculations faites dans l'hôpital militaire de cette ville n'ont pas produit des accidents dangereux, il n'y a aucune raison pour empêcher le docteur Humboldt de les faire dans les conditions et sous la forme qu'il sollicite. Je l'autorise donc à installer l'établissement qu'il désire mettre à la disposition du public. Cet établissement sera tenu aux règles générales d'inspection et de police médicales auxquelles sont assujetties les maisons de santé. — La Havane, le 9 février 1855. CONCHA.

Dans le mémoire qu'il a lu devant l'*Académie des sciences médicales de la Havane*, M. de Humboldt fait lui même l'historique de sa découverte. Il avait remarqué, il y a environ sept ans, qu'un certain nombre des criminels qu'on amène de l'intérieur du Mexique aux bagnes de la Vera-Cruz et de Saint-Jean-d'Ulloa, y arrivaient avec les premiers symptômes de la fièvre jaune, et que, dans ces cas, la maladie offrait un caractère particulier de gravité. Voulant connaître les conditions qui faisaient naître ainsi le mal avant toute communication avec le foyer où le prennent d'ordinaire les individus non acclimatés, il se décida à accompagner, de l'intérieur des terres à Vera-Cruz, la chaîne des condamnés. Bientôt il remarqua que la fièvre jaune se développait toujours à la suite de la morsure d'une petite vipère commune dans le pays, laquelle atteignait aisément les forçats cheminant pieds nus. Ayant recueilli un grand nombre de ces reptiles, il leur donna à mordre plusieurs chiens, qui tous, au bout de trois à quatre heures, présentèrent les prodromes ordinaires de la fièvre jaune et succombèrent avec des hémorrhagies fétides et les signes de la congestion cérébrale. On ne pouvait guère songer à employer tel quel un virus prophylactique qui produisait de pareils effets. Il fallait au moins le mitiger. Dans ce but, M. de Humboldt eut l'idée assez singulière, il faut le dire, de faire mordre par les vipères un morceau de tissu animal, de le laisser se putréfier et d'en inoculer la sanie. Il choisit le foie de mouton (ce foie de mouton a du bonheur;

judiciaire, à quel prix il entend livrer son temps, qui est sa chose, et ses services, qu'il n'offre pas, mais qu'on vient lui demander Voilà, suivant nous, les principes que le corps médical ne doit jamais déserter, fût-ce au nom des sentiments les plus respectables. Quant à savoir si un tribunal civil peut être juge dans une question de ce genre, nous répondons encore affirmativement. En principe, le tribunal peut toujours juger sur les éléments de la cause, sans assistance d'experts, et les expertises ne sont jamais pour lui qu'un élément de plus, dont il est libre de ne tenir aucun compte. En fait, il a pour s'éclairer quelque chose de plus fixe peut-être et de moins arbitraire qu'une expertise, c'est la notoriété. Nous ne disons pas, entendez bien, que la notoriété vaille toujours mieux qu'une expertise *ad hoc*, mais bien qu'il peut se présenter tel cas où elle soit réellement pour le tribunal la plus sûre base d'un jugement. Remarquez que ce qu'il s'agit de déterminer, dans une contestation en matière d'honoraires, c'est moins la position du médecin dans la *science* que sa position dans la *clientèle*, ce qui est de la compétence de tout le monde. Le temps d'un praticien vaut, à l'égard d'un particulier, le prix qu'en donne habituellement la faveur publique, et cela se lie à cet autre principe de jurisprudence, que le médecin est libre de refuser ses soins; car on doit supposer que s'il les accorde, pouvant les refuser, c'est qu'il entend le faire dans les termes et aux conditions de sa pratique habituelle.

Nous disons encore, cher confrère, qu'une certaine proportion entre le taux des honoraires et la renommée du médecin est conforme à l'esprit de la loi. En matière d'honoraires médicaux, la loi n'a rien spécifié en dehors de ce qui concerne le privilége. Elle s'en est rapportée sur tout à la sagesse des tribunaux Les tribunaux jouissent donc d'une grande latitude pour le choix de leurs *motifs*. Il n'est pas écrit dans le Code, par exemple, que la fortune et *la qualité* du malade devront être prises en considération, et pourtant cet élément de détermination est passé dans la jurisprudence. Il y en a un exemple célèbre et peu connu, que vous nous permettrez de rappeler incidemment; c'est celui du procès Tallien contre Havier. Le héros du 9 thermidor tomba gravement malade. Le docteur Havier, qui lui donna des soins, réclama, tant pour honoraires que pour fourniture de médicaments, la somme de 2,833 francs. Tallien ayant refusé de payer cette somme comme exorbitante, les héritiers Havier l'assignèrent devant le tribunal civil de la Seine, qui demanda un rapport à Guillotin. Notre célèbre confrère *trancha* la question en faveur des héritiers, en arguant de la *fortune* et de la *qualité* du malade, et le tribunal, adoptant ses motifs, condamna Tallien au paiement de la totalité de la somme. Voilà un élément d'appréciation auquel, nous le répétons, les

c'est lui déjà qui a été choisi pour guérir l'héméralopie, ainsi qu'il appert d'un de nos précédents articles). Donc un morceau de tissu hépatique, pesant environ 30 grammes, fut mordu par six vipères, et livré à la putréfaction ; puis le liquide en fut inoculé à six chiens. L'expérience démontra qu'en ayant soin de ne pratiquer que de trois à six piqûres, il n'en résultait autre chose qu'un mouvement fébrile sans gravité. Les piqûres ne s'enflammèrent ni ne suppurèrent. C'est cette pratique que l'auteur adopta pour l'espèce humaine.

La sanie susdite fut d'abord insérée sous la peau de douze criminels ; chacun reçut quatre piqûres. De la céphalalgie, des douleurs de reins, de la fièvre se développèrent presque immédiatement et durèrent de 4 à 12 heures seulement, mais pour se reproduire sous forme d'accès pendant les trois ou quatre jours suivants. L'innocuité constatée de l'opération chez l'homme encouragea à poursuivre les expériences. Des cent premiers inoculés, appartenant soit à la catégorie des forçats amenés à Vera-Cruz, soit à celle des débarqués d'Europe, aucun n'eut la fièvre jaune ; or, dit l'auteur, la statistique établit que 4 pour 100 des individus non acclimatés qui arrivent à Vera-Cruz, et y passent l'été, échappent à l'atteinte du fléau. Plus tard, en 1850, 1851 et 1852, les expériences se multiplièrent encore ; les derniers documents en portent le nombre à 1,428. Sept fois seulement la fièvre jaune s'est déclarée malgré l'inoculation, et tous les sujets ont guéri.

N'oublions pas d'ajouter que, pour mettre les inoculés à l'abri de symptômes alarmants comme il s'en est développé dans quelques cas exceptionnels, l'auteur les soumet tous à l'usage d'une mixture composée de sirop de guaco, de sirop de rhubarbe, de gomme-gutte et d'iodure de potassium. Le guaco (famille des corymbifères) est célèbre contre les morsures des serpents ; d'où il suit que M. de Humboldt s'empresse de guérir le plus vite possible les malades qu'il a piqués, ce dont nous sommes loin de le blâmer.

Nous n'avons voulu que mettre le lecteur au courant d'un événement qui fait plus de bruit que n'en a fait à son origine la découverte de Jenner. Il verra aisément de lui-même tout ce qui manque aux documents produits par M. de Humboldt, pour légitimer, quant à présent, ses prétentions. Nous souhaitons, du reste, de tout notre cœur que ces prétentions se justifient.

— Nous ne voulons pas avoir l'air de présenter comme un pendant de la nouveauté américaine, qui se présente après tout avec un certain caractère scientifique, de nouveaux renseignements parvenus en France sur le fameux *traitement indien* du choléra, dont il a été question déjà dans ce journal ; mais nous les publions aux *Variétés*, où nous engageons le lecteur à en prendre connaissance.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA RÉSECTION DE LA CLAVICULE, AVEC OBSERVATION D'UN CAS DANS LEQUEL CETTE OPÉRATION A ÉTÉ FAITE AVEC SUCCÈS PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ, par le docteur CHASSAIGNAC, chirurgien des hôpitaux.

Suite. — Voir le n° 23.

Modes divers de résection susceptibles d'être pratiqués à la clavicule.

Les divers modes de résection qui peuvent être appliqués à la clavicule sont les suivants :

1° On peut recourir à l'extirpation complète de l'os.

2° On peut procéder à la résection d'une de ses parties. Ce dernier mode de résection partielle peut s'appliquer :

a. A l'extrémité interne de l'os ;

b. A son extrémité externe ;

c. A la partie moyenne de l'os, c'est-à dire à une portion de la continuité de l'os comprise entre ces deux extrémités ;

d. A l'abrasion d'une portion plus ou moins considérable de la diaphyse, sans intéresser l'os dans toute son épaisseur sur aucun point de sa continuité.

Résection de la clavicule par abrasion.

La résection par abrasion a été pratiquée à la clavicule dans un cas où il s'agissait d'enlever une tumeur volumineuse qui s'était développée sur cet os. C'est par Remmers que fut faite cette opération, qui a été attribuée à Kulmus. (Halleri *Disp. chir.*, t. V, p. 653.)

Voici d'ailleurs l'observation :

OBS. II. — *De exostosi steatomata claviculæ ejusque felici sectione* (Gerdani, 2 mai 1732.) — Un jeune homme de vingt-sept ans, mendiant, de maigre et petite stature, s'adressa à Ludolphus Remmers pour une tumeur très volumineuse qu'il portait au côté gauche de la poitrine, et qui lui causait des douleurs assez vives pour l'empêcher de se livrer à aucun travail.

---

tribunaux font chaque jour une large part, et qui est pourtant tout arbitraire. Il y en a plusieurs autres, notamment *le degré de gravité de la maladie*. Si de tels motifs sont acceptés comme étant dans l'esprit de la loi, à quel titre repousserait-on la considération de la renommée du médecin ? Vous accordez que les honoraires doivent être exceptionnellement élevés si le malade est riche et de qualité, et vous ne voulez pas qu'il en soit de même si le médecin est célèbre ! Pourquoi cette différence ? Le premier doit payer plus, parce qu'il a plus de fortune ; le second doit pouvoir exiger plus, parce qu'il est, ou réputé être, plus savant.

Mais la jurisprudence n'en est pas sur ce point à la théorie pure. Le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE peut tenir pour certain que le motif qu'il semble trouver si nouveau et si étrange a figuré déjà dans les considérants d'un assez bon nombre de jugements, qui n'ont pas tous été relevés par les publications judiciaires, mais dont on trouverait les minutes aux greffes. Nous en citerons un exemple assez récent. Le sieur Penoyée, qui avait donné des soins au sieur Guénard, réclamait de ce dernier la somme de 3,125 francs. Voici l'un des considérants du jugement rendu par le tribunal civil de première instance de la Seine : « Attendu..... que les soins donnés par celui qui exerce cette profession (celle de médecin) doivent être rétribués suivant leur durée et *l'habileté déployée par l'homme de l'art* ; que, quant aux visites faites, elles doivent être rémunérées suivant leur nombre, *la position scientifique du médecin* et aussi celle pécuniaire du malade...... » Et le montant des honoraires de toute nature a été fixé à neuf cents francs, c'est-à-dire *à un peu plus du quart* de la somme demandée. Ce précédent est, comme on voit, formel, et pose exactement le même principe que le jugement rapporté plus haut.

Mais, disons-le franchement, nous partageons sur d'autres points les appréhensions exprimées par M. Latour dans l'article cité, et aussi quelques-unes des vues émises par le docteur Caffe dans le JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES ET PHARMACEUTIQUES.

Le tribunal subordonne le prix de la jambe artificielle à la position de fortune et de celui qui devait s'en servir, et de celui qui devait la payer. Il nous semble que toute la question était de savoir si l'appareil valait réellement le prix qui en a été demandé. On comprend très bien que la position sociale d'un malade soit prise en considération quand il s'agit de rémunérer des soins, qui n'ont pas de valeur fixe, mais non quand il n'y a qu'à fixer le prix d'un objet matériel, qui a une valeur vénale aisément appréciable.

En second lieu, nous ne voyons pas pourquoi le médecin a été, non pas

Interrogé sur l'origine du mal, le mendiant répondit qu'il en ignorait la véritable cause; mais ses parents lui avaient raconté que dans son enfance il avait fait une chute d'une certaine hauteur; qu'à la suite de cet accident il avait d'abord ressenti de la douleur dans l'épaule, puis qu'une grosseur avait pris naissance à la base du cou ainsi qu'au sommet de la poitrine, et avait acquis bientôt le volume d'un gland. A cette époque, le malade ayant perdu ses parents et avec eux les moyens de se traiter, la tumeur, abandonnée à elle-même, avait continué de s'accroître; mais depuis trois ans, à la suite de travaux pénibles, elle avait atteint son maximum de développement.

Cette tumeur, inégalement arrondie, s'étendait de la clavicule gauche à la mamelle correspondante. Elle avait 1 pied dans son grand diamètre, 6 pouces dans le plus petit, et 2 pieds de circonférence. Elle était très dure et nullement mobile. A sa périphérie rampaient de gros vaisseaux sanguins offrant çà et là l'épaisseur du doigt.

Le docteur Remmers, de concert avec plusieurs autres confrères appelés en consultation, résolut de pratiquer l'ablation de cette tumeur.

L'opération, proposée au malade, fut décidée pour le 9 novembre 1732.

Le patient fut assis sur un siége solide, les épaules et l'abdomen pliés.

Une incision fut faite en dédolant sur la tumeur avec un scalpel, les lèvres de la plaie disséquées avec soin, et la plupart des vaisseaux sanguin liés au fur et à mesure qu'ils étaient divisés. La tumeur fut ainsi isolée de toutes parts de la peau et des muscles jusqu'à sa base, de manière qu'on pût amputer d'un seul coup avec un grand couteau de 8 pouces 1/2 de longueur. Mais on fut bien étonné en voyant qu'une petite partie de la base de la tumeur, partie dont le diamètre dépassait à peine celui du pouce, résistait au couteau le plus tranchant et à la force la plus grande qu'on eût pu déployer.

Évidemment cette tumeur ne pouvait être qu'une exostose ou une excroissance de la clavicule, dont la base tout à fait osseuse faisait corps avec cet os et n'en pouvait être séparée sans le secours de la scie. Comme on n'avait pas cet instrument sous la main, on fut obligé d'attendre jusqu'à l'après-midi pour achever la section de la tumeur.

Les suites de l'opération furent très heureuses, et le 30 novembre, c'est-à-dire dix-neuf jours après, le malade était guéri. (Halleri *Disp. chir.*, t. V, p. 655.)

Résection de l'extrémité sternale de la clavicule.

En recherchant les cas dans lesquels cette opération a été pratiquée, voici les exemples que nous avons rassemblés.

La résection de l'extrémité sternale de la clavicule a été pratiquée pour la première fois par Davie de Bungay, et voici dans quelles circonstances :

OBS. III. — Miss Loffly était atteinte d'une déformation du rachis. Par suite des progrès de cette difformité, le scapulum fut porté peu à peu en avant et fit chevaucher l'extrémité interne de la clavicule derrière la partie supérieure du sternum, de manière à comprimer l'œsophage et à rendre la déglutition très difficile. La difformité et l'émaciation étaient poussées à un très haut degré, lorsque Davie conçut l'idée d'enlever l'extrémité interne de la clavicule, et de soustraire ainsi la malade à une mort imminente. Il fit sur l'extrémité interne de la clavicule et parallèlement à son axe une incision de 2 à 3 pouces; il divisa toutes les connexions ligamenteuses environnantes, aussi loin qu'il put les atteindre; puis il reséqua l'extrémité de l'os à un pouce de sa surface articulaire, et, pour éviter toute lésion des parties voisines, il plaça une lame de cuir battu au-dessous de l'os, pendant qu'il on faisait la section. Il eut recours, dans cette opération, à la scie de Scultet, appelée souvent scie de Hey. Quand la section de l'os fut complète, il essaya de détacher le fragment interne; mais celui-ci était encore fortement retenu par le ligament articulaire. Il fut obligé de rompre ce ligament en se servant du manche d'un scalpel à la manière d'un levier. La plaie se cicatrisa sans accident, et la déglutition redevint facile. La malade vécut encore six ans après l'opération, et recouvra de l'embonpoint. (A. Cooper, traduct. de Chassaignac et Richelot, p. 75.)

Wurter a fait la même opération sur un enfant de dix ans atteint de carie de la clavicule; mais comme il fallut plus tard enlever le reste de l'os, ce cas peut être rangé parmi les cas d'extirpation de la clavicule. (Orsbach, *D. de resect. clavic.*, Bonn, 1833, p. 6.)

V. Mott a enlevé, en 1828, la plus grande partie de la clavicule dans un cas d'ostéosarcome très volumineux. Il n'est resté que l'extrémité externe. (*The American Journal of med. sc.*, t. II, p. 482.)

Regnoli a fait cette opération dans un cas où il y avait fracture et nécrose de la clavicule. La diaphyse était déjà détachée, et put être enlevée avec une pince; l'extrémité sternale fut désarticulée, et il ne resta que l'extrémité acromiale qui était saine. (*Hamb. Zeitschrift*, t. XIII, p. 144.)

Procédé opératoire. — Incision des téguments. — Plusieurs modes opératoires ont été suivis par les chirurgiens et combinés diversement, selon l'exigence des cas dans lesquels on désarticule l'extrémité interne de la clavicule avant de scier l'os. Cette méthode, dans laquelle on se prépare fort inutilement de grandes difficultés d'exécution, est en opposition formelle avec le principe fondamental de notre méthode de résection, à savoir, qu'il faut toujours scier l'os avant de le désarticuler. Voici comment nous avons exécuté sur le cadavre et sur le vivant l'opération, qui consiste à extirper l'extrémité interne de la clavicule (*Mémoire sur les résections*, Société de chirurgie, séance du 17 avril 1844).

Ayant complétement mis de côté depuis longtemps et pour toutes les résections, sans exception aucune, les incisions multiples, nous pratiquons une seule incision à convexité tournée en bas. Le degré de courbure de cette incision varie suivant le volume de l'extrémité osseuse; mais, quelque chose qui arrive, elle est toujours disposée de manière à permettre de tailler un lambeau qu'on dissèque en le relevant à la partie supérieure.

Après la dissection du lambeau, au lieu de nous occuper à séparer les muscles qui s'insèrent sur la portion d'os qu'on veut extraire, nous passons, au moyen de notre aiguille à chas ouvert, un fil attaché à une scie à chaîne qu'on engage en arrière de la clavicule, précisément dans le point où l'os cesse d'être malade. La section de l'os est opérée immédiatement. Après quoi, nous saisissons solidement celle des deux extrémités de la coupe qui appartient au fragment sternal de l'os divisé. Voici par quel procédé :

Dans les expériences que nous avons faites sur le cadavre, nous

---

appelé par le tribunal, mais *mis en cause*, à telles enseignes qu'il a été condamné à une partie des dépens. M. Caffe voit là, avec raison, ce nous semble, un acte d'incompétence quant à la personne. Le tribunal, ayant à apprécier les divers éléments de l'indemnité due par le propriétaire des vaches au mari de la malade, pouvait, après avoir pris connaissance de tous les documents de la cause, fixer à tel chiffre qu'il jugeait convenable le montant du mémoire de notre confrère, en même temps que le chiffre des dommages-intérêts, et, faisant masse du tout, condamner l'auteur responsable des blessures à payer au demandeur une somme déterminée. Le jugement n'eût été ainsi rendu que contre le défendeur; et si celui-ci n'eût pu ensuite s'entendre avec le chirurgien, c'eût été, s'ils l'eussent trouvé bon, la matière d'un procès entre eux.

Adieu, cher et honoré confrère; devenez le plus célèbre possible, et choisissez de préférence les malades de qualité. *C'est ainsi qu'en partant je vous fais mes adieux.*

Vale. A. DECHAMBRE.

Post-scriptum. Pendant que nous sommes sur la chicane, permettez-nous de vous y retenir encore un instant, pour vous prouver que la GAZETTE HEBDOMADAIRE n'a pas pour habitude d'égarer votre innocence dans les broussailles de l'erreur et dans les précipices des jugements téméraires. Nous vous disions tout à l'heure que le ministère du médecin est entièrement libre. Il y a quelque temps (voir GAZ. HEBD., t. I, p. 933), nous avons soutenu, au scandale de plusieurs, qu'il n'est même pas obligé d'obéir à une réquisition judiciaire. Or, la cour de cassation (chambre criminelle, 18 mai) vient de rendre un arrêt qui consacre une fois de plus ce principe, en s'appuyant exactement sur les mêmes motifs que nous avions invoqués.

— Par arrêté du préfet du département des Landes, les pharmaciens exerçant dans ce département seront tenus, à partir du 15 août prochain, de revêtir d'une étiquette sur *papier rouge orangé* toutes les fioles ou paquets contenant des médicaments d'une nature dangereuse, *destinés à l'usage externe*, qu'ils livreront aux consommateurs, et dont la liste se trouve indiquée ci-après. Cette étiquette portera seulement ces mots : *Médicament pour l'usage externe.* Elle sera distincte de l'autre étiquette désignant comme à l'ordinaire, *mais sur papier blanc*, le spécifique, ainsi que le nom du pharmacien et son domicile. Ces prescriptions sont également applicables aux médecins des communes rurales. (*Journal des Landes.*)

faisions usage du tire-fond qui s'implante avec beaucoup de solidité dans les os d'un sujet sain; mais nos observations sur le vivant n'ayant pas tardé à nous révéler les graves inconvénients du tire-fond, nous avons à peu près renoncé à cet instrument. En effet, si les os sur lesquels on agit sont ramollis, le tire-fond n'offre aucune solidité dans son implantation, et de plus il peut faire courir un danger très grave. Il peut pénétrer tout à coup et traverser d'outre en outre la pièce osseuse sur laquelle on l'applique, de manière à atteindre des organes vasculaires, nerveux ou viscéraux.

Par contre, dans le cas où l'os a acquis une compacité plus grande et où il présente un état d'éburnation, le tire-fond ne peut pas y pénétrer. Nous avons donc eu recours à un genre particulier de davier qui remplit beaucoup mieux l'indication.

Comme cet instrument n'est point encore suffisamment connu, nous en donnerons ici une courte description :

Imaginez un davier très fort dont les mors présentent tout près de leur extrémité deux ou trois rangées de dents anguleuses. Cette simple modification suffit pour assurer au davier à résection tous les avantages que l'on peut désirer. Il saisit très solidement les parties osseuses, sans exiger une pression capable de les écraser quand elles ont perdu quelque chose de leur consistance normale.

Quand on a saisi, au moyen d'un instrument quelconque, et même avec les doigts, à défaut de toute autre chose, l'extrémité sectionnée du fragment sternal, on lui imprime des mouvements extrêmement faciles, et tels qu'on les exécuterait en supposant qu'on eût donné un manche long et solide à la partie que l'on veut extraire, on désarticule alors avec la plus grande facilité, en se bornant, pour toute règle, à disséquer par petits coups et toujours au contact bien strict de la substance osseuse, sans jamais laisser égarer dans les chairs la pointe du bistouri.

Dans le cas où, après avoir extirpé l'extrémité sternale de la clavicule, on viendrait à reconnaître que la surface articulaire du sternum est malade, le seul instrument bien convenable pour compléter l'éradication du mal serait la gouge, qui, avec le seul secours de la main, suffit à atteindre le but qu'on se propose.

Tout ce qui peut rendre plus facile la désarticulation de l'extrémité sternale de la clavicule est d'une importance très réelle pour le praticien, à raison de la profondeur à laquelle on est obligé de pénétrer et des graves dangers auxquels peut exposer la moindre blessure de l'un des organes qui répondent à l'articulation sterno-claviculaire en arrière. C'est la plèvre, l'artère mammaire interne, les veines sous-clavières, le tronc brachio-céphalique, l'artère cervicale transverse, et même à gauche le canal thoracique.

Nous ne craignons pas de dire que l'ensemble de ces rapports fait de la désarticulation sterno-claviculaire une opération extrêmement délicate et périlleuse quand elle a lieu sans section préalable de l'os, ce qui entraîne la nécessité de porter les instruments à une grande profondeur et sur des points où la vue ne peut pas pénétrer, cachés qu'ils sont par la tête de l'os. Aussi est-ce l'un des exemples qui militent d'une manière, selon nous, victorieuse en faveur de notre système de résection; car la mobilisation préalable du fragment sternal de la clavicule avant la désarticulation fait disparaître à l'instant tous les dangers du procédé opératoire.

Résection de l'extrémité acromiale de la clavicule.

Indications : La nécrose, la cario, les fractures comminutives, les plaies d'armes à feu, les diverses dégénérescences peuvent nécessiter la résection de l'extrémité externe, la clavicule.

Ainsi, dans un cas de nécrose, M. le professeur Velpeau exécuta cette opération de la manière suivante :

En 1828, chez une femme affectée depuis longtemps de nécrose du tiers externe de la clavicule, M. Velpeau pratiqua d'abord une incision cruciale dont les deux branches avaient chacune environ 4 pouces. Après avoir disséqué, renversé et fait maintenir les lambeaux écartés, divisé les ligaments acromio-claviculaires et quelques faisceaux d'origine du deltoïde et du trapèze, on a pu, à l'aide d'une plaque de bois enfoncée dans l'articulation comme un levier, soulever l'os malade et le détacher ainsi des parties saines. (*Méd. opérat.*, t. II, p. 716.)

Pour une carie scrofuleuse, Wulzer fit la même opération sur un homme de dix-neuf ans. (Orsbach, *loc. cit.*, p. 6.)

C'est encore pour une carie que Roux enleva l'extrémité externe de la clavicule dans une étendue de 1/2 pouce chez un homme de quarante ans.

En 1837, Travers, voulant extirper chez un enfant de dix ans une tumeur de la région claviculaire, pratiqua l'ablation de l'extrémité acromiale de la clavicule; l'extrémité sternale fut seule conservée (*Med. Surg. Trans.*, t. XXI.)

Malago a fait, en 1840, la résection des deux tiers externes de la clavicule sur un enfant de sept ans, atteint de nécrose. (*Giorn. per serv. ai progr. della patholog.*, février 1840; — *Gaz. méd.*, 1840, p. 541.)

Dans un cas de nécrose, Blandin a enlevé la plus grande partie de la clavicule, à l'exception de l'articulation sterno-claviculaire. (*Bull. de la Soc. anat.*, t. XIX.)

J'ai eu moi-même l'occasion d'enlever l'extrémité acromiale de la clavicule chez un sujet atteint de carie, et dont voici l'observation :

Obs. IV. — *Résection pour carie de l'extrémité externe de la clavicule.* — La nommée Férus (Caroline), fleuriste, âgée de quatorze ans, demeurant Faubourg Saint-Denis, entre à l'hôpital le 26 septembre 1854.

Cette jeune fille présente au moignon de l'épaule une tumeur fongueuse située au niveau de l'articulation acromio-claviculaire; cette tumeur est due à une carie de l'extrémité externe de la clavicule, carie paraissant liée à l'état constitutionnel de l'enfant.

Cette malade est soumise aux préparations ferrugineuses et à l'huile de foie de morue.

Le 4 octobre, on assoupit par le chloroforme la malade, on lui enlève la tumeur fongueuse, et l'on extrait l'extrémité externe de la clavicule, ainsi qu'une petite portion de l'apophyse acromion. Après l'opération, on applique sur la plaie le pansement à la cuirasse de sparadrap.

Du 4 octobre au 10 décembre, on renouvelle la cuirasse tous les huit jours, et chaque fois on cautérise avec la solution de nitrate d'argent la plaie qui présente un aspect fongueux, et qui donne lieu à une suppuration abondante, épaisse et fétide.

Le 10 décembre, on substitue au pansement par la cuirasse l'application quotidienne de cataplasmes accompagnée de cautérisations à la solution d'azotate d'argent.

Dans le courant du mois de janvier 1855, un séquestre, provenant de l'extrémité externe nécrosée de la clavicule, est éliminé.

A dater de l'élimination du séquestre, la plaie, toujours soumise à l'application des cataplasmes et à la cautérisation quotidienne, prend un aspect meilleur, la suppuration diminue, et le travail de cicatrisation s'établit.

Le 22 février, la malade sort de l'hôpital, étant guérie de son affection locale et dans un état général de santé beaucoup plus satisfaisant.

Procédé opératoire. — Une incision curviligne, à convexité tournée en avant et un peu en dehors, permet d'obtenir par la dissection un lambeau qu'on renverse en arrière pour découvrir bien complètement la partie malade de l'os. La scie à chaîne, conduite au moyen de notre aiguille à résection, divise l'os à la limite des parties saines; après quoi le davier à résection, permettant d'imprimer à l'extrémité acromiale de la clavicule des mouvements en divers sens, facilite la section des ligaments scapulo-claviculaires.

(*La suite au prochain numéro.*)

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

Du lupulin et de ses propriétés anaphrodisiaques.

La matière médicale est fort pauvre en sédatifs spéciaux et effectifs des organes génitaux; on ne peut donc qu'accueillir avec empressement les observations et les expériences qui aideraient à combler cette lacune.

Des recherches récentes tendent à attribuer au *lupulin*, poudre jaune, résineuse et odorante qui recouvre les fruits et les cônes floraux du houblon, les propriétés auxquelles nous venons de faire allusion Nous avons pensé qu'une analyse succincte de ce qui a été publié depuis quelque temps sur ce sujet ne serait pas sans intérêt pour nos lecteurs; nous emprunterons spécialement cet exposé à différents articles du *Bulletin de thérapeutique*, journal dont le rédacteur en chef M. Debout s'est particulièrement attaché à mettre en relief les nouvelles applications de ce médicament.

Suivant M. Personne, qui a étudié d'une manière très complète le lupulin au point de vue chimique, ces corpuscules, que M. Raspail avait assimilés au pollen, ne seraient autre chose qu'un organe destiné à protéger le fruit du houblon contre l'humidité au moyen de la matière résineuse qu'il sécrète, ainsi qu'on le remarque sur certains bourgeons. Ils fournissent, par l'action de l'eau bouillante, deux groupes de corps : les uns, volatils, s'obtiennent par la distillation avec le véhicule ; les autres, fixes ou du moins non volatils, avec la vapeur aqueuse. Les premiers seraient constitués par de l'acide valérianique, et par une huile essentielle fort analogue à celle de la valériane. Quant aux produits non volatils, les plus importants sont un acide organique et une matière amère azotée, soluble dans l'eau, mais que M. Personne n'a pu définir encore. (*Répertoire de pharmacie*, 1853-54, t. X, p. 341.)

On obtient facilement le lupulin en froissant les cônes entiers de houblon sur un tamis de crin ; en le faisant ensuite passer à plusieurs reprises à travers un tamis de soie, on le sépare des débris d'écaille et des fruits qui l'accompagnent. Ainsi obtenu, le lupulin contient une assez grande quantité de sable fin, transporté sur les cônes par le vent ; mais les opérations qui seraient propres à l'en séparer paraissent avoir plus d'inconvénients qu'il ne peut y en avoir à le laisser, car ce sable ne nuit en rien aux préparations auxquelles le lupulin est employé. (*Annuaire de thérapeutique* de Bouchardat, 1855, p 70.)

Le lupulin n'a pas tenu, jusqu'ici, une grande place dans la thérapeutique. M Barbier, qui de tous les auteurs de matière médicale est le seul, suivant M. Debout, qui ait tâché de se rendre compte de l'action de cette substance, lui attribuait des vertus toniques et même stimulantes très prononcées, que les observations subséquentes ne paraissent pas avoir confirmées. L'analyse chimique que l'on en a faite explique qu'elle possède des propriétés antispasmodiques; c'est à l'expérience de justifier la spécialité d'action qu'on lui suppose sur l'appareil génital.

Les propriétés anaphrodisiaques du lupulin ont été étudiées dans plusieurs circonstances : érections douloureuses dans la gonorrhée, érections normales ou exagérées à la suite d'opérations pratiquées sur la verge, enfin spermatorrhée.

M. Zambaco a publié dans le *Bulletin de thérapeutique* (n° du 30 août 1854), huit observations d'individus porteurs de gonorrhées, soit récentes, c'est-à-dire ayant de huit à quinze jours de durée, soit plus anciennes et durant depuis un jusqu'à deux mois, tous se plaignant d'érections douloureuses.

Dans trois cas, les effets recherchés furent obtenus dès le troisième jour, se suspendant avec la suspension du médicament, et reparaissant avec son administration nouvelle. Dans deux autres, ce ne fut que le cinquième jour que les érections cessèrent d'être douloureuses avant de cesser de se reproduire. Une fois, ce fut le cinquième jour. Dans un septième cas, il n'y eut d'effets appréciables que le septième jour, mais incomplets et irréguliers, bien que le médicament fût continué pendant un temps assez long. Dans le huitième, enfin, l'usage du lupulin, poursuivi pendant vingt-cinq jours, et à dose très élevée, fut impuissant contre le symptôme douloureux. Nous parlerons plus loin de la part que peut prendre, à ces divers résultats, la forme pharmaceutique suivant laquelle ce médicament est administré. M Debout rapporte encore lui-même un cas où, du jour au lendemain, une seule prise de lupulin fit cesser des érections gonorrhéiques excessivement douloureuses.

On ne peut nier que ces résultats ne soient, en somme, satisfaisants, surtout si l'on songe à l'incertitude des résultats que l'on obtient du camphre (le soi-disant spécifique de l'éréthisme uréthral), le peu de ressources qu'offrent les opiacés, et les inconvénients qu'ils présentent lorsqu'il faut en élever la dose et en prolonger l'usage.

Cependant, comme ces observations ne sont pas encore très nombreuses, et qu'il faut toujours se garder de s'enticher d'un médicament nouveau, en acceptant sans réflexion les premiers résultats qu'on croit pouvoir lui attribuer, nous devons faire remarquer que, chez plusieurs des malades dont il est question plus haut, la cessation des moyens empiriques, l'application d'un traitement approprié, les conditions nouvelles d'hygiène, de régime surtout, rencontrées à l'hôpital, le temps enfin, ont pu prendre une certaine part à la disparition de ces accidents. Si les érections douloureuses sont quelquefois un phénomène tenace,—et nous les voyons, dans quelques observations de M. Zambaco, résister avec une certaine opiniâtreté et même une fois invinciblement au lupulin,—il n'en est pas toujours ainsi : elles n'ont souvent qu'une durée éphémère, et cèdent aussi bien à de simples calmants, comme des bains frais et prolongés, qu'au camphre lui-même.

Ces réflexions n'ont pas pour objet de contester les propriétés du lupulin, qui, dans quelques-uns de ces faits, nous apparaissent avec assez d'évidence, mais seulement d'ajouter des réserves nécessaires aux conclusions favorables qu'on est naturellement porté à en tirer.

Le lupulin a encore été employé comme adjuvant à la suite d'opérations chirurgicales, dans le but de prévenir des érections nuisibles. M. Debout fait remarquer, à ce sujet, que les propriétés sédatives du lupulin ne se feraient pas sentir à l'état physiologique; il ne faut pas oublier, dit-il très justement, que la circonstance pathologique seule fait d'un médicament un remède. Cette observation est pleine de sens, et nous avons eu nous-même l'occasion de signaler cette erreur d'un grand nombre d'expérimentateurs en thérapeutique, qui leur fait essayer, dans des conditions de santé générales ou locales, les effets du médicament, pour en déduire l'action thérapeutique. Cependant, il semble y avoir contradiction entre cette assertion, vraie en principe, et le fait, cité par M. Debout, d'un malade qu'il traitait depuis longtemps d'un catarrhe vésical par le lupulin, et qui attribuait, dit-il, à son état morbide la frigidité que lui occasionnait le médicament employé.

Quoi qu'il en soit, nous admettons volontiers qu'à la suite de l'opération du phymosis, le gland, devenu irritable et douloureux dès qu'il est privé de son enveloppe préputiale, se trouve, outre l'action traumatique résultant de l'opération, dans des conditions qui déterminent l'indication du lupulin. Le *Bulletin de thérapeutique* (n° du 15 février 1855) renferme, en effet, deux observations de M. Vidal (de Cassis) et de M. Robert, dans lesquelles on voit des érections, après avoir désuni les bords de la plaie réunis au moyen de serres-fines, cesser aussitôt après l'administration du lupulin.

Les résultats obtenus dans ces diverses circonstances ont également paru à M. Debout de nature à promettre un agent précieux dans le traitement de la spermatorrhée. Notre honorable confrère a la prétention d'agir par ce médicament, à la fois tonique et anaphrodisiaque, sur les conditions morbides multiples qui constituent la spermatorrhée. Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur ce qu'a de complexe et de peu défini en même temps ce qu'on entend par spermatorrhée ; mais nous ne voyons aucun inconvénient à ce qu'on essaie ce médicament dans une maladie si désespérante, et aussi difficile à saisir au point de vue pathogénique qu'au point de vue thérapeutique. Nous comprenons surtout que le lupulin, s'il demeure fidèle aux promesses qu'il nous fait, agisse d'une manière efficace sur un symptôme important, les érections importunes.

C'est ce qui est arrivé dans une observation recueillie à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Aran. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, d'habitudes fort régulières, d'une constitution robuste, entré à l'hôpital pour une dyspepsie rebelle, avec une analgésie déjà fort avancée, et qui s'est généralisée depuis. Cet homme était sujet, depuis l'âge de dix-neuf ans, à des pertes séminales nocturnes, avec érections complètes et rêves érotiques. Ces pertes séminales ne le préoccupaient aucunement, les considérant comme

un phénomène salutaire. Les accidents dyspeptiques ne présentaient aucune relation apparente avec les pertes séminales. Cependant, deux ou trois mois après son entrée à l'hôpital, les pertes séminales étaient devenues de plus en plus fréquentes ; il en avait eu d'abord toutes les nuits une, puis deux, puis trois, toujours au milieu de rêves érotiques. Divers moyens, et l'ergotine en particulier, avaient été employés sans succès, quand M. Aran eut recours au lupulin. Le lupulin fut administré à doses successivement croissantes et décroissantes de 1 à 4 grammes pendant environ huit jours. Les pertes cessèrent, puis les érections, et, à la suite de ce traitement, quatre mois purent se passer sans une seule perte séminale. Mais le reste de la santé n'en fut pas amélioré. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 mai 1853)

Voici un résultat formel, et l'un des plus frappants peut-être parmi tous ceux que nous avons eus sous les yeux. Sans doute il y a loin de là à une médication propre de la spermatorrhée ; mais il y a un effet, en apparence très manifeste, du médicament sur un des symptômes qui échappent le plus sûrement à tous les essais de la thérapeutique. M. Debout rapporte encore une observation qui lui est propre, et relative à un de nos confrères ; mais il est difficile d'en tenir grand compte. C'était un cas d'hypochondrie occasionné par des causes morales, avec des pertes séminales sur lesquelles il n'est donné aucun détail, et des palpitations déterminant des cauchemars excessivement pénibles. Le lupulin fut prescrit, concurremment avec la digitaline et quelques autres moyens appropriés aux circonstances. La guérison fut rapide, mais il est difficile d'en tirer la moindre déduction au sujet de l'action spéciale du lupulin. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 avril 1853.)

Le mode de préparation et d'administration du lupulin paraît loin d'être indifférent au sujet des résultats qu'on obtient de son emploi. Dans deux observations de M. Zambaco, les effets du lupulin sur les érections ne commencèrent à se faire sentir que lorsqu'on eut passé de l'administration du lupulin en nature à celle de la teinture ou du saccharure. M. Zambaco fait remarquer, à ce sujet, que les cellules du lupulin, si elles n'offrent aucune solution de continuité, peuvent traverser l'estomac sans subir aucune action de la part des sucs gastriques, et par conséquent sans y laisser rien à absorber. Quelque élevée qu'ait été la dose à laquelle il administrait le lupulin en substance, il ne s'est jamais aperçu que l'urine de ces malades présentât l'odeur aromatique offerte par l'urine de ceux qui prenaient la teinture.

Les deux modes de préparation du lupulin qui paraissent devoir être préférés sont la teinture et le saccharure. Voici de quelle manière ils sont indiqués par M. Personne dans le *Répertoire de pharmacie*.

Teinture alcoolique de lupulin.

Lupulin.	1 partie.
Alcool à 91 degrés centésimaux. .	4 parties.

Faites digérer pendant dix jours dans un vase clos. Une température de + 30 ou de + 40 degrés favorise l'action dissolvante de l'alcool. Passez avec expression, filtrez et conservez pour l'usage. Cette teinture contient exactement 15,12 pour 100 de matière dissoute; par conséquent, 5 grammes représentent 756 milligrammes d'extrait, ou 1 gramme 25 centigrammes de lupulin, rapport très simple.

Saccharure de lupulin.

Sucre blanc en poudre grossière. .	100 grammes.
Teinture de lupulin.	25 grammes.

Mêlez par trituration la teinture au sucre ; faites ensuite évaporer l'alcool à l'étuve à une douce chaleur. 20 grammes de ce saccharure représentent 1 gramme de lupulin.

M. Debout conseille d'employer simplement le lupulin trituré avec du sucre. C'est la plus simple des manipulations, et en même temps elle met complétement en liberté le principe huileux aromatique auquel est due la propriété thérapeutique spéciale de cette substance. Il recommande seulement au pharmacien, lors de la préparation de ce saccharure, de triturer assez fortement et un temps assez long pour rompre toutes les enveloppes des grains du lupulin. Dix minutes suffisent pour arriver à ce résultat.

Il est difficile de préciser encore les doses auxquelles le lupulin doit être administré. On l'a porté, à l'hôpital du Midi, jusqu'à 10 et 12 grammes, sans qu'aucun effet physiologique en fût ressenti, même par les organes auxquels on l'adressait. Il est à remarquer que M. Debout, dans les observations qui lui sont propres, paraît avoir généralement réussi à déprimer l'éréthisme des organes génitaux dès la première ou seconde dose de lupulin, et en n'en donnant que 1 gramme à 1,50; tandis que, dans celles de M. Zambaco, ce résultat n'a été obtenu généralement qu'après plusieurs jours, et après avoir élevé la dose du lupulin de 2 à 8 ou 10 grammes, en nature ou sous forme de teinture. Cela tient-il à ce que M. Debout a l'habitude de faire triturer le lupulin avec du sucre, soin qui n'aurait pas été pris par M. Zambaco, et qui réaliserait la formule la plus active comme la plus simple du médicament?

Quant à l'indifférence absolue avec laquelle ce médicament paraît accepté par l'économie, en dehors de l'action élective qu'on lui a reconnue, il est impossible de ne pas la rapprocher avec étonnement des assertions de M. Barbier, qui affirme que le lupulin à dose élevée, ce qui pour lui veut dire de 12 à 24 grains, attaque fortement l'appareil digestif, et paraît agir assez vivement sur le cerveau, la moelle épinière et les plexus nerveux. M. Debout prétend que M. Barbier a dû attribuer au médicament qu'il expérimentait des symptômes appartenant aux sujets de ses expérimentations, lesquels étaient pour la plupart affectés de fièvre intermittente. Quoi qu'il en soit, la contradiction qui existe entre les observations de M. Barbier et celles dont nous avons rendu compte montre une fois de plus combien il est difficile de juger de l'action des médicaments, et combien il faut être prudent dans cette appréciation.

Nous pensons avoir mis le lecteur à même de faire usage du lupulin, dans les circonstances où ce médicament paraît surtout propre à réussir. L'indication du lupulin semble jusqu'ici consister dans le simple fait de l'éréthisme des organes génitaux. Ne pourrait-il pas, en conséquence, trouver son application dans certains cas d'onanisme opiniâtre, où l'impulsion maladive paraît tenir spécialement à un état d'excitation permanente, résultat lui-même de l'habitude peut-être des organes génitaux?

Quant aux propriétés toniques ou bien anti-blennorrhagiques du lupulin, nous ne croyons pas devoir y insister. Avant de chercher à multiplier les indications de ce médicament, il faut arriver à reconnaître si les propriétés spéciales qui le recommandent à l'attention des praticiens lui appartiennent effectivement, et d'une manière assez constante pour que l'on puisse compter sur son utile emploi.

DURAND-FARDEL.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 11 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ORGANOGRAPHIE VÉGÉTALE. — *Mémoire sur la structure et le mode de développement de l'ovule végétal avant la fécondation*, par M. *Germain de Saint-Pierre.* — Par une série d'observations puisées chez l'ovule normal et à l'état foliacé et chez certains bourgeons normaux, l'auteur entreprend de démontrer que l'ovule est un bourgeon modifié dont les feuilles apparaissent, ainsi que chez la plupart des bourgeons foliacés, de l'extérieur à l'intérieur, ou de bas en haut; analogue au bourgeon foliacé par sa nature et par son mode de développement, il n'en paraît différer que par l'arrêt de développement qui semble mettre un terme à la production de ses feuilles à partir de la feuille nucellaire ; il en diffère surtout par la propriété de recevoir et d'alimenter l'embryon ou produit de la fécondation. (*Renvoi à la section de botanique.*)

PHYSIOLOGIE. — *De la formation du sucre dans l'organisme*, par M. *Colin.* — L'auteur présente dans ce mémoire les premiers résultats d'expériences entreprises dans le but de rechercher si la production du sucre est réellement localisée dans le foie, ou si elle a son siége en divers

points de l'économie. Ces résultats, il les résume lui-même dans les propositions suivantes :

1° A l'état normal, chez les herbivores, il y a du sucre dans le sang, le chyle et la lymphe ; chez ces animaux, la veine porte et les chylifères puisent pendant la digestion le sucre tout formé dans les aliments, comme celui qui y prend naissance par les mutations des matières amylacées.

2° Chez les carnassiers nourris exclusivement de chair dont le sucre a été détruit par un commencement de putréfaction, la veine porte et les chylifères se chargent de matière sucrée produite dans l'appareil digestif aux dépens des principes de l'alimentation.

3° Divers produits de sécrétion, comme la sérosité des plèvres, du péritoine, du péricarde, le contenu des vésicules ovariennes, de l'estomac du fœtus, la bile, renferment du sucre en plus ou moins forte proportion.

4° Il reste à déterminer si le sucre des fluides de sécrétion, notamment celui du lait, provient du sang hépatique ou s'il est formé directement par les organes sécréteurs. (*Comm.* : MM. Pelouze, Rayer, Bernard.)

Médecine. — Historique des travaux relatifs au traitement par incision des *rétrécissements de l'urèthre*, adressé à l'occasion d'une communication récente de M. *Maisonneuve*, par M. *Leroy* (d'Étiolles). (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

Nomination. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un membre qui remplira, dans la section de chirurgie, la place vacante par suite du décès de M. *Lallemand*.

Au troisième tour de scrutin, M. *Jules Cloquet* ayant réuni la majorité absolue des suffrages, est proclamé élu, sauf l'approbation de l'Empereur.

SÉANCE DU 18 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Physiologie. — *Rapport sur divers mémoires relatifs aux fonctions du foie.* (*Comm.*: MM. Pelouze, Rayer, Dumas, rapporteur.) — Après avoir déclaré que la commission, laissant de côté toute préoccupation théorique, avait réduit la question qui lui était soumise aux simples termes d'une vérification de faits, M. Dumas expose en quelques mots la doctrine de M. Cl. Bernard relative à la fabrication du sucre par le foie, et l'opinion contradictoire de M. Figuier, qui considère le foie non point comme un organe créateur, mais comme un organe séparateur du sucre, à la façon des reins.

Comme le rôle attribué au foie par M. Bernard repose sur quatre données, savoir : 1° la présence constante du sucre dans le foie des animaux herbivores ou carnivores ; 2° la présence non moins constante du sucre dans les veines sus-hépatiques ; 3° l'absence du sucre dans le sang de la veine porte chez les animaux nourris avec de la viande ; 4° l'apparition momentanée du sucre dans le sang de la veine porte, sous l'influence de la digestion de matières sucrées ou féculentes : la commission s'est attachée à examiner si ces données étaient contestées, et si elles l'étaient avec quelque raison.

Or, de ces données il en est deux que l'on ne conteste pas : la première et la quatrième. Des expériences entreprises par la commission, dans le but de vérifier la deuxième et la troisième questions, mises en doute par M. Figuier, ont établi qu'il n'y avait point de trace appréciable de sucre dans le sang de la veine porte d'un chien nourri à la viande crue, tandis que celui des veines sus-hépatiques en contenait des quantités parfaitement appréciables, après un repas uniquement composé de viande, succédant soit à une abstinence prolongée, soit à quelques journées d'un régime purement animal.

En outre, la commission a examiné avec soin les produits extraits par M. Figuier du sang de la veine porte dans un animal sacrifié pendant la digestion, après un repas formé de viande, toute alimentation sucrée ayant été convenablement écartée. La commission, en employant la fermentation, n'y a pas constaté la présence du sucre, que M. Figuier avait cru pourtant reconnaître à l'aide du réactif de Frommherz.

Ainsi, tous les faits annoncés par M. Bernard ont été vérifiés par la commission, et jusqu'ici sa doctrine de la fonction glycogénique du foie paraît intacte.

Cependant M. Dumas confesse qu'on ne doit pas accorder une confiance trop complète à des réactions semblables à celles qu'on obtient avec la dissolution de tartrate de cuivre dans la potasse. Tous ces phénomènes de coloration, de réduction produits par des matières organiques sont trompeurs et incertains. Lorsqu'on ne peut pas isoler le sucre en nature, il faut au moins s'assurer de sa présence par l'action du ferment et par le développement d'acide carbonique que la fermentation produit. Il faut, s'il se peut surtout, extraire l'alcool lui-même du résidu de la fermentation, comme l'a fait la commission de l'Académie.

M. Dumas, estimant que la commission n'avait pas à se prononcer sur la question de doctrine, termine ce rapport par les conclusions suivantes, qui sont les conséquences du travail de la commission :

1° Le sucre n'a pas été appréciable dans le sang de la veine porte d'un chien nourri de viande crue ;

2° La présence du sucre a été facile à constater, au contraire, dans le sang des veines sus-hépatiques recueilli dans le même moment sur le même chien.

Guérison de la myopie et du presbytisme, par M. *Jobard*. — Considérant l'œil comme une lunette qui a la faculté de se mettre au point, en s'allongeant et en se déprimant sous l'action prolongée, volontaire, mais lente, des muscles qui l'enveloppent et qui servent, non-seulement à le mouvoir circulairement, mais encore à le comprimer pour allonger ou raccourcir le foyer visuel, l'auteur de cette note pense que tous les hommes possèdent, comme lui, la faculté de devenir myopes et presbytes à volonté, suivant qu'ils exerceront leur vue sur des objets rapprochés ou sur des objets lointains. A son avis, le meilleur traitement de la myopie consiste dans la lecture prolongée et journalière pour les hommes, dans la fine broderie pour les dames, surtout la nuit. C'est là aussi la gymnastique que M. Jobard conseille pour conserver longtemps la vue.

Anatomie. — *Des rapports que les anomalies des artères axillaire et humérale déterminent avec le plexus brachial et ses branches terminales ; déductions opératoires*, par M. *Michel*. — Les nombreuses dissections dont l'auteur expose sommairement les résultats, lui permettent de résumer dans les propositions suivantes la formule la plus générale des anomalies artérielles du membre supérieur. Si le nerf médian se trouve dans les trois quarts supérieurs du bras en arrière d'une artère, au lieu de tenir sa place accoutumée, on peut supposer les anomalies artérielles suivantes : Une division prématurée de l'axillaire en humérale et scapulaire inférieure, ou en radiale et cubitale ; une division prématurée de la brachiale en radiale et cubitale, ou une sorte de bifurcation en humérale superficielle et profonde. En second lieu, l'existence d'une grosse artère au côté interne des nerfs, dans la partie de l'aisselle située au-dessous du petit pectoral, indique une division prématurée et anomale de l'axillaire en scapulaire commune et humérale, ou bien en radiale et cubitale.

De ces faits, M. Michel conclut que, dans la ligature de l'artère axillaire, le procédé de Lisfranc est loin d'être sans danger, malgré son apparente simplicité, puisqu'il expose l'opérateur à saisir l'artère dans le voisinage d'une grosse division.

Enfin, si, dans les ligatures de l'artère humérale, on tombe tout de suite sur elle, M. Michel conseille de poursuivre les investigations en arrière du nerf médian, puisque, dans le cas de division prématurée de l'axillaire ou de l'humérale en artères radiales ou cubitales, l'une est constamment en arrière et l'autre en avant de ce nerf. (*Comm.*: MM. Serres, Andral, Rayer.)

Médecine. — *Sur l'ingestion par l'estomac de très hautes doses d'acide arsénieux, dans le traitement des vieilles fièvres intermittentes*, par M. *Fuster*. — L'auteur donne la relation de trois cas dans lesquels l'acide arsénieux ayant été administré, par erreur, à la dose de 6, de 8 et même de 12 centigrammes par jour, pendant plusieurs jours consécutifs, à des malades atteints de fièvre paludéenne, n'avait produit que quelques symptômes insignifiants sur le tube intestinal, et avait guéri radicalement ces fièvres invétérées. (*Commission déjà nommée.*)

Chirurgie. — M. *Sédillot*, membre correspondant, adresse à l'Académie un mémoire intitulé : *Anus accidentel présentant quatre ouvertures intestinales complètes. — Entérotomie pratiquée avec succès le 22 novembre 1851. — Tentatives infructueuses d'oblitération de la plaie tégumentaire. — Mort du malade, trois années plus tard, par suite d'une attaque de choléra épidémique* (2 août 1854). — *Examen anatomique des parties. — Conséquences chirurgicales.* (Voy. n° 25, t. II, de la Gazette hebdomadaire, *Travaux originaux.*)

Nomination. — MM. *Bernard*, *Flourens*, *Serres*, *Rayer* et *Magendie* sont nommés membres de la commission pour le prix de *physiologie expérimentale*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 26 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie ampliation de deux décrets en date du 20 juin, approuvant l'élection de M. *Bouley* dans la section de médecine vétérinaire, et de M. *Blache* dans la section d'anatomie pathologique.

2° M. le ministre de l'agriculture et du commerce communique à l'Académie : — *a.* Un rapport de M. le docteur *Bernier* (de Montigny), sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans cette commune pendant les premiers mois de cette année. — *b.* Un rapport final de M. le docteur *Yvonneau* (de Blois), sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Autainville en 1855. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport de M. le docteur *Bach* (de Strasbourg), sur le service médical de l'établissement de Soultzmatt pendant l'année 1853. — *d.* Une demande d'avis relativement à l'exploitation des eaux minérales de Charbonnières (Rhône). (*Commission des eaux minérales.*) — *e.* Un mémoire de M. le docteur *Moritz* (de Coblentz), sur l'emploi de la créosote et du phosphore pour la guérison des fièvres intermittentes. (*Comm.*: MM. Bouvier, Michel Lévy.) — *f.* Deux recettes de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

3° États des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de la Haute-Saône et de la Haute-Vienne. (*Commission de vaccine.*)

4° Communications de : — *a.* M. le directeur de l'Institut des sourds-muets (lettre d'invitation à la messe anniversaire célébrée à la mémoire du docteur Itard). (Députation composée de MM. Bussy, Guéneau de Mussy, Chomel, É. Gaultier de Claubry, Poiseuille, Bousquet, Dubois (d'Amiens). — *b.* M. le docteur *Dechaut* (Notice sur le choléra de Montluçon en 1854 et 1855 ; et une observation d'accouchement heureux chez une femme de quarante-deux ans, après deux cas antérieurs de céphalotripsie.) (*Commission* : M. Depaul.) — *c.* M. le docteur *Adde-Margras* (Réfutation de l'ouvrage de M. Verdé de l'Isle contre la vaccine). (*Commission de vaccine.*) — *d.* M. le docteur *Grimault* (d'Angers) revendique, en faveur de la médecine française, l'antériorité de l'application des chlorures caustiques dans le traitement des cancers, que M. *Landolfi* expérimente actuellement à la Salpêtrière. — *e.* M. le docteur *Falret* adresse à l'Académie une lettre, dans le but de repousser l'interprétation que M. Baillarger, dans son dernier discours, a donnée relativement à sa doctrine sur la monomanie. — *f.* M. le docteur *Delasiauve* adresse également, à propos de la même discussion, une note dont la substance se trouve en partie contenue dans l'appréciation de notre dernier numéro, p. 458. — M. *Girardin* annonce qu'il vient de recevoir de M. Dutrouleau, médecin de la marine, à la Martinique, l'extrait d'un long mémoire sur lequel il a été fait récemment un rapport à l'Académie. M. Girardin demande que cette analyse, qui a été faite d'après son avis, soit renvoyée au comité de publication, suivant le vœu exprimé dans les conclusions du rapport. (Adopté.)

M. le *Président* invite MM. *Bouley* et *Blache* à prendre place parmi leurs collègues et à signer la feuille de présence.

Lectures et Mémoires.

PATHOLOGIE INTERNE. — M. *E. Gaultier de Claubry* donne lecture d'un rapport relatif à une *Observation d'invagination intestinale, suivie de l'expulsion d'une anse de l'intestin grêle*, présentée à l'Académie, dans la séance du 19 avril 1853, par M. le docteur Hollaguen, médecin à Châteaulin. Il est question dans ce travail d'une femme de quarante-sept ans, d'une bonne santé habituelle, et qui éprouva pour la première fois, en janvier 1853, quelques douleurs dans le flanc gauche, suivies d'alternatives de diarrhée et de constipation.

Le 30 mars suivant, après un repas très ordinaire, éclatent brusquement les symptômes d'un étranglement intestinal, qui s'apaisent au bout de quarante-huit heures, puis reparaissent avec une intensité qui met en péril les jours de la malade et se dissipent de nouveau, peu à peu, laissant seulement après eux des coliques passagères, du ballonnement avec une grande sensibilité du ventre et des selles diarrhéiques d'une odeur assez franchement gangréneuse.

Le 12 avril, issue par l'anus d'un corps étranger long et mou, au milieu de garderobes assez copieuses. A partir de ce jour, la santé générale s'amende rapidement; les derniers symptômes abdominaux disparaissent, et, le 1er mai, l'état de la malade est aussi satisfaisant que possible.

Après avoir admis avec l'auteur du mémoire que les accidents observés chez cette malade se rapportent assurément à un volvulus ou étranglement interne, la commission s'est proposé de résoudre les questions suivantes : 1° Quelle est la nature véritable du corps étranger qui est sorti spontanément par l'anus vers le douzième jour de la maladie? 2° S'il s'agit réellement, comme le pense M. Hollaguen, d'une portion plus ou moins longue d'intestin séparée de la masse intestinale, y a-t-il dans la science des observations incontestables de faits semblables? 3° Enfin, comment s'opèrent et la séparation d'une portion souvent très longue du canal intestinal après les accidents du volvulus, et le rétablissement de la continuité de ce même canal, et a-t-on quelquefois pu, après la mort des malades, reconnaître, selon l'expression pittoresque d'A. Paré, le *bastiment que nature a fait* ?

1° Le corps étranger a été soigneusement examiné par M. Jarjavay, qui a reconnu une anse d'intestin grêle d'une longueur de 75 centimètres, conservant encore intacte sa tunique musculaire, présentant à sa surface externe des lambeaux de la tunique péritonéale, mais sans aucune trace de membrane muqueuse. (M. Gaultier de Claubry fait passer sous les yeux de l'Académie la pièce anatomique conservée dans l'alcool.)

2° La science possède de nombreux exemples de faits analogues à celui qui vient d'être rapporté. M. le rapporteur cite, entre autres, les observation de Sobeaux et de Solgues (*Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*), celles de Baillie (*Medico-chirurgical Transactions*, 1809), celles de la Société de médecine de la Faculté de Paris, de la Société philomatique, et d'autres cas encore empruntés tant aux auteurs anciens qu'aux observateurs contemporains, en ayant soin cependant de ne choisir que des faits incontestables, rigoureusement étudiés, contrôlés par des médecins d'une expérience consommée, et le plus souvent sanctionnés par l'examen cadavérique.

3° M. Gaultier de Claubry entre ensuite dans quelques considérations relativement aux causes du volvulus, aux symptômes qui précèdent la sortie par l'anus de la portion d'intestin étranglée : tumeur abdominale, circonscrite, à peu près immobile, douloureuse au toucher ; ballonnement du ventre ; état général grave ; issue de sang ou de pus par l'anus ; odeur gangréneuse des matières fécales ; chute de l'anse intestinale, ordinairement spontanée et suivie d'une hémorrhagie plus ou moins abondante, d'un écoulement puriforme, de l'affaissement du ventre, de la disparition de la tumeur, et plus tard, tantôt d'accidents rapidement mortels, tantôt d'une amélioration assez prompte et d'une guérison permanente.

M. le rapporteur rappelle en peu de mots des relations d'autopsies qui sont venues confirmer, après la mort des sujets, le diagnostic porté de leur vivant ; toujours on a trouvé dans ces cas l'intestin divisé et privé d'une partie plus ou moins étendue de sa longueur : suivant que le sujet avait succombé à une mort rapide ou qu'il avait survécu aux accidents de la division intestinale, les deux bouts de l'intestin divisé, plus ou moins rapprochés, laissaient entre eux un intervalle qui permettait l'épanchement des matières fécales, ou présentaient au contraire une soudure complète, une cicatrisation plus ou moins solide, qui avait rétabli la continuité du canal sans oblitérer son calibre d'une manière sensible.

Résumant les idées développées dans ce rapport, M. Gaultier de Claubry conclut : 1° Que la constriction d'une anse intestinale invaginée amène la mortification, bornée à l'endroit même qui supporte l'étranglement. 2° La masse intestinale, une fois séparée, est expulsée spontanément hors de l'anus. 3° La séparation de cette masse intestinale une fois effectuée, les deux extrémités intestinales divisées restent en rapport et peuvent contracter l'une avec l'autre des adhérences salutaires qui rétablissent la continuité du canal alimentaire, et si la portion séparée n'est pas d'une longueur excessive, la vie des malades peut être conservée. Le fait rapporté par M. Hollaguen est un exemple nouveau de cette heureuse terminaison.

M. le rapporteur propose à l'Académie :

1° D'adresser à M. Hollaguen une lettre de remerciements, avec invitation de continuer à surveiller la femme qui fait le sujet de l'observation.

2° D'insérer au *Bulletin* un précis de l'observation.

3° De conserver la pièce pathologique dans le cabinet anatomique de l'Académie, ou de la faire déposer, au nom de la Compagnie, dans le musée Dupuytren.

M. *Moreau* regrette que M. Gaultier de Claubry n'ait pas cité dans son travail un fait intéressant observé à la Charité par M. Cayol, à l'époque où venait de paraître en France le *Traité* de Scarpa *sur les hernies*.

Les conclusions du rapport sont adoptées.

ÉDUCATION ; HYGIÈNE PUBLIQUE. — M. *Collineau* lit en son nom et au nom de M. *Londe* un rapport sur un mémoire de MM. *Pouget* et *Valat*, relatif à *la nécessité de l'intervention du médecin dans l'éducation physique, et à son utilité dans l'éducation intellectuelle de l'enfance*. Après quelques généralités touchant le mode d'éducation auquel sont ordinairement soumis les enfants, au sein de la famille d'abord, puis dans les colléges et les écoles, où une règle uniforme et une discipline inflexible, appliquées sans distinction à une foule de sujets présentant les caractères les plus disparates et les goûts, les aptitudes les plus opposés, constituent une cause d'imperfection nécessaire, inévitable, inhérente à l'essence même de la loi qui doit être unique pour tous, M. Collineau passe à la critique des idées émises par les auteurs du mémoire, et que l'on pourrait résumer dans ces trois propositions, qui forment d'ailleurs le triple but de l'éducation : fortifier le corps par des exercices variés ; entretenir la santé par des moyens hygiéniques constamment suivis et bien dirigés ; enfin, donner à l'esprit, sans le fatiguer, des sujets d'exercice sur le plus grand nombre d'idées qu'il puisse acquérir, suivant les dispositions individuelles, afin de conserver le *mens sana in corpore sano*.

MM. Pouget et Valat signalent dans l'organisation des lycées et des maisons d'éducation deux sources d'imperfection pour l'éducation des

jeunes élèves : c'est, d'une part, la force, le degré trop élevé des études dans chaque classe, qui condamne le plus grand nombre des écoliers à l'impuissance de suivre les travaux intellectuels, et qui exige de la part de ceux qui les suivent de longs, de pénibles efforts, entraînant après eux l'épuisement moral et l'altération de la santé physique ; d'autre part, c'est le nombre des interruptions qui suspendent le progrès des élèves, soit médiocres, soit laborieux.

Pour détruire la première de ces causes d'imperfection, les auteurs du mémoire proposent d'abaisser le niveau des études jusqu'à la mesure de l'intelligence moyenne.

M. Collineau, tout en reconnaissant que des études difficiles, des efforts intellectuels prolongés ne conviennent pas à la santé d'un certain nombre d'individus, ne saurait partager les craintes, exagérées peut-être, exprimées par MM. Pouget et Valat, et pense qu'il vaut mieux s'en rapporter à l'expérience, aux lumières, à l'habileté des hommes éprouvés qui ont posé les bases de l'éducation publique avec tout le zèle et la haute sagesse que commandait une si importante mission.

Le plan d'éducation que proposent MM. Pouget et Valat est tracé presque entièrement sous un point de vue d'améliorations hygiéniques et médicales : 1° Dans tous les établissements d'éducation, le médecin devra être consulté dans toutes les questions d'hygiène. 2° Il examinera l'élève à son entrée dans l'établissement, et dressera procès-verbal des faits observés. 3° Il sera procédé une fois par trimestre à une pareille inspection. 4° Les élèves malades soignés à l'infirmerie sont l'objet d'une clinique particulière. 5° A la fin de chaque année scolaire, le médecin est tenu de fournir un tableau statistique et raisonné de toutes les observations qu'il aurait faites sur l'état hygiénique et sanitaire des élèves. 6° Un ou plusieurs médecins seraient chargés de faire, une ou deux fois par an, l'inspection des lycées d'abord, et par suite celle des colléges communaux ; avant la rentrée des classes, dans un travail envoyé à l'Université, ils résumeraient tous les rapports des médecins des colléges.

M. Collineau ne voit, dans ce plan nouveau, qu'une conjecture qui n'a point encore subi le contrôle de l'expérience, et qui ne saurait servir de base solide à aucune détermination scientifique ou administrative d'une certaine gravité.

Après avoir ajouté que plusieurs maladies de l'enfance et de la jeunesse doivent être regardées comme des secrets de famille, M. le rapporteur termine par les conclusions suivantes :

1° Placer dans les archives le travail de MM. Pouget et Valat ; 2° adresser des remercîments aux auteurs ; 3° inscrire le nom de M. Pouget sur la liste des futurs correspondants. (*Adopté.*)

PRÉSENTATION. — M. le docteur *Forget* met sous les yeux de l'Académie une tumeur osseuse résultant de la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur chez un jeune homme de vingt ans, qui, ayant subi à l'âge de sept ans l'extirpation d'une molaire, vit bientôt se développer sur la face externe de la mâchoire une tumeur ovoïde qui demeura longtemps stationnaire. Plus tard, le volume de cette tumeur s'accrut avec rapidité. La gêne et la douleur qu'elle occasionnait engagèrent le jeune homme à recourir à une opération.

La tumeur offre l'aspect d'un kyste osseux, sillonné à sa surface de lignes irrégulières présentant l'aspect nacré de l'émail dentaire. Ce sont très probablement les rudiments des dents molaires qui n'ont jamais apparu sur ce côté de la mâchoire. Il resterait à scier la tumeur et à l'examiner au microscope pour déterminer sa structure et la nature des éléments qui la composent.

La séance est levée à cinq heures moins vingt-cinq minutes.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur un moyen de conserver le vaccin, par M. MAURIN.

M. Maurin conseille d'envelopper les verres chargés de virus dans quelques feuilles fraîches de poirée, en ayant soin de renouveler ces feuilles lorsqu'elles commencent à se flétrir ou à pourrir, c'est-à-dire tous les huit ou dix jours.

Le vaccin ainsi conservé est, après un très long temps (plus d'un mois), assez frais pour qu'on en puisse charger la lancette sans avoir besoin de le dissoudre au préalable. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 mars 1855.)

Variole confluente chez une femme enceinte ; avortement ; existence sur la peau du fœtus de cicatrices semblables à celles qui résultent d'une éruption variolique en voie de cicatrisation, par M. JUAN LUQUE. — **Deux autres observations de variole** *in utero*, par MM. J. OSBORNE, JACQUEMIER et DECHAMBRE.

OBS. I. — Une jeune femme de dix-neuf ans, de tempérament sanguin, de constitution robuste, était enceinte de cinq à six mois quand elle fut prise de variole dans les premiers jours de juillet dernier. Elle entra à l'hôpital le 3. L'éruption, quoique confluente, suivit une marche parfaitement régulière et heureuse. Le 23 du même mois, quelques douleurs abdominales, prélude d'un avortement qui eut lieu dans la matinée du lendemain, et n'eut aucune suite fâcheuse. Or, le fœtus portait très distinctement sur diverses parties de la peau des saillies pustuleuses plus ou moins disséminées, de forme lenticulaire, blanchâtres à la circonférence, rosées au centre, où elles offraient une dépression, autour de laquelle la peau était légèrement froncée. Quelques pustules étaient répandues sur la tête ; il y en avait un plus grand nombre sur les épaules et les parties latérales du tronc ; quelques unes enfin se voyaient sur la partie extérieure de la poitrine, plus larges que les autres, et ne paraissant arrivées encore qu'à la période de dessiccation. (*La Cronica de los hospitales*, 8 avril 1855.)

OBS. II. — Au commencement de septembre 1854, M. Osborne fut appelé à donner des soins à madame R..., atteinte de petite vérole. L'affection marcha avec régularité, et la convalescence s'établit sans accidents particuliers. La malade était alors au septième mois d'une première grossesse. Elle accoucha au mois de novembre d'un enfant mâle, fort et bien portant. « Le père, dit l'auteur, me demanda par deux fois quand je pensais faire vacciner cet enfant. Je lui répondis : « Je le vaccinerai pour la forme ; mais ce sera inutile, car il a eu la variole en même temps que sa mère. » Je le vaccinai donc et observai avec le plus grand soin les résultats. Quelle ne fut pas ma surprise de voir la vaccine se développer aussi complétement que si l'enfant n'avait pas eu la petite vérole ! »

M. Osborne ajoute que la mère avait été vaccinée dans sa jeunesse. (*The Lancet*, 19 mai 1855.)

Les exemples de transmission de la variole de la mère au fœtus sont assez communs ; mais les deux que nous venons de rapporter ont chacun leur intérêt spécial.

Le fait de M. J. Luque attesterait, suivant l'auteur, une variole intra-utérine ayant poursuivi toutes ses périodes jusqu'à la dessiccation et un *commencement de cicatrisation* des pustules. La chose n'est pas impossible ; on a vu des enfants naître avec des cicatrices évidentes de variole, et le célèbre Mauriceau était, dit-on, dans ce cas. Nous ajoutons même que des *premiers jours de juillet*, époque du début de la maladie de la mère, jusqu'au 23 du même mois, jour de l'avortement, il y a un espace de temps rigoureusement suffisant pour que la maladie ait pu parcourir toutes ses périodes et chez la mère et chez l'enfant. Néanmoins la description des boutons laisse quelques doutes. Quand des pustules sont remplacées par de véritables *cicatrices, avec froncement de la peau*, c'est qu'elles ont appartenu à la vraie variole et non à la varicelle, c'est qu'elles ont suppuré et ont formé de petits abcès. Mais alors, les cicatrices ne se présentent pas sous la forme de *saillies pustuleuses*, comme il est dit dans l'observation ; elle sont plutôt plates et même déprimées, et la peau ne se fronce que pour remplir la lacune formée par la cavité suppurante. Nous penchons à croire que le mot *cicatrice* n'exprime pas bien la lésion trouvée à l'autopsie, et qu'il s'agissait seulement de pustules non suppurantes, de celles qui appartiennent à la varioloïde et à la varicelle, et qui, en se desséchant, amènent un léger plissement de la peau environnante.

L'observation de M. Osborne pèche gravement par l'absence de détails relatifs à la forme des boutons chez l'enfant. La croyance où notre confrère fut tout d'abord que la vaccination n'aurait aucun résultat semble indiquer qu'il avait reconnu chez le nouveau-né les signes d'une vraie variole. S'il en est ainsi, son observation tend à établir que la variole développée dans le sein de la mère ne crée pas sûrement une immunité par la voie extra-utérine, puisque le vaccin a pris très peu de temps après la naissance. Mais, nous

le répétons, rien dans l'observation ne prouve qu'il ne se soit pas agi simplement d'une petite vérole volante.

— Dans le cours de l'hiver dernier, MM. Dechambre et Jacquemier ont eu l'occasion d'observer un cas de variole *in utero*, remarquable surtout par la longueur du temps que l'enfant paraît avoir passé dans la matrice après avoir été tué par la variole. La mère était enceinte de sept mois au moins quand elle fut prise d'une variole confluente. Elle en guérit fort heureusement. On s'attendait d'un jour à l'autre à un avortement. Mais quelques douleurs qui s'étaient d'abord fait sentir dans le bas-ventre ne tardèrent pas à se calmer. La malade se leva, fit de longues promenades à pied et en voiture et recouvra l'intégrité de sa santé. Elle disait sentir les mouvements de l'enfant; mais la manière dont elle rendit compte plus tard de cette sensation prouve qu'il ne s'agissait que d'un ballottement amené par les changements de position de la mère. Enfin, *deux mois et quelques jours* après le début de la variole, elle accoucha d'un enfant mort qui portait à la face, sur le cuir chevelu, sur le devant de la poitrine, des pustules ombiliquées, blanchâtres, parfaitement reconnaissables pour des boutons varioliques non encore arrivés à dessiccation. Le fœtus, par son développement, n'accusait pas plus de cinq mois. Il était évident qu'il avait cessé de croître vers l'époque de la maladie de la mère, et les pustules dont il était couvert, arrêtées au septième ou huitième jour de leur évolution, attestaient qu'il avait cessé de vivre à cette époque.

De la suture mixte et en faufil, par le docteur BERTHERAND.

Après avoir examiné les avantages de la suture dans la réunion des solutions de continuité des parties molles, l'auteur passe en revue les reproches qu'on peut adresser aux diverses espèces de sutures aujourd'hui en usage. Ces reproches portent sur 1° la douleur qu'elles occasionnent; 2° l'impuissance des fils à maintenir la réunion, lorsque a tuméfaction traumatique se prononce; 3° la présence d'un corps étranger dans la plaie.

La douleur, selon l'auteur, est faible au moment de la piqûre; elle devient plus vive lorsque l'aiguille, d'un volume croissant d'avant en arrière, chemine dans les tissus, dont elle distend violemment les éléments, mais surtout au moment où le chas, muni de son fil, doit s'engager dans la petite plaie. Pour parer à cet inconvénient, M. Bertherand remplace les fils de soie, de chanvre par des crins simples, doubles ou triples, lesquels, outre leur solidité, leur petit volume et leur forme cylindrique, ont encore l'avantage de ne pas s'altérer au milieu des liquides purulents ou putrides. Au lieu des aiguilles ordinaires, de forme vicieuse et difficiles à manier, il se sert d'aiguilles de 3 centimètres de longueur en moyenne, très étroites, prismatiques, légèrement courbes, et terminées d'un côté par une pointe très fine, aplatie, qui porte le chas, de l'autre par un disque métallique semblable à celui des porte-mèches de nos trousses. Ce disque, on le comprend, est destiné à faciliter l'introduction de l'aiguille dans les chairs. Sur les deux faces de l'aiguille, à partir du chas, est une rainure servant à loger les chefs du crin. Le fil est dégagé, et l'instrument retiré aussitôt que la pointe a paru à l'extérieur.

Il est très rare qu'après l'application de la suture il ne survienne pas une tuméfaction plus ou moins considérable des lèvres de la plaie, qui dès lors se trouvent étranglées par les fils et se coupent avec une grande facilité. M. Bertherand a donc cherché un procédé de suture qui permît de maintenir dans un contact permanent les deux bords de la plaie, tout en se prêtant aux variations de volume des tissus, déterminées par le travail inflammatoire. Voici ce qu'il a imaginé dans ce but. Supposez une plaie longitudinale; parallèlement aux deux lèvres, et à une distance d'un centimètre ou plus, M. Bertherand fixe deux petits cylindres (rouleaux de diachylon, fragments de sonde) au moyen d'un certain nombre d'anses de fil passées dans la peau. Au-dessous de ces cylindres il dispose des liens transversaux, qui servent à rapprocher les cylindres l'un de l'autre et permettent de graduer la constriction suivant l'état des parties. En même temps la plaie reste à découvert et libre de tout corps étranger. Mais il faut avouer aussi qu'au lieu de deux piqûres pour chaque point de suture, nous en avons ici quatre, et que la portion de peau embrassée par l'anse de fil qui retient le cylindre, court risque d'être coupée, au moins en partie, ce qui augmenterait la difformité on l'étendrait à des parties saines. Nous devons dire, il est vrai, que l'auteur est loin de préconiser ce mode de suture pour tous les cas, et qu'il ne le conseille que *dans certaines circonstances*, probablement lorsqu'il s'agit de plaies à lambeaux irréguliers, qui sont toujours suivies d'une inflammation très vive, rendant le plus souvent inefficaces les méthodes ordinaires de suture. (*Annales méd. de la Flandre orient.*, 1854, 22ᵉ livr.)

Ramollissement de la totalité du cervelet, avec paralysie incomplète des membres inférieurs et surexcitation des fonctions sexuelles, par ROBERT BIANCHI.

OBS. — Un homme âgé de soixante-cinq ans, portefaix, grand buveur et d'habitudes assez irrégulières, avait été admis, entre quarante et cinquante ans, à l'hospice du Saint-Sauveur, à cause d'un affaiblissement gradué du mouvement dans les membres inférieurs On employa diverses médications, entre autres la strychnine et l'électricité, sans changements notables en mieux ou en pire. Il ne pouvait marcher qu'avec un bâton. S'il cherchait à marcher vite, il tombait aussitôt. S'il parlait trop vite, les jambes étaient prises de tressaillements et demeuraient agitées pendant quelques minutes. Il survint, pendant les derniers mois de la vie, une incontinence d'urine; puis il prit le lit et fut trouvé mort un matin, sans que les compagnons de sa vie eussent observé aucun changement appréciable dans son état. On avait remarqué, pendant son séjour dans l'hospice, qu'il témoignait une prédilection toute particulière pour les personnes du sexe et se livrait d'une manière constante à la masturbation. Avant cette époque, son humeur inconstante avait contraint sa femme à le quitter depuis plusieurs années.

On trouva, à l'autopsie, que le cerveau était parfaitement sain; mais il fut impossible de retirer le cervelet, à cause d'un ramollissement considérable de sa totalité, bien que sa forme extérieure fût en apparence bien conservée; on distinguait encore la substance grise de la blanche. La moelle allongée était parfaitement saine. Quant aux autres organes, on trouva un abcès considérable dans le poumon droit, une cirrhose du foie, une dégénérescence granuleuse des reins, un épaississement général de la vessie et un petit abcès à côté du rectum. (*The Lancet*, février 1855.)

L'auteur de cette observation se demande si la maladie du cervelet a été la conséquence d'un usage excessif des fonctions sexuelles, ou bien si les propensions érotiques de cet individu n'ont pas été précisément le symptôme de cette maladie, et il s'arrête à cette dernière supposition. La connexion du cervelet avec la coordination du mouvement et avec les fonctions sexuelles ne saurait être contestée. Cependant, de ce point de vue général à une localisation plus précise il y a loin encore. Sous ce rapport, l'observation de M. R. Bianchi ne nous paraît pas offrir une valeur très supérieure à tant d'autres observations de localisation des fonctions cérébrales, auxquelles il est presque toujours possible d'opposer des faits directement ou indirectement contradictoires. Ne trouve-t-on pas encore, dans ce cas même, une contradiction entre le fait de l'affaiblissement du mouvement, sans contraction ni convulsions (sauf les phénomènes d'agitation à peine convulsive que l'on avait signalés dans une circonstance spéciale), et de la surexcitation, au contraire, des fonctions sexuelles? Mais quelle difficulté n'éprouve-t-on pas, en général, à formuler la raison physiologique des phénomènes dépendant des lésions de l'encéphale?

Nous signalerons, comme un fait anatomique peu commun, le ramollissement pultacé de la totalité du cervelet. On a sans doute remarqué aussi cette multiplicité de lésions profondes dans la texture des organes splanchniques, sans qu'il paraisse avoir existé de troubles fonctionnels qui fussent propres à en dénoncer l'existence pendant la vie. Des découvertes ainsi inattendues se font souvent à l'autopsie des vieillards, mais surtout des vieillards atteints de lésions organiques de l'encéphale.

De l'assimilation pathologique du sucre, par M. G.-D. GIBB.

Dans une série d'articles, le docteur Gibb discute plusieurs questions qui, depuis quelque temps, ont reçu des solutions très différentes. Depuis la théorie de Wilks, celles de MM. Bouchardat, Mialhe, etc., les opinions se sont en grand nombre rattachées à la théorie de M. Cl. Bernard sur la fonction glycogénique du foie. M. Gibb, sans révoquer en doute la réalité de cet acte physiologique, et tout en indiquant la constatation faite déjà depuis quelque temps de l'existence normale du sucre dans le sang des veines jugulaires et du tronc artériel, annonce avoir plusieurs fois constaté l'absence du sucre dans le foie des individus morts de diabète. La fonction glycogénique du foie, au lieu d'être augmentée ou pervertie, serait donc complétement abolie. Comme M. Cl. Bernard, M. Gibb n'admet pas que la cause première de la maladie siége dans le foie; la glande hépatique n'est atteinte que secondairement, c'est-à-dire consécutivement à l'altération de la moelle allongée et du nerf pneumogastrique. L'auteur s'appuie, pour démontrer cette opinion, sur les résultats fournis par les vivisections et sur les faits cliniques publiés par le docteur Goolden (de l'hôpital Saint-Thomas). Ces faits sont connus de nos lecteurs par l'analyse que nous en avons déjà donnée, l'an dernier, dans la *Gazette hebdomadaire*. A côté de cette suppression du sucre dans le foie, M. Gibb signale encore une autre altération de cet organe : c'est la diminution de la quantité de graisse, tandis que la quantité des éléments gras augmente considérablement dans le rein. Ces modifications des éléments chimiques dans le diabète avaient déjà, du reste, été indiquées par M. le docteur Beale (*British and Foreign medico-chirurg. Review*).

On sait, depuis Prout, depuis les expériences de M. Magendie et celles de M. Cl. Bernard, que certains liquides animaux contiennent du sucre; nous avons déjà parlé de celui que contient le sang d'après les expériences de MM. Magendie, Pavy, etc.; nous signalerons la découverte de M. Cl. Bernard du sucre dans l'urine du fœtus et dans les liquides allantoïdien et amniotique. La plupart de ces faits ont été, du reste, rassemblés dans un travail de M. B.-M. Lersch (*Med. Corr. Blatt* Bayer. Aerzte, 1846). M. Gibb insiste sur ces faits curieux, et les relève de l'oubli dans lequel ils paraissent avoir été ensevelis par beaucoup de médecins.

A l'état pathologique, le sucre existe dans les urines, sans pour cela que le sujet soit atteint de diabète : c'est un fait qu'il faut avoir présent à l'esprit. On sait le rôle que les Anglais, surtout Golding-Bird, ont voulu faire jouer à la présence de l'acide oxalique dans les urines. Cet excès d'acide a été rattaché à des troubles dyspeptiques divers. Dans l'oxalurie, Prout, MM. Hassal, Garrod et Gibb indiquent la coexistence de l'acide oxalique et du sucre. En se rappelant ce que nous venons de dire de l'oxalurie, on ne sera pas étonné de voir la présence du sucre indiquée par les auteurs anglais dans les urines de beaucoup d'individus dyspeptiques, par Prout, Golding-Bird et M. Gibb lui-même. Il en serait de même dans quelques cas rares de goutte : MM. Garrod et Todd ont cité des cas de ce genre. Suivant quelques auteurs, une affection cutanée, en général légère, mais qui, par son extension et sa persistance, débilite quelquefois considérablement l'économie, l'anthrax, le furoncle, s'accompagne quelquefois du passage d'une certaine quantité de sucre dans l'urine. M. Thenard avait, depuis longues années, signalé la coïncidence des urines sucrées et des urines albumineuses; M. Gibb revient également sur ce sujet, démontrant que l'on rencontre beaucoup plus fréquemment des urines albumineuses chez les diabétiques que des urines sucrées chez les individus affectés de néphrite albumineuse; enfin, notre confrère anglais rappelle que déjà, depuis dix ans, il a signalé la présence du sucre dans certains épanchements ascitiques.

Le long mémoire du docteur Gibb se termine par quelques recherches sur la présence du sucre dans d'autres maladies. Ainsi, nous voyons le sucre du sang augmenter de quantité dans le foie gras, dans le pus d'un abcès froid, dans les urines de malades atteints d'affections cérébrales et de maladies pulmonaires. (*Lancet*, 1855.)

Concrétions solides dans les bronches, par M. WILKS.

OBS. — Un maçon, âgé de quarante-sept ans, mourut peu d'heures après avoir été apporté à l'hôpital Guy. Il était malade depuis plusieurs jours. On remarqua que le côté droit de la poitrine était mat partout avec absence de tout bruit pendant la respiration. On trouva, à l'autopsie, que le poumon droit tout entier était le siége d'une hépatisation grise, et que les rameaux bronchiques étaient remplis d'une concrétion solide, qui pénétrait dans les rameaux les plus ténus que l'on pût suivre par la dissection et s'étendait sans doute jusque dans les cellules aériennes. La muqueuse paraissait à peu près saine et n'offrait aucune adhérence avec les concrétions. L'auteur pense que la lymphe plastique avait été sécrétée dans les cellules aériennes et s'était concrétée dans les canaux bronchiques. Il n'y avait rien de semblable dans les bronches du poumon sain. (*The Lancet*, 21 avril 1855.)

Cette observation a été communiquée à la Société pathologique de Londres. Plusieurs membres de la Société déclarèrent avoir rencontré, depuis quelque temps, de semblables exemples, et il parut résulter de leurs observations que cette altération devait être rattachée à une constitution régnante pendant laquelle des cas nombreux de pneumonie, sous forme adynamique, avaient été rencontrés. Dans les cas de ce genre, il y avait absence totale de bruits bronchiques et d'expectoration.

Cette absence de tous bruits bronchiques dans la pneumonie a été plusieurs fois notée par M. Grisolle, qui n'a pu trouver d'explication à une pareille anomalie (*Traité de la pneumonie*, p. 241). M. Durand-Fardel l'attribue, dans une observation qu'il rapporte, à l'oblitération des bronches moyennes, qui, comprimées par le tissu hépatisé et ne laissant apercevoir, à la coupe du poumon, aucun pertuis appréciable, présentaient une condition évidemment différente des hépatisations ordinaires, où l'on trouve, béantes à la coupe et laissant échapper du mucus ou du pus, toutes les bronches d'un certain calibre (*Traité des mal. des vieillards*, p. 502).

La variété de pneumonie avec concrétions solides, dont nous venons de reproduire des exemples, n'a pas encore été signalée, à notre connaissance. Mais Canstatt a parlé d'une variété de catarrhe chez les vieillards, *croup chronique* de Canstatt, *polype bronchial* de Cheyne, où les malades rejettent une substance blanche, compacte, semblable au suif demi-liquéfié, ou même plus consistante encore, et dont la forme représente celle des canaux bronchiques.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveau procédé de conservation du virus-vaccin, par le docteur P.-D. LALAGADE; in-8, 64 pp., 1855. Toulouse, à la Librairie centrale (1).

Disons tout de suite, dût la curiosité, trop vite satisfaite, distraire l'attention du lecteur, que ce procédé nouveau n'est autre que l'art perfectionné de recueillir et de conserver le vaccin à l'état liquide dans les tubes ordinaires. A cet effet, l'auteur a imaginé et fait exécuter une pompe fort ingénieuse, mise en mouvement par un pas de vis, et garnie d'un petit manchon en gutta percha qui protége si bien l'extrémité supérieure du tube contre tout frottement métallique, qu'on n'a nullement à craindre sa fracture pendant l'opération. Pour fermer le tube, il en coiffe les extrémités avec un petit morceau du disque membraneux qui se trouve à l'intérieur de la coque de l'œuf, substance qui a l'avantage de se rapprocher beaucoup de la composition chimique du vaccin, et d'adhérer très fortement en peu de temps contre les parois du verre. Il protége ensuite cette fermeture albuminée contre l'air et contre le frottement avec de la cire d'Espagne dissoute dans de l'alcool et formant une pâte assez molle; ou, mieux encore, il ne remplit qu'incom-

(1) Voir un autre procédé de conservation du vaccin, à *la Revue des journaux*, pag. 484.

plétement le tube, fait monter à sa suite quelques millimètres d'huile d'olive vierge, retourne le tube, repousse avec précaution le vaccin, et termine l'opération en aspirant de nouveau quelques millimètres d'huile. Il a ainsi le vaccin entre deux petites colonnes de liquide essentiellement conservateur. On peut commencer l'opération par quelques gouttelettes d'huile, en faisant monter à sa suite le fluide-vaccin, et terminer comme précédemment. On évite ainsi de retourner le tube. Sous la protection de l'huile, on n'a pas besoin de l'intervention de la membrane albumineuse pour le fermer : la cire dissoute dans l'alcool suffit. L'auteur place ses tubes, pleins et scellés, dans une petite boîte de porcelaine qu'il met dans une seconde boîte de fer-blanc remplie de poussière de charbon, et dépose celle-ci dans une cave un peu profonde où la température reste ordinairement entre 10 ou 12 degrés, température qui convient parfaitement à la conservation du fluide vaccin. La pompe à virus est non-seulement nécessaire pour remplir les tubes, mais sert aussi très avantageusement pour en faire sortir le fluide vaccin. Après avoir préalablement brisé les extrémités d'un tube et adapté une de ces extrémités à l'ouverture extérieure de l'appareil, on comprime, par un léger mouvement de l'écrou, la boule de gomme élastique, et, à l'instant, il sort de l'extrémité libre du tube une gouttelette de virus qu'on reçoit sur la lancette. On renouvelle cette opération jusqu'à ce qu'on ait employé tout le liquide, ou seulement la quantité dont on a besoin. Dans ce cas, on peut mettre à l'abri de l'air le virus qui reste, en aspirant, comme il a été dit plus haut, une petite colonne d'huile.

Les limites forcément restreintes d'une analyse, à cette place, ne nous permettent pas d'entrer dans des détails plus minutieux, qui ne dispenseraient pas, du reste, ceux qui voudraient mettre à l'épreuve le procédé de M. Lalagade de lire son livre. Qu'il nous suffise de dire que ce procédé, en faisant sortir le fluide vaccin par minimes fractions de goutte, à la volonté et suivant le besoin de l'opérateur, en remplissant entièrement les tubes, ce qu'on n'obtient presque jamais par la capillarité seule, et en évitant pour leur fermeture tout dégagement de calorique, qui est peut-être, après la présence de l'air, une des causes les plus actives de fermentation et de coagulation du liquide, écarte à peu près toutes les objections qu'on fait à la conservation du vaccin dans les tubes. D'ailleurs, au dire du zélé et intelligent vaccinateur, les résultats ont justifié les espérances. Une expérience de deux ans lui a prouvé l'excellence de son procédé et sa supériorité sur les autres. Mais, dira-t-on peut-être, pourquoi s'astreindre à un procédé difficile et compliqué, quand il est si simple et si expéditif de le conserver entre deux plaques, mode de conservation auquel paraissent s'être définitivement arrêtés, comme le meilleur, l'Académie de médecine de Paris et le comité central de vaccine de Londres, qui font tant d'envois ? Nous répondrons, sans détour, que nous pensons que ce mode n'a prévalu que parce qu'il est effectivement fort expéditif, et parce que les comités qui expédient ainsi le vaccin ne sont pas chargés de l'employer ; sans quoi, comme presque tout le monde, ils ne tarderaient pas à y renoncer. Ce qui se passe, M. Lalagade va nous le dire, et il est ici l'interprète de la plupart de ceux qui ont mis les plaques à l'épreuve. Nommé conservateur du dépôt de virus-vaccin pour le département du Tarn, il ne tarda pas à acquérir la pénible conviction qu'il y avait impossibilité pour lui d'avoir constamment du virus frais, et il fut forcé de suspendre ses vaccinations hebdomadaires du mois de juillet au mois de septembre, et du mois de novembre au mois d'avril. Mais il n'en avait pas moins fait d'amples provisions de vaccin recueilli et conservé entre deux plaques scellées et enveloppées avec des feuilles d'étain. Souvent, recueilli la veille ou le jour même de l'envoi, plusieurs médecins auxquels il était adressé lui redemandaient bientôt du virus plus frais, en lui annonçant un grand nombre d'insuccès. Il en envoya jusqu'à vingt plaques au même médecin, qui ne put obtenir de premier bouton vaccinal. D'autres lui écrivaient qu'ils renonçaient momentanément à la vaccination, attendu que le virus qu'il leur envoyait ne leur donnait point de résultat affirmatif. Lui-même, avec du vaccin conservé par lui, ou reçu de Toulouse et recueilli la veille, ou envoyé de Paris, n'a pu avoir, pendant plusieurs années, de premier bouton qu'après un grand nombre d'essais. En présence des épidémies de petite vérole encore si fréquentes, on voit combien les plaques sont insuffisantes, et combien l'exemple de M. Lalagade mérite d'être encouragé et imité. L'intervention active et persévérante de l'administration publique, et le concours dévoué que lui ont donné dans cette noble mission les classes éclairées de la société, permettent d'espérer que bientôt l'institution des conservateurs du dépôt de virus vaccin s'étendra des chefs-lieux aux arrondissements et aux cantons, et que partout on aura à cœur d'avoir en toute saison une quantité suffisante de virus vaccin fluide et bien conservé, malgré les difficultés assez grandes et les soins minutieux d'une semblable opération, qui exige en quelque sorte un apprentissage préalable ; car on n'aurait pas, comme l'Académie, pour excuse, sinon pour justification, d'avoir constamment et en toute saison, deux fois par semaine, à jour fixe, du vaccin frais à la disposition du public médical, service important que nous nous plaisons à reconnaître et à proclamer.

Lorsqu'on fait un retour sur le passé, on éprouve un sentiment de vive satisfaction, en reconnaissant que le mouvement généreux qui entraînait nos pères à la propagation de la vaccine ne s'est pas arrêté, qu'il a gagné en étendue et en organisation ce qu'il a perdu de son ardeur première, et qu'il n'a pas eu à subir ces défaillances suivies de retour en sens contraire, de proscriptions même, si communes dans la poursuite du bien public. Et pourtant, nulle découverte utile à l'espèce humaine n'est venue se heurter à un préjugé plus invétéré et plus vivace que cette espèce d'humorisme populaire et grossier qui se manifeste, chez les natures incultes, par une résistance calme qu'on prendrait presque pour un véritable instinct conservateur, et chez les natures cultivées par des subtilités de toutes sortes. A ce moment même, les ennemis de la vaccine, armés de je ne sais quelles doctrines transcendentales et de la statistique, lui livrent, avec plus de bruit que de succès, une bataille furieuse en faveur de l'inoculation variolique. Malgré la complaisance bien connue de la statistique à abriter de son autorité toutes les thèses imaginables, ils peuvent encore ajouter les misères du temps présent à la liste déjà bien grossie des maux qu'ils attribuent à la vaccine, sans parvenir à compromettre la vaccine, ni même la statistique.

JACQUEMIER.

VII.

VARIÉTÉS.

La boule du choléra. — M. Henri Guibert, Français, domicilié à Cadix, envoie à l'Ami des sciences une note sur le traitement du choléra par l'opération indienne.

On pratique d'abord ce que l'auteur appelle des *frictions préparatoires* qui quelquefois suffisent ; elles doivent être faites légèrement et à sec sur l'épiderme avec les deux mains simultanément. La main droite sera placée sur les fausses côtes gauches, et dirigée vers la partie qui correspond au centre de l'estomac ; la main gauche prendra son point de départ sur les fausses côtes droites pour s'arrêter au point d'arrivée indiqué pour la main droite ; sur ce dernier point, semble devoir être concentré l'effet de ces frictions, qui se font toujours avec l'index, le médius et l'annulaire, jamais avec la paume de la main. Il est de la plus grande importance que les frictions soient toujours faites dans le même sens ; si on les pratiquait en ramenant les doigts du point d'arrivée au point de départ, on faciliterait le développement de la maladie.

Le corps qu'il s'agit d'appeler sous les doigts n'est pas toujours facile à déterminer ; chez certains sujets il est d'abord à peine perceptible, à cause de sa ténuité primitive ; mais il grandit sensiblement sous l'action des frictions. Dès que sa présence s'est manifestée, tous les efforts doivent tendre à un but unique, amener ce corps sur la partie de l'abdomen correspondant au centre de l'estomac. Pour atteindre ce résultat, on le tient assujetti avec l'extrémité latérale du pouce de la main droite, et on le pousse ainsi, en ayant soin de placer derrière ce doigt l'index de la même main, fortement appuyé sur la peau afin de le retenir captif. — Ce mode suffit en général lorsqu'on opère avant que l'affection ait éclaté.

Si, après avoir suivi ce mode d'opération pendant quatre à cinq minutes, des fausses côtes à l'estomac, la dissolution du corps ne s'est pas effectuée, alors l'opération doit être faite du sternum à l'aine, en passant sur le côté droit de l'ombilic.

Il y a pour cela trois modes de frictions que l'auteur décrit, et sa description est complétée par des figures : « Quand le petit corps est arrivé à l'aine, on suspend l'opération ; mais le plus souvent il est entièrement dissous quand il passe à la hauteur du nombril ; en ce cas l'opération est bien faite et a réussi : le malade est guéri. L'opération dure de dix à vingt minutes. »

— Le bureau de la Société de chirurgie pour l'année 1855-1856 est ainsi constitué : *Président*, M. Gosselin ; *vice-président*, M. Chassaignac ; *secrétaire*, M. Verneuil ; *vice-secrétaire*, M. Laborie ; *archiviste*, M. Giraldès ; *trésorier*, M. Houël. — *Comité de publication* : MM. Gosselin, Cullerier, Chassaignac.

— Par décret de Sa Majesté le Sultan, sont nommés dans l'ordre impérial du Medjidié : *Officiers*, MM. Champouillon et Mounier, professeurs à l'École du Val-de-Grâce ; *Chevalier*, M. Legouest, professeur agrégé à l'École du Val-de-Grâce.

— La distribution des prix aux élèves sages-femmes de l'école d'accouchement de Paris a eu lieu samedi dernier, dans l'une des salles de l'établissement. M. Paul Dubois, qui présidait en l'absence de M. le directeur de l'assistance publique, a prononcé un discours plein d'à-propos, qui a été vivement applaudi.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLGEMEINE MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — N°s 32 à 40. — 32. Paralysie de l'extrémité inférieure droite avec autopsie, par *Berend*.

ARCHIV FUER PATHOLOGISCHE ANATOMIE UND PHYSIOLOGIE. — VIIe vol. 3e et 4e cah. Sur l'ictère typhoïde, par *Lebert*. — Aconitine, étude toxicologo-pharmacodynamique, par *Leonides*. — Sur la leucémie, par *Virchow*.

DEUTSCHE KLINIK. — N°s 18. Lithotomie pratiquée deux fois avec succès sur un malade de soixante-cinq ans, par le professeur *Burow*. — 19. La fièvre scarlatine et l'organe de l'ouïe, par *Erhard*. — 20. Sur les effets du blanc de céruse, par *Falck*. — 21. Du traitement mis en usage par le docteur Bauer, contre les déviations de l'utérus, par le professeur *Hohl*

MEDICINISCHE ZEITUNG von dem Vereine in Preussen. — N°s 19. Moyen de distinguer les fièvres intermittentes du typhus, qui consiste à envelopper le malade dans des linges mouillés, par *Manzewitsch*. — 20. De quelle manière agit la belladone en dilatant la pupille? par *Erlenmeyer*. — Absence d'utérus et vagin terminé en cul-de-sac, par *Haffner*. — 21. Traitement des maladies fébriles du bas-ventre, par *Brefeld*. — Extirpation d'un lypôme du cou, par *Haffner*.

MONATSSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE. — Mai 1855.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — N°s 17 à 19. Sur l'application interne de médicaments et d'aliments à travers les fosses nasales, par *Zigmondy*.

SCHWEIZERISCHE ZEITSCHRIFT F. MEDIZIN, etc. 1855, 1er cah.

VIERTELJAHRSCHRIFT FÜR DIE PRAKTISCHE HEILKUNDE. — 1855, 2e vol. avec 2 planch. Contribution à l'étude de la prétendue paralysie musculaire progressive, par *Th. Valentiner*. — Contributions à la physiologie de l'oreille humaine, par *Rinne*. — Quelques mots sur l'empoisonnement par les champignons, par *Maschka*.

WIENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT. — N°s 19. Utilisation des images réfléchies dans un but thérapeutique, par *Berend*. — Emploi de la glycérine dans les recherches microscopiques, par *Aubert*. — 20. Sur l'opération des déchirures anciennes du périnée, par le professeur *Schuh*. — Sur la valeur diététique et pharmacodynamique des vins, notamment au point de vue de l'acide phosphorique qu'ils renferment, par *Kletzinsky*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — N°s 19. Du condylome sous-cutané, par *Zeissl*. — 20. Deux cas d'empoisonnement par le phosphore, terminés par la mort, par *Reissig*. — 21. Sur le pouvoir diffusible de la peau, par *Kletzinski*.

ZEITSCHRIFT FUER KLINISCHE MEDIZIN du docteur Günsburg. — Mai 1855 Sur l'étude de la dilatation manuelle du col de l'utérus pendant l'accouchement, par *Davidson*. — Sur la péricardite, par *Günsburg* (fin). — Sur l'emploi de la galvanoponcture dans les anévrysmes, par *Samter*.

ZEITSCHRIFT FÜR WISSENSCHAFTLICHE ZOOLOGIE. — VIIe vol. 1er et 2 fasc. avec 10 planch. Contributions à l'étude de la régénération des nerfs coupés, par *Lent*. — Sur l'influence des alcalis caustiques sur les mouvements des spermatozoaires, par *Kölliker*. — Notice sur l'existence des corpuscules lymphatiques dans les origines des vaisseaux lymphatiques, par *Kölliker*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N°s 127. Diagnostic et traitement de la pneumonie, par *Routh*. — Oblitération du rectum ; opération ; guérison, par *R.-M. Mann*. — 128. Sur la syphilis pustuleuse secondaire, par *L. Parker*. — Apoplexie et épilepsie dans la même famille, par *R. Dunn*. — Excision de la hanche, par *Cotton* — Squirrhe du pancréas et du duodenum, par *J.-S. Bartrum*. — Vice de conformation de l'œsophage, par *F. Mason*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°s 857—858. Comptes rendus de sociétés et analyses.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°s 258. Cas de sarcôme médullaire, par *R.-H. Semple*. — Chirurgie orthopédique, par *B.-E. Brodhurst*. — 259. Théorie physique de la contraction musculaire, par *C.-B. Radcliffe*. — Phthisie succédant à la chlorose, par *Shute*. — Emploi d'un coussinet dans le tétanos des ulcères variqueux, par *Barwell*.

THE LANCET. — N°s 23. Plaie de l'arcade palmaire ; hémorrhagie ; ligature des artères cubitale, radiale, humérale et axillaire ; guérison, par *Carpenter*. — Observations de névralgie, par *H. Jones*. — Sur la rétention de l'urine, par *H. Thompson*. — Sur l'ophthalmie purulente, par *J.-F. France*. — Pratique militaire en Orient, par *G. Pyemont*. — Traitement de l'otorrhée, par *Toynbee*. — 24. Observations de névralgies, par *Handfield Jones*. — Observations de plaies d'armes à feu, par *Longmore*. — Revue clinique, par *Tanner*.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Mars. Coup d'œil sur la *replique* de M. *Ames*, relative aux expériences sur le phosphore, par *Boling*. — Sur la nature de la malaria, par *J. Corrie*. — Du ptérygion, par *Fenner*. — Excision d'une tumeur stéatomateuse, par *Cammage*. — Fracture compliquée de l'humérus, par *G.-S.-D. Anderson*. — Cure de la déchirure recto-vaginale, par *Marion Sims*. — Fièvre jaune qui a régné à Charleston, en 1854, par *Bowler*. — Mai. Sur la *replique* de M. *Ames*, par *Boling*. — Nature de la malaria, par *Corrie*. — Nature, diagnostic et traitement de la coxalgie, par *L. Bauer*. — Chloroforme dans les convulsions puerpérales, par *J.-B. Cottman*. — Matrice double ; double grossesse, par *Kannon*. — Remarques critiques sur les utérus doubles et la superfétation, par *B. Bowler*. — Cas de tétanos produit par la vaccination ; guérison par l'opium, par *J.-B. Cottman*. — Cas de cyanose, autopsie, par *B. Dowler*. — Opération de fistule recto-vaginale, par *Maguire*. — Cancer dans les principaux organes ; mort ; autopsie, par *B. Dowler*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N°s 23. Sur l'épidémie de Gênes, par *A. Pasquali*. — Revue médico-chirurgicale, par *Gatti*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°s 23. Nouvelle théorie de la phthisie tuberculeuse, par *Maschi*. — Utilité du mouvement dans certaines maladies, par *C. Rotta*. — 24. Suite des travaux précédents. — 25. Sur la phthisie, par *Maschi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 23. Leçons sur les épidémies, à propos du choléra, par *Buffalini*. — Traitement de l'ophthalmie d'Égypte par l'acétate de plomb neutre, par *A. Salvatore*. — 24. Sur les épidémies, par *Buffalini*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — Sur le choléra de *San Gennario*, par *Pogliani*. — Sur le choléra de Gênes, par *Freschi*. — 10. Sur le choléra, par *Frisetti*, *Bongioanni* et *Valletti*. — Idem, par *Carletti*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Mai et juin. (Pas de travaux originaux.)

IL SEVERINO. — Avril, mai et juin. Analyses.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 196—197—198—199.

EL SIGLO MEDICO. — N°s 74. Clinique médicale, par *Santero*. — Sur le cancer, par *Olivares*. — 75. Clinique, par *Santero*. — Origine et nature des qualités propres aux eaux minérales, par *Salgado*.

Livres nouveaux.

ACTES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Troisième fascicule. In-8 de 346 pag. Paris, chez Labé.

DE LA VIPÈRE, DE SON VENIN ET DE SA MORSURE, par le docteur *J.-L. Soubeiran*. In-8 de 156 pag. avec 6 fig. Paris, chez Victor Masson. 2 fr. 25

ÆRZTLICHE ZIMMER-GYMNASTIK (Gymnastique médicale domestique), par le docteur *D. Schreber*. 1 vol. in-8, cart. avec 45 fig. Leipzig, chez Fleischer 4 fr.

BEITRÆGE ZUR PATHOLOGIE DES AUGES (Contributions à la pathologie de l'œil). 1re livraison, fol. Mit : Ergebnisse der Untersuchung des menschlichen Auges mit dem Augenspiegel (Résultats de l'exploration de l'œil de l'homme par l'ophthalmoscope). Texte et atlas, in-fol. Vienne, chez Seidel. 27 fr.

COMPENDIUM DER SPECIELLEN PATHOLOGIE UND THERAPIE (Compendium de pathologie et de thérapeutique spéciale), par *D.-J. Hauschka*. 1re partie, in-8. Vienne, chez Braumüller. 8 fr.

ATLAS OF CUTANEOUS DISEASES (Atlas des maladies de la peau), par *J.-M. Neligan*. In-8, chez Longman. 35 fr.

AVIS DE LA DIRECTION.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expire le 30 juin courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 juillet, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement jusqu'au 31 décembre, un mandat de 13 francs, payable le 31 juillet prochain.*

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger,
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN.

TOME II. — PARIS, 6 JUILLET 1855. — N° 27.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 28 juin au 3 juillet 1855.

133. LAMARQUE, Jules-Anselme, né le 22 mars 1829, à Gimont (Gers). [*Des soins à donner à la femme en travail.*]

134. PERROD, Jules-Ferdinand, né le 4 février 1831, à Digna (Jura). [*De la fissure à l'anus et de son traitement.*]

135. DAVONNEAU, Édouard-François, né le 29 octobre 1823, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire). [*La gangrène de la bouche chez les enfants.*]

136. FÈVRE (Jean-François, né le 26 décembre 1826, à Beaune (Côte-d'Or). [*Du pemphigus des nouveau-nés.*]

137. BARDON, Étienne-Édouard, né le 20 janvier 1831, à Pérignac (Charente-Inférieure). [*De l'accouchement dans la présentation de l'épaule.*]

138. TAKVORIAN, Kevorc, né le 15 mai 1820, à Constantinople (Turquie). [*De l'entéro-mésentérite typhoïde.*]

139. (Thèse en chirurgie). JALLET, Alexandre-Adolphe, né le 17 janvier 1822, à Angle (Vienne). [*De la valeur de la ponction vésicale hypogastrique et du cathétérisme forcé.*]

140. JOUSLIN, Louis-Raoul, né le 14 décembre 1826, à Argenton-sur-Creuse (Indre). [*De la tumeur et de la fistule lacrymales.*]

141. CHOMIER, Jean-Claude, né le 16 décembre 1828, à Valbenoîte (Loire). [*Utilité des préparations de cannelle.*]

142. DELCLAUX, Émile-Léon, né le 3 juin 1833, à Saint-Cyprien (Aveyron). [*De l'étiologie des hydropisies.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

De l'application des sciences médicales à l'interprétation des merveilles évangéliques (1).

Il y a une parole de saint Augustin bonne à rappeler aux écrivains qui, comme l'auteur du présent livre, dans une intention pieuse et pour le bien de la religion, essaient de porter la lumière des sciences naturelles dans les obscurités de la foi catholique. Cette parole, d'un sens profond et d'une prudente sagesse, est la suivante : « Le monde a cru en Jésus-Christ par une vertu divine et non par une foi humaine. » Et, en effet, aux yeux d'une stricte orthodoxie, l'œuvre du rachat de l'humanité était assurée en même temps que conçue. Elle ne devait, ni rien craindre, ni rien espérer, du contrôle de la raison. Œuvre de la toute-puissance, œuvre miraculeuse elle-même et le plus grand des miracles, elle devait être marquée et comme imprégnée d'une force mystérieuse et invincible, propre à subjuguer le monde plutôt qu'à le convaincre. Et quand les temps furent venus, celui dont il était écrit : « Je confondrai la sagesse des sages, et je rejetterai la science des savants, » ne voulut pas que la foi qu'il exigeait de ses disciples ou des infirmes accourus pour éprouver sa vertu surnaturelle dérivât, par un procédé logique, du caractère merveilleux de ses actes, mais qu'elle s'allumât spontanément, comme un flambeau disposé d'avance par la main de Dieu même dans le cœur des hommes. *Vade, et sicut credidisti, fiat tibi.*

L'exégèse, à bonne ou à mauvaise intention, n'a jamais été favorable à la religion catholique, ni, pour tout dire, à aucune religion. Le résultat en est presque inévitablement de substituer au caractère vraiment religieux le caractère légendaire. Sans vouloir faire de rapprochement déplacé, la dégradation et la vermoulure de la théogonie païenne, quand l'exégèse s'y fut mise par les écrits d'un Platon, d'un Evhemère, d'un Polybe, était un premier exemple significatif. Les efforts de la réaction païenne contre le christianisme, et presque au même degré les commentaires, les interprétations, les restrictions d'Origène et de théologien même plus orthodoxes qui ont concédé le plus possible à l'action des causes naturelles dans l'accomplissement des miracles, eussent pu exercer de grands ravages, surtout au berceau d'une religion nouvelle,

(1) *Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales*, par M. G. Marmisse. 1 volume grand in-18. Paris, chez l'auteur, rue Saint-Jacques, 108.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 5 juillet 1855.

PROJET DE CRÉATION DE BATIMENTS-HÔPITAUX MOBILES. — RÉAPPARITION DU CHOLÉRA. — DIARRHÉES ET DYSENTÉRIES EN CRIMÉE.

M. le docteur Rochard, ancien chirurgien de la marine impériale, dont le nom se rattache honorablement à quelques travaux d'hygiène publique, vient d'adresser à M. le ministre de la marine et des colonies la lettre suivante, à laquelle les circonstances actuelles donnent un intérêt particulier, et qu'il veut bien nous communiquer. Quand on sait avec quelle facilité et quelle activité se forment les foyers d'infection par les transports ordinaires, par suite des difficultés d'aménagement, de l'encombrement, de l'insuffisance, d'aération, des émanations fétides, etc., on n'envisage pas tout d'abord sans inquiétude une institution de *bâtiments-hôpitaux*, où devra s'écouler tout le temps de la maladie et de la convalescence, même en tenant compte de la précaution recommandée par M. Rochard, de faire exécuter à ces bâtiments des croisières de santé non interrompues. Mais on remarquera que l'auteur a lui-même pris soin d'indiquer les modifications que devraient subir, pour ce service, les frégates mixtes à hélice et à voile, — modifications destinées précisément à prévenir l'encombrement, et à assurer une ventilation suffisante. C'est aux hommes du métier à voir si ces conditions sont aisément réalisables. Dans ce cas, il n'est pas douteux que l'air de la mer, par ses qualités spéciales et en raison aussi du renouvellement entretenu par la marche des navires, ne valût beaucoup mieux pour les malades que l'atmosphère stagnante des hôpitaux ordinaires.

Resterait à savoir jusqu'à quel point les oscillations d'un navire seraient supportées par des individus souffrants, affaiblis, par ceux surtout qui sont sujets au mal de mer. Cette considération a d'autant plus d'importance que les maladies fournies par les troupes d'expédition portent le plus souvent sur les voies gastro-intestinales. Sous ce rapport, la proposition de notre distingué confrère pourrait rencontrer des oppositions. Nous croyons néanmoins qu'on en pourrait tenter sans danger l'application pour les cas de typhus, de dysentéries, de fièvres rémittentes, et généralement d'affections qui n'engagent pas sérieusement, comme fait le choléra, les voies digestives supérieures. Il faut rappeler d'ailleurs, à la décharge de la proposition, que dans l'état actuel des choses, les malades sont exposés, pour un temps du moins, aux inconvénients de la traversée, puisqu'ils sont emmenés par les transports loin du théâtre de la guerre.

A. D.

A MONSIEUR LE MINISTRE DE LA MARINE ET DES COLONIES.

Monsieur le ministre,

Je prends la liberté de vous soumettre quelques vues qui pourraient être appliquées utilement et sans grands frais au service sanitaire des troupes de terre et de mer.

Après les événements d'Orient, les recherches de ce genre m'ont paru d'une opportunité urgente ; car si notre expédition sur des côtes malsaines a mis au jour la capacité des médecins et des chirurgiens de l'armée, elle a fait voir aussi l'insuffisance de l'ancien matériel du service de santé. La guerre se fait, de notre temps, sur une si grande échelle qu'il faut des moyens nouveaux pour placer des milliers de soldats blessés ou fiévreux dans de bonnes conditions hygiéniques. Les mesures que je viens proposer dans ce but ne sont pas seulement le résultat de recherches théoriques; elles sont surtout le fruit de l'expérience que j'ai acquise pendant ma carrière de chirurgien de la marine.

Vous savez, monsieur le ministre, qu'en Orient, on ne laisse pas les soldats atteints de blessures graves ou de maladies de nature à engendrer un foyer épidémique, séjourner dans les ambulances placées à portée des camps et des champs de bataille. Ils ne se trouveraient pas là dans des conditions salubres ; leur présence même pourrait nuire à la santé de l'armée. On s'est donc vu dans la nécessité de les transporter à Constantinople, en Grèce, en Provence, dans l'espoir bien fondé qu'un air plus pur et un voyage sur mer contribueraient à leur rétablissement.

J'ai été témoin à ce sujet d'un fait qui, bien qu'ancien, mérite d'être rapporté ici, parce qu'il marque le point de départ des améliorations déjà introduites et de celles que je propose d'introduire dans le transport et l'installation des soldats malades.

C'était en 1830, pendant ma station aux Indes ; j'avais été chargé de conduire à l'île Bourbon (Réunion) les malades de nos troupes en expédition à Madagascar, où régnaient épidémiquement la dysentérie et les fièvres intermittentes pernicieuses. Nous n'avions pas de bâtiment spécialement affecté à cet usage; il fallut nous contenter d'un lourd navire qui avait été construit pour le transport du gros bétail destiné à notre approvisionnement. Heureusement, il y avait dans les flancs du *Madagascar* (c'était le nom du navire) un vaste entrepont avec de larges sabords dont nous fîmes le dortoir de nos malades. Ainsi, la nécessité et le hasard avaient plus fait pour leur bien-être que n'eût pu faire peut-être un plan arrêté d'avance. Le *Madagascar* était un excellent modèle de vaisseau-hôpital. Par le seul fait du changement de lieu, et sans qu'il fût rien changé au mode de traitement, tous nos malades, qui

---

au sein d'une civilisation avancée et sceptique, si l'Église n'eût senti de bonne heure le besoin d'y mettre un terme, et si d'ailleurs le fond admirable de cette religion, sa haute conception de Dieu et de l'homme, la magnifique carrière qu'elle ouvrait aux destinées sociales, ne l'avaient garantie tout ensemble contre les agressions de ses ennemis et les imprudences de ses défenseurs. L'Église obéit à une loi de conservation, quand elle maintient imperturbablement les questions à une hauteur mystique et de surnaturalisme absolu. Les résultats évidents de l'exégétisme moderne, de ce travail hardi et opiniâtre qui s'accomplit surtout dans la raisonneuse Allemagne, et où, il faut bien le dire, la défense n'est pas au niveau de l'attaque, ne sont pas de nature, sans doute, à la faire changer de conduite.

L'auteur des *Merveilles évangéliques éclairées par les sciences médicales* est un peu, quoi qu'il en ait, de l'école d'Origène. Bien que son but soit de prouver que les guérisons opérées par le Christ et ses apôtres restent inexplicables par les données de la médecine, et constituent par conséquent des miracles, il ne se fait pas faute de demander aux causes naturelles toutes les interprétations qu'il croit pouvoir en tirer. « Ces explications scientifiques de certains prodiges, dit-il à l'occasion de la cécité des habitants de Sodôme, *sont tout à fait acceptables;* elles satisfont à la fois la raison humaine, *qui a une répugnance bien connue pour les causes occultes*, et l'esprit religieux, qui, d'un autre côté, réclame l'intervention divine dans certains faits providentiels. » Eh bien, ce passage seul expliquerait, pour nous, l'inutilité des efforts qu'a faits M. Marmisse pour mêler plus ou moins à son œuvre *ces messieurs de l'Univers* et la *commission épiscopale d'examen pour les livres*. Satisfaire *à la fois* la raison humaine et l'esprit religieux est une prétention inadmissible pour tout le monde, et pour les croyants et pour les incrédules ; et, en ce qui nous concerne personnellement, nous ne voyons aucun avantage à revendiquer le droit de la raison dans une circonstance accessoire d'un fait, pour l'abdiquer devant l'élément constitutif et essentiel de ce fait. C'est trop peu ou c'est trop.

Mais notre critique porte plus loin. On peut établir, d'une part, que le procédé employé par l'auteur pour mettre en évidence le caractère surnaturel des guérisons de l'Évangile est trop exclusif; d'autre part, que ce caractère en lui-même n'est pas, aux yeux de l'orthodoxie, un témoignage suffisant de la divinité du Christ. M. Marmisse a reçu, si nous sommes bien informé, une éducation ecclésiastique; nous ne sommes pas précisément un Père de l'Église; il a donc contre nous tout avantage; si nous nous trompons, il pourra nous rectifier.

quittaient une côte marécageuse pour monter sur ce navire, éprouvaient un grand soulagement à leurs maux. Ils en savaient bien reconnaître eux-mêmes la cause, qu'ils ne manquaient jamais d'attribuer au bon air, à l'égalité de température de la mer et aux douces oscillations du navire.

A l'époque dont je parle, les gabares, faute de navires spéciaux, étaient généralement affectées au transport des soldats malades. On reconnut à la longue que les entreponts de ces bâtiments étaient trop froids, trop humides, que l'air et le jour y manquaient, enfin que les lits des malades ne pouvaient y être commodément installés.

Aujourd'hui on a obvié en partie à ces inconvénients, en mettant à la disposition du service de santé de la marine trois frégates à vapeur destinées à la Méditerranée, et une quatrième à voile pour le service des Antilles, et toutes aménagées spécialement pour recevoir des malades à bord. Les bâtiments-*hôpitaux transports* ont rendu de grands services ; mais ils ne sont plus en rapport avec les exigences de la situation actuelle. Il faudrait désormais en augmenter le nombre, et apporter quelques perfectionnements dans leur distribution intérieure ; il faudrait surtout leur adjoindre un service de bâtiments-*hôpitaux mobiles*, et c'est sur ce dernier point, monsieur le ministre, que je veux plus particulièrement appeler votre attention.

A bord des *bâtiments-hôpitaux mobiles*, tels que je les conçois, les militaires malades ne recevraient pas seulement un asile temporaire, comme dans les bâtiments-hôpitaux transports ; au contraire, ils y resteraient en permanence jusqu'à parfaite guérison. On ferait de ces navires de véritables hôpitaux qui, au lieu d'être attachés sur les rades, navigueraient librement en pleine mer, à la recherche d'un air plus pur et d'une *température plus uniforme*. Ainsi, dans les épidémies de typhus, de fièvres pernicieuses, de dysentérie et de choléra, si fréquentes pendant les guerres actuelles, les soldats atteints pourraient être reçus à bord dès le début du mal; et l'on trouverait en cela un double avantage : d'abord de soustraire ces malheureux à l'influence épidémique sous laquelle ils dépérissent, ensuite de délivrer le reste de l'armée d'un foyer d'infection qui tend sans cesse à l'accroître. Les *bâtiments-hôpitaux mobiles* pourraient être affectés également au service sanitaire des troupes en garnison dans les colonies et des troupes qui tiennent la campagne dans des pays voisins de la mer. Dans l'un et l'autre cas, ils stationneraient hors la portée des lieux épidémiques, et à une distance des côtes qui permît un facile embarquement et débarquement des malades. Ce serait une sorte de croisière, faite non plus en vue d'un blocus de port ennemi, ou de tout autre fait de guerre, mais en vue de l'amélioration de la santé humaine.

L'explication du parti qu'on peut tirer des hôpitaux mobiles ne peut être donnée ici tout entière. J'en ai dit assez pour faire comprendre aux personnes qui ont quelques notions des lois de l'hygiène que les malades installés à bord de ces bâtiments se trouveraient dans les conditions les plus propres à hâter les guérisons et à consolider les convalescences. Ainsi il est bien connu qu'un malade en voie de guérison ne peut être impunément soumis à un changement brusque et considérable de climat. Or, c'est un danger auquel on est *toujours exposé* avec les bâtiments-hôpitaux transports, qui font habituellement retour vers la mère patrie, et qu'on évitera facilement avec les *bâtiments-hôpitaux mobiles*, qui tiennent les soldats malades à la portée même des lieux où ils reprendront leur service après la guérison. Il y aura donc humanité et économie, puisque l'on conservera ainsi au service des colonies ou des armées belligérantes des hommes qui auront acquis le bénéfice de l'acclimatement.

Il ne me reste plus, monsieur le ministre, qu'à justifier l'assertion émise au commencement de cette lettre, c'est-à-dire que l'installation des *bâtiments-hôpitaux mobiles* ne serait ni difficile ni coûteuse.

En effet, monsieur le ministre, il n'est pas besoin ici de constructions nouvelles ; les frégates mixtes à hélice qui tiennent aujourd'hui la mer seraient très propres au service que je propose ; elles marchent par tous les temps, elles sont toujours prêtes à partir; conditions excellentes, lorsqu'il s'agit d'éteindre dès l'origine un foyer d'infection épidémique, en enlevant en masse les premiers malades qui sont atteints. Cette mesure ne peut manquer de produire le meilleur effet moral, soit sur les soldats qui se voient emportés loin des lieux funestes où ils ont contracté la maladie, soit sur leurs compagnons d'armes que ce départ rassure contre le danger d'une propagation imminente de l'épidémie.

Sans doute l'administration de la marine n'aura pas plus d'objection contre la conversion de quelques frégates mixtes à hélice en hôpitaux mobiles, qu'elle n'en a eu contre le changement des frégates ordinaires en hôpitaux transports. Du reste, les aménagements à faire sont en petit nombre et des plus simples ; ils se borneraient, en vue d'une première expérience, à disposer une frégate à hélice de façon qu'elle eût son entrepont parfaitement aéré, les sommiers des sabords placés au niveau du pont supérieur, afin que les courants d'air s'établissent autant que possible au-dessus des têtes des malades. Ces arrangements n'offriraient, je le suppose, aucune difficulté, puisqu'ils ont déjà été pratiqués sur une frégate affectée au service des transports.

Il est à remarquer d'ailleurs, que le mécanisme moteur de l'hélice offrira une première ressource pour animer les ventilateurs destinés à assainir le bâtiment. Je ne parlerai pas des moyens mécaniques propres à atteindre ce but, car déjà la marine a fait un emploi bien utile des ventilateurs, soit à bord des bâtiments, soit dans les ateliers. Ce moteur, il est vrai, ne sera pas toujours en action; mais il n'y aura aucune difficulté à disposer l'appareil évaporatoire de façon qu'une faible fraction soit mise au feu, indépendamment du reste de la chaudière, et l'on aurait ainsi la vapeur suffisante pour faire marcher ce qu'on appelle le petit cheval, ou machine alimentaire. Il ne faut pas perdre de vue que par ce moyen on aura aussi à très peu de frais de l'eau en ébullition pour

---

En premier lieu, le désaccord qui existe entre les circonstances des guérisons évangéliques et celles des guérisons obtenues par la médecine ne peut attester le caractère miraculeux des premières que si elles ne sont susceptibles d'aucune autre explication. Or des explications empruntées aux sciences positives, à l'histoire, à la civilisation, aux mœurs, aux traditions, à la linguistique, on en a tenté un grand nombre, que nous ne prenons certes pas sous notre responsabilité, mais qui évidemment, dans une interprétation des merveilles évangéliques, doivent avoir le pas sur les données médicales. Aucun rationaliste, en effet, aucun partisan de l'explication mythique, ni Eichhorn, ni Strauss, ni Paulus, ni Bauer, ni Usteri, ni les autres, ne contestent le merveilleux des récits évangéliques ; ils soutiennent seulement que ce merveilleux n'est que le manteau ou de faits accomplis selon les lois naturelles et poétisés par l'imagination orientale, ou d'allégories morales, ou de légendes populaires. Strauss, par exemple, s'inquiète peu de la médecine dans ses dissertations hardies sur les miracles, parce qu'il n'admet pas les faits à titre d'histoire et dans les termes où la médecine serait autorisée à voir le caractère miraculeux. Là est donc la vraie question, le vrai danger. Hors de là, et sur le terrain exclusivement médical, la critique conduirait à peu près aux mêmes résultats avec certaines traditions de la religion grecque ou avec la relation de quelques-uns des prodiges accomplis dans Rome, qu'avec les monuments sacrés de la religion chrétienne. On trouverait là des guérisons tout aussi extraordinaires que celles de l'Evangile, et dont il faudrait tirer les mêmes conséquences, la vérité du récit n'étant pas préalablement contestée. Ainsi un homme frappé de cécité entre dans le temple d'Esculape ; il étend la main sur l'autel, puis la porte à ses yeux; aussitôt il recouvre la vue. Certes la médecine n'a rien à réclamer dans un pareil prodige, attesté pourtant par une inscription grecque. Nous ne supposons pas qu'elle ait plus de prétention à l'endroit des résurrections dont se vante le paganisme, de celles notamment dont elle fait honneur à Empédocle et à Apollonius de Tyane. Ce sont donc des miracles? Non. Pour quelle raison? Parce que ces faits sont controuvés ou dénaturés. Voilà donc toujours où il en faut venir : la vérité littérale du récit. Et c'est pourquoi le livre de M. Marmisse peut avoir doté la religion d'une curiosité, non d'un bouclier ni d'une arme contre ses ennemis.

Nous disons, en second lieu, que le miracle n'est pas nécessairement une manifestation du caractère divin de celui qui l'opère. Si nous rappelions les miracles des prophètes, des apôtres et des prêtres, Isaïe faisant reculer l'ombre, le cadavre d'Élisée ressuscitant un mort, les Philistins

l'usage des bains, les besoins de la pharmacie et pour la fabrication de l'eau douce, comme cela se fait généralement aujourd'hui sur les bâtiments.

Ce petit moteur additionnel d'ailleurs suffira largement pour mettre en action les ventilateurs, puisque dans ce cas la majeure partie de la chaudière n'a pas besoin d'être alimentée.

Sans entrer dans d'autres détails, je vous prie de remarquer, monsieur le ministre, que ma proposition faite en vue de l'intérêt le plus sacré, celui d'empêcher une énorme déperdition de vies humaines, se réduit, quant à ses moyens d'exécution, à transformer quelques frégates à hélice en *bâtiments-hôpitaux mobiles*. Sans doute plus tard on reconnaîtra l'utilité, l'urgence peut-être, d'adopter des installations toutes spéciales, autres que celles qui sont en usage; mais il sera temps alors de laisser à des hommes plus compétents le soin de proportionner pour le mieux la grandeur du navire, la puissance du moteur, l'installation des mâtures, etc.

Voilà, monsieur le ministre, le petit nombre de dispositions au moyen desquelles le gouvernement pourra en tout temps, en tous lieux et sans grands frais, offrir à ses soldats et marins blessés ou malades, un refuge plus sain, et même plus agréable, que celui que les malades civils trouvent dans les hôpitaux de nos grandes villes.

J'espère, monsieur le ministre, que vous ne verrez pas avec défaveur la liberté que j'ai prise de vous exposer mes vues et mes plans sur ce sujet; l'intérêt que je n'ai cessé de prendre au corps de la marine, le désir de diminuer les chances excessives de mortalité auxquelles nos vaillantes troupes de terre et de mer sont exposées dans la guerre actuelle, m'ont seuls donné cette hardiesse. Je serai heureux que les moyens que je propose dans ce but puissent mériter votre approbation. Docteur ROCHARD.

Voilà le choléra décidément réinstallé dans un grand nombre de pays où il sévissait déjà il y a quelques mois. Il a été constaté dans un grand nombre de points du midi de l'Europe et des côtes d'Asie et d'Afrique; dans la province de Madrid, en Andalousie, dans la vieille Castille (1); dans plusieurs villes et bourgs des États ecclésiastiques, Ancone, Fano, Montbaroccio, Macerata, Borgo di Porta Pia, etc.; dans le royaume lombardo-vénitien, à Venise et à Padoue; en Égypte, au Caire, à Alexandrie. Il règne également en Crimée, à Sébastopol, à Balaklava; sans compter les nombreuses dysentéries et fièvres graves qui sévissent en beaucoup d'autres points du littoral. Les *rapports de santé* de l'armée anglaise donnent à cet égard des chiffres significatifs.

Pour pouvoir disserter sur la signification de ces faits et sur le rapport qu'il peut y avoir entre cette apparition du choléra et celle qui se montrait naguère dans les mêmes lieux, il faudrait posséder certains renseignements qui n'ont encore été fournis nulle part; il faudrait savoir notamment, pour chaque région, si l'épidémie avait *entièrement* cessé, et depuis quand, avant la manifestation actuelle.

(1) Pourtant la *Gazeta medica de Lisboa* qui nous parvient à l'instant, assure que le choléra est en décroissance dans toutes les provinces espagnoles, excepté à Madrid où il est stationnaire. En Portugal, il reste confiné dans un petit nombre de provinces et fait peu de victime.

En ce qui concerne particulièrement la Crimée, une communication récemment faite à la *Société épidémiologique* de Londres, par M. W. Smart, chirurgien du vaisseau *The Diamond*, mérite d'être remarquée, et sous le point de vue qui vient d'être indiqué, et surtout comme renfermant quelques indications importantes sous le rapport des affections diarrhéiques et dysentériques avec le choléra. La prédominance des maladies gastro-intestinales, principalement de la dysentérie ulcéreuse avec développement folliculeux considérable (quelques-uns l'ont appelée pour cela *pustuleuse*), et d'une diarrhée excessive avec ramollissement de la muqueuse, en plein hiver, sous un climat analogue à celui des îles Britanniques, c'est une singularité qui laisse soupçonner l'existence de causes morbides toutes spéciales. Or, l'auteur relie ces affections au choléra de la manière suivante: Quand l'armée quitta la Bulgarie pour aller combattre sur les hauteurs de la Crimée, le choléra sévissait aussi dans ses rangs. On en eut de nombreuses preuves durant la traversée. Après la bataille de l'Alma, quand les alliés eurent campé sur le terrain enlevé à l'ennemi, le fléau acquit rapidement une grande violence. Il suivit les armées dans le sud, sous les murs de Sébastopol et à Balaklava; mais il commença à diminuer aux approches de l'hiver, et vers Noël il avait à peu près disparu. Mais la diarrhée simple, la dysentérie avec ictère se substituaient au choléra, au fur et à mesure de son déclin, comme si ces affections n'avaient été que l'expression mitigée et diversifiée d'un même état morbide. Elles constituaient ainsi la queue d'une épidémie, au lieu de procéder de causes locales. Plus tard, de fâcheuses conditions hygiéniques, le défaut d'aliments végétaux, l'usage d'aliments mal cuits et salés, l'entassement des hommes sous les tentes, le travail des tranchées, etc., changèrent la physionomie des maladies intestinales, et transformèrent la diarrhée bénigne en lientérie, et la dysentérie avec ictère en dysentérie des camps avec caractère typhique; mais ce sont toujours les anneaux d'une même chaîne remontant jusqu'à l'épidémie cholérique de l'été dernier, et qui relie cette épidémie à la manifestation actuelle. A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LA RÉSECTION DE LA CLAVICULE, AVEC OBSERVATION D'UN CAS DANS LEQUEL CETTE OPÉRATION A ÉTÉ FAITE AVEC SUCCÈS PAR UN NOUVEAU PROCÉDÉ, par le docteur CHASSAIGNAC, chirurgien des hôpitaux.

Suite et fin. — Voir les nos 23 et 26.

Résection du corps de la clavicule.

C'est l'opération qui consiste à enlever une portion de la longueur de la clavicule, en respectant ses deux extrémités articulaires.

---

guéris de leurs hémorrhoïdes par l'offrande de *cinq anus d'or* au Dieu d'Israël, on nous répondrait qu'ils avaient reçu communication du pouvoir divin, que l'*esprit de Dieu* était sur eux. A la bonne heure; mais il n'en faudrait pas moins concéder qu'ils n'étaient pas dieux à la manière du Christ; en sorte que, si l'on appliquait au Christ la même interprétation, on n'en ferait qu'un homme inspiré! Mais M. Marmisse sait mieux que nous que le pouvoir d'opérer des miracles, des *prodiges*, si l'on veut, a été reconnu aux démons par l'Église elle-même. La puissance des démons était sans doute inférieure à celle des hommes de Dieu, comme celle des apôtres était inférieure à celle du Christ. Simon le Magicien, qui avait eu le pouvoir de s'élever dans les airs, est précipité par la seule vertu d'une invocation de saint Pierre; mais l'élévation dans les airs n'en était pas moins un prodige. Sans sortir de l'Évangile, le diable n'a-t-il pas transporté Jésus sur le haut d'une montagne, et cet acte n'est-il pas comparable, pour l'extraordinaire, au fer d'une cognée remontant sur l'eau à la volonté d'Élisée, ou à Jésus lui-même marchant sur la mer?

En résumé, la vraie signification des guérisons évangéliques est moins, à nos yeux, et, nous le croyons, aux yeux de l'orthodoxie, dans les circonstances extraordinaires et *supermédicales* qui les accompagnent, que dans leur caractère *messianique*. Et cela doit se dire de tous les actes de la vie de Jésus. Le monde était dans l'attente du Messie; Jésus a été reconnu pour le Messie parce qu'il a réalisé ce qui était promis par les prophètes; d'où vient la formule ordinaire des évangélistes: « *Afin que cette parole fût accomplie*..... » Dans cette suite d'événements merveilleux, les guérisons et résurrections, quoique réalisant, elles aussi, des promesses prophétiques, celles-ci, par exemple: *Les morts ressusciteront, le boiteux sautera comme un cerf, les genoux paralysés seront pleins de force*; ces faits, disons-nous, ne tiennent qu'une place médiocre. C'est la vie tout entière du Christ, c'est l'annonciation, c'est la conception, c'est le cantique inspiré d'Élisabeth, c'est l'illumination de Siméon, c'est la passion, c'est le calvaire, qui sont le miracle. Et lui-même, le Christ semble l'enseigner en se refusant souvent, avec des paroles sévères, aux demandes de signes qui lui sont adressées de toutes parts, comme s'il n'en voulait donner que ce qui est nécessaire pour attester aux hommes de foi sa qualité de Messie.

Que le lecteur et M. Marmisse veuillent bien nous pardonner cette élucubration quasi théologique. Nous avons trouvé une fois l'occasion de nous expliquer sur un genre de tentatives où de savant confrères, tels que Bartholin et Mead, s'étaient déjà fourvoyés, et dont M. Malgaigne n'a pu se tirer avec honneur, en ce qui concerne la chirurgie de la Bible, qu'en

La raison d'être de cette opération, qui a été pratiquée assez rarement, il est vrai, c'est qu'il y a des lésions qui s'attaquent au corps de l'os sans intéresser les extrémités, qu'il est dès lors inutile de sacrifier; car c'est précisément le propre de la résection de n'extraire que ce qui est malade, sans rien perdre de ce qui peut être conservé. Or, il est des affections qui présentent une localisation tellement circonscrite au corps de la clavicule, qu'on peut les détruire sans intéresser les extrémités articulaires de l'os.

Cassebohm aurait, en 1719, enlevé avec succès à un soldat plus de 3 pouces de la continuité de la clavicule. (Act. med. Berol., t. I, 2 déc., p. 98.)

A une époque plus rapprochée de nous, l'opération a été faite par Carus, Sadler et Welz avec l'ostéotome (d'après Woodst et d'autres, p. 63).

Rothmund a pratiqué l'opération avec le même instrument, dans un cas de carie résultant d'une fracture de l'os.

Déjà Celse (*De med.*, lib. VIII, ch. 8) avait proposé la résection de la clavicule dans les fractures compliquées avec plaie et issue de fragments. Cette opération serait également indiquée dans les cas de fracture, si l'on avait à redouter une lésion des vaisseaux et nerfs, ou si cette lésion avait déjà eu lieu.

Les pseudarthroses ne deviendraient une indication à la résection de la partie moyenne de la clavicule, que si elles entraînaient l'impossibilité de faire usage du bras correspondant. Cette opération devrait encore être préférée à toutes celles qu'on a conseillées dans le cas de fausse articulation.

Si, à la suite de la résection, se formait un cal vicieux susceptible de comprimer les vaisseaux et nerfs sous-claviers, on comprend qu'il pourrait y avoir lieu à pratiquer une nouvelle opération.

Les altérations organiques de la clavicule, nécroses, caries, exostoses, dégénérescences, etc., limitées à la diaphyse, indiquent la résection de la partie moyenne de l'os.

Jæger a proposé cette même résection pour faciliter la ligature de la sous-clavière dans le cas d'anévrysme de cette artère (*Rust's Handb. d. Chir.*, t. VI, p. 487). Si l'extension considérable de la tumeur anévrysmale avait amené l'usure de la clavicule à un degré plus ou moins prononcé, la résection du corps de l'os pourrait au moins être pratiquée avec quelque avantage.

Procédé opératoire. — Pour la résection du corps de la clavicule en respectant les deux extrémités, nous employons un procédé semblable à celui qui a déjà été suffisamment décrit. Diviser la peau au moyen d'une incision curviligne qui permette la dissection; chercher, à l'aide de notre aiguille, à conduire un fil qui mette à même d'engager la scie à chaîne au-dessous de l'os; diviser d'un côté sur la limite des parties altérées; répéter la même manœuvre à l'extrémité opposée, et n'achever la séparation qu'après avoir mobilisé la portion d'os à extraire : tel est le procédé que nous adopterions en pareil cas.

Résection complète de la clavicule.

Les indications de cette opération sont fournies ici comme pour les résections partielles, par les nécroses, les caries, les tumeurs, les dégénérescences, etc.

C'est, en effet, dans un cas de carie que Meyer, en 1823, a enlevé avec succès la totalité de la clavicule, chez un homme âgé de trente et un ans. (*Journal de Græfe et Walther*, I. XIX, p. 71.)

Roux fit également l'extirpation d'une clavicule cariée; mais le malade est mort trois jours après l'opération. (*Bull. gén. de thér.*, t. VI, p. 8.)

Warren enleva toute la clavicule dans un cas d'ostéosarcome. La mort s'ensuivit au bout de treize jours. (*American Journal of the Med. Sc. Nov.*, t. XIII.)

Le fait suivant d'extirpation complète de la clavicule, rapporté par le docteur Wedderburn, est un nouvel exemple à ajouter à ceux que nous avons déjà signalés.

Obs. V. — Michel Foggerty, âgé de vingt et un ans, entra à l'hôpital de la Charité (Louisiane), le 21 janvier 1852, avec une carie totale de la clavicule. M. Wedderburn n'hésita point à extirper cet os. Une incision fut pratiquée suivant la longueur de la clavicule au delà de ses extrémités; on disséqua les lambeaux de peau, en détachant l'acromion et rasant l'os soulevé; l'os se rompit à un pouce et demi de son articulation sternale; on remplit la cavité de la plaie avec de la charpie trempée dans une solution de quinine, et vingt-quatre heures après l'opération, le malade se leva. Il sortit de l'hôpital vers la fin d'avril; l'usage du bras était parfait, le moignon de l'épaule occupait sa position normale. (*Nashwill Med.-Ch. Journal*, 1853).

Meyer, de Zurich, extirpa la clavicule cariée sur un homme de trente et un ans. En sept semaines, la plaie fut cicatrisée et bientôt le malade eut recouvré toutes les fonctions de son bras; à la place de la clavicule extirpée, on sentait une production osseuse nouvelle qui avait la forme de cet os. Le malade succomba environ cinq ans après l'opération.

A l'autopsie on trouva entre la cavité articulaire du sternum et l'acromion un ligament fibreux et presque cartilagineux sur lequel reposait le bord inférieur de l'os de formation nouvelle. La longueur de ce ligament était de 4 pouces et demi; celle de la nouvelle clavicule de 3 pouces 10 lignes; celle-ci, très mince partout, était aplatie en dedans et arrondie en dehors; son extrémité sternale, élargie et épaissie, offrait une surface articulaire évidente, destinée à s'articuler avec la fourchette sternale. A un pouce environ de l'acromion, l'os de formation nouvelle se terminait par une petite tête fixée à l'acromion par un ligament large et épais qui renfermait manifestement quelques points osseux dans son épaisseur. Le bord supérieur de la clavicule nouvelle décrivait, à sa partie interne une courbure très prononcée et dirigée en haut, et à sa partie externe, une autre courbure dirigée en bas. Enfin, le bord inférieur était irrégulier, parce que quelques grains osseux s'étaient déposés çà et là dans le ligament adjacent à ce bord (*Physiologie der Entzündung und Regeneratio im organischen Gewebe*, p. 197, Leipzig, 1842).

L'observation qui va suivre, due à M. Auguste Vinson, médecin à l'île de la Réunion, présente beaucoup d'analogie avec le fait de

---

raison de son point de vue particulier. Notre opposition est toute dans l'intérêt des croyances qu'on veut défendre; car des arguments de cette nature, mis une fois au service de la religion, pourraient une autre fois être tournés contre elle. Le débat ne porterait plus que sur une thèse scientifique, et l'incrédulité ne serait plus qu'une erreur du jugement, la plus pardonnable de toutes les erreurs. A. Dechambre.

Réquisition judiciaire des médecins. — Nous donnons intégralement le texte de l'arrêt de la cour de cassation mentionné dans notre dernier numéro (à la fin du feuilleton). M. Eyriaud, chirurgien en chef de l'hôpital d'Angoulême, sommé, au nom de la loi, par un commissaire de police, de se transporter près d'un individu qui venait d'être tué sous le coup d'un lourd ballot, avait refusé de se rendre à sa réquisition. Cité devant le tribunal de simple police d'Angoulême, il y fut purement et simplement relaxé des fins de la plainte, sans dépens. Le ministère public se pourvut en cassation, et la cour rendit l'arrêt suivant :

« Ouï le rapport de M. le conseiller de Glos, les observations de M. Béchard, avocat du défendeur, et les conclusions de M. l'avocat général d'Ubexi.

» Attendu que la signification légale du mot *accident*, qui se trouve dans l'art. 475 n° 12 du Code pénal, est fixée et limitée par les autres événements qu'il dénomme, et que le refus d'obéir à la réquisition faite à l'occasion de ces accidents ne peut dès lors entraîner l'application de la peine édictée contre les personnes qui n'étaient pas dans l'impossibilité absolue d'y obtempérer incontinent, que dans le cas où ils étaient, comme les tumultes, naufrages et autres événements y spécifiés, susceptibles de compromettre la paix ou la sûreté publique, si les travaux, le service ou le secours requis n'étaient pas immédiatement effectués ou prêtés;

» Attendu que le défendeur Michel-Chéri Eyriaud, docteur en médecine, était prévenu de n'avoir pas obtempéré, le quinze mars dernier, à la réquisition du commissaire central de police à Angoulême, de venir constater le décès d'un individu qui avait été tué par la chute d'un ballot de marchandises;

» Attendu que le jugement attaqué, en le relaxant de la poursuite, par le motif que le fait à l'occasion duquel la réquisition avait eu lieu n'était pas accompagné des circonstances qui auraient rendu le secours ou le service obligatoire, a sainement interprété les dispositions de l'art. 475 n° 12 du Code pénal, et, par suite, n'a violé aucune loi;

» Attendu, d'ailleurs, que ledit jugement est régulier dans sa forme;

» La cour rejette le pourvoi. »

MM. Moreau et d'Angerville. (Voyez, plus loin, à l'article : *Suite des résections.*)

OBS. VI. — *Nécrose et élimination complète de la clavicule gauche ; moyen employé par la nature pour y suppléer.* — Henri J..., seize ans, est d'un tempérament nerveux et d'une bonne constitution sans être robuste.

A l'âge de quatre ans, il fut laissé par mégarde sur la terrasse d'un quatrième étage, puis retrouvé sans connaissance près de la maison du haut de laquelle il était tombé. Pas de fracture ni de luxation résultant de cette chute, mais une commotion cérébrale dont l'enfant guérit heureusement.

Depuis cette époque sa santé n'est marquée d'aucun accident jusqu'au jour où, douze ans après, à la suite d'un voyage fait à pied, il présente les circonstances suivantes : fièvre violente, douleur vive de l'épaule gauche au sternum dans le trajet de la clavicule, tuméfaction, surtout de l'articulation sterno-claviculaire, rougeur de la peau, sensibilité extrême, comme dans les arthrites rhumatismales, immobilité complète de ce membre (saignée du bras droit ; fomentations émollientes ; boissons nitrées).

Une tumeur apparaît à la jonction du sternum avec la clavicule ; fluctuation ; au bout de quelques jours l'abcès s'ouvre de lui-même.

La suppuration qui s'y est établie devient intarissable, la plaie reste fistuleuse, et, par ses bords écartés et ulcérés sous l'influence du travail suppuratif, on voit apparaître d'abord la portion sternale de la clavicule, puis le corps lui-même de l'os. Chaque jour la plaie s'agrandit, l'os s'engage et se trouve de plus en plus soulevé par une couche de bourgeons charnus. Ce travail dure plus de quatre mois. En saisissant avec une pince l'extrémité de la clavicule qui est au dehors, on ébranle l'os qui semble mobile, mais qui est adhérent par sa face postérieure et est solidement fixé par son articulation avec l'acromion.

Au cinquième mois, fièvres et nouveaux accidents inflammatoires ; apparition d'une tumeur vers l'extrémité externe de la clavicule qui se gonfle, même marche que pour le premier abcès, même terminaison ; une seconde plaie fistuleuse s'établit.

La suppuration ne tarit point aux deux extrémités claviculaires, seulement la première plaie, où l'os est largement engagé, est longitudinale, étendue de 5 centimètres, et tout le corps de la clavicule s'y montre lisse comme de l'ivoire.

Par un travail d'élimination qui dure onze mois, tout le corps de la clavicule finit par se détacher entièrement et n'exige, pour sortir, qu'une simple traction. Les plaies guérissent rapidement. Il ne reste aucune difformité. L'épaule ne s'est point rapprochée du sternum, comme on aurait pu le craindre, puisque toute la clavicule avait disparu. Voici ce qui s'est passé.

Pendant que tout le corps de la clavicule tendait à s'éliminer, d'un côté l'extrémité sternale de cet os s'abaissait sur la première côte, de telle sorte que le corps de la côte elle-même remplaçait le corps de la clavicule absente.

Le malade est parfaitement guéri, il se sert de son bras et le meut comme si la clavicule n'avait été le siége d'aucune altération.

Dans l'observation d'un malade opéré par Kunst, il n'y a pas eu d'autopsie ; mais l'étude faite sur le vivant a fourni des résultats importants. Aucun régénération de l'os n'avait eu lieu, et cependant le bras avait recouvré toutes ses fonctions ; l'épaule même était assez solide pour permettre de soulever des poids considérables. Onze ans auparavant, la clavicule gauche, atteinte de carie, avait été extirpée. La cavité articulaire du sternum était facile à trouver, et l'on sentait qu'elle était vide. Depuis ce point jusqu'au tubercule de la première côte, la peau était solidement attachée à ce dernier os, et, depuis ce tubercule jusqu'à l'acromion, s'étendait une masse fibreuse adhérente à la cicatrice de la peau, et susceptible d'être légèrement déplacée en haut et en bas. L'extrémité claviculaire du sterno-mastoïdien s'insérait, par une masse fibreuse, au tubercule de la première côte. Depuis ce point jusqu'au niveau de la quatrième vertèbre cervicale, ce muscle était fortement tendu, sans que, pour cela, la direction de la tête ou sa mobilité fussent modifiées. L'épaule gauche était située à 1 pouce 3/4 plus bas que la droite ; l'épine de l'omoplate était un peu oblique en arrière, plus élevée et plus éloignée des côtes que celle du côté sain. Lorsque le sujet élevait son bras gauche le long du cou, la tête de l'humérus se rapprochait des vertèbres cervicales jusqu'à une distance de 2 pouces 1/4, au lieu de la distance de 4 pouces qu'on observait du côté opposé, dans les mêmes conditions. (*Deutsche Klinik*, 1850, n° 24.)

Procédé opératoire. — Incision parallèle à la clavicule et isolement de cet os dans sa partie moyenne ; section de l'os dans ce point avec la scie à chaîne ; extirpation isolée et successive de chaque extrémité, devenue indépendante par la section de l'os en deux parties.

Les accidents qui peuvent résulter de la résection soit complète, soit partielle de la clavicule, sont :

1° La lésion d'un gros tronc artériel, tel que la sous-clavière. Elle exige la ligature immédiate ; mais il arrive souvent, surtout dans les cas de tumeurs de la région claviculaire, que des vaisseaux beaucoup plus petits fournissent une quantité de sang considérable, auquel cas on doit lier toutes les artérioles qui contribuent à l'hémorrhagie. Dans le cas de Molt, que nous avons cité, l'opérateur aurait dû appliquer près de soixante ligatures.

2° La lésion d'une veine. On peut, d'après le conseil de Jæger, avoir recours à la ligature temporaire, ou bien tamponner avec de la charpie ou de l'amadou. Si une veine volumineuse se rencontrait sur le trajet que l'incision doit parcourir, il faudrait, pour éviter la blessure du vaisseau, pratiquer la ligature au-dessus et au-dessous du point qui devra être intéressé.

Le pansement de la plaie consiste dans l'application d'une cuirasse de sparadrap, d'après les principes de la méthode de l'occlusion.

Les suites de la résection de la clavicule sont très favorables, puisque, dans la majorité des cas rassemblés par nous, la guérison a eu lieu, et la mortalité a été peu considérable.

Lorsqu'on envisage l'importance physiologique de la position, du rôle et des usages de la clavicule, on est porté à croire que la suppression soit d'une partie, soit de la totalité de cet os, peut entraîner des inconvénients graves, non-seulement au point de vue de la forme de l'épaule et de la poitrine, mais encore au point de vue des fonctions du bras. Cependant, l'expérience a démontré qu'il n'en est point ainsi.

C'est à peine si, dans quelques cas, l'épaule est abaissée. Elle ne se rapproche pas sensiblement de l'os sternal, et le bras correspondant ne rencontre aucun obstacle à son action. Un tissu fibro-cartilagineux très fort remplace bientôt l'os enlevé. Il arrive même assez fréquemment qu'une nouvelle production osseuse a lieu. Les cas de Travers, Wutzer, Mazzoni, Biagini, et surtout celui de Meyer, offrent à cet égard un grand intérêt. Chez le sujet observé par ce dernier auteur, on sentait distinctement pendant la vie, à la place de l'os enlevé, un nouvel os plus faible. La mort ayant eu lieu cinq ans après l'opération, on trouva à l'autopsie, entre le sternum et l'omoplate, un ligament fibro-cartilagineux long de 4 pouces 1/2 (plus court d'un pouce que la *clavicule extirpée*), et au-dessous un os long, mince, aplati vers le sternum, et plus arrondi vers l'omoplate. L'union de cet os avait lieu avec le sternum par une surface articulaire distincte, et avec l'acromion par un ligament d'un pouce de longueur et pourvu de noyaux osseux. On trouve dans les *Mémoires de l'Acad. de chirurgie*, t. V, p. 361, l'observation suivante :

OBS. VII. — Un jeune homme âgé de vingt-six ans se présenta à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 7 septembre 1765, pour s'y faire traiter d'un dépôt à la partie supérieure de la cuisse, et de deux ulcères fistuleux situés sur la clavicule gauche, l'un du côté de l'acromion et l'autre vers le sternum.

M. Moreau, qui examina cette clavicule avec M. d'Angerville, la trouva dénudée de son périoste et cariée à ses deux extrémités ; l'os isolé et vacillant n'était retenu que par la peau ; aussi M. Moreau l'enleva-t-il avec facilité ; il lui suffit de la pousser un peu du côté du sternum et d'en faire passer l'extrémité à travers l'ulcère de la peau pour le saisir et en faire l'extraction. La nature fit beaucoup plus que l'art en faveur de ce malade, qui exécuta bientôt tous les mouvements dont le bras est capable avec autant de facilité que du côté sain.

A la place de la clavicule enlevée il y avait un corps dur et solide qui en remplissait les fonctions. La mort du malade, arrivée peu de temps après par les suites fâcheuses d'une tumeur à la cuisse, procura à M. d'Angerville l'occasion de voir et d'exposer aux yeux et au jugement de l'Académie cette clavicule secondaire ou régénérée, laquelle ne diffère ni en longueur ni en solidité de la première, mais seulement par la forme,

étant plus aplatie et moins ronde dans son corps, ayant d'ailleurs avec l'acromion et le sternum les mêmes connexions que la clavicule primitive.

Quoique nous ayons une haute idée de la puissance reproductive du périoste pour le remplacement d'un os complétement nécrosé, et bien que nous ayons une grande confiance dans les auteurs qui ont cité des cas de régénération de la clavicule, nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer un point de doute à l'égard de cette reproduction intégrale. Nous voudrions que, pour établir ce fait sans conteste, on s'imposât l'obligation de présenter l'os ancien et l'os nouveau, dans le cas où l'autopsie faite plusieurs années après l'ablation d'une clavicule tout entière, permettrait ce genre de comparaison. Voici pourquoi.

Une certaine épaisseur de la clavicule venant à se nécroser, peut très bien donner le change sur l'existence d'une nécrose de la clavicule tout entière. On ne prend pas garde que les bourgeons charnus situés au-dessous de ce séquestre appartiennent à la clavicule elle-même, et l'on croit l'os totalement détruit. Si, dans un cas semblable, on retrouve plus tard l'os entier, on s'imagine qu'on a affaire à une reproduction intégrale, ce qui n'est pas. Toutefois, nous avouerons que, dans le fait de Meyer et dans celui de Dangerville, l'erreur ne semble pas avoir été commise; mais il nous suffit qu'elle soit possible pour que nous ayons cru devoir rappeler quelle rigueur on doit apporter pour l'admission des faits de ce genre.

L'observation suivante est remarquable, en ce sens que nous avons pu, chez un sujet auquel M. Blandin avait enlevé, il y a onze ans, les deux tiers externes de la clavicule, constater la reproduction imparfaite de cet os. Voici le fait avec tous ses détails :

Obs. VIII. — *Résection de la clavicule. — Constatation du résultat de l'opération au bout de onze ans. — Reproduction osseuse très imparfaite.* — Pothier (Henri-Victor), âgé de trente-sept ans, chimiste, demeurant impasse de l'École, 4, entre à l'hôpital La Riboisière le 1er mars 1855. Il est couché au n° 4 de la salle Saint-Augustin.

En 1844, ce malade est entré à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Blandin pour une affection de la clavicule gauche, affection sur la nature de laquelle nous n'avons pu obtenir aucun renseignement précis. On cautérisa deux fois au fer rouge la clavicule vers sa partie moyenne; puis cinq mois après M. Blandin se décida à reséquer les deux tiers externes de cet os. Aucun accident ne vint troubler l'opération, et deux mois après le malade sortait guéri de l'Hôtel-Dieu; cependant il garda pendant six mois le bras en écharpe.

Voici maintenant l'état du malade : Si on examine l'épaule gauche en allant du sternum vers l'acromion, on voit d'abord la portion sternale de la clavicule, puis, après un trajet de 6 centimètres, on remarque une dépression subite correspondant au point où a eu lieu la section; puis, en se portant en dehors, on sent une production cartilagineuse; continuant le trajet de la clavicule, une fausse articulation réunit cette partie de l'os à la nouvelle production, de sorte que dans les mouvements d'élévation et d'abaissement du moignon de l'épaule, l'extrémité interne de la clavicule reste immobile. Près de l'acromion, cette partie cartilagineuse disparaît complétement.

Quant aux mouvements du bras, ceux d'adduction et d'abduction se font aisément; celui d'élévation est un peu gêné, mais le mouvement en fronde est très restreint; l'épaule est faible et ne peut supporter aucune pression; les changements de température y provoquent de la douleur.

De ce travail nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° La résection de la clavicule est une opération qui procure des résultats généralement très favorables. Elle ne donne lieu qu'à une mortalité très faible, et ne porte presque aucune atteinte à l'intégrité des fonctions du membre malade.

2° La clavicule est peut-être, de tous les os, celui sur lequel on peut le mieux conserver le périoste dans les résections, circonstances qui, d'après les travaux de M. Flourens, est éminemment propre à faciliter la régénération de l'os.

3° Le meilleur mode de résection, soit totale, soit partielle, consiste à scier l'os avec la scie à chaîne, avant de pratiquer la désarticulation.

4° On peut recourir avec succès à la résection par abrasion de la clavicule, sans intéresser toute l'épaisseur de l'os. C'est ainsi que l'a fait Remmers.

5° Le tire-fond, qui peut rendre quelques services dans les opérations de résection, devient inapplicable quand les portions osseuses à détacher sont trop dures ou trop friables.

6° L'usage d'un davier à résection peut faciliter beaucoup le manuel opératoire dans les cas où l'emploi du tire-fond est impossible.

7° Lorsque, en pratiquant la résection de la clavicule par notre procédé, on s'aperçoit que l'une des extrémités de l'os est malade, il suffit de prolonger celui des angles de l'incision curviligne que présente le lambeau, sans recourir à une opération distincte.

8° La résection de la clavicule n'est point un obstacle à ce que l'on tente la réunion primitive, sinon de la totalité, du moins d'une grande partie de la plaie résultant de l'opération.

9° L'empâtement douloureux de la main et de l'avant-bras, à la suite des résections de clavicule, n'est que passager, et se dissipe assez promptement sous l'influence de la compression et des résolutifs.

10° La reproduction intégrale de la clavicule atteinte de carie ou de nécrose est un fait admis mais qui a besoin d'être de nouveau démontré.

DE LA PNEUMONIE FIBRINEUSE, par M. Prosper Cadiot.

Suite. — Voir le n° 25.

EXAMEN DES CONCRÉTIONS BRONCHIQUES.

Cet examen peut être fait sur des concrétions expectorées par le malade ou sur celles que fait découvrir l'autopsie cadavérique.

Forme. — Les concrétions que l'on trouve dans les bronches se composent de masses compactes, le plus souvent pleines, quelquefois creuses, c'est-à-dire qu'elles affectent la forme de tubes ou de cylindres qui se ramifient dichotomiquement selon le mode de distribution des bronches dont elles ont été retirées. Elles sont donc constituées par un tronc duquel naissent des branches qui se sous-divisent, se bifurquent en diminuant de volume; de sorte que si l'on est assez heureux pour les extraire entièrement sans les rompre, on voit qu'elles s'épanouissent par des fils capillaires qui se sont moulés dans la cavité des rameaux bronchiques les plus ténus, ce qui leur donne de la ressemblance avec le chevelu des racines.

Ces concrétions dendritiques, avons-nous dit, forment des cylindres presque toujours pleins, quelquefois creux : en examinant le mécanisme de leur formation, nous tâcherons de rendre compte de cette variété de formes.

Suivant Rokitansky, les concrétions que l'on trouve dans les grosses bronches sont formées de tubes creux, tandis que des cylindres pleins rempliraient les petites bronches; mais Rokitansky envisage plutôt ici la membrane du croup bronchial, qui, comme nous le verrons, diffère, par sa nature et son mode de formation, du produit fibrino-albumineux exsudé dans les bronches pour s'y concréter ensuite.

Du reste, l'observation nous fait voir des concrétions bronchiques qui sont pleines dans le point correspondant à leur plus grand diamètre, et d'autres qui sont creuses dans quelques points de leurs subdivisions.

Ainsi Watts (*London Medical Gazette*, 1847) cite un cas où l'on put observer des cylindres d'un égal diamètre dont les uns étaient pleins et les autres creux.

Puchelt (*Heidelberger medizinische Annalen*) a trouvé des cylindres solides, quoiqu'ils eussent presque l'épaisseur du doigt.

Remak (ouvrage déjà cité) a trouvé des concrétions expectorées pendant la pneumonie, qui présentaient un canal creux continu, rempli d'un mucus sanguinolent; il en a observé d'autres qui offraient des nodosités formées par des bulles d'air incluses, ce qui prouverait que ce mucus et ces bulles d'air charriées dans les ca-

naux aériens ont été emprisonnés par la substance fibreuse exsudée au moment de sa coagulation.

On peut encore déduire de là que la partie centrale des cylindres s'est coagulée la première, tandis que les couches périphériques sont de formation plus récente, surtout si, comme dans le cas cité par Cane, les concrétions sont formées de couches concentriques et lamelleuses.

Consistance. — La matière plastique épanchée acquiert un degré de solidité variable. En général, on peut admettre qu'elle est d'autant plus dense et qu'elle acquiert cette densité d'autant plus rapidement que le travail plastique s'étend plus haut dans les bronches. Les concrétions des petites bronches sont plus molles, moins résistantes, eu égard à leur volume plus petit, que celles des grosses bronches, ce qui tient peut-être à ce qu'elles sont ramollies par la fonte purulente, qui commence de bonne heure dans les vésicules pulmonaires et dans les dernières bronches, qui toujours participent un peu à l'inflammation vésiculaire.

Le cylindre trouvé dans la première observation citée supportait facilement son poids ; il était flexible, élastique dans une certaine mesure, supportait sans se rompre l'effort d'une traction modérée. Sa consistance dépassait de beaucoup celle des caillots que l'on trouve si souvent dans le cœur droit et dans l'origine des grosses artères.

Couleur. — Elles sont le plus souvent d'un blanc jaunâtre ou d'un gris plus ou moins foncé ; elles ne présentent pas de réseaux vasculaires ramifiés, comme on en trouve sur les fausses membranes croupales.

Leur coloration jaunâtre ou rougeâtre dépendrait, selon Lobstein, du degré auquel était arrivée la pneumonie lorsque s'est faite l'exsudation.

L'aspect grisâtre, suivant le même auteur, pourrait dépendre de la matière pigmentaire noire qu'on remarque dans le poumon des adultes.

Analyse chimique des concrétions. — Les concrétions qu'on trouve dans les bronches sont insolubles dans l'eau chaude et dans l'eau froide, ainsi que dans les acides ; l'alcool les racornit, en diminue le volume en les rendant plus denses, sans doute parce qu'il absorbe l'eau qu'elles contiennent.

Hœffle, qui analysa les concrétions fibrineuses de l'observation signalée par Puchelt (de Heidelberg), les trouva solubles dans l'acide chlorhydrique en *ébullition*, et put s'assurer qu'elles se raccourcissaient dans l'alcool.

Les concrétions trouvées dans la 4e observation, citée par M. Nonat, étudiées chimiquement, furent trouvées insolubles dans l'eau ; elles se dissolvaient au contraire dans une solution un peu forte de soude ou de potasse.

Une partie du lobe hépatisé fut conservée dans l'alcool étendu d'eau ; les concrétions blanchâtres diminuèrent de volume sous l'influence de ce liquide, mais elles conservèrent leur aspect blanchâtre et leur forme cylindrique. Les granulations que présentait la surface de section disparurent bientôt complétement, ce qui prouve que la substance contenue dans les vésicules n'était pas identique avec les concrétions bronchiques.

Remak a fait examiner les concrétions bronchiques de la pneumonie. Heintz, chargé de ce travail, conclut qu'elles étaient de nature protéique. Elles se dissolvaient dans une solution de potasse caustique chauffée jusqu'à l'ébullition ; l'acide acétique troublait la solution, qui redevenait transparente par un excès d'acide. Cette solution précipitait en rouge par l'addition du cyanure jaune de potassium.

On peut déduire de ces recherches que les productions plastiques des bronches ont l'albumine ou la fibrine pour origine.

L'examen comparatif que j'ai fait moi-même des concrétions fibrineuses extraites des bronches du sujet mort cet hiver à la clinique de M. Sch.... avec la couenne extraite du sang de plusieurs saignées, m'a fait voir une identité presque complète entre ces deux produits.

Mulder a démontré que la couenne inflammatoire n'est pas identique avec la fibrine ; elle contient de la matière grasse, de l'albumine, et un corps insoluble, qu'il regarde comme un produit d'oxydation de la protéine. Ce corps peut être produit par la fibrine et l'albumine, vraisemblablement aussi par la caséine, dans des circonstances très différentes, « mais seulement, dit-il, lorsque *l'oxygène se trouve en contact avec ces matières.* » (*Journal de pharmacie et de chimie*, 3e série, t. V, janvier 1855.)

La substance des concrétions serait donc un produit oxygéné de l'albumine et de la fibrine, ou plutôt de la protéine, et ressemblerait beaucoup à l'albuminose et à l'épidermose de M. Bouchardat.

Selon Remak, ce serait de la fibrine qui aurait subi l'influence catalytique de la couche épithéliale des bronches en traversant les parois de celles-ci ; mais il ne dit pas quelles modifications subit la fibrine dans cette espèce de filtration organique.

Analyse microscopique. — La concrétion trouvée dans les bronches de l'individu qui fait le sujet de notre première observation a été soigneusement examinée au microscope par M. Küss, professeur de physiologie à la Faculté de Strasbourg. Je vais rapporter en entier le résultat de cette analyse, communiquée à la Société de médecine de Strasbourg, dans la séance du 1er décembre 1853. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, décembre 1853.)

« Voici, dit M. Küss, ce que j'ai obtenu de l'examen microscopique de la pièce qui nous est présentée :

» La substance de la concrétion ressemble exactement aux concrétions fibrineuses que l'on trouve parfois dans les gros vaisseaux. Par trituration, on peut la diviser en petites parcelles, comme squameuses, pareilles aux caillots microscopiques du sang. On ne distingue aucune forme celluleuse, seulement des stries, des taches à fond finement granulé.

» Dans la bronche principale du lobe supérieur, et en contact avec cette concrétion polypeuse, l'épithélium vibratile est parfaitement conservé, ses éléments sont très beaux (longueur des cils, 1/100 de diamètre.)

» Dans les bronches du côté droit, pas de concrétions ; les cellules de l'épithélium vibratile sont un peu plus opaques, leur substance est granulée ; les cils sont moins longs de moitié ; il y a catarrhe.

» On qualifie cette concrétion de croupale. Or, dans tous les cas de croup, j'ai trouvé l'épithélium normal absent et remplacé par une fausse membrane ; j'en ai conclu que cette prétendue fausse membrane, qui occupe le plan de l'épithélium, n'est autre chose que cet épithélium lui-même altéré ; en d'autres termes, que l'existence de la membrane est normale dans les conditions pathologiques où elle se trouve, et que, ce qu'il y a de faux, ce sont ces éléments qui sont profondément altérés.

» Or, dans le cas présent, la concrétion existe à côté d'un épithélium parfaitement naturel. Donc la concrétion n'est pas le résultat d'une inflammation développée au niveau qu'elle occupe ; elle n'est pas croupale. La concrétion est d'ailleurs pleine, compacte, non tubuleuse : les anciens l'auraient appelée polypeuse ; aussi s'est-on demandé si elle n'était pas venue de loin, des profondeurs du tissu pulmonaire, comme par une espèce d'injection projetée de la région des vésicules pulmonaires. Cette hypothèse me paraît inadmissible, et voici pourquoi : si elle était venue de là, elle serait venue liquide ou solide. Liquide, elle eût été immanquablement agitée avec l'air des bronches, et il en serait résulté de la mousse ou écume, dont il n'existe aucune trace ; ainsi le lobe inférieur était encore aéré en beaucoup de points, et cependant les principaux canaux bronchiques contiennent des concrétions polypeuses compactes. Solide, elle reproduirait le moule des petites bronches, comparé par M. Schutzenberger à des vermicelles, et se présenterait alors comme un pelotonnement de cylindres grêles, ce qui n'est pas. La masse est au contraire formée de couches concentriques (1). Je la crois donc formée sur place, comme les concrétions croupales, mais par un autre mécanisme, qui exclut l'inflammation ; car, encore une fois, je ne comprendrais pas une inflammation des bronches, sans une altération profonde de leur

(1) Cette disposition par couche membraneuse a déjà été signalée par Van Swieten, par Cane, et par le docteur Thierfelder (*Medizinische Neuigkeiten*, 1854).

épithélium, laquelle a déjà commencé dans la bronche de l'autre poumon, qui cependant ne contient pas de concrétions. »

Pour rendre compte de ce mécanisme, M. Küss invoque l'analogie, et cite plusieurs cas où, à la surface des muqueuses, il se forme des épanchements de matière ténue, albumineuse, sans trace d'inflammation; puis il conclut en ces termes : « J'incline, dans le présent cas, à admettre une exsudation partielle, c'est-à-dire albumineuse, fournie par la muqueuse en apparence saine. En raison du peu de différence chimique qu'il y a entre l'albumine et la fibrine, j'admets que, dans le cas en question, l'albumine, à peine épanchée à la surface de la muqueuse, se sera concrétée, et ainsi s'expliquent le mieux, je pense, les couches concentriques de la concrétion. » Malgré la longueur de cette citation, nous n'avons pas voulu la raccourcir, parce qu'elle ne contient pas seulement un simple exposé de l'examen microscopique, mais encore une théorie qui nous paraît rationnelle, et qui servira de base à nos conclusions.

Corollaires. — Il résulte des considérations qui précèdent que les concrétions bronchiques qui se forment dans certaines pneumonies ont pour origine une matière fibro-albumineuse qui se solidifie à mesure qu'elle est exsudée à la surface des bronches. Cette exsudation est probablement le résultat d'une pression réciproque qu'exercent l'un sur l'autre les éléments distendus du lobe hépatisé. Gorgé de sang et d'exsudat, ce lobe est comprimé de toute part; la circulation y est suspendue, par suite de l'aplatissement des capillaires et des veines (Lobstein), et par conséquent il y a absence des courants, qui pourraient entraîner les matières de résorption; le plasma liquide qui résulte de ces matières est exprimé au travers des parois des bronches, qui sont restées ouvertes, grâce aux petits cerceaux cartilagineux qui empêchent l'aplatissement; là elle se coagule, et se concrète au contact de l'air (Mulder).

Cette exsudation se fait sans inflammation des bronches, qui jouent en quelque sorte ici le rôle d'un filtre endosmotique.

La partie centrale des cylindres doit être la plus ancienne, les couches périphériques la refoulant sans cesse.

Les concrétions ont donc été tubuleuses dans le principe, ce qui explique pourquoi l'on trouve quelquefois à leur intérieur du mucus (Clarke), des corpuscules de pus, des bulles d'air incluses, formant des nodosités (Remak).

La persistance de l'état creux provient d'une insuffisance de l'exsudation plastique.

Ces concrétions n'ont aucun rapport avec les fausses membranes du croup, car dans l'inflammation spécifique de la muqueuse aérienne, qui constitue cette affection, la matière exsudée, qui se présente toujours sous forme tubuleuse, au moins dans les bronches de gros et moyen calibre, est toujours plus ou moins adhérente à la muqueuse bronchique dont elle est le produit; elle est composée d'éléments différents de la fibrine; elle présente souvent des traces d'organisation, et elle est toujours accompagnée de traces manifestes d'inflammation.

La matière qui forme nos concrétions n'a aucune trace d'organisation : c'est un simple coagulum; or, entre ces deux phénomènes, il n'y a qu'une ressemblance superficielle et grossière. La coagulation de la fibrine est le signe de la mort de cette substance. Il n'y a aucun fait prouvant l'organisation de la fibrine concrète qui vient du sang.

L'excès de fibrine qui donne lieu à ces concrétions est, comme tendent à l'admettre les chimistes, un produit excrémentitiel ou récrémentitiel, dont je verrais volontiers la source, dit M. Küss, dans les nombreux éléments des tissus que la phlogose fait disparaître (1).

ÉTIOLOGIE.

Chacun a compris ce que nous entendons par pneumonie fibrineuse; c'est tout simplement un terme qui indique la nature du produit de l'inflammation, sans rien faire préjuger de la cause. Il est bien entendu que toute maladie a une cause; mais cette cause est parfois occulte ou n'apparaît que comme un acte spontané de l'organisme. Notre rôle ici se borne à rechercher dans quelles conditions se développe la pneumonie fibrineuse. Nous pensons qu'on peut observer cette maladie à tous les âges de la vie; cependant, chez les enfants, les faits manquent à l'appui de notre opinion (1). Nous ne l'avons, pour notre compte, jamais observée que chez des adultes. Morgagni (*De sed. et caus. morb.*, lettre 21, ch. 19) rapporte le fait d'un homme de soixante et dix-huit ans, et M. Nonat (obs. 8) celui d'une femme de soixante et douze ans, tous les deux morts de pneumonie, et chez lesquels on trouva des cylindres fibrineux dans les bronches.

Sur quatorze ou quinze observations positives qui sont à notre connaissance, il y a cinq femmes seulement, ce qui tient sans doute à ce que le sexe féminin, par la nature de ses occupations, est moins exposé que le sexe masculin aux causes prédisposantes des phlegmasies pulmonaires, telles que le froid et l'humidité. Les personnes mal nourries, habitant des lieux malsains, ou qui vivent entassées dans des espaces trop étroits; les sujets affaiblis, épuisés par les peines morales vives, le chagrin, la misère; ceux dont la constitution est profondément débilitée par de longues maladies antérieures, seront les victimes ordinaires de cette forme redoutable de pneumonie. Nous avons vu, en effet, comment l'inflammation et l'anémie peuvent, l'une et l'autre, rendre compte de l'augmentation de la fibrine du sang. Supposons ces deux éléments réunis, comme ils le sont en effet ici, et il sera facile de s'expliquer comment chez eux la pneumonie donne lieu à une exsudation plastique aussi abondante. Tout dans leur organisme concourt à une saturation fibrineuse; il n'est par étonnant qu'elle se manifeste par des signes physiques particuliers.

Cette maladie apparaît sans qu'on puisse saisir l'action d'aucune cause morbide déterminante, autre que les causes banales de la pneumonie. Aucune observation ne saurait démontrer la possibilité de la transmission de cette maladie par contagion médiate ou immédiate.

Mais il faut reconnaître qu'elle peut régner épidémiquement, car l'observation de Morgagni est tirée de l'histoire d'une épidémie semblable qui, pendant l'hiver de 1738, sévit avec violence dans plusieurs monastères, notamment dans un couvent dont la plupart des religieuses furent atteintes. Quelques-unes d'entre elles moururent le quatrième jour ou même plus tôt. Nous voyons, en 1837, une épidémie de pneumonie fibrineuse coïncider avec une épidémie de grippe, à l'Hôtel-Dieu de Paris. La pneumonie pouvait bien être, il est vrai, une complication, si l'on veut même une conséquence, de la grippe; mais est-ce la grippe qui imprimait à la pneumonie cette forme,

(1) Cette manière d'expliquer l'origine de la fibrine demande que nous entrions dans quelques considérations pour justifier notre opinion. MM. Andral et Gavarret ont démontré que l'augmentation de la fibrine coïncide avec le développement d'une phlegmasie qui entraîne la destruction d'une partie plus ou moins considérable des tissus, ou au moins des modifications notables dans la nutrition. Ces ingénieux et savants expérimentateurs ont été conduits, par leurs analyses, à poser que la fibrine, qui de 3 (chiffre normal) peut s'élever à 7 et même 10 millièmes de la masse totale du sang, est un phénomène collatéral de toute inflammation d'un certain degré. D'autre part, M. Bouisson a démontré, dans un mémoire lu en 1845 à l'Académie de médecine, que lorsque l'inflammation atteint un de nos organes, la lymphe qui circule dans la partie malade devient plus abondante, et se charge d'une plus grande quantité de fibrine. De là, dit-il, les dépôts plastiques qui s'opèrent dans les voies que parcourt le liquide altéré, et l'augmentation de volume des ganglions qu'il traverse.

M. Magendie a extrait le sang de plusieurs animaux, en a retiré la fibrine par le battage, puis a réinjecté le sang; on constatait, au bout de quelque temps, que la fibrine s'était reformée; mais, en même temps, on apercevait des atrophies, des ulcérations dépendant de la résorption.

Une preuve encore que la fibrine est un produit du déchet des organes, c'est qu'elle augmente dans les maladies où la nutrition se fait mal, au commencement de l'inanition, alors que la nutrition n'est plus suffisante : chlorose, anémie, etc.

L'excès de fibrine, qui paraît constant dans les derniers mois de la grossesse, correspond précisément à l'établissement des sécrétions excrémentitielles chez l'embryon.

La fibrine est donc un produit récrémentitiel qui pourrait être destiné à former l'urée dans l'urine ou à devenir la base de la sécrétion biliaire; c'est par ce dernier degré de transformation des matières protéiques que la fibrine serait éliminée.

On a remarqué que dans les maladies où la fibrine augmente, l'urine, ou au moins la proportion normale d'urée, diminue et inversement, ce qui pourrait peut-être rendre compte de l'excès de fibrine dans le rhumatisme articulaire aigu, où les désordres locaux ne semblent pas suffisants pour que l'on puisse attribuer l'excès de fibrine en circulation à la résorption des tissus articulaires.

(1) Nous pensons que les cas cités par MM. Rilliet et Barthez, et ceux rapportés par M. Fauvel, sont des cas de croup bronchial ou de bronchite pseudo-membraneuse.

ce cachet spécial, et doit-on, avec M. Nonat, la regarder comme produite, en partie du moins, par l'influence de l'épidémie de grippe? Nous ne le pensons pas; car, de l'aveu même de M. Nonat, cette particularité n'a été signalée jusqu'ici dans aucune des nombreuses épidémies de grippe qui ont parcouru l'Europe depuis 1510 jusques et y compris celle de 1803, dont Mojon a laissé l'histoire dans les *Mémoires de la Société d'émulation de Gênes* (1803). Ce médecin aurait souvent trouvé la muqueuse des bronches enduite d'une couche membraniforme, qu'il compare au mucus épaissi qu'on trouve à la surface de l'estomac et de la vessie; mais il ne dit pas si cette exsudation a jamais coïncidé avec une pneumonie. Du reste, ce mucus épaissi de Mojon n'a pas de ressemblance avec nos cylindres fibrineux, qui n'adhèrent nullement à la muqueuse des bronches. Ainsi donc, pour nous, la grippe ne serait qu'une cause déterminante de la pneumonie fibrineuse, et n'aurait avec le phénomène de l'exsudation plastique d'autre liaison que celle peut-être d'en favoriser l'abondance; car la grippe, par l'accablement, la prostration, les douleurs, et les symptômes nerveux qui l'accompagnent, pourrait bien déterminer une lésion profonde de la nutrition, et donner lieu à un travail d'absorption lymphatique qui surchargerait le sang d'un excès de fibrine.

Peut-être encore la grippe, dans l'épidémie de 1837, ou de mauvaises conditions hygiéniques dans les cas disséminés, ont-elles pu déterminer une certaine altération du sang qui fait qu'un de ses éléments, la fibrine, a perdu de sa vitalité et a une tendance à la coagulation. La science est loin d'avoir dit son dernier mot sur les maladies du sang; à l'appui de cette opinion, je rapporterai le passage suivant, extrait d'un article du docteur Vogel, professeur à Giessen: « Certaines variations de la fibrine, dit-il, ont beaucoup plus d'importance que son augmentation et sa diminution, quoiqu'on ne leur ait pas encore accordé l'attention qu'elles méritent. La plus importante de ces variations est l'augmentation de la coagulabilité (ce qu'il appelle *inopexie*, de ἴς, ἰνὸς, fibrine, et πῆξις, coagulation). La fibrine qui, à l'état normal, ne se coagule pas dans l'organisme, mais seulement quelque temps après sa sortie du corps ou bien chez le cadavre, perd cette propriété, et se coagule quelquefois dans le corps vivant. Une pareille coagulation ne se rencontre que rarement, mais assez souvent pourtant pour donner à ce fait une grande importance.

« Les conséquences de l'inopexie sont, en peu de mots, la formation, tantôt générale, tantôt locale, de caillots dans l'intérieur du cœur, des veines, des artères et des capillaires, la coagulation de la fibrine du sang extravasé ou exsudé. Ce dernier fait est une cause importante de l'inflammation, et je suis convaincu que l'inopexie joue un plus grand rôle dans cet état pathologique que l'hypérinose (augmentation de la fibrine), avec laquelle elle se rencontre souvent. » (*Traité de pathol. et de thérap. spéc.*, par une réunion de savants allemands, rédigé par Virchow, professeur à Wurtzbourg.)

(*La suite au prochain numéro.*)

III.

CORRESPONDANCE.

Note sur un cas de guérison d'un kyste hydropique de l'ovaire par l'injection d'une solution d'iodure de potassium.

Monsieur le rédacteur,

Il est juste que je rende à la *Gazette hebdomadaire* ce qu'elle m'a prêté. Je m'explique. J'avais remarqué dans ce journal l'emploi deux fois heureux d'une solution iodurée, dans deux cas que M. le docteur Bienfait (de Reims) signalait à l'attention médicale. A mon tour, j'ai appliqué, en la modifiant, cette solution au traitement d'un kyste de l'ovaire. La réussite qui a couronné ma tentative me fait un devoir de publier ici cette observation intéressante, afin de mettre vos abonnés à même de suivre mon exemple si j'ai réussi à les convaincre.

La supériorité du traitement des kystes ovariques au moyen des injections, et surtout des injections iodées, n'a certes plus besoin d'être démontrée. Si les premières tentatives faites par Scudamore et par Denman, avec du vin d'Oporto, ne furent pas heureuses, plus tard M. Jobert (de Lamballe), avec une solution alcoolique; M. Holscher, avec une injection vineuse; M. Rigollot (*Journal* de M. Lucas-Championnière), avec une décoction de feuilles de plantain et de roses rouges, obtinrent des guérisons définitives. Toutefois, à ces diverses solutions succédèrent bientôt avec juste raison les injections iodées, qui ont dès lors réussi entre les mains de MM. Ricord, Allison, Robert, Boinet, Boys de Loury, Monod, Duplay et bien d'autres encore.

Dans le travail que ce dernier a publié dans les *Archives de médecine* (numéro de février 1853), l'efficacité et même l'innocuité des injections iodées se trouve nettement formulée, soutenue et démontrée; en sorte que je n'aurais pas songé à m'occuper de nouveau de ce sujet, si je n'avais pas été amené, par un fait de ma pratique, à proposer un moyen aussi efficace et plus inoffensif que les injections iodées aujourd'hui en usage.

Appelé, à la fin de 1853, auprès d'une malade affectée d'un kyste hydropique de l'ovaire, j'avais pendant plusieurs mois employé tour à tour et sans succès les divers moyens médicaux usités en pareil cas. Obligé ensuite de pratiquer trois fois la ponction palliative pour éviter une suffocation imminente, je sentis la nécessité de recourir à un traitement efficace et décisif. Certes, si l'expérimentation est permise, c'est dans les cas surtout où l'art a été tant de fois impuissant. A ce point de vue, l'hydropisie de l'ovaire, cette affection si commune et si peu curable encore, méritait toutes mes préoccupations. Le problème à résoudre consistait *à produire dans les parois intérieures du kyste une irritation curative suffisante, tout en n'exposant la malade qu'à un danger minime.* L'agent qui me parut le plus propre à remplir cette double indication fut une injection avec une solution d'iodure de potassium.

Déjà M. le docteur Bienfait avait employé deux fois avec succès cette solution dans des cavités suppurantes (*Gaz. hebd.*, t. I, p. 521). Dans cette solution je supprimai tout à fait la teinture d'iode, à mon sens trop irritante, qu'on y ajoute d'ordinaire, et cela à la grande satisfaction de la malade, parce que cette teinture, appliquée au moyen de compresses sur son ventre, quelque temps auparavant, au moment où j'employais l'iode *intus et extra*, avait déterminé autour d'une petite plaie une plaque d'érythème assez douloureuse.

Ma tentative obtint un plein succès; au bout de peu de temps la guérison de la malade fut complète.

Toutefois, avant de publier ce fait intéressant, j'ai voulu laisser écouler assez de temps pour être assuré de la persistance de la guérison. Aujourd'hui (il y a plus de dix mois que l'opération a été faite), je puis affirmer que les résultats en sont aussi satisfaisants que possible.

Au reste, voici l'histoire de la malade qui fait le sujet de cette note, dans laquelle j'ai plus particulièrement insisté sur les points qui m'ont paru le plus dignes d'intérêt.

« OBS. — *Kyste hydropique de l'ovaire; ponction, puis injection d'une solution d'iodure de potassium; guérison.* — Madame Leurf, marchande de chaussures, à Trouville-sur-mer, âgée de cinquante-deux ans, maigre, d'un tempérament nerveux, n'a jamais fait de maladie grave.

Il y a à peu près onze ans qu'elle a commencé à éprouver du malaise dans le ventre, avec pesanteur et difficulté de se livrer à ses travaux ordinaires. Comme ce malaise, qui était plus marqué à gauche dès le début, n'augmentait que d'une manière lente et insensible, il fut longtemps sans inquiéter la malade; car la tumeur, dans son développement progressif, n'avait que peu dérangé les fonctions importantes de l'économie. Pourtant, déjà, il y a quatre ou cinq ans, madame Leurf remarquait un certain gonflement de jambes qui la fit aller consulter un médecin; mais elle ne se décida pas alors à se soigner. Plus tard encore, au commencement de 1853, une hernie ombilicale qui la tourmentait et pour laquelle elle me consulta, me permit de constater dès lors le développement déjà considérable du kyste ovarique; mais ce fut seulement à la fin de cette année-là, lorsque le kyste, grossissant toujours, distendit la cavité abdominale et gêna la respiration et la circulation, que la malade vint réclamer mes soins.

A cette époque (décembre 1853), le ventre avait déjà pris des proportions énormes; les jambes étaient enflées, les fonctions respiratoires et circulatoires gênées par le volume du kyste; mais les fonctions digestives étaient en bon état; il n'y avait pas de mouvement fébrile; le sommeil, quelquefois pénible, était en général suffisant; en un mot, l'état général de la santé n'éprouvait guère qu'une gêne mécanique de la distension de plus en plus grande du ventre par le kyste ovarique. »

J'employai d'abord les purgatifs de plusieurs espèces, sans trop me préoccuper de l'assertion quelque peu pessimiste des auteurs, médecins et chirurgiens, qui proclament à l'envi que les purgatifs sont toujours inutiles, s'ils ne sont pas nuisibles. J'en avais pour exemple un cas observé par mon confrère et ami M. le docteur Edouard Lacroix (de Honfleur), an-

cien prosecteur de la Faculté de Paris, cas dans lequel il avait fait usage seulement de purgatifs, empêchant ainsi depuis plusieurs années l'accroissement de volume d'un kyste ovarique, et permettant à la malade, marchande ambulante, de se livrer au pénible labeur de ses pérégrinations journalières.

Après m'être servi de plusieurs purgatifs, je finis par donner la préférence à l'huile de croton tiglium (2 pilules de 1 goutte chacune, tous les huit jours), dont je continuai l'usage avec persévérance, sans succès, mais sans altérer en aucune façon la santé de la malade.

J'employai ensuite l'iode sous la forme de pilules d'iodure de fer et extrait de gentiane (aa 2 décigr. chaque pilule) à la dose de deux à quatre par jour, que je continuai durant environ deux mois, pendant que j'appliquais des compresses imbibées d'une solution de teinture iodée sur le ventre, ce qui ne dura pas longtemps, il est vrai. J'avouerai encore qu'ici ma persévérance dans l'emploi de la médication iodée me venait de l'observation d'une autre malade atteinte d'un kyste de l'ovaire, que j'avais soignée à Trouville, il y a un peu plus de deux ans, et chez laquelle l'usage de l'iode et du fer pendant trois mois à peu près, avait arrêté le développement du kyste qui occupait déjà la presque totalité de la cavité abdominale, kyste qui n'a pas fait de progrès depuis, ainsi que je m'en suis assuré il y a peu de jours encore.

Dans l'intervalle, pour obvier à une asphyxie imminente, je dus, à trois reprises différentes, dans l'espace de moins de deux mois (le 5 et le 13 avril et le 12 mai), faire la ponction simple, d'où j'évacuai chaque fois 8 à 9 litres d'une sérosité jaunâtre et légèrement visqueuse, tout à fait semblable à la sérosité des vésicatoires.

Mais la malade, fatiguée et soulagée pour trop peu de temps par ces tentatives palliatives si réitérées, réclama vivement le bénéfice d'une opération plus importante, dont je lui avait fait entrevoir les heureux effets.

Aussi le 23 juin, tout étant préparé, je procédai à la ponction comme précédemment, puis je me mis à injecter la solution iodurée de la manière suivante.

J'avais fait préparer chez un pharmacien une solution ainsi composée :

Eau distillée.	300 grammes.
Iodure de potassium. . .	10 —

Je mêlai cette solution avec une quantité égale d'eau chaude, afin d'injecter un liquide qui fût à peu près à la température du corps ; j'injectai environ 400 grammes du mélange, c'est-à-dire 200 grammes de la solution ; je malaxai ensuite le ventre, et promenai mes mains en les appuyant sur l'abdomen, de façon à faire pénétrer l'injection dans tous les points. Au bout de cinq à six minutes, je fis sortir le mélange injecté, non sans en laisser une faible partie dans la cavité kystique, ce dont je me préoccupai peu, à cause des qualités peu irritantes du liquide choisi. Je pris d'ailleurs toutes les précautions dont j'avais usé aux ponctions précédentes : compression uniforme de tout le ventre, au moyen d'ouate et de linge appropriés.— Tisane de tilleul par petites tasses ; un bouillon seulement dans la journée.

Le soir, l'opérée se plaint d'avoir des coliques assez vives; mais la pression abdominale n'est pas très douloureuse. La malade n'a presque pas de fièvre ; son pouls bat 80 fois par minute. Il n'y a ni nausées ni vomissements, la soif n'est pas très vive.

J'ordonne seulement sur le ventre un vaste cataplasme de farine de graine de lin.

24 juin. Le lendemain matin, les douleurs ont diminué; le pouls est descendu à 70 pulsations; la malade dit qu'elle souffre bien moins, et demande à manger.

Bouillons. — Continuer les cataplasmes, la compression modérée et le repos au lit.

25 juin. Le jour suivant, il n'y a à peu près plus de douleur du ventre, et la santé générale est redevenue bonne.

Potages. — Compression. — Repos.

Au bout de quatre ou cinq jours, la malade commence à se lever, et bientôt elle se met de nouveau à vaquer aux occupations ordinaires de son commerce, qui d'ailleurs, il faut le dire, ne demandent pas une grande activité.

Voici, du reste, quels changements s'opérèrent dans le volume du kyste : Malgré la compression, le ventre se gonfle de nouveau les neuf premiers jours qui suivent l'opération, au point de donner à la malade des inquiétudes sur le résultat final; mais à partir du dixième jour, époque à laquelle eut lieu une émission abondante d'urines, le ventre diminue tout à coup notablement, et la tuméfaction des jambes, qui avait jusqu'alors persisté, disparut comme par enchantement pour ne plus revenir. Depuis ce moment, le volume de l'abdomen a continué à subir un mouvement de rétraction lent et progressif qui me semble maintenant arrêté. Madame L..., dont la santé générale est aujourd'hui dans de très bonnes conditions, dit seulement éprouver de temps en temps quelques tiraillements dans les hypogastres : toutefois, ainsi que je m'en suis assuré ce matin, le ventre est souple et sonore, et la palpation m'a permis de constater que la cavité abdominale ne conserve aucun vestige perceptible de la tumeur ovarique.

— Ainsi, *plénitude de la guérison, absence de tout péril pour la malade*, voilà les deux effets qui ont été complétement obtenus dans l'observation qu'on vient de lire.

M'objectera-t-on qu'une seule observation ne saurait avoir assez d'autorité pour motiver la conviction et déterminer de nouvelles tentatives dans cette voie? A cela je répondrai que, dans une maladie qui n'est pas rare, et où le traitement curatif est encore si pauvre de moyens efficaces à la fois et inoffensifs, j'ai cru devoir ne pas craindre de m'exposer à ce reproche, et raconter ce que j'avais fait, dans l'espoir que d'autres suivraient mon exemple.

Ne peut-on pas, en outre, essayer d'autres applications du moyen que je mets en avant, à la place de la teinture d'iode, cet agent si merveilleux dans ses effets, mais dont la grande activité a plus d'une fois effrayé la prudence des praticiens ?

Je termine ici mes réflexions, que j'aurais pu étendre bien davantage : il me suffit d'avoir éveillé l'attention sur ce sujet intéressant. J'espère avoir rendu service à la fois aux malades et aux médecins, en leur signalant, pour la cure radicale du kyste ovarique, la solution d'iodure de potassium, moyen, ce me semble, préférable jusqu'ici à tout autre, et dont l'*innocuité* égale l'*efficacité*.

Agréez, etc. Docteur ROCCAS.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je ne puis laisser passer sans un mot de protestation les étranges doctrines que M. le professeur Sigmund (de Vienne) vient d'énoncer sur le traitement du chancre primitif (*Wiener med. Wochenschrift*, et *Union médicale* du 26 juin 1855). D'après sa pratique d'hôpital, dit-il, M. Sigmund avance :

1° Que le traitement local (la cautérisation) ne suffit contre le chancre que pendant les quatre premiers mois de son existence.

2° Que jamais il ne se déclare d'accidents secondaires lorsque le chancre a été complétement détruit dans les quatre premiers jours.

3° Que tout chancre, non détruit avant le cinquième jour, entraîne des manifestations secondaires.

4° Que le traitement mercuriel prévient ces manifestations, ou du moins ne les laisse survenir qu'exceptionnellement.

Il serait hors de place de vouloir incidemment discuter chacune de ces propositions. Je mettrai seulement en leur lieu celles-ci, qui me semblent plus en rapport avec les progrès accomplis sous l'influence de l'école syphilographique contemporaine. Dans tous les cas, je les donne sans hésitation, moi aussi, comme le résultat de mon expérience clinique, qui date de plus de douze années.

1° Le chancre simple n'infecte jamais ; le chancre infectant infecte toujours. (On reconnaît *à priori* ce dernier, soit par l'induration qui l'accompagne dans la très grande majorité des cas, soit parce qu'il provient du coït avec un sujet constitutionnellement infecté lui-même.)

2° Le chancre simple n'infectant jamais, le mercure administré pour en prévenir les suites a des inconvénients directs, des dangers même, mais ne peut offrir que des avantages imaginaires.

3° Au contraire, le chancre qui doit infecter infectant toujours, il produira fatalement des manifestations secondaires, qu'il ait été brûlé oui ou non, tôt ou tard. Si, par une cautérisation précoce et énergique, vous êtes parvenu à le détruire, l'induration qui, le plus souvent, envahit ensuite la cicatrice, vous montre bientôt que le but n'avait été atteint qu'en apparence.

4° Quant au traitement mercuriel institué comme préventif durant l'existence du chancre infectant, on peut invoquer, pour le conseiller, des motifs théoriques assez plausibles. Mais si l'on s'en rapporte exclusivement à l'expérience, c'est encore une question à revoir que celle de décider s'il a réellement le pouvoir de préserver des accidents secondaires. Pour ma part, j'ai observé qu'il se borne à éloigner l'époque de leur invasion, sans pour cela l'empêcher ; et, en conséquence, je ne l'ordonne point, à cette période de l'affection.

Agréez, etc. P. DIDAY.

Lyon, 1er juillet 1855.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 25 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un décret de l'Empereur, qui approuve la nomination de M. *Jules Cloquet* à la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

Sur l'invitation de M. le président, M. *J. Cloquet* prend place parmi ses confrères.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur l'influence du cours du sang sur les mouvements de l'iris et des autres parties contractiles de la tête*, par M. *Küssmaul* (de Heidelberg). — Les principaux résultats de ces expériences sont résumés dans les propositions suivantes :

L'arrêt du sang artériel occasionne, dans les premiers instants, le rétrécissement de la pupille, de l'ouverture palpébrale, des narines, de la bouche et des oreilles; par la suite, au contraire, il en résulte un élargissement. L'arrêt du sang artériel produit encore des mouvements réguliers dans le globe oculaire, de la partie inférieure et interne à la partie supérieure et externe de l'orbite; l'enfoncement du globe oculaire dans la cavité orbitaire.

La rétention du sang veineux provoque un rétrécissement de la pupille et un élargissement de l'ouverture palpébrale, une projection en avant du globe oculaire et de la troisième paupière (*membrane clignotante*).

Le rétablissement du cours du sang produit la disparition successive de ces phénomènes; et l'augmentation du cours de ce liquide dans les artères ou dans les veines donne lieu à des symptômes tout à fait inverses à ceux qui résultent de l'interruption de la circulation et que l'on vient d'énumérer.

— *Sur la production accidentelle d'un tissu ayant la structure glandulaire, dans des parties du corps dépourvues de glandes*, par M. *C. Robin*. — Ce tissu, que l'auteur propose de nommer *hétéradénique* (ἕτερος, autre, ἀδήν, glande), qu'il a rencontré huit fois seulement sur 550 tumeurs observées depuis trois ans, et dont la structure rappelle celle des glandes, a offert jusqu'à présent trois variétés distinctes par le volume et le mode de subdivision des filaments tubuleux qui le constituent, par l'enchevêtrement du tissu cellulaire et des capillaires avec ces filaments :

1° La *première variété* est caractérisée par des filaments terminés en *cœcum* et disposés comme les *acini* des glandes en grappe. Chacun des filaments se compose d'une gaîne homogène finement granuleuse et transparente, d'une couche épithéliale tantôt nucléaire, tantôt pavimenteuse. En général, ces tubes déprimés ne renfermaient qu'une petite quantité de liquide incolore ou des globules granuleux dits *globules d'exsudation*.

2° Dans la *seconde variété*, les filaments tubuleux, repliés sur eux-mêmes, offraient d'espace en espace soit des prolongements cylindriques terminés en *cœcum* arrondi, soit des espèces de renflements ou grains, pédiculés, piriformes, adhérents par leur petite extrémité. L'épithélium remplissait complétement le calibre de ces tubes. Les appendices de ces filaments renfermaient des corps tantôt homogènes, tantôt pourvus d'un contenu granuleux, avec ou sans noyau central, nommés *corps oviformes*.

3° La *troisième variété* est remarquable par l'absence complète ou presque complète de tissu cellulaire et de vaisseaux. Les filaments se composaient de cylindres pleins, formés d'épithélium, entourés d'une matière amorphe, granuleuse, et contenant des globules pourvus de stries concentriques autour d'une tache foncée centrale, plus friables, moins élastiques et plus petits que les corps oviformes.

MÉDECINE. — M. *Trinquier* (de Marseille), M. *Delfraysse* (de Pradines) adressent à l'Académie des travaux relatifs au choléra, pour le concours du *prix Bréant*.

CHIRURGIE. — M. *Vinci* adresse de Naples un mémoire ayant pour titre : « Avantages de l'application du chloroforme comme agent anesthésique pour la pratique de la lithotritie sur les enfants. » (*Comm.:* MM. Flourens, Velpeau, Civiale.)

M. *Colombe* présente au concours, pour le prix Montyon (médecine et chirurgie), un « Essai sur la version céphalique extra-utérine. »

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 3 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Le compte rendu des diverses maladies observées en 1854 dans l'arrondissement d'Yvetot. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une série de rapports sur les eaux minérales : De Provins, par M. le docteur *Chevallier ;* de Plan de-Phazy (Hautes-Alpes), par M. le docteur *Brunet de Guillestre;* de Propiac (Drôme) par M. le docteur *Loubier ;* de Bourboule (Puy-de-Dôme), par M. le docteur *Choussy;* du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), par M. le docteur *Bertrand ;* de Foncaude (Hérault), par M. le docteur *Bertin ;* de Nérac (Ardèche), par M. le docteur *Viala ;* de Forbes (Seine-Inférieure), par M. le docteur *Cissevelle ;* de Bagnols et de Chaldesse (Lozère); de Rennes-les-Bains (Aude), par M. le docteur *Cazaintre;* d'Uriage (Isère), par M. le docteur *Bernard ;* de Bagnoles (Orne), par M. le docteur *Lebreton ;* de Néris (Allier), par M. le docteur *de Laurès ;* d'Allevard (Isère), par M. le docteur *Niepce ;* des Eaux minérales du département des Landes; de Vals (Ardèche), par M. le docteur *Ruelle ;* d'Euzet et Saint-Jean-de-Cirargues (Gard), par M. le docteur *Perrin ;* de la Motte (Isère), par M. le docteur *Buissart ;* de Charbonnières (Rhône), par M. le docteur *Finaz ;* de Castéra (Gers), par M. le docteur *Malet ;* de Saint-Laurent-les-Bains (Ardèche), par M. le docteur *Fuzet-Dupuget ;* de Silvanès et Cavarès (Aveyron), par M. le docteur *Calvet ;* sur les bains de mer de Biaritz (Basses-Pyrénées), par M. le docteur *Affre*, pendant l'exercice 1853. (*Commission des eaux minérales.*)

2° États de vaccinations des départements de l'Oise, de l'Ardèche, de la Haute-Loire, de Vaucluse, du Tarn, pendant l'année 1854. (*Commission de vaccine.*)

3° Communication de : — *a*. M. le docteur *Billod*, médecin en chef de l'asile des aliénés de Maine-et-Loire (sur une endémie de pellagre observée dans cet asile). (*Comm.:* MM. Ferrus, Baillarger, Gibert.) — *b*. M. le docteur *Orange*, de Sainte-Eugénie, près d'Alger (Mémoire sur le choléra et son analogie avec la maladie de la vigne et des pommes de terre). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c*. M. le docteur *Pône*, de Chapelle-d'Huin (Rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde en 1854. (*Commission des épidémies.*) — *d*. M. le docteur *Halma-Grand* et M. le docteur *Duhalde* (quatre observations relatives à l'administration du ferro-cyanure de sodium et de salicine comme succédané du sulfate de quinine. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *e*. M. le docteur *Despine*, d'Aix (Du captage des eaux minérales d'Aix en Savoie). (*Commission des eaux minérales.*) — *f*. M. le docteur *Guillon* (Note sur la cure radicale de l'hydrocèle par l'introduction d'une bougie élastique dans la tunique vaginale. (*Commission déjà nommée.*)

— M. *Velpeau* dépose sur le bureau une note de M. le docteur *Belleli*, médecin à Trébizonde (Turquie d'Asie), sur la coïncidence des accès de certaines fièvres intermittentes des Indes et du Levant avec les époques lunaires.

— M. le *Président* annonce que M. le docteur *Roux*, membre correspondant, assiste à la séance.

Lectures et Mémoires.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports relatifs à des remèdes secrets. Les conclusions négatives qui les terminent sont adoptées sans discussion.

EAUX MINÉRALES. — M. *Boullay* lit un rapport sur plusieurs demandes adressées au ministre, à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter des fabriques d'eaux minérales artificielles à Lyon.

M. le rapporteur termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Que les fabricants soient soumis à l'inspection, ainsi que le veut l'ordonnance du 18 juin 1823, conformément à l'article 31 de la loi du 11 avril 1803, c'est-à-dire par l'institution qui dorénavant représentera les jurys médicaux;

2° Que les établissements en question ne pourront employer, pour les vaisseaux destinés à l'incorporation du gaz le cuivre ou le plomb, à moins que leur surface intérieure ne soit revêtue d'une feuille d'étain de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Après quelques remarques présentées par M. *Desportes*, relativement à la nécessité de restreindre l'exploitation des eaux minérales artificielles et de propager l'usage des eaux naturelles par une baisse du prix de consommation, les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

VACCINE. — M. *Bousquet* présente, au nom de la *commission de vaccine*, le rapport annuel sur les vaccinations pratiquées en France en 1853, et donne lecture des principaux passages de ce long travail.

Après avoir justifié la vaccine des accusations injustes auxquelles elle a été en butte depuis Jenner, et dont on se plaît à l'accabler encore de nos jours, M. Bousquet rejette l'hypothèse de quelques ennemis de la vaccine qui veulent que la variole ait passé de l'homme à la vache, et que dans ce passage elle ait subi la modification qui en a fait la vaccine.

Il insiste sur les expériences entreprises de nos jours relativement à l'inoculation du virus varioleux mélangé avec du lait, dans le but d'appuyer la théorie qui consiste à ruiner le crédit de la vaccine. Il soumet au contrôle de la critique les 30 observations produites par M. Brachet (de Lyon), qui dans tous les cas vit le mélange de pus variolique et de lait ne produire que des éruptions locales, sans symptômes généraux, sans phénomènes de réaction.

Des faits cités par M. Brachet, il résulterait donc que le virus variolique mélangé au lait constitue un moyen prophylactique plus sûr et plus puissant que le vaccin.

Mais, aux succès de M. Brachet, M. Bousquet oppose les observations de M. le docteur Descieux (de Montfort-l'Amaury). Les enfants auxquels ce médecin a pratiqué l'inoculation du virus lacto-variolique ont été pris, au bout d'un temps qui n'a guère dépassé un septénaire, de symptômes généraux graves promptement suivis d'une éruption variolique bien franche et plus ou moins étendue. Une épidémie de varioloïdes sortit de ces expériences et atteignit six vaccinés !

M. Bousquet rappelle la répugnance, la frayeur même qu'inspirait l'inoculation à Boerhaave, à Van-Swieten, à Frank, et surtout à de Haën. La variole inoculée ne diffère de la variole naturelle qu'en ce qu'elle prend une autre voie pour s'introduire, et choisit son moment.

De la gravité des accidents qui peuvent résulter de l'inoculation et de l'innocuité incontestable qui suit la vaccine, M. Bousquet conclut à la supériorité de la vaccine sur l'inoculation.

Puis il donne quelques préceptes sur la meilleure méthode à suivre pour pratiquer la vaccination, sur les soins que réclament les enfants pendant l'incubation du virus vaccin et la période d'éruption qui la suit. Il n'admet pas qu'il puisse y avoir une bonne et une mauvaise vaccine. La vaccine est ce que la fait le terrain auquel on la confie. C'est le tempérament, c'est l'inaptitude à la petite vérole qu fait la fausse vaccine.

M. Bousquet entre ensuite dans quelques considérations touchant la thérapeutique de la variole. Selon lui, l'art ne peut rien contre le virus, rien contre l'infection qu'il apporte dans le sang; il n'a d'action que contre les effets les plus éloignés, et notamment contre l'éruption. Abordant la question du traitement abortif, M. le rapporteur rappelle, pour la condamner, la pratique dangereuse de Chirac qui saignait ses malades à outrance, convaincu que la variole allait s'écouler avec le sang. De nos jours, on a renoncé à modifier l'économie pour atteindre les pustules ; on agit sur les pustules elles-mêmes.

Après avoir rappelé que Baillou, dès 1579, et plus tard Zimmermann, Rosen, Sulzer, connaissaient le traitement abortif des pustules de la variole et l'utilité dont y était le mercure, M. Bousquet paie un tribut de louanges aux efforts souvent heureux de M. Bretonneau et de M. Serres, qui ont tenté les premiers de nos jours, par des procédés différents, de provoquer l'avortement des pustules varioliques. M. Bousquet insiste de préférence sur l'application des topiques mercuriels employés par M. Serres et préconisés avec un véritable enthousiasme par M. Gariel. Il pense que c'est au mercure que l'*emplâtre de Vigo cum mercurio* doit toute son efficacité ; mais il préférerait une préparation plus facile à manier et à maintenir en contact immédiat avec la peau. M. Bousquet veut qu'on fasse usage de ce moyen avant le cinquième jour, car plus l'éruption est récente, plus elle est faible et facile à vaincre ; du sixième au neuvième jour, on parvient difficilement à prévenir la suppuration ou à l'arrêter.

M. le rapporteur signale aussi les onctions graisseuses sans mercure employées par M. Piorry, les applications de collodion vantées par M. Levylier, les fomentations de teinture d'iode iodurée préconisées par M. Bonnet.

Tous ces procédés comptent des succès; aucun n'est souverain, et ne mérite une confiance sans réserve. Il se trouve quelquefois dans les pustules de la variole une force que rien ne peut dompter.

M. le rapporteur examine enfin quel sera le résultat de tous ces essais d'avortement, non plus sur les pustules, mais sur l'issue de la variole et sur la vie des malades.

Malgré les succès inouïs obtenus par M. Serres et plus tard par M. Briquet, M. Bousquet pense que la cautérisation ou les onctions mercurielles n'agissent manifestement que sur la peau, en détournant ou en atténuant l'éruption. Les méthodes abortives ne peuvent rien contre les pustules de l'intérieur des voies aériennes qui font mourir d'asphyxie la majorité des varioleux ; elles sont impuissantes contre le virus qui coule avec le sang avant de se manifester à la peau.

La liste des récompenses à distribuer aux auteurs des meilleurs travaux sur la vaccine pendant l'année 1853 sera lue et discutée en *comité secret*.

PRÉSENTATION. — M. le docteur *Guillon* présente à l'Académie un enfant de cinq ans et demi qui lui est envoyé par M. Thomas (de Tours), pour être opéré, s'il y a lieu, d'un *épispadias*.

L'émission des urines se fait en arrosoir, mais elle est soumise à la volonté du jeune malade. M. Guillon a tenté le cathétérisme, et présume qu'il a pu arriver librement jusqu'à la portion membraneuse de l'urèthre.

M. *Larrey*, dans un cas analogue, a cru devoir s'abstenir d'une opération qu'il considère comme peu efficace à remédier à une semblable infirmité et qui peut d'ailleurs exposer les enfants à des dangers sérieux.

M. *Barth* rappelle un cas d'épispadias observé chez un adulte de vingt ans, et présente quelques considérations sur la nature de l'épispadias, desquelles il infère que l'exercice de la vie étant compatible avec ce vice de conformation, il est peut-être plus sage de renoncer à toute opération.

M. *Morcau* a vu un certain nombre d'épispadias, et le plus souvent accompagnés de la disjonction de la symphyse pubienne; selon lui l'épispadias résulte de l'écartement des corps caverneux qui forment une gouttière à la face dorsale de la verge. Il ne pense pas, comme M. Guillon, qu'il puisse exister un urèthre normal sous l'épispadias, et il conclut au rejet de l'opération.

M. *Jobert* (de Lamballe) croit, au contraire, qu'il serait possible de pratiquer une sorte d'urèthre artificiel en convertissant en canal la gouttière de l'épispadias au moyen d'un lambeau autoplastique emprunté à la peau de la région pubienne, comme il l'a fait lui-même dans un cas semblable chez un enfant opéré depuis quelques années, et dont la verge a presque repris aujourd'hui la forme de l'état normal (1).

La séance est levée à cinq heures moins vingt-cinq minutes.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 1er JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

M. *Guiboul* expose à la Société le fait suivant :

KYSTE HYDATIQUE PROBABLE DU FOIE.

« Le nommé Descours, journalier, âgé de trente et un ans, entre le 19 janvier 1855 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 37.

» Ce malade offre toutes les apparences de la santé; bonne et forte constitution, système musculaire parfaitement développé, coloration normale ; appétit régulier, digestions toujours faciles. Il est venu à l'hôpital pour une diarrhée qui dure depuis quelques jours. Il se plaint, en outre, d'une douleur fixe siégeant à la région épigastrique, douleur qui remonte à deux mois.

» L'épigastre du malade, examiné avec le plus grand soin, ne fournit aucune donnée sur le point de départ et sur la nature de la douleur. Il n'y a ni tumeur, ni empâtement, ni rénitence à la pression. Celle-ci est difficilement supportée. Aucune matité anormale, pas de battements artériels.

» Un vésicatoire volant *loco dolenti* et quelques opiacés font disparaître la douleur et la diarrhée. Le malade mange trois portions.

» Sa santé paraît excellente sous tous les rapports.

» Le 10 février, on apprend que pendant la nuit il est survenu un vomissement de matières noirâtres, et une selle analogue. En même temps la douleur épigastrique a reparu.

» Un cautère volant est appliqué à cette région.

» A partir de ce jour, l'amélioration est sensible ; plus de vomissements, plus de selles noires ; l'appétit est revenu, le malade mange et digère comme dans l'état physiologique ; il se dispose à demander sa sortie.

» Mais le 17 février, après la visite, une hémorrhagie extrêmement abondante se produit tout à coup, et sans aucun prodrome, par la bouche ; une quantité de sang équivalente à 1 litre 1/2 à 2 litres est vomie ; le sang est projeté avec violence ; il est rouge, rutilant, et parfaitement liquide. Le malade est renversé sur son lit, exsangue, décoloré, sans pouls, et meurt peu d'instants après.

» A l'autopsie, faite en présence de M. Barth, on trouve à la face inférieure du foie une tumeur plus volumineuse que le poing d'un adulte. Cette tumeur est creusée dans l'épaisseur même du foie, et se trouve complétée à sa partie inférieure par une enveloppe membraneuse. Cette en-

(1) Les honorables membres paraissent ignorer le remarquable travail publié dans ce journal l'année dernière (GAZ. HEBD , 31 mars 1854), par MM. Nélaton et Adolphe Richard. On peut dire contrairement à leur opinion, que la chirurgie conservatrice a résolu le problème de la guérison de l'épispadias.

veloppe adhère au duodénum. Celui-ci, par l'intermédiaire d'une ulcération de 3 à 4 centimètres de diamètre, communique avec la cavité de la tumeur. Cette cavité se trouve remplie d'un énorme caillot sanguin, et dans l'un des points de sa surface, qui est partout inégale et comme ulcérée, on trouve les orifices béants des vaisseaux hépatiques qui ont fourni le sang de l'hémorrhagie. »

Cette observation offre un grand intérêt, sous plusieurs points de vue différents.

Rien ne pouvait aider au diagnostic. Le malade n'avait jamais reçu de coups à la région épigastrique ; jamais ses fonctions digestives n'avaient été troublées ; jamais il n'avait présenté la moindre trace d'ictère. On ne constatait ni tumeur ni induration, la matité était nulle. On était donc fondé à regarder la douleur épigastrique comme étant de nature purement nerveuse.

Dix jours avant la mort, un vomissement noir a lieu ; ce fut le premier et le dernier. Quelle pouvait être sa signification séméiologique? L'âge du malade, sa belle santé, l'intégrité parfaite de ses fonctions digestives, devaient éloigner toute idée de cancer de l'estomac. L'absence complète de phénomènes morbides du côté du foie devait naturellement faire regarder cet organe comme étant hors de cause.

De toutes ces considérations devait résulter un pronostic favorable, du moins pour le moment présent. Rien ne pouvait faire présager l'hémorrhagie foudroyante terminale, non plus que l'existence d'une tumeur que la palpation réitérée et la percussion la plus attentive avaient toujours été inhabiles à faire découvrir.

Quelle était maintenant la nature de cette tumeur? Était-ce un cancer du foie ? Nous ne saurions l'admettre, en raison de l'âge du malade, de l'absence complète des lésions anatomiques propres au cancer, et des accidents réactionnels qu'il détermine.

Nous pensons, avec M. Barth, que cette tumeur était un kyste, probablement hydatidique; mais ici nous sommes forcé de reconnaître une nouvelle anomalie, puisque la poche membraneuse du kyste n'existait que d'un côté, sa cavité se trouvant creusée directement dans l'épaisseur même du foie.

L'ulcération du duodénum après adhérence intime contractée avec la tumeur dans sa partie membraneuse, et enfin l'hémorrhagie si imprévue et si promptement foudroyante, sont encore, dans un ordre différent, deux faits exceptionnels, relativement à tout ce que nous avons dit de ce malade, et contribuent à rendre ce cas peut-être sans analogue dans la science.

M. *Duparque* avoue ne pas se faire une idée bien précise de l'altération décrite par M. Guibout ; il serait porté à ne voir qu'une *ulcération du duodénum*, manifestée tout d'abord par la diarrhée et la douleur épigastrique.

Par suite d'adhérences et de travail inflammatoire, l'altération se serait communiquée au tissu même du foie; le ramollissement de l'organe, l'excavation de son parenchyme, la rupture des vaisseaux hépatiques, l'épanchement du sang dans cette cavité de nouvelle formation, le reflux, enfin, de ce sang dans l'estomac, auraient été les symptômes subséquents qui se seraient manifestés en dernier lieu par l'hémorrhagie foudroyante.

Après quelques observations présentées par MM. *Camus* et de *Pietra-Santa*, l'observation de M. Guibout est renvoyée au comité de rédaction.

M. *Debout* lit un rapport sur un mémoire de M. *Delioux*, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société.

Sur la demande de M. *Camus*, la discussion du rapport est renvoyée à la séance suivante.

M. *Cazeaux* lit un rapport sur une note lue à la Société par M. le docteur *Adolphe Richard*, ayant pour titre :

DE L'ÉCOULEMENT PAR LE MAMELON DANS LES TUMEURS BÉNIGNES DU SEIN.

Pour peu que l'on ait vu un certain nombre de tumeurs du sein, on s'est convaincu de la difficulté qu'il y a à porter sur elles un diagnostic rigoureux et précis. Quel est le siége de l'engorgement? Quelle est sa cause? Quelles sont les chances que présente l'opération? La tumeur est-elle de bonne ou mauvaise nature, bénigne ou maligne? Doit-on craindre ou non la récidive? L'opération peut-elle retarder ou accélérer la terminaison fatale? Telles sont les questions capitales que se pose le praticien, et dont la solution reste, dans la majorité des cas, au moins très douteuse..... Rien n'est si difficile que le diagnostic des tumeurs, ai-je bien souvent entendu dire à l'illustre Boyer; et cette proposition, répétée presque à chaque clinique par l'ancien chirurgien de la Charité, est encore aujourd'hui, malgré les progrès modernes de la clinique, malgré les nouveaux moyens d'investigation, d'une rigoureuse exactitude. Aujourd'hui, comme il y a trente ans, rien n'est si difficile que le diagnostic des tumeurs. Cette difficulté ne se rencontre pas seulement dans les tumeurs profondément situées, au centre des grandes cavités ou dans l'épaisseur d'organes volumineux, mais nous la retrouvons encore dans les tumeurs le plus superficiellement placées. Les tumeurs du sein, par exemple, qui, par leur position, sont si facilement accessibles à tous nos moyens d'investigation, n'échappent pas à la loi commune.

Parmi les questions qui le plus souvent sont insolubles, il en est une qui de tout temps a préoccupé les meilleurs esprits. La tumeur est-elle bénigne ou de nature à récidiver? L'opération sera-t-elle suivie d'une guérison définitive ou temporaire? C'est à résoudre cette question qu'a travaillé le docteur Adolphe Richard, et il croit avoir trouvé dans l'écoulement qui se fait souvent par le mamelon chez la femme affectée d'une tumeur du sein un signe diagnostique de la plus haute importance.

Il y a plus de deux ans déjà, qu'examinant dans plusieurs services de chirurgie un certain nombre de mauvaises affections ou tumeurs du sein, il fut frappé de la fréquence assez grande des écoulements par le mamelon. En très peu de temps, en effet, il put recueillir six observations où des femmes, ayant une tumeur dans le sein, avaient perdu ou perdaient actuellement un liquide par le mamelon. Chez l'une, ce n'était d'abord qu'un suintement sanguinolent qui s'effectuait chaque jour par les pertuis du mamelon; bientôt ce suintement fut plus marqué et constitué par du sang pur, et assez abondant pour obliger la malade à se garnir le devant du sein avec un tampon qu'elle renouvelait matin et soir. Cet écoulement se reproduisit pendant deux mois, en quantité variable. Chez une autre, dont la tumeur était beaucoup plus volumineuse, l'écoulement était aussi beaucoup plus abondant, à ce point que pendant quatorze jours le sang ne cessa de couler par le mamelon chaque fois qu'on enlevait les linges qui recouvraient le sein, et que M. Robert se crut obligé, pour s'opposer à l'hémorrhagie, d'établir une compression assez forte; celle-ci fut maintenue pendant quinze jours, et on ne leva l'appareil que pour lui faire son opération. Chez deux autres malades également observées par M. Richard, le même phénomène fut constaté ; seulement au lieu d'être constituée uniquement par du sang pur, l'une d'elles ne voyait suinter que de l'eau rousse, une humeur jaunâtre ou ressemblant quelquefois au petit-lait.

Cet écoulement ne varie donc pas seulement par sa quantité; mais sa coloration, sa consistance, peuvent offrir aussi des différences très notables aux diverses époques de la maladie. C'est ce que confirment pleinement les trois nouvelles observations que M. Richard a communiquées à la Société.

Le fait qu'a signalé M. Richard avait été déjà mentionné par plusieurs chirurgiens; mais ce qui appartient incontestablement à notre confrère, c'est d'avoir posé que cet écoulement séro-sanguinolent se rencontrait assez fréquemment dans les tumeurs bénignes du sein, et ne se rencontrait pas, au contraire, dans les affections réellement cancéreuses. Ainsi sur 50 cas de cancer confirmé, l'auteur n'a jamais rencontré d'écoulement d'aucune sorte, tandis que, dans les 7 cas de tumeurs hypertrophiques de la mamelle, il a sept fois constaté les symptômes sus-mentionnés. Il a dû tout naturellement être porté à considérer ce signe comme propre à l'hypertrophie partielle de la mamelle. Une observation plus récente paraissait tout d'abord de nature à modifier ses convictions, car malgré l'écoulement mammaire, l'examen de la tumeur ne permit pas de méconnaître l'élément cancéreux. Fort heureusement pour le nouveau signe, que le microscope fit apercevoir les éléments mammaires hypertrophiés à côté des masses cancéreuses.

Les observations de notre confrère ont certainement une grande importance, et méritent à tous égards de fixer l'attention. Elles me paraissent évidemment prouver qu'assez souvent le suintement par le mamelon coïncide avec une tumeur adénoïde. Mais M. Richard, très réservé pourtant dans l'expression de sa pensée, semble vouloir aller un peu plus loin, car s'il déclare en finissant ne pouvoir préciser dans quelle proportion les tumeurs mammaires chroniques s'accompagnent de l'écoulement indiqué, il ne l'a jamais rencontré dans le cancer. Ce serait donc pour lui un signe presque pathognomonique de la tumeur bénigne.

Les faits aujourd'hui assez nombreux mentionnés par d'autres chirurgiens ne nous permettent pas de partager sur ce point les espérances de notre confrère. Déjà, dans une autre enceinte, MM. Guersant, Robert, Lenoir, Morel, etc., ont cité plusieurs observations dans lesquelles la nature évidemment cancéreuse de la tumeur n'avait pas exclu l'écoulement par le mamelon. M. Velpeau va même plus loin, et, discutant la valeur de ce signe, déclare l'avoir rencontré plus souvent avec le squirrhe ou l'encéphaloïde qu'avec les tumeurs bénignes.

Si donc notre expérience personnelle ne nous met pas en mesure de prononcer entre M. Richard et ses contradicteurs, les assertions d'hommes aussi compétents doivent au moins nous imposer une très grande réserve. Aussi, tout en reconnaissant que notre confrère a rendu un véritable service à la science en fixant l'attention sur un symptôme dont la valeur avait été méconnue, nous laisserons à l'avenir le soin de décider de sa valeur diagnostique.

Vous connaissez tous M. Adolphe Richard; vous savez tous qu'après avoir été successivement interne des hôpitaux, aide et prosecteur d'anatomie à la Faculté, il a obtenu par le concours les titres d'agrégé à la Faculté de médecine et de chirurgien des hôpitaux. Il a déjà publié plusieurs mémoires importants, dont l'appréciation sera faite par un de nos collègues, et que je n'ai pas mission d'examiner. Obtenir si jeune de pareils résultats, c'est s'engager beaucoup pour l'avenir. Il est d'ailleurs de noble race scientifique, et n'est pas homme à laisser ternir son blason.

M. *Camus* lit le rapport suivant sur un mémoire de M. le docteur *Gariel* ayant pour titre :

DU TRAITEMENT DE LA VARIOLE PAR LES MERCURIAUX.

Dans une de vos dernières séances, vous avez entendu un rapport de M. Debout sur un travail de M. Delioux, traitant également de l'application des mercuriaux dans la variole ; j'ai soin d'en tenir compte dans l'exposé qui suit.

Quand on consulte les écrits publiés sur la variole, on arrive facilement à reconnaître que la plupart des traitements mis en usage reposent sur cette idée, que la maladie tient à un germe que tous les hommes apportent en naissant, que dès lors elle a été regardée comme un mal inévitable, nécessaire même pour purifier le sang. De là aussi la croyance, devenue vulgaire, que les sujets qui ont eu la petite vérole se portent mieux que ceux qui ne l'ont pas eue, et mieux que les sujets vaccinés.

La doctrine humorale, qui voit dans la variole un mouvement dépurateur qu'il faut respecter, est encore, malgré les progrès réalisés par l'introduction de la vaccine, celle de la plupart des médecins de notre époque. C'est elle, en effet, qui empêche le médecin de rien entreprendre pour s'opposer à l'évolution des pustules varioliques.

En effet, que ne dirait-on pas, encore aujourd'hui, du médecin dont le malade succomberait à la suite d'applications qui auraient empêché la variole de se développer sur la plus grande partie du corps? On ne se contenterait pas d'accuser le médecin d'avoir empêché l'éruption de sortir ; on dirait qu'il l'a fait rentrer, et que c'est l'humeur qui a étouffé le malade.

Si ce n'est pas tout à fait ainsi que raisonnent les médecins, ce sont du moins les idées que le public a reçues et conservées, et auxquelles enfin nous sacrifions trop souvent dans l'intérêt de notre réputation, plus que dans celui du malade.

Si l'on voit encore des praticiens employer les remèdes qu'ils croient propres à favoriser le phénomène éruptif, et se féliciter quand les boutons sont gros, pleins, entourés d'une auréole inflammatoire d'un rouge vif; s'ils pensent, avec le public, à quel degré l'économie va être soulagée par la sortie d'une si grande quantité d'humeur ; si enfin, en tenant cette conduite, il est avéré qu'on perd la moitié des sujets adultes atteints de variole confluente, il est urgent de rechercher la cause de si grands mécomptes, et l'on doit faire de nouveaux efforts pour ramener l'attention des médecins sur un mode de traitement qui a presque constamment donné de bons résultats, et a déjà pour lui, depuis longtemps, la sanction des praticiens très habiles et très véridiques. Ce mode de traitement est celui par les mercuriaux à l'extérieur et à l'intérieur.

Avant d'aborder l'étude du traitement par les mercuriaux, je dirai un mot de la méthode ectrotique, à l'aide de laquelle M. Serres a cherché à combattre le développement des pustules varioliques.

Il y a plus de trente ans, M. Serres s'était occupé avec beaucoup de suite de l'étude de la variole, et publiait plusieurs mémoires fort intéressants sur l'évolution et le traitement de cette maladie ; mais jusqu'en 1835, époque à laquelle M. Gariel expérimenta dans son service, M. Serres bornait les moyens abortifs des pustules à la médication ectrotique.

La cautérisation avec un crayon fin de nitrate d'argent, qui constituait toute cette méthode, n'était appliquée par lui qu'aux pustules du bord libre des paupières, à celles de l'œil, à quelques pustules de la face, et non à la généralité des pustules, comme le lui ont fait dire à tort quelques écrivains.

Je trouve encore, dans une de ses leçons cliniques qui me tombe sous la main, qu'il se défend de cette prétention d'avoir jamais voulu empêcher l'éruption sur une partie notablement étendue du corps, et il pensait qu'il pouvait y avoir quelque danger à le tenter.

Ce savant appliquait la méthode ectrotique aux yeux, à quelques pustules de la face, dans l'espoir de faire avorter l'encéphalite, qu'il considérait comme pouvant être le résultat de l'inflammation transmise directement par les vaisseaux de l'œil au cerveau. Il se proposait aussi, par ce moyen, d'éviter la perforation de l'œil, accident que l'on sait être quelquefois la conséquence des pustules développées sur le globe oculaire lui-même.

En 1831, j'étais moi-même interne de M. Serres; nous cautérisions toutes les pustules du bord libre des paupières et de l'œil, et jusque-là il n'était question dans le service d'aucune application mercurielle sur les pustules.

L'usage des mercuriaux dans le traitement de la variole n'est pas seulement négligé par la grande majorité des médecins, mais leur utilité vient d'être niée à l'Académie de médecine par M. le professeur Piorry. Il a donc pu sembler très opportun à M. Gariel de remettre sous les yeux de la Société de médecine les faits sur lesquels s'appuie l'opinion contraire.

Dans le mémoire dont vous avez entendu la lecture, M. Gariel s'est proposé d'examiner : 1° Quelle est la valeur des mercuriaux dans le traitement de la variole. 2° Quels avantages on peut retirer de l'emploi des mêmes médicaments dans le traitement prophylactique de cette maladie.

La première question, « de la valeur des mercuriaux dans le traitement de la variole, » n'est pas nouvelle assurément, et notre confrère prend soin d'établir qu'il ne réclame point la priorité. Ce serait, du reste, un travail assez long et peu utile, que de présenter par ordre les noms des médecins qui ont préconisé l'emploi du mercure contre la variole.

La partie historique du travail de M. Gariel, qui a trait à ce côté de la question, ne mentionne pas moins de vingt auteurs qui ont recommandé, avec la conviction que donne l'observation des faits, l'usage des différentes préparations mercurielles contre cette affection.

Parmi ces médecins, quelques-uns ont signalé l'influence abortive des topiques mercuriels ; mais la plupart ont cherché dans cet agent un spécifique pour combattre intérieurement la cause de la maladie, et tous se sont accordés à reconnaître que les meilleures préparations étaient l'éthiops minéral, mélange de mercure et de soufre; le muriate de mercure, ou calomel, et l'oxyde noir de mercure.

Malgré l'autorité des médecins qui, il y a plus de cent ans, ont signalé les préparations mercurielles comme propres à faire avorter les pustules varioliques. Cette méthode de traitement était à peu près oubliée, lorsque, en 1825, M. Gariel, interne de M. Serres, entreprit, sous la direction de son chef, de nouvelles expériences pour confirmer ou infirmer l'assertion de Malouin sur l'influence du mercure appliqué à l'extérieur contre le développement des pustules. C'est alors qu'il multiplie les expériences pour déterminer si l'avortement des pustules varioliques dépend de l'action du mercure, ou simplement de la soustraction des parties au contact de l'air.

La conclusion légitime des faits observés fut qu'on devait au mercure seulement, et non à la privation du contact de l'air, l'avortement des pustules.

Pour compléter son travail, M. Gariel expérimenta comparativement les différentes préparations mercurielles, afin de connaître leur degré d'efficacité respective. C'est ainsi que furent essayés le protochlorure et le deutochlorure de mercure, l'onguent mercuriel double, et le résultat, toujours identique, ne permit pas le moindre doute sur l'action spécifique du mercure.

L'efficacité de ce traitement parut telle alors à M. Gariel, que, dans une note qui se trouve à la fin de son mémoire, publié en 1835, il s'exprime ainsi :

« Si l'on faisait avorter sur un individu toutes les pustules de la face et » du corps, la variole deviendrait très simple. »

Jusque-là l'expérimentation était peut-être insuffisante pour établir une proposition aussi absolue. Nous verrons plus loin jusqu'à quel point son auteur s'est approché de la vérité.

Après les développements nécessaires donnés à la partie expérimentale de son travail, M. Gariel insiste sur les précautions à prendre dans l'application des agents auxquels il attribue la propriété de faire avorter les pustules varioliques.

Ainsi, l'emplâtre de Vigo, ramolli par une douce chaleur, ne sera appliqué que lorsqu'il adhère fortement aux doigts.

L'onguent mercuriel sera employé à la dose de 8 à 10 grammes, matin et soir, en frictions pendant cinq minutes et trois ou quatre jours consécutifs.

Le protochlorure sera associé à l'axonge en quantité suffisante pour former une pâte épaisse qui doit se maintenir sans couler sur la peau très chaude des malades; mais, tandis que, sous cette dernière application, la peau conserve sa couleur normale, avec le deutochlorure, au contraire, qui agit de même pour arrêter le développement de l'exanthème, l'épiderme se soulève dans l'intervalle des pustules comme sous l'application de légers escharotiques. Il en résulte, si cette application a été faite du quatrième au huitième jour de l'éruption, très tard par conséquent, une suppuration diffuse qui s'échappe par les fissures que présente l'épiderme fendillé et soulevé, ce qui n'empêche pas les pustules de s'affaisser et de se cicatriser sans laisser la moindre trace.

Le fait de l'avortement des pustules sous les topiques mercuriels était trop important pour ne pas éveiller l'attention des médecins ; toutefois, à la suite de M. Gariel, on ne voit guère que notre collègue, M. Briquet, qui ait exposé dans un mémoire remarquable, publié dans les *Archives* en 1838, les nombreuses expériences qu'il avait entreprises dans le but de constater les effets des topiques mercuriels contre la variole. Je résumerai ici en quelques mots les propositions qui découlent de l'observation de

M. Briquet : 1° L'emplâtre de Vigo exerce une influence très prononcée sur les pustules, tandis que le diachylon n'en produit aucune. 2° La résolution par cet agent, dans beaucoup de cas, ne porte que sur la moitié des pustules. 3° Ce qui reste de l'exanthème se convertit en simples vésicules analogues à celles de l'herpès, de petite dimension, sans inflammation notable, sans suppuration. 4° Après cinq jours de l'emploi des topiques mercuriels, l'exanthème est complètement terminé, sans avoir passé par la période de suppuration, tandis que le reste du corps est couvert de pustules qui persistent jusqu'au dixième jour de l'éruption, et même jusque vers le quinzième jour, en laissant une cicatrice déprimée. 5° Si l'application des topiques mercuriels se fait plus tard que le cinquième jour, l'exanthème se trouve simplement modifié, et se transforme en tubercules. M. Briquet fait judicieusement remarquer que, sous l'influence de cette application tardive des mercuriaux, l'éruption n'est plus profondément modifiée que dans une partie des pustules, celles qui sont le moins avancées dans leur développement. Les autres conservent leur caractère de pustules.

On sait, en effet, et M. Serres a beaucoup insisté sur ce fait, que l'éruption varioleuse se fait par poussées successives, et l'on se rend ainsi compte de la différence d'action des topiques mercuriels sur des pustules qui n'ont pas le même âge ni le même degré de développement.

Le mécanisme suivant lequel l'emplâtre de Vigo agit pour arrêter le développement des pustules me paraît avoir été clairement exposé par M. Briquet. Je cite textuellement : « Si l'emplâtre a été appliquée de bonne heure, c'est-à-dire avant que les pustules contiennent du pus, et si l'éruption est d'une confluence médiocre, l'exanthème se convertit en vésicules qui présentent l'aspect et les caractères de l'herpès.

» Si l'emplâtre n'a été appliqué qu'après le cinquième jour de l'éruption, l'exanthème de la face se convertit en tubercules. Cette conversion est le résultat d'une action incomplète des emplâtres de Vigo sur une éruption qui a beaucoup d'activité.

» Le topique n'a pu empêcher l'exsudation plastique de continuer dans le bouton varioleux, mais il l'a empêché de dégénérer en pus ; et si l'on n'observe de tubercules qu'à la face, c'est que là, malgré tous les soins, il est impossible d'obtenir une application aussi rigoureusement exacte que partout ailleurs. »

Voici enfin comment M. Briquet répond aux objections qui pourraient être faites à la méthode des topiques : « Sur plus de trente sujets qui ont été traités par des topiques mercuriels placés sur de grandes surfaces, il a été impossible d'apercevoir la moindre altération dans la marche de la maladie.

» Les varicelles se sont terminées dans la portion d'exanthème non modifiée après quatre à cinq jours d'éruption ; les varioloïdes, après huit à dix jours, et les varioles, après seize à dix-huit jours. Les accidents ont toujours semblé être plus faibles que dans les varioles traitées par une autre méthode. Les convalescences ont toujours été rapides et franches. »

Les métastases ne s'observent pas et ne se comprennent pas ; le mercure agit comme un puissant résolutif, sans qu'on puisse dire si c'est en activant l'absorption, ou en détruisant par une action spéciale la cause de la maladie.

M. Briquet conseille d'appliquer seulement un masque dans toutes les varioles discrètes, et de recouvrir les paupières d'onguent mercuriel, afin de mettre les yeux à l'abri des ulcérations qui surviennent fréquemment pendant le cours de cette maladie ; mais, si l'éruption est abondante, il veut, ainsi que l'avait déjà fait M. Gariel en 1835, que l'on couvre la poitrine, l'abdomen et les membres de larges emplâtres de Vigo, pour prévenir les phénomènes inflammatoires, les cicatrices à la peau, enfin, pour abréger la maladie. Cette pratique n'offre que des avantages, et n'expose à aucun accident.

On voit par là combien M. Gariel était près de la vérité, quand il imprimait, en 1835, que la variole se trouverait simplifiée, si l'on pouvait empêcher le développement des pustules sur toute la surface du corps.

Par cette expérimentation, on peut juger aussi de l'inutilité des précautions employées par quelques médecins pour favoriser sur les membres l'éruption qu'on s'efforce d'arrêter à la face. Toutefois, je ne puis omettre de rappeler ici l'opinion contraire de M. Bousquet, dans un rapport à l'Académie sur un travail de M. Charcelay, en 1846.

Sur l'interpellation de M. Desportes, qui demandait si c'était sans danger qu'on pouvait faire avorter l'éruption pustuleuse, M. Bousquet répondait « qu'il y aurait sans doute danger, si l'on appliquait les moyens abortifs sur toute la surface du corps, mais que, sur le visage seulement, cette application lui paraissait sans danger. »

Après avoir démontré la prééminence des topiques mercuriels sur les autres enduits, il convient de rechercher celui d'entre eux auquel le praticien donnera la préférence.

M. Gariel conseille l'emplâtre de Vigo ramolli à l'aide d'une douce chaleur, jusqu'à ce qu'il adhère fortement aux doigts. La matière emplastique est appliquée sans le secours de la toile, parce que, avec cette dernière, selon lui, l'application est moins exacte ; ensuite, parce qu'il se forme, entre la peau et l'emplâtre, une exsudation blanchâtre qui paraît s'opposer à l'absorption du médicament.

Comme on le voit, M. Gariel ne compte pas seulement sur l'effet local, mais encore sur l'effet général du médicament abortif.

L'onguent mercuriel, le calomel uni à l'axonge, jouissent, d'après lui, du même degré d'efficacité que le Vigo. Dans un mémoire envoyé à l'Académie, et dont M. Bousquet a rendu compte en 1846, « M. Charcelay préfère à toutes les préparations l'emplâtre de Vigo ; mais il veut qu'il soit récemment préparé. Il le laisse en place huit à dix jours, sans renouveler l'application, et non-seulement le mercure arrête la marche des pustules sur lesquelles on l'applique, mais il exerce un effet analogue, quoique moins sensible, sur les pustules éloignées. Enfin, d'après ce médecin, nul autre emplâtre, ni ceux de plomb, de ciguë, ni celui de diachylon, ne peut remplacer le Vigo, » ce qui constitue à ses yeux les caractères essentiels des spécifiques.

Dans le rapport que vous a lu, dans la dernière séance, M. Debout, sur un mémoire de M. Delioux, médecin en chef de la marine, à Brest, notre collègue vous a aussi montré le peu d'avantage qu'on pouvait retirer des applications de collodion, agissant seulement comme moyen de soustraire les pustules au contact de l'air ; mais, en même temps, il vous a fait connaître l'efficacité du collodion mercuriel.

J'emprunte au rapport de M. Debout le passage suivant, qui a trait à l'usage de ce moyen : « L'emploi du collodion constituait un procédé abortif si simple et si facile à manœuvrer, que les insuccès dont nous avions été témoin ne suffirent pas pour nous faire abandonner ces tentatives, et l'idée devait naître immédiatement, dans l'esprit des médecins habitués aux expérimentations thérapeutiques, d'ajouter à l'action compressive de l'enduit, celle d'un médicament consacré par une longue étude, le mercure. Un seul sel, le bichlorure, est soluble dans l'éther, et pouvait être incorporé au collodion. Quelques essais, tentés autrefois avec des pommades à base de sublimé, légitiment cette addition. D'ailleurs, l'efficacité du collodion mercuriel, comme agent spécifique, m'avait été démontrée par la guérison d'un cas de psoriasis syphilitique dans lequel je l'avais mis en œuvre avec un grand avantage pour le malade. »

» La formule du collodion mercuriel dont je me suis servi dans ce cas est très simple :

Bichlorure de mercure.	0,30 centigr.
Faites dissoudre dans alcool . .	q. s.
Et ajoutez collodion élastique. .	30 grammes.

S'il reste encore quelque doute sur le choix du meilleur véhicule de l'agent mercuriel, les cliniciens des hôpitaux ne peuvent tarder à nous faire connaître celui qui offre le plus d'avantages.

Puisqu'il s'agit encore de nouvelles expériences comparatives à faire, les observateurs ne négligeront sans doute pas de vérifier les assertions de notre collègue M. Boinet, et qu'on trouve à la page 647 de son *Traité d'iodothérapie* qui va paraître dans quelques jours.

Je transcris ici, pour plus d'exactitude, le passage de son livre qui a trait à la médication iodée, et dont il a bien voulu me donner communication :

« D'après une note insérée dans le *British American Journal* (1848), la teinture d'iode aurait, comme les préparations mercurielles, l'avantage de faire avorter les pustules varioliques ; il suffit d'étendre cette teinture à l'aide d'un pinceau sur toutes les parties qu'on tient à préserver de cicatrices indélébiles. On peut se borner à une application par jour, mais le traitement doit être commencé dès les premiers jours de l'éruption, et être répété jusqu'au cinquième ou sixième jour. On voit alors, sous l'influence incontestable de ce topique, le gonflement de la peau diminuer, les pustules s'aplatir sans suppuration, et les croûtes tomber sans laisser de traces. »

Depuis dix ans, M. Boinet a fait cette application dans plusieurs cas de variole confluente, et a toujours vu avorter les pustules varioliques, sans inconvénient aucun pour les malades.

L'avantage, d'après notre confrère, que l'iode aurait sur les préparations mercurielles, c'est que la teinture iodique peut être appliquée partout, sur les yeux, les paupières, les lèvres, les ailes du nez, les oreilles, et sur les muqueuses jusque dans la bouche et le fond de la gorge.

M. Crawford (*New-York Medical Times*, 1853), dont l'observation confirme de tout point les résultats qui précèdent, a pu sans inconvénient étendre ce traitement à toute la surface du tégument externe. Et selon lui, sa première application détermine un peu de douleur qui ne se manifeste plus quand on revient à une deuxième application du médicament.

Après avoir indiqué sur quels faits on devait juger de la valeur des applications mercurielles, et la part qui revient à M. Gariel dans la réhabilitation de ce traitement, je passe à la seconde partie du travail de

M. Gariel : « De la valeur des mercuriaux comme moyen prophylactique de la variole. »

L'expérimentation sur laquelle s'appuie ce médecin remonte à 1837. Deux frères d'un sujet variolé furent pris en même temps des prodromes de la variole. Ils furent traités pendant cette période avec 25 centigrammes de protochlorure de mercure administré tous les jours. L'éruption se fit sans accident ; elle resta bénigne, quoique les sujets ne fussent pas vaccinés, et que le premier atteint des trois frères eût une variole confluente.

C'est la même observation, reproduite depuis lors un assez grand nombre de fois, qui a permis à M. Gariel de conclure que le protochlorure de mercure, donné pendant la période d'incubation, modifie profondément la marche subséquente de la maladie.

Ces faits pourraient paraître nouveaux à quiconque n'aurait pas fait de recherches dans les auteurs anciens, tant il est peu question de cette médication prophylactique dans les ouvrages modernes.

Cependant l'emploi du mercure à l'intérieur remonte à la même époque que celui des applications externes; ce sont les mêmes médecins du XVIII^e siècle qui ont surtout expérimenté cette médication ; et les occasions ne manquaient pas, alors que des épidémies graves et nombreuses sévissaient incessamment sur tous les points du globe.

Les préparations mercurielles que les médecins de cette époque se sont accordés à regarder comme le spécifique le plus puissant à opposer au principe de la variole sont l'éthiops minéral ou sulfure noir de mercure, le calomel ou protochlorure, nommé aussi panacée mercurielle. Ces agents étaient administrés comme moyen préventif dans le cas d'épidémie, et au début de la maladie pour apaiser l'inflammation et diminuer la quantité d'humeur varioleuse.

Tandis que les uns fixaient la dose du calomel à 4 à 8 grains (20 ou 40 centigrammes) par jour, d'autres, comme Malouin, Poissonnier, Fouquet, conseillaient d'en donner autant que le malade peut en supporter, pendant tout le cours de la fièvre éruptive.

Quand on voit cette confiance générale des médecins du XVIII^e siècle dans la médication mercurielle, quand on se rappelle l'action de cet agent pour arrêter ou anéantir le virus vaccin aussi bien que les pustules varioliques, n'a-t-on pas lieu d'être surpris que les médecins de notre époque, qui se sont livrés à des travaux considérables sur le traitement de la variole, aient à peine cherché à vérifier les assertions des médecins du siècle dernier.

De nouvelles expériences doivent être entreprises dans cette direction, en présence surtout de l'impuissance avérée de nos moyens de traitement ordinaires. Les médecins y seront encouragés non-seulement par leurs devanciers d'un siècle, non-seulement par les faits concluants rapportés dans le mémoire de M. Gariel, mais aussi par l'opinion de M. Briquet, exprimée dans un mémoire publié dans les *Archives* en 1839 : « Je serais disposé à penser, dit M. Briquet, que la pénétration du mercure dans l'économie serait un moyen d'attaquer ce virus lui-même et de prévenir ou diminuer l'éruption variolique. » Et plus loin, notre collègue conseille d'une manière pressante aux personnes qui répugneraient à la vaccine, dans un temps d'épidémie, de se soumettre à un traitement mercuriel. Pendant le cours d'une variole confluente, ce traitement devrait être énergique et poussé jusqu'à la salivation.

En appelant de nouveau l'attention des praticiens sur l'emploi de ces moyens, M. Gariel ne sera pas l'inventeur d'une nouvelle méthode de traitement, mais il aura eu l'honneur de remettre à l'étude un point de thérapeutique trop négligé, quoique des plus importants. Encore quelques efforts, et les préventions qui arrêtent les médecins dans l'emploi d'un traitement abortif de la variole feront place à une confiance déjà suffisamment indiquée par l'expérimentation clinique.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 6 JUILLET 1855.

1. *Statistique médicale du chemin de fer de Lyon*, par M. Devilliers.
2. Communication sur un cas remarquable d'hystérie, par M. *Guibout*.
3. Discussion sur le traitement des pustules varioliques par les mercuriaux.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 27 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

(Suit. — Voir le n° 24, t. II.)

CONFERVE DU BASSIN DE RÉFRIGÉRATION.

Cette conferve croît dans un bassin où séjourne l'eau minérale qu'on laisse refroidir jusqu'au degré le plus bas qu'elle puisse atteindre suivant les circonstances atmosphériques. Ce bassin est exposé en plein air ; son fond et ses parois sont tapissés par un produit qui se différencie de la plante que nous venons de décrire et par ses propriétés physiques et par sa composition intime.

Disposition. — Cette espèce de conferve forme sur les parois, mais surtout au fond du bassin, une couche de 1 à 2 centimètres environ d'épaisseur. Aucun prolongement, aucune expansion ne naît de sa surface. Son adhérence est assez intime, et rarement elle se détache spontanément ; il faut l'arracher en la grattant. Vue à travers la transparence de l'eau minérale, elle est d'abord d'une couleur jaune verdâtre qui devient brune avec le temps. Un assez grand nombre de bulles de gaz, ayant à peu près toutes le même volume, sont disséminées dans sa substance. Elle a une odeur et une saveur *terreuses*. Elle ressemble aussi, dès l'origine, à du frai de grenouille, et elle offre un certain degré d'onctuosité qu'elle perd en vieillissant.

Zone inférieure. — Elle est constituée par une matière friable, grenue d'un vert sale, sans structure apparente, et dans laquelle le microscope fait découvrir un grand nombre de fragments amorphes mêlés à quelques cristaux rhomboédriques. On n'aperçoit aucune espèce de tubes.

Zone moyenne ou intermédiaire. — Elle est formée par une matière gélatiniforme blanchâtre, au milieu de laquelle on trouve quelques fragments de matière verte. Elle adhère intimement aux deux couches entre lesquelles elle est comprise et fait corps avec elle, sans ligne de démarcation. Elle est opaline, comme caséeuse, plus compacte, moins tremblotante et plus facile cependant à diviser que la matière gélatiniforme des autres conferves.

Au microscope, on trouve disséminées quelques cellules présentant l'aspect d'un oval étranglé au niveau des 3/5^es supérieurs avec les 2/5^es inférieurs. Il a la forme d'un bissac dont le grand diamètre est de 1/60^e de millimètre environ. Dans la partie rétrécie, il n'a guère que 1/120^e de millimètre de diamètre, et 1/80^e de millimètre dans chaque partie bombée.

Au centre, on remarque un noyau grenu, couleur vert émeraude, et se prolongeant en proportion égale dans les deux parties renflées. Le pourtour de la cellule est parfaitement transparent.

On rencontre des cellules ayant la même forme que les précédentes, mais dans lesquelles le noyau semble s'être déchiré au point correspondant à l'étranglement, et avoir rempli de matière verte la totalité de la cellule.

Il en est encore d'autres complétement transparentes et dans lesquelles on voit deux noyaux distincts. Chacun d'eux présente la forme d'un disque correspondant à chaque renflement. Parmi toutes ces cellules, il y en a de plus longues les unes que les autres. On dirait qu'elles se sont aplaties dans le sens du plus grand diamètre, et qu'elles ont déterminé en même temps l'aplatissement du noyau (fig. 14).

En isolant de la substance gélatiniforme les fragments de matière verte qui y sont mêlés, et en les soumettant à l'examen microscopique, on y

Fig. 14.

découvre, mais en très petit nombre, des portions de tubes cloisonnés et de tubes ponctués et quelques rares cristaux.

Zone supérieure. — Cette zone supérieure est d'un aspect tomenteux, d'une couleur vert brun. Elle renferme, en proportion à peu près égale, une matière verte et une matière brune disséminées dans son épaisseur. Sa consistance est plus ferme que celle de la zone intermédiaire. Au microscope, on y trouve : 1° les différentes espèces de cellules mentionnées plus haut ; 2° un petit nombre de corpuscules quinze à vingt fois aussi gros que les cellules ordinaires. Ils sont arrondis ; leur couleur est d'un très beau vert. Ces corpuscules ne seraient-ils pas des cellules modifiées dans leur forme et distendues outre mesure par de la matière verte ?

Quand on isole la matière brune pour l'examiner au microscope, on y remarque, en même temps que des cellules, un très grand nombre de petits corps arrondis opaques, noirâtres, de 1/200^e à 1/400^e de millimètre de diamètre, et sur la nature desquels nous ne sommes pas assez renseignés pour avancer une opinion. Afin de ne rien omettre, nous signalerons aussi la présence de quelques filaments opaques verts, extrêmement ténus, et auxquels les cellules semblent quelquefois attachées.

Nous n'avons jamais rencontré dans la conferve des bassins chauds, ni les corpuscules opaques, ni les corps verts arrondis, ni les cellules isolées et en forme de bissac, qui constituent presque à elles seules celle du bas-

sin de réfrigération, dans laquelle les tubes sont, au contraire, très rares. Un des caractères constants de ces cellules, c'est leur isolement. Nous ne les avons jamais vues se souder pour produire des tubes. Elles représentent probablement des individus solitaires, possédant en eux-mêmes la faculté de se reproduire au moyen de l'endochrome, qui se divise, comme nous l'avons vu, de manière à former dans l'intérieur de la cellule, soit un noyau unique, soit deux noyaux disciformes, soit des points isolés et grenus, soit enfin une matière verte, comme épanchée pour remplir la cellule.

PARTIE THÉRAPEUTIQUE.

Si nous voulions énumérer les diverses maladies dans lesquelles les conferves ont été employées comme moyen thérapeutique au milieu de conditions diamétralement opposées, il faudrait, à coup sûr, nommer toutes les affections qui sont soumises à l'action des eaux de Néris. L'application d'un même remède à tous les maux témoigne, en général, d'une confiance équivoque plutôt que d'une foi complète dans ses vertus, et contribue toujours à le discréditer.

Aussi, préférant la consécration qui vient de l'expérience à celle qui vient de la vogue, nous nous sommes appliqués à observer attentivement les phénomènes qui pouvaient servir à déterminer le mode d'action des conferves, en demandant aux faits eux-mêmes ce qu'on doit établir de précis sur des propriétés curatives qui ont été regardées en même temps comme émollientes, calmantes, stimulantes et résolutives.

Les conferves sont employées, soit pour modifier le tissu même de la peau, comme dans certaines formes d'affections cutanées (eczéma, urticaire, lichen, prurigo, psoriasis), soit pour agir par l'intermédiaire de cette membrane sur les tissus qu'elle recouvre (névralgies, rhumatisme, goutte, maladies du système musculaire et articulaire, etc.).

Maladies de la peau. — Nous avons observé plusieurs cas d'urticaire chronique, de lichen et de prurigo, ayant résisté à des médications énergiques et variées, et qui ont été améliorés notablement par le traitement thermal de Néris, composé de bains, de douches et de frictions avec les conferves. Nous mentionnerons seulement ici les phénomènes qu'il faut rapporter directement à l'usage de ces frictions.

Elles ont été pratiquées vingt ou trente jours de suite pendant le séjour des malades dans le bain ; elles duraient de quinze à vingt-cinq minutes. Leur effet immédiat a presque toujours été de produire une sensation légère de picotement, quelquefois de cuisson, dans les plaques ortiées et dans les points où la peau était le siége de papules et d'exfoliations ; mais cette sensation se calmait rapidement lorsque les malades séjournaient quelque temps dans l'eau, et la rougeur légère qui s'était développée disparaissait en général dans l'espace d'une demi-heure, quel que fût son degré d'intensité.

Dans l'eczéma aigu, que la maladie fût récente ou qu'elle durât déjà depuis longtemps, les frictions avec les conferves ont toujours donné lieu à des symptômes d'excitation assez prononcés pour nous forcer à en suspendre l'emploi.

Dans l'eczéma subaigu, lorsque la peau est encore légèrement suintante ou lorsqu'elle est recouverte de lamelles comme épidermiques, mais formées en grande partie par la sérosité desséchée, les frictions ont constamment déterminé de la rougeur et de la chaleur ; quelquefois même elles ont ranimé assez vivement le travail inflammatoire. Nous avons fait souvent frictionner avec les conferves des surfaces de la peau qui avaient été le siége d'une inflammation sécrétoire à une époque déjà éloignée, et sur lesquelles il reparaissait de temps à autre une légère exfoliation épidermique. Les petites écailles se détachaient facilement ; on voyait se développer en même temps une rougeur et une cuisson très légères. Les premières frictions étaient plus excitantes que celles qui suivaient, la susceptibilité de la peau diminuant progressivement. Nous avons vu des malades exposés depuis longtemps à des éruptions vésiculeuses autour des lèvres, des oreilles, des aisselles, puis à des exfoliations épidermiques sèches, et chez lesquels les récidives sont devenues moins fréquentes et moins intenses, comme si cette espèce d'irritation substitutive, renouvelée chaque jour par le traitement thermal, avait modifié le tissu de la peau au point de lui faire perdre l'habitude de l'inflammation première. Dans quelques cas d'*acne indurata*, les frictions avec les conferves, employées simultanément avec les douches de vapeur, ont exercé une action résolutive manifeste.

Dans les maladies squameuses (*psoriasis, lepra vulgaris*), lorsque les plaques rouges de la peau avaient été dépouillées de leurs écailles, l'usage des conferves a encore produit de l'irritation. Nous n'avons à consigner aucun fait qui prouve que l'affection se soit amendée ultérieurement.

Nous pouvons conclure de ces observations, que dans les différentes formes de maladies de la peau pour lesquelles les conferves ont été utilisées en frictions :

1° *L'action émolliente et calmante proprement dite n'a pas été observée.*

2° Que c'est, au contraire, une *action excitante à des degrés divers qui s'est manifestée* (1).

Les frictions avec la plante thermale ont encore été appliquées dans les cas de névralgies faciale, intercostale, sciatique, plantaire, etc. La part qu'elles méritent dans le résultat obtenu est difficile à faire, puisqu'elles étaient employées simultanément avec les autres moyens thermaux.

Affections articulaires, etc. — Mais c'est surtout contre certains états pathologiques des systèmes musculaire et articulaire, ainsi que l'avait déjà indiqué notre honorable confrère le docteur Forichon, que nous les avons vues réussir le plus avantageusement. Ces états pathologiques, différant les uns des autres par les causes qui les produisent et par les lésions matérielles ou les troubles fonctionnels qui les constituent, ne pourraient être appréciés exactement qu'en lisant les observations recueillies par l'un de nous (M. de Laurès), et qui seront publiées ultérieurement dans un autre travail. Nous signalerons seulement ici qu'elles se rapportent à des hydarthroses, à des tumeurs blanches des parties molles, à des gonflements suite d'entorses, à certaines contractures musculaires, etc. Parmi les cas plus simples, nous mentionnerons les engorgements périarticulaires permanents autour des jointures rhumatisées, et qu'on rencontre le plus ordinairement dans celles des doigts, des orteils, du carpe et du tarse. Ils ont leur siége dans les téguments et dans les parties plus profondes. Les capsules articulaires sont souvent distendues par un peu d'épanchement synovial. En général, cet état ne s'accompagne ni de chaleur, ni de rougeur, et c'est principalement dans ces circonstances que les frictions sont très utiles. Cependant nous les avons souvent employées même quand il subsistait encore une congestion active. La stimulation qui en résultait se trahissait par du gonflement et par une rougeur assez vive, mais non persistante, et une amélioration prononcée ne se faisait pas longtemps attendre. Nous avons noté que presque toujours les mouvements de l'articulation gagnaient en force, en souplesse, en étendue, avant que le gonflement lui-même eût diminué d'une manière sensible.

Modes d'administration. — L'étude à laquelle nous nous sommes livrés démontre que l'action thérapeutique doit varier suivant qu'on se sert des conferves à l'état récent, ou des conferves qui ont vieilli. Il y aurait donc eu avantage réel à pouvoir choisir, d'après les indications, la plante jeune ou la plante ancienne ; mais la disposition des bassins où elle croît n'a pas été appropriée à de telles exigences. On ne donne pas le temps au végétal de vieillir. On le consomme au fur et à mesure qu'il se développe, et dans l'état actuel des choses, il s'en faut que tous les besoins des malades puissent être satisfaits selon les prescriptions médicales.

C'est surtout en frictions qu'il convient d'employer les conferves, pour profiter en même temps des avantages qui résultent de l'espèce de massage que subit la partie frictionnée ; l'application sous forme topique n'est pas usitée à cause de la difficulté qu'elle présente, et parce que l'abaissement rapide de la température forme dans beaucoup de cas une contre-indication absolue.

Les frictions sont pratiquées, soit pendant le bain, soit au sortir du bain, soit dans l'intervalle des bains.

Leur durée n'a rien de fixe. On les continue d'ordinaire jusqu'à ce que la plante soit réduite en détritus. Leur nombre est subordonné, au point de vue thérapeutique, à une foule de conditions qu'il serait superflu d'indiquer. Mais une circonstance qui porte avec elle son enseignement, et qui aurait dû depuis longtemps provoquer des modifications urgentes dans la disposition des bassins, c'est que pendant les mois de juillet et d'août la génération des conferves, quoique au moment de sa plus grande activité, n'est nullement en rapport avec les besoins de la consommation.

Mode d'action. — Les conferves sont-elles redevables de propriétés spéciales à un ou à plusieurs ingrédients actifs figurant parmi les éléments qui les constituent ; ou bien n'agissent-elles que par l'eau minérale qu'elles contiennent, et par conséquent aux mêmes titres qu'elle ?

Les résultats obtenus dans notre pratique personnelle nous font penser que c'est à l'eau minérale qu'il faut rapporter en grande partie, pour ne pas dire exclusivement, les effets qu'on est tenté d'attribuer en propre aux conferves. L'examen de faits observés avec attention ne nous a pas permis de constater une différence sensible entre les phénomènes qui se passaient chez des malades atteints d'affections semblables, et dont les

(1) Boirot-Desserviers, en parlant des bains de boues de Néris, s'exprime ainsi : « Ils ont une activité étonnante sur le système dermoïde, et bien supérieure à ceux de « Saint-Amand et de Padoue, au dire de ceux qui ont fait usage des uns et des « autres. »

uns étaient soumis au traitement thermal sans l'emploi des conferves, tandis que les autres ajoutaient cette ressource comme auxiliaire aux bains, aux douches et aux étuves. Dans le prurit de la vulve, par exemple, dans l'intertrigo, dans certaines autres affections cutanées, les surfaces malades rougissent sous l'influence d'un bain, à peu de chose près, comme sous l'influence d'une friction avec la plante thermale; et si l'excitation produite est plus forte dans le second cas que dans le premier, c'est parce qu'il vient se joindre à l'action de l'eau une action mécanique tenant à la friction elle-même, et une action irritative toute de contact due à la présence de cristaux insolubles de chaux carbonatée très abondants, surtout quand on se sert de la plante qui a vieilli. Du reste, cette stimulation locale, et surajoutée en quelque sorte, n'est jamais bien durable, et elle ne s'éveille facilement que dans les parties où le derme n'est pas complétement protégé par l'épiderme, ou bien dans celles qui sont encore le siége d'un état congestif ou d'un travail subinflammatoire.

La difficulté de tracer des attributions médicatrices distinctes apparaît encore, lorsqu'on cherche à démêler dans l'ensemble des effets curatifs ce qui revient au traitement thermal général et ce qui pourrait appartenir exclusivement aux conferves. Mais il ne faut pas leur faire une part trop large dans la résolution plus ou moins complète des accidents. Les analyses relatées plus haut ont découvert, il est vrai, dans leur substance un principe (l'iode) dont la présence n'a pas été constatée dans l'*eau minérale*; mais dans quelle proportion doit-il se trouver dans la conferve récente dont on fait le plus habituellement usage, puisqu'on ne l'a évalué qu'à 1/5[e] de milligramme pour 100 grammes dans les conferves anciennes? Quant au fer, s'il existe en quantité plus notable que dans les résidus d'évaporation, il est à un état de combinaison qui rend son efficacité bien équivoque.

On a beaucoup vanté (et beaucoup trop, suivant nous), les propriétés *émollientes*, *calmantes*, des conferves. L'aspect gélatineux du végétal à l'état récent a probablement fait croire à l'existence d'une matière particulière formant un élément distinct et jouissant par lui-même de propriétés adoucissantes. Cet état gélatineux n'est déterminé et maintenu que par la présence de la pectose, dont la proportion doit être bien faible, puisqu'une masse pesant 305 grammes à l'état frais contient, comme nous l'avons indiqué, 300 parties d'eau contre 5 parties seulement de résidu sec formé par la trame végétale. C'est dans cette trame végétale que se trouve la pectose; elle en fait partie intégrante, et quand l'action de frictionner a détruit la plante dans laquelle elle retenait le liquide minéral en quelque sorte à l'état de combinaison, c'est dans les débris végétaux qu'il faudrait la chercher, si l'on pouvait l'isoler, et non pas dans l'eau, car elle y est complétement insoluble. Nous ne savons pas à quelle partie gélatineuse M. Richond des Brus fait allusion, quand il dit, en parlant de la conferve récente et maniée dans le bain : « *Ses éléments se désagrégent » aisément; la part c gélatineuse se dissout* (1). » S'il a constaté la présence d'une matière gélatineuse soluble, il a omis d'en signaler la nature et de dire si elle peut rendre compte des propriétés émollientes, calmantes qu'il reconnaît aux conferves. « *Pour les parties enflammées, doulou» reuses, c'est le plus précieux des cataplasmes* (2). » Nous enregistrons d'autant plus volontiers ce fait, qu'il appelle notre attention sur des phénomènes que des observations nombreuses n'ont pas mis en évidence à nos yeux. La difficulté de maintenir en place les masses gélatiniformes, glissantes, et de leur conserver une température convenable, nous a fait renoncer depuis longtemps à l'usage des conferves sous forme de cataplasmes; mais chaque fois qu'une application locale a été faite sur des parties enflammées, douloureuses, nous pouvons affirmer que l'effet obtenu n'était en rien semblable à celui que produit, en pareil cas, un cataplasme de farine de graine de lin, par exemple, dans lequel l'eau simple à une température de 34 ou 38 degrés centigrades doit compter comme agent thérapeutique autant que le principe mucilagineux. Les cataplasmes de conferves imbibent les tissus non plus d'eau simple, mais d'eau minérale, et il est tout naturel alors qu'elle agisse par ses propriétés ordinaires qui, pour nous, sont loin d'être *émollientes*, dans la véritable acception du mot.

L'observation clinique vient ici nous prêter son appui, en démontrant que les phénomènes d'excitation augmentent souvent lorsqu'on met des conferves en contact avec certaines parties enflammées, douloureuses (comme dans le phlegmon, par exemple), qui s'accommoderaient très bien, au contraire, des émollients ordinaires; tandis que ces mêmes conferves, appliquées sur des articulations rhumatisées où persiste encore de la rougeur et de la douleur, produisent des résultats bien autrement avantageux que des cataplasmes de farine de graine de lin. C'est que l'effet calmant ne dépend pas d'une propriété toujours identique, et des *excitants légers* peuvent, dans des circonstances données, conduire plus sûrement que les émollients à un résultat thérapeutique secondaire semblable, celui d'apaiser la douleur.

(1) *Notice sur les eaux thermales de Néris.*
(2) *Ibid.*

Nous avons cru ces réserves utiles pour établir que nous attachions moins d'importance aux propriétés émollientes des conferves qu'à leurs propriétés stimulantes et résolutives. Il nous semble qu'on a promis pour elles plus qu'elles ne donnent en réalité, et nous ne comprenons pas facilement comment le même remède possède le privilége, tantôt « d'augmenter » la propriété émolliente des bains, de blanchir, d'adoucir la peau, tantôt » de ranimer l'énergie musculaire, de faire une dérivation dans les cas de » paralysie apoplectique, d'agir contre les hydarthroses, les fausses anky» loses, les tumeurs blanches, les cicatrices adhérentes (1). »

Toujours est-il que les frictions avec les conferves constituent dans le traitement thermal une ressource de plus qui permet de soumettre quelques parties isolées à l'influence de l'eau minérale, et de localiser en quelque sorte son action en la rendant ainsi plus continue et plus énergique.

CONCLUSIONS.

1° Les eaux minérales de Néris, qui ont été classées parmi les *thermales salines*, doivent en effet garder la place qui leur a été assignée, si l'on admet comme exacte l'analyse que nous avons présentée plus haut.

2° Leur densité est de 1001, celle de l'eau distillée étant représentée par 1000. Elles sont donc peu minéralisées.

3° Elles contiennent un peu de matière organique en dissolution.

4° Les gaz qui se dégagent des sources sont l'azote, l'oxygène et l'acide carbonique.

5° La température des eaux reste comprise entre 52 et 53 degrés centigrades, quelles que soient les variations atmosphériques.

6° Le volume de la source est de 900 mètres cubes environ en vingt-quatre heures.

7° La plante qui se développe dans les eaux de Néris, et à laquelle nous proposons de laisser le nom de conferve, appartient à la *classe des algues*, à l'*ordre des confervoïdées*, à la *famille des confervacées*.

8° Elle existe sous deux états différents, qui permettent d'établir deux espèces distinctes : 1° la conferve des bassins chauds; 2° la conferve du bassin de réfrigération.

9° La conferve des bains chauds est seule employée dans la thérapeutique thermale.

10° On s'en sert sous forme de frictions.

11° Ses effets immédiats, que la plupart des auteurs regardent comme émollients, comme calmants, nous ont semblé être des effets stimulants, excitants.

12° Ses propriétés sont résolutives.

En insistant aussi longuement sur la composition intime de la conferve de Néris, nous avons eu pour but de rechercher si l'efficacité de l'eau minérale dans laquelle on la trouve lui revenait en grande partie, comme l'ont prétendu quelques auteurs (2). Nous avons indiqué les effets thérapeutiques qu'on obtient par l'application directe de la conferve sur les parties malades (3); mais, tout en admettant que la petite quantité de matière organique tenue en dissolution dans l'eau soit de la même nature, nous ne saurions expliquer par elle les propriétés salutaires des eaux de Néris. Au surplus, l'agrégat hydrominéral ne doit pas être dissocié quand on étudie son action sur l'économie; elle dérive de toutes les substances qui le composent, et non pas d'une seule ou de plusieurs d'entre elles. L'opinion des médecins et des chimistes est loin d'être unanime, quand il s'agit d'apprécier la valeur thérapeutique des eaux minérales. Pour les uns, leurs propriétés sont en raison directe de la nature et de la quantité des principes qu'elles contiennent. La question de température leur est subordonnée. Pour les autres, cette composition ne joue qu'un rôle secondaire; car l'analyse même la plus exacte ne présente probablement pas le groupement naturel des éléments constitutifs, mais un groupement artificiel, en quelque sorte, qui s'est produit pendant les opérations chimiques

(1) *Notice sur les eaux thermales de Néris*, par M. le docteur Richond des Brus, 1855.

(2) M. Robiquet, qui a étudié cette conferve pendant son séjour à Néris, « attribue » plus volontiers l'efficacité des eaux à cette substance inconnue qu'à aucune de celles » qui y coexistent. Il est probable qu'elle est azotée, et par cela même plus susceptible » de s'assimiler à nos organes. »

M. Falvart de Montluc y attachait aussi une grande importance : « C'est probable» ment aux éléments de cette substance que les eaux doivent leurs principales vertus. »

Et ailleurs..... « Cette substance, par son volume et ses propriétés, donne un carac» tère tout particulier à ces eaux qui, n'étant ni sulfureuses, ni proprement gazeuses, ni » salines, semblent n'appartenir à aucune des divisions établies pour les eaux minérales. »

(3) Le docteur Forichon la recommande contre les contractures musculaires. (Forichon, *Ouv. cit.*)

que l'on a fait subir aux eaux minérales, et principalement pendant l'évaporation. S'il en est ainsi, il résulte de là une première conséquence : c'est que l'on doit demander à la chimie, dans l'analyse d'une eau minérale, non pas une détermination exacte de la nature des sels, mais seulement une détermination de la quantité des principaux éléments d'une part, et, d'une autre part, non plus la quantité, mais la nature d'un certain nombre d'autres éléments dont la proportion est évidemment trop peu considérable pour permettre de les peser exactement.

Ce qui est déjà très difficile pour les principes inorganiques devient tout à fait impossible pour les matières organiques ; on ne peut déterminer ni leur quantité, ni leur nature, d'abord parce qu'on manque de réactifs pour cette détermination, ensuite parce que leur proportion est, en général, trop peu considérable. Et cependant ces matières peuvent jouer un certain rôle dans l'action thérapeutique, et doivent entrer en ligne de compte lorsqu'on vient à apprécier la valeur d'une eau minérale.

Nous croyons fermement que les effets des eaux minérales ne sont pas subordonnés à la quantité des éléments chimiques qu'elles renferment, et nous sommes heureux d'être, sur ce point, en communauté d'opinion avec l'un de nos plus éminents chimistes, M. le professeur Fremy. Il est des eaux actives qui ne contiennent cependant qu'une proportion de principes minéralisateurs tout à fait insignifiante. Plombières, Néris en France, Wildbad dans le Wurtemberg, Gastein dans la Bavière, sont dans ce cas. Niera-t-on leur activité ? Ou bien si on la reconnaît, objectera-t-on qu'elles ne la doivent qu'à leur température ? Mais nier l'activité de ces eaux ce serait nier l'expérience, ce serait accuser d'erreur ou de mauvaise foi des observateurs qui ont proclamé les mêmes résultats pendant une longue suite d'années, et, pour faire justice de la toute-puissance de la température, il suffirait d'établir que l'eau chaude naturelle appliquée dans les mêmes conditions ailleurs, et loin des eaux minérales, ne produit pas les mêmes résultats.

Pour nous, la base vraiment solide de toute histoire d'eaux minérales ne repose que sur les faits physiologiques et thérapeutiques. Quand l'expérience a prouvé qu'une eau minérale n'est pas nuisible, quand des observations consciencieuses démontrent ses vertus salutaires, il faut d'abord accepter le fait d'efficacité, puis rechercher dans l'étude de l'action physiologique les moyens d'apprécier exactement son influence sur chaque appareil, afin d'obéir avec plus de discernement aux indications qui doivent en régler l'emploi, et enfin se livrer aux investigations qui peuvent établir si le liquide qui la produit est fortement ou peu minéralisé ; s'il doit ses propriétés, soit à un groupement particulier des matières que le chimiste y découvre, soit à des corps qu'il ne peut ni trouver, ni reproduire, soit à des modifications spéciales des matières organiques, soit enfin à l'action réciproque de la chaleur et des divers éléments tenus en dissolution.

Nous ne sommes plus au temps où Juncker écrivait : « *Chimiæ usus in medicina fere nullus*, » et nous ne voulons pas diminuer l'importance du rôle de la chimie dans l'étude des eaux minérales ; mais malgré le perfectionnement des procédés analytiques, l'opinion de Fourcroy, reproduite par Orfila, n'a encore rien perdu de sa valeur aujourd'hui : « L'art de » connaître les différents sels dissous dans les eaux, d'en estimer la pro- » portion, est un des travaux les plus difficiles qu'on puisse proposer en » chimie. » Les progrès de la science n'ont pas fait cesser les contradictions entre les expérimentateurs ; peut-être même ont-ils contribué à les augmenter. Comment alors les inductions pratiques pourraient-elles être rigoureuses, si les vérités sur lesquelles on voudrait les appuyer varient de jour en jour ?

Nous terminerons ce travail en exposant succinctement les recherches auxquelles nous nous sommes livrés pendant la saison dernière pour déterminer l'action des eaux de Néris sur la transpiration cutanée. Nous nous sommes basés sur les résultats obtenus et signalés par l'un de nous, M. Becquerel, dans sa séméiotique des urines.

Voici ces résultats :

L'homme et la femme adultes sécrètent, dans l'espace de vingt-quatre heures, des quantités d'urine qui peuvent être représentées par des moyennes assez exactes. Celles qui ont été déduites d'un nombre d'expériences assez considérable sont les suivantes :

	Eau.	Principes solides.
Hommes.	1227,779	39,521
Femmes.	1387,480	34,211
Moyenne générale .	1282,634	36,866

Ces nombres peuvent être regardés comme l'expression de l'état physiologique, de l'état dans lequel il y a pour les urines une sorte de balancement entre la sécrétion urinaire et la perspiration cutanée. Or, si une cause quelconque vient à rompre cet équilibre, il y aura des modifications dans l'une des deux fonctions. Par exemple, si l'eau et les parties solides de l'urine sont diminuées, il faut, de toute nécessité, que la transpiration pulmonaire ou cutanée soit augmentée. Nous supposons, bien entendu, qu'il n'existe pas de sécrétion anormale, de diarrhée, par exemple, chez les individus que l'on considère. Si, au contraire, l'eau et la somme des parties solides de l'urine sont augmentées, il est évident qu'il y aura eu une diminution de transpiration pulmonaire et cutanée. Ne pouvant pas mesurer les deux dernières, nous avons opéré, en nous basant sur cet équilibre, et nous avons recherché ce qu'était la sécrétion urinaire chez des individus avant le traitement par les eaux de Néris, et ce qu'elle devenait au milieu du traitement.

Voici les résultats obtenus :

Les urines des vingt-quatre heures ont été examinées la première fois la veille du traitement, et la seconde fois après le quinzième jour du traitement, qui se composait de bains, de douches, de bains de vapeur et d'eau minérale en boisson.

Nous ferons observer que tous les nombres sont généralement un peu faibles ; car nous n'avons jamais pu obtenir des malades qu'ils urinassent avant d'aller à la garderobe.

Il y a donc un peu moins d'urine pour chacun d'eux, et comme la même circonstance s'est reproduite pour tous, nous avons pu en faire abstraction dans les résultats généraux où il ne s'agit que d'apprécier des différences et non des résultats absolus.

	RÉSULTATS AVANT LE TRAITEMENT.		RÉSULTATS APRÈS QUINZE JOURS DE TRAITEMENT.		DIFFÉRENCE.	
	Eau.	Part. solid.	Eau.	Part. solid.	Eau.	Part. solid.
Hommes	778,601	28,113	628,325	25,817	150,276	2,297
Femmes	810,160	27,556	658,530	24,058	151,630	3,498
Moyenne générale.	794,301	27,335	643,427	25,237	150,374	2,098

On voit, d'après ce tableau, que le régime alimentaire étant le même, et plutôt augmenté que diminué, les quinze jours de traitement ont suffi pour produire dans les urines les résultats suivants.

L'eau a notablement diminué de quantité ; les parties solides que cette eau tient en dissolution ont également diminué et presque toujours du même chiffre. Nous avouerons même qu'il est rare de voir des résultats aussi constants que ceux que nous avons consignés dans nos observations.

La conclusion à tirer, c'est que, sous l'influence des eaux de Néris, malgré une nourriture plus abondante, malgré l'oisiveté dans laquelle restent les malades, malgré la quantité de liquide introduite par toutes les voies dans l'économie, la proportion de l'eau et des principes salins diminue dans les urines, ce qui ne peut tenir à une autre cause qu'à l'augmentation proportionnelle de la perspiration cutanée ou pulmonaire.

Nous ajouterons que *les urines sont toujours restées acides*, et que nous avons trouvé souvent au fond des vases des urates acides et de l'acide urique sous forme de poussière amorphe. Aussi avons-nous été surpris de voir, dans la notice publiée par M. Richond des Brus, que « *les urines » deviennent légèrement alcalines, lorsque les eaux de Néris sont conti- » nuées pendant quelque temps à la dose de 3 à 4 verres par jour.* »

L'alcalinisation, même légère, de l'urine par les eaux de Néris, serait, si elle était bien démontrée, un fait nouveau dans la science. Il est donc regrettable de ne pas connaître, et, par conséquent, de ne pas pouvoir apprécier les conditions dans lesquelles elle a été constatée. Sur quelles espèces d'urines a-t-on expérimenté ? Combien de temps s'était-il écoulé entre le moment de l'émission de l'urine et le moment où elle a été examinée ? A quel genre d'alimentation, de régime, de traitement, étaient soumis les malades, etc., etc.? L'indication de ces circonstances aurait eu son intérêt ; car lorsqu'un fait est anormal (*et l'eau de Néris ne contient pas une proportion de sels de soude capable de rendre les urines alcalines*), il est utile de grouper autour de lui tous les renseignements qui peuvent diminuer les doutes et les incertitudes qu'il soulève dans l'esprit. Nous ne passerons pas en revue les différentes causes d'erreur contre lesquelles il faut se tenir en garde dans les expériences sur les urines ; nous rappellerons seulement que, du moment que le liquide est hors de la vessie, l'urée commence à se transformer en carbonate d'ammoniaque, et que la présence de ce corps, qui augmente d'une manière incessante, diminue insensiblement l'acidité de l'urine, la rend un instant neutre et finit par déterminer son alcalinité. Cet effet se produit plus rapidement en été qu'en hiver. Cependant les nombreuses expériences que nous avons faites ont presque toujours été pratiquées dix ou douze heures après la dernière émission des urines, par la température la plus élevée de l'année, et *jamais nous n'avons constaté que les urines fussent alcalines*, bien que les malades eussent absorbé l'eau minérale par la boisson et par les bains.

Les observations du docteur Forichon relativement à l'acidité des urines sont tout à fait conformes aux nôtres, et le soin qu'il apporte dans toutes

ses recherches garantit leur exactitude. Nous savons qu'il pense, comme nous, que *l'eau minérale n'a pas affaire avec les urines alcalines qu'on peut rencontrer à Néris.*

Le Secrétaire général,
DURAND-FARDEL.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Corps étranger dans l'œsophage, causant la mort par ulcération de l'aorte et hémorrhagie mortelle, par M. WILLIAM COLLES.

La relation de ce fait, que nous empruntons à un journal de Dublin, est sans aucun doute extrêmement rare. L'auteur de l'observation annonce n'avoir pas connaissance d'un fait analogue. Sans pouvoir citer un cas identique, nous mentionnerons une pièce présentée, il y a quelques années, à la Société anatomique de Paris, par M. Lambron. Sur cette pièce on constatait une phlébite de la veine porte, occasionnée par la pénétration, dans la paroi de la veine, d'une arête de poisson qui avait perforé l'estomac.

Voici, en résumé, l'observation telle que nous la transmet M. Colles.

OBS. — Un homme, âgé de cinquante-six ans, entre, le 30 mars 1855, à l'hôpital de Steeven. La veille du jour de l'admission à l'hôpital, le malade avait, pendant la déglutition d'un aliment, perçu la sensation d'une déchirure dans la poitrine. Cette douleur augmentait beaucoup pendant la déglutition. Presque immédiatement après, il commença à cracher du sang, d'abord noir, puis rutilant, en grande quantité. Le lendemain de l'accident, à midi, le malade était dans l'état suivant : la peau était pâle, le pouls offrait les caractères qu'il présente habituellement dans les hémorrhagies ; presque immédiatement après son entrée à l'hôpital, le malade vomit un os d'un pouce de long environ, irrégulier et à bords tranchants. Les vomissements sanguinolents diminuèrent graduellement jusqu'à neuf heures du même jour, c'est-à-dire jusqu'à la mort.

Ouverture du cadavre. — Les deux plèvres contenaient environ 200 grammes d'une sérosité rougeâtre, le péricarde 60 grammes du même liquide. Le médiastin postérieur était rempli de caillots sanguins. La paroi postérieure de l'œsophage était le siége d'une déchirure verticale, d'un demi-pouce environ de long, et correspondant à une déchirure de la paroi de l'aorte, moins longue, mais à bords plus irréguliers. L'estomac et l'intestin grêle contenaient une grande quantité de sang. (*Dublin Quart. Journ.*, 1855, mai, v. XXXVIII, p. 325.)

Traitement de la scarlatine par l'acide nitrique, par le docteur HENRI DAY.

Le docteur H. Day a employé l'acide nitrique dans le traitement d'un certain nombre de scarlatines, quelles que fussent leur forme et leur gravité, seul en général, mais quelquefois, d'après certains symptômes, uni à d'autres moyens. Voici sous quelle forme il administre ce médicament.

Pour un enfant de sept ou huit ans, il prescrit habituellement une mixture contenant 3 drachmes (12 grammes) d'acide nitrique dilué, dans 250 grammes de mixture camphrée ; deux cuillers de table à prendre toutes les quatre heures ; en même temps, un gargarisme contenant 15 grammes d'acide dans 250 grammes d'eau, dont il faut faire un usage répété. Si le malade se plaint d'une chaleur insupportable, on fait sur tout le corps des lotions avec de l'acide nitrique très étendu, à moins que le degré de la desquamation ne donne lieu à des cuissons trop vives.

Le seul inconvénient que le docteur Day ait trouvé à l'usage interne de l'acide nitrique, c'est de provoquer quelquefois de la difficulté d'uriner ; il a toujours suffi, dans les cas de ce genre, de fomentations sur la région verticale avec de l'eau chaude ou avec un opiat, et de diminuer les doses d'acide.

Suit un tableau de 24 cas où la médication que nous venons d'exposer a été suivie.

Sur ces 24 cas, il y a 11 enfants de moins de sept ans, 12 ayant de sept à treize ans, et 1 femme de trente ans. Il y a eu 5 cas de scarlatine *simple*, 8 de scarlatine *angineuse*, et 11 de scarlatine *maligne*.

On n'a eu que 4 morts à regretter, dont 1 de scarlatine *simple* et 3 de scarlatine *maligne*, chez 2 enfants de trois ans, 1 de six et 1 de neuf. (*Medical Times and Gazette*, 3 mars 1855.)

Nouvelle méthode pour réduire les luxations de la mâchoire inférieure, par le docteur LEO.

Ce qui constitue la spécialité de cette méthode, c'est que les deux luxations temporo-maxillaires qui constituent la luxation complète de la mâchoire, au lieu d'être réduites simultanément, le sont séparément et l'une après l'autre. Le malade étant assis sur une chaise, le chirurgien se place derrière lui, et, de la main et de l'avant-bras gauches, fixe la tête du patient contre la poitrine. Il porte ensuite le pouce de la main droite sur les dernières molaires droites, qu'il cherche à déprimer pendant que les autres doigts embrassent le corps de la mâchoire. Aussitôt que la pression de haut en bas a dégagé le condyle de ce côté, le chirurgien le reporte en arrière, dans la cavité glénoïde. Il répète ensuite la même manœuvre pour le côté gauche.

Le docteur Leo a eu occasion d'appliquer ce mode de réduction à deux malades ; dans les deux cas, il a été étonné de la facilité et du peu de douleurs avec lesquelles il a pu rétablir les rapports normaux des condyles. L'un des malades était un homme vigoureux, âgé de quarante ans, atteint de luxation complète de la mâchoire, par suite d'une chute survenue pendant un accès de *delirium tremens*. Les moyens ordinaires ayant complétement échoué, le docteur Leo eut l'idée de diviser la résistance musculaire, en agissant successivement sur l'un et l'autre condyle. Il réussit ainsi avec une facilité qui dépassa toutes ses espérances. Dans la seconde observation, il s'agit d'une jeune fille de vingt ans, qui s'était luxé la mâchoire en bâillant devant sa glace. Encouragé par le fait précédent, le docteur Leo recourut immédiatement à la nouvelle méthode, et n'éprouva pas la moindre difficulté à réduire la luxation.

L'auteur n'hésite pas à recommander cette manière d'agir pour tous les cas de luxation récente de la mâchoire. Il se demande ensuite si elle serait également utile pour les luxations anciennes ; mais, en l'absence de faits pratiques, il ne se permet pas de répondre à cette question. — Nous ferons à M. Leo une simple observation : la méthode qu'il qualifie de nouvelle a déjà été inventée trois ou quatre fois, ainsi qu'on peut le voir dans l'excellent *Traité des luxations* de M. le professeur Malgaigne. Il ne nous en semble pas moins utile d'attirer de nouveau l'attention sur elle, puisqu'elle peut offrir de véritables avantages dans certains cas où échouent les méthodes usuelles. (*Deutsche Klinik*, 31 mars 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

De la chaleur produite par les êtres vivants, par J. GAVARRET, professeur de physique médicale à la faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18 de 564 pag. avec 41 fig. dans le texte. Victor Masson, éditeur.

En vain les admirables mémoires de Lavoisier, en vain les travaux de ses successeurs, en vain les preuves les plus nombreuses et les plus convaincantes ont démontré et démontrent chaque jour jusqu'à l'évidence que la chaleur animale est le résultat des combustions lentes, complètes ou incomplètes qui s'accomplissent dans l'organisme aux dépens de l'oxygène atmosphérique absorbé ; il est encore des médecins, et nous en connaissons plus d'un, qui pour résister à ce qu'ils appellent l'envahissement des sciences physiques et chimiques, dans le domaine de la biologie, ferment les yeux pour ne point voir, et semblent se complaire dans une sorte de verbiage pompeux et vide qu'ils décorent du nom de science. Le livre que nous analysons ici n'est point fait pour eux. Il s'adresse à cette classe d'hommes heureusement nombreuse

qui, désireuse de connaître, ne répugne à aucun effort pour atteindre la vérité, et cherche dans la logique des faits et dans l'expérience sans cesse répétée, le fondement inébranlable de ses convictions.

Rendons grâce au savant professeur de physique de la faculté de médecine de Paris, d'avoir bien voulu grouper et réunir en faisceau toutes les pièces relatives à l'important problème de la chaleur des êtres vivants.

Physicien éminent, appréciateur éclairé des méthodes d'expérimentation, physiologiste et expérimentateur habile, M. Gavarret était mieux préparé que personne à cette étude; nul ne pouvait avec une égale autorité tirer de prémisses habilement ordonnées des conclusions rigoureuses.

La pensée mère qui domine dans ce livre se fait jour à chaque page. Les preuves s'enchaînent les unes les autres avec une rigueur qui satisfait pleinement l'esprit. Entreprises à des points de vue divers, les diverses séries d'expériences conduisent à des solutions qui se vérifient les unes par les autres. Nous regrettons que les limites, nécessairement restreintes de cette notice bibliographique, ne nous permettent pas de faire passer sous les yeux du lecteur la succession non interrompue des faits sur lesquels s'appuie la doctrine désormais inébranlable de la chaleur animale.

Dans le premier chapitre de son ouvrage, M. Gavarret traite des instruments et des procédés thermométriques. Il passe d'abord en revue les thermomètres centigrades, Réaumur et Fahrenheit, et indique les opérations mathématiques très simples, à l'aide desquelles on convertit les valeurs thermométriques de ces divers instruments les unes en les autres, pour rendre comparables les observations. L'auteur décrit ensuite le thermomètre métastatique de M. Walferdin, instrument précieux à l'aide duquel on peut apprécier facilement un centième et même un millième de degré centigrade. On conçoit qu'un instrument d'une pareille sensibilité est une véritable bonne fortune pour la physiologie et que, judicieusement employé, il puisse être pour la science une source de précieuses découvertes. MM. Bernard et Walferdin ont déjà utilisé le thermomètre métastatique, pour rechercher la température du sang dans les divers points du trajet circulatoire, et ils sont arrivés à des résultats d'un haut intérêt. Après les thermomètres viennent les appareils thermo-électriques, qui permettent de rechercher la température des parties profondes et de l'intérieur même des tissus. Ces appareils consistent en une pile thermo-électrique combinée avec le galvanomètre. La pile thermo-électrique pour l'usage physiologique, est généralement composée de deux aiguilles soit à *soudure médiane* (Becquerel), soit à *soudure termino-latérale* (Dutrochet); l'une de ces deux aiguilles est maintenue à une température constante et connue, l'autre aiguille est introduite dans les tissus ou les liquides de l'économie. Toute différence de température entre les deux soudures détermine un courant dans le circuit, l'aiguille du galvanomètre est déviée, et la quantité de la déviation sert à mesurer les différences de température à l'aide d'une table dressée par avance à l'aide des mêmes aiguilles et du même galvanomètre. La température de l'enveloppe cutanée est difficile à apprécier à l'aide des thermomètres ordinaires, car le réservoir ne peut être appliqué sur la partie explorée que par *une partie* de sa surface. M. Gavarret propose d'employer à cette détermination deux couples thermo-électriques, bismuth et cuivre, terminés à leur partie inférieure par un disque de bismuth doublé d'une lame de cuivre (la lame de cuivre doit être très mince pour que *la soudure* prenne bien exactement la température de la partie). Cet instrument, dont l'auteur n'a point encore fait usage, nous paraît de nature à fournir de précieuses indications, toutes les fois, par exemple, qu'il s'agira de prendre la température d'une partie libre de la surface cutanée, sur un point enflammé.

Le second chapitre du livre renferme les notions calorimétriques. Chacun sait que la chaleur spécifique d'un corps est la quantité de chaleur nécessaire pour faire varier de 1 degré centigrade la température de l'unité de poids de ce corps. L'auteur passe succinctement en revue les divers procédés employés pour la déterminer. Il montre pourquoi la méthode du calorimètre de glace de Laplace, ainsi que la méthode du refroidissement de Dulong et Petit, sont aujourd'hui généralement abandonnées, et pourquoi on leur préfère la méthode des mélanges qui a donné à M. Regnault des résultats d'une grande précision. Il décrit enfin l'instrument à l'aide duquel on peut obtenir les indications les plus précises, je veux dire, le *thermomètre à calories* de MM. Favre et Silbermann, instrument qui, analogue à un thermomètre ordinaire, fournit directement des *unités de chaleur* ou calories (1).

Après avoir montré la concordance des nombres obtenus par M. Regnault et MM. Favre et Silbermann, et fixé le chiffre de la chaleur de vaporisation de l'eau (chiffre important pour les applications physiologiques), M. Gavarret s'occupe de la détermination des quantités de chaleur mises en jeu dans les combustions. Il montre qu'à l'aide de leur instrument perfectionné, MM. Favre et Silbermann, pesant directement l'eau formée par la combustion de l'hydrogène, le chiffre de combustion de l'hydrogène obtenu par eux est celui qui doit être préféré dans tous les calculs relatifs à la chaleur animale. Ce chiffre est 34462 calories. De même MM. Favre et Silbermann ont calculé le chiffre de la chaleur de combustion du charbon, en pesant directement l'acide carbonique formé; ce chiffre, actuellement adopté aussi par tous les physiciens, est 8080 calories. Ces deux nombres doivent toujours être présents à l'esprit du physiologiste, l'acide carbonique et l'eau rendus par les diverses voies d'excrétion constituant les deux produits ultimes les plus importants du travail nutritif. Dans ce même chapitre, M. Gavarret insiste avec raison sur quelques autres résultats obtenus par MM. Favre et Silbermann à l'aide de leur méthode appliquée à la détermination des chaleurs de combustion des corps binaires et ternaires. Il résulte, en effet, de ces expériences, que pour la plupart des composés binaires et ternaires il n'est pas permis d'admettre que leurs chaleurs de combustion soient égales à la somme des chaleurs de combustion de leurs composants. Elle est tantôt supérieure, tantôt inférieure à celle du calcul, et rien ne peut remplacer ici l'expérience directe. Il est évident que cette considération s'applique au problème physiologique, et que pour mesurer rigoureusement la quantité de chaleur produite par les phénomènes chimico-physiques de la respiration, il ne suffit pas de noter la quantité d'acide carbonique et d'eau produite en un temps donné pour avoir exactement la quantité de chaleur produite dans le même temps par l'animal, car ce n'est pas du charbon ni de l'hydrogène à l'état de corps simples qui ont été brûlés, mais des substances ternaires (sucres, graisses) ou quaternaires (albumine, fibrine).

Le chapitre troisième est consacré à la recherche de la température animale aux divers degrés de l'échelle zoologique. Les animaux sont à cet égard partagés en deux grandes classes: animaux *à température constante*, animaux *à température variable*. La division ancienne des animaux en animaux *à sang chaud* et animaux *à sang froid*, outre qu'elle n'est pas rigoureusement exacte, tend encore à faire entrer dans l'esprit une notion fausse en laissant supposer que les animaux à sang froid ne produisent pas de chaleur. Tous les animaux produisent de la chaleur, mais d'une manière très inégale. Les animaux qui ont une nutrition active, dont la circulation est double (mammifères, oiseaux), se distinguent, il est vrai, par l'élévation de leur température et ils jouissent en outre du pouvoir de conserver une température à peu près stationnaire au milieu des élévations et des abaissements de la température extérieure, en vertu de conditions complexes que nous ne pouvons examiner ici. Les animaux dits à sang froid, produisent aussi de la chaleur, mais cette production est chez eux bien moins active que chez les autres; les pertes incessantes qui s'opèrent à leurs surfaces par évaporation, par rayonnement et par contact, sont presque suffisantes, dans la plupart d'entre eux, pour les rapprocher du point d'équilibre avec les milieux qui les entourent, aussi n'ont-ils généralement qu'une température très peu supérieure à celle du milieu ambiant, et encore peut-il se présenter

(1) On donne le nom de *calorie* ou d'*unité de chaleur* à la quantité de chaleur nécessaire pour élever de 1 degré de température, 1 kilogramme d'eau. Toutes les chaleurs spécifiques, données *en calories* par l'instrument, sont donc comparables entre elles, car elles ont un étalon commun qui est la chaleur spécifique de l'eau.

des cas spéciaux où ils sont plus froids que le milieu extérieur. Tout cela rentre dans l'essence même des phénomènes chimico-physiques de la production et des pertes de chaleur et s'explique aisément.

Le lecteur remarquera avec quel soin l'auteur indique, dans ce chapitre, les précautions nécessaires pour obtenir des résultats à l'abri de toute cause d'erreur. Nous lui recommandons particulièrement ce qui a trait à la température des insectes, détermination délicate à laquelle M. Dutrochet a imprimé un haut caractère de précision.

Le chapitre IV comprend la plus grande partie de l'ouvrage, c'est le plus important ; il est consacré à l'étude des sources de la chaleur chez les animaux. Les notions précédemment posées trouvent ici leur application, et tout ce qui précède n'en est en quelque sorte que l'introduction.

Les anciens, nos maîtres dans la culture des sciences spéculatives, n'avaient et ne pouvaient avoir dans les sciences qui procèdent de l'expérience qu'un petit nombre de notions positives. La doctrine du feu et de la chaleur n'était, en ce qui concerne les applications à l'économie des êtres vivants, qu'une théorie générale qui, procédant de la métaphysique, affirmait synthétiquement un principe ou une force irréductible. Il appartenait à l'analyse scientifique d'en déterminer plus tard les conditions et les lois. Les médecins chimistes eurent les premiers la pensée de placer la source de la chaleur animale dans l'*effervescence* des liquides. Cette notion vague n'en est pas moins le premier vestige de la doctrine actuelle. Lorsque Hamberger, dont tous les travaux sont marqués au coin d'une saine raison, fit remarquer que la chaleur avait son siége dans le sang, le sang étant ce qu'il y a de plus chaud dans l'économie ; lorsqu'il assimila les réactions dont le sang est le théâtre, aux phénomènes de chaleur et de combustion spontanée qui se manifestent dans les amas de substances végétales, il ne lui manquait évidemment que des connaissances plus précises en physique et chimie, pour établir la doctrine sur ses véritables bases. Les iatro-mécaniciens qui vinrent ensuite, préoccupés surtout des solides et du jeu mécanique des organes, détournèrent un instant la doctrine de la chaleur animale de ses véritables voies. Hales, le plus célèbre d'entre eux, attribua la production de la chaleur aux frottements du sang contre les parois des canaux où il circule. Mais des expériences précises sur les mouvements des liquides, ont démontré depuis longtemps que le frottement du sang contre les parois des vaisseaux est incapable de développer une chaleur sensible.

Il était réservé à Lavoisier de démontrer que la calcination des métaux dépouille l'air d'oxygène, laisse l'azote intact, et ne dégage aucun gaz nouveau, tandis que la respiration des animaux dépouille l'air d'oxygène, laisse l'azote intact, mais remplace l'oxygène disparu par un volume presque équivalent d'acide carbonique. Et comme s'il ne devait rien laisser après lui, ou du moins peu de chose, pour compléter l'étude du phénomène, il établit dès l'année 1785, que la double combustion du carbone et de l'hydrogène, c'est-à-dire la formation de l'acide carbonique et de l'eau, sont les deux principales sources de la chaleur animale. « On voit, » dit-il, que la machine animale est principalement gouvernée par » trois régulateurs principaux : la respiration, qui consomme de » l'hydrogène et du carbone, et qui fournit du calorique ; la trans- » piration, qui augmente ou diminue suivant qu'il est nécessaire » d'emporter plus ou moins de calorique ; enfin la digestion, qui » rend au sang ce qu'il perd par la respiration et la transpiration. »

Les progrès de la science ont établi cette comparaison de Lavoisier sur des bases de plus en plus positives. Dans ses expériences, la chaleur cédée était appréciée par la quantité de glace fondue dans le calorimètre de glace ou l'animal était renfermé. Cette quantité, il est vrai, était plus considérable que celle qui correspondait à la chaleur calculée sur les produits de combustion formés dans le même temps (acide carbonique, eau), mais il est évident que toute la chaleur produite n'est pas représentée par la formation de l'acide carbonique et de l'eau. Dans le même temps, les matières albuminoïdes du sang éprouvent des combustions incomplètes qui les transforment en urée, en acide urique, en acide cholique, en acide choléique et en acide sudorique, matières azotées qui s'échappent par diverses voies d'excrétion (rein, intestin, peau), soit immédiatement, soit après un séjour plus ou moins prolongé dans leurs réservoirs d'excrétion. Ces diverses combustions, bien qu'incomplètes, sont aussi des sources de chaleur. Ajoutons que l'animal, dans les expériences de Lavoisier, s'était refroidi dans l'appareil calorimétrique, et qu'il n'avait pas en sortant (à la périphérie au moins) la température initiale ; ajoutons encore que les coefficients des chaleurs de combustion du carbone et de l'hydrogène, à l'aide desquels il a calculé la chaleur produite par la formation de l'acide carbonique et de l'eau, étaient estimés trop bas par lui. Les travaux de MM. Dulong et Despretz n'échappent pas à ces observations. Remarquons enfin que, dans ces expériences, les gaz de l'expiration ont été reçus sous l'eau, et qu'une portion de l'acide carbonique a dû être perdue (l'acide carbonique étant très soluble dans l'eau).

Plus les procédés de recherches se sont perfectionnés, plus on a approché de l'égalité entre la quantité de chaleur produite et la quantité de carbone et d'hydrogène brûlé. L'*égalité absolue* n'a pas été obtenue et elle ne pouvait pas l'être, et ce qui semblerait une objection à la doctrine en est, au contraire, la confirmation la plus éclatante. En effet, dans les animaux, la production de chaleur n'est pas une combinaison directe de *carbone* et d'*hydrogène en nature*. Dans l'économie, ce n'est ni du charbon ni de l'hydrogène qui se brûle, c'est de la graisse, du sucre, de l'albumine, de la fibrine, etc. Or les recherches de MM. Favre et Silbermann, dont nous parlions il y a un instant, nous enseignent que certains corps composés produisent plus de chaleur que n'en produirait la combustion de leurs composants, carbone et hydrogène. Remarquons encore que dans toutes les expériences on a cherché à comparer la quantité de chaleur produite par l'animal à la quantité de chaleur qu'aurait fournie la combustion d'un poids de carbone et d'hydrogène équivalent à celui de l'acide carbonique et de l'eau formée, mais on sous-entend ainsi les combustions incomplètes des éléments qui se séparent de l'économie à l'état d'acide urique, d'acide cholique, d'acide choléique et d'acide sudorique. Or la quantité de chaleur afférente à la formation de ces produits aux dépens des matières albuminoïdes de l'économie ne peut pas être calculée dans l'état présent de la science. Si le problème ne peut pas être aujourd'hui mathématiquement résolu, il n'en est pas moins permis de regarder la production de la chaleur animale comme le résultat des oxydations lentes, complètes ou incomplètes, s'accomplissant dans l'organisme.

Si quelques doutes pouvaient subsister encore, les divers articles dans lesquels M. Gavarret examine successivement, soit par voie directe, soit par voie indirecte, les diverses parties du problème, en se plaçant à des points de vue variés, seraient à coup sûr de nature à les faire disparaître. Tout, en effet, concourt à démontrer la vérité de la doctrine ; l'influence de l'âge, celle de la masse, celle de l'état de repos et de mouvement, celle de l'alimentation, celle des climats, celle de l'hibernation, qui a reçu dans ce livre un grand développement et qui contient des aperçus nouveaux d'un haut intérêt, celle de la température ou de l'état hygrométrique du milieu dans lequel est plongé l'animal, celle de l'état de larve ou de développement complet, etc.

Les travaux de Spallanzani, d'Edwards, de Dulong et Despretz, de Dumas, de Regnault et Reiset, de Boussingault, de Letellier, de Valentin et Brunner, de Barral, de Vierordt, ceux de l'auteur et de beaucoup d'autres, sont mis à contribution dans cette partie de l'ouvrage. Il en résulte une somme de preuves convergentes qui toutes tendent au même but et qui sont de nature à entraîner les convictions les plus rebelles. Chemin faisant, M. Gavarret rend à notre compatriote Lavoisier la justice qui lui est due, et prouve par les textes les plus positifs que Crawford, auquel on a voulu attribuer, de l'autre côté du détroit, la doctrine actuelle de la chaleur animale, n'a fait que reproduire dans le principe la doctrine du phlogistique de Priestley et de Black, et que si plus tard il s'attribue la découverte de la véritable théorie de la chaleur en en plaçant la source dans les phénomènes de la respiration, non-seulement il ne fait pas mention de l'homme auquel il l'emprunte, mais encore il

prouve, par les développements dans lesquels il entre, qu'il ne l'a même pas comprise.

Nous voudrions montrer encore comment les travaux de Lagrange, comment surtout ceux de Spallanzani et d'Edwards contribuèrent à faire regarder les combustions de nutrition comme s'accomplissant dans les capillaires et dans la trame de tous les tissus et non pas localement dans le poumon, comme on l'avait cru dans le principe ; comment la découverte des gaz dans le sang vint corroborer les expériences de Spallanzani et les conséquences qu'il en avait tirées ; comment enfin les phénomènes de la vie des plantes et en particulier la floraison et la germination sont accompagnées de production de chaleur. Mais l'espace nous manque et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au livre lui-même. M. Gavarret termine enfin par les conclusions suivantes aussi rigoureuses par leur concision que par leur exactitude : « 1° L'action de combustion » lente exercée sur les matériaux du sang par l'oxygène, que les » surfaces respiratoires puisent incessamment dans le milieu am- » biant et déversent dans l'économie, est la véritable et unique » source de la chaleur produite par les animaux ; 2° entre les ani- » maux *à température constante* et les animaux *à température va- » riable*, la différence provient uniquement de la quantité d'oxygène » absorbée et de l'intensité des combustions respiratoires. »

Professeur à la Faculté de médecine de Paris, M. Gavarret vulgarise chaque année, au milieu d'un auditoire empressé, la doctrine qui fait le fond de ce livre. Nous nous applaudissons que ces idées, qui sont aussi les nôtres, franchissent l'enceinte de l'école. Tant de gens aujourd'hui nous donnent pour des doctrines médicales quelques lieux communs mal cousus, qu'il n'est pas inutile de leur montrer ce qu'il faut de labeurs et de patientes recherches pour arracher à la nature son secret.

JULES BÉCLARD.

Le développement de l'anatomie comparative (*Die Entwickelung der comparativen Anatomie*), par O. SCHMIDT, brochure in-8° de 144 pages. Iéna, Friedr. Frommann.

Dans ce petit nombre de pages, l'auteur a su retracer d'une manière nette et concise les différentes phases qu'a parcourues successivement l'étude de la zootomie. Habitué, comme tout le monde, à considérer Cuvier comme le créateur de l'anatomie comparée, il avait voulu d'abord s'enquérir simplement de l'état de cette science avant les travaux de cet illustre naturaliste. La curiosité le poussant à remonter graduellement d'âge en âge, il arriva ainsi jusqu'à Severino, qui vécut dans la première moitié du XVII^e siècle, et dont l'ouvrage intitulé *Zootomia Democritœa*, peut être considéré comme un résumé des connaissances anatomiques de cette époque. C'est des notes recueillies pendant ces lectures longues, mais attrayantes, que M. Schmidt nous donne le résumé succint. Après Severino, nous y trouvons Willis, qui prononça pour la première fois le nom d'anatomie comparée, et qui poussa si loin l'étude du système nerveux, qu'il laissa peu de chose à faire sous ce rapport à ses successeurs. Cette première période, ou période d'enfance de l'anatomie comparée, qu'illustrèrent encore Claude Perrault et Samuel Collins, se termine à Bacon et Descartes. Ces deux génies donnèrent aux sciences un essor tout nouveau en frayant les voies dans lesquelles elles doivent marcher pour progresser sûrement. La seconde période de l'anatomie comparée s'ouvre avec Redi, occupé surtout à faire table rase des anciens errements de la scolastique ; elle vit briller Malpighi, qui se servit du microscope, alors si imparfait, avec un talent admirable ; Swammerdam et Leeuwenhoek, qui marchèrent dignement sur ses traces. Puis la science tomba dans une sorte de décadence, dont elle ne se releva que dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, avec Buffon et Haller. Le premier, écrivain brillant et penseur hardi et fécond plutôt qu'observateur ingénieux et patient ; le second, véritable créateur de la physiologie, science vers laquelle il faisait converger tous ses efforts, toutes ses recherches d'anatomie comparée. C'est Kamper qui, le premier, donna le modèle d'un travail consacré uniquement, et sans autre préoccupation, à la science dont il est ici question. Il fut suivi de près dans cette voie par Monro, Albinus, Blumenbach et Vicq d'Azyr. Puis vinrent Geoffroy Saint-Hilaire et Okens, qui firent entrer l'anatomie comparée dans la période dite philosophique, suivie enfin de la période moderne, dans laquelle se sont immortalisés Cuvier et Meckel.

L'ouvrage de M. Schmidt témoigne d'une étude approfondie de tous les auteurs qui ont écrit sur la science anatomique ; il renferme des documents précieux, résumés et appréciés avec une simplicité remarquable. Il sera lu avec un grand intérêt par tous les médecins familiarisés avec la langue allemande, et il sera consulté avec fruit par quiconque s'occupera de l'anatomie comparée au point de vue historique.

MARC SÉE.

VII.

VARIÉTÉS.

En Angleterre, où le recrutement des médecins militaires, aussi bien que celui des soldats, est sujet à des embarras que ne comporte pas l'organisation française, on cherche en ce moment à faire des emprunts sérieux à la médecine civile au profit du service sanitaire de l'armée devant Sébastopol. Cette mesure a été l'occasion d'une assez grande agitation : d'un côté, il se signe dans les hôpitaux de Londres des pétitions tendantes à obtenir pour les officiers de santé un rang et une solde proportionnés à leurs services, c'est-à-dire quelque chose comme ce qu'on a appelé en France l'*assimilation* aux grades de l'armée ; et, en attendant, les étudiants d'Édimbourg refusent de s'engager dans le service médical de la flotte. D'un autre côté, certains journaux protestent, dans l'intérêt du service et des malades, contre l'introduction de l'élément civil dans les hôpitaux militaires. Le dernier numéro du *Monthly Journal* contient un long article écrit dans ce sens par le docteur Ballingall, professeur de chirurgie militaire à l'université d'Édimbourg.

— Par décrets du 27 juin 1855, l'Empereur a confirmé les nominations ci-après, faites à titre provisoire par le général en chef de l'armée d'Orient, au grade de chevalier dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MM. Vansteenskiste, médecin-major ; Petibon, médecin aide-major ; Blanvillain, médecin aide-major de 2^e classe ; Cassaigne, pharmacien-major de 2^e classe.

M. Guillou, chirurgien de 2^e classe de la marine.

— Deux confrères espagnols viennent de succomber au choléra : les docteurs A. Domingo Delgado, professeur de médecine à Loranca (province de Guadalajara), et D. Telesforo Ambite, professeur de pharmacie dans la même ville.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 juin. Progrès de la thérapeutique et de la matière médicale, par *Saucerotte*. — Sur le développement de l'*herpes labialis* et sur un moyen de le faire avorter. — Sur l'uréthrotomie, par *Civiale*. — Dix années de pratique d'accouchements, par *Maslieurat-Lagémard*.

JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUE. — Juin. (Analyses et revues.)

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Juin. Sur la vératrine, par *Delondre*.

RÉPERTOIRE DE PHARMACIE. — Juin. (Analyses et revues.)

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 juin. Tumeur colloïde de la fesse, par *Delore*. — Opération de lithotritie, par *Delore*. — Opération sans douleur sur une jeune fille magnétique, par *Louyet*. — Émétique à haute dose contre le croup, par *Renouard*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Mai. De l'ictère chez les nouveau-nés, par *Porchat*. — Des sacs herniaires *déshabités*, par *Chassaignac*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 15 juin. Influence de la philosophie sur la marche et les progrès de la chirurgie, par *Valette*. — Danger du traitement de la fluxion de poitrine par le tartre stibié, par *Ferrez*. — Calorification dans l'état sain et l'état morbide, par *Chavanne*. — Sur les alcoolatures, par *Ferrand*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Mai. Cas de laryngite sous-muqueuse chez un enfant épileptique, par *Ripoll*. — Traitement des gerçures du sein, par *Bourdal*. Études tératologiques, par *Joly* et *Lavocat*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 juin. Emploi extérieur de l'ammoniaque, par *Chrestien*. — Rétraction musculaire syphilitique, par *Tourrel*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 13 JUILLET 1855. — N° 28.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par décrets de l'Empereur, en date du 4 juillet 1855, rendus sur le rapport du ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

M. NATALIS-GUILLOT, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur titulaire de pathologie interne dans cette Faculté.

M. LOIR (Joseph-Jean-André), docteur ès sciences, a été nommé professeur titulaire de chimie à la Faculté des sciences de Besançon.

M. DIEU, docteur ès sciences mathématiques, a été nommé professeur titulaire de mathématiques pures et appliquées à la Faculté des sciences de Grenoble.

M. SEGUIN, docteur ès sciences physiques, a été nommé professeur titulaire de physique à la même Faculté.

— Par décret impérial du 7 juillet, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, il est créé dans la ville d'Angers une Ecole préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Ladite école sera organisée dès que les bâtiments de l'ancien petit séminaire auront reçu les appropriations convenables.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 30 mai 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. LAFOND.
Pathologie et médecine opératoire. — M. GELY.
Clinique externe. — M. MARCHAND.
Pathologie interne. — M. SALLION.
Clinique interne. — M. THIBEAUD.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. LEGOUAIS.
Matière médicale et thérapeutique. — M. DELAMARE.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. PIHAN DUFEILLAY.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

FEUILLETON.

Le rêve et la folie ont-ils quelques rapports et sont-ils comparables ?

Une discussion prolongée, qui vient de se fermer tout récemment à l'Académie de médecine, après avoir rempli plusieurs séances, semble avoir démontré que, dans l'opinion de l'immense majorité des membres de cette compagnie savante, le rêve et la folie seraient, sinon identiques, du moins analogiques et pourraient être assimilés. Telle n'est point notre opinion, et nous allons dire pourquoi.

Il n'existe entre le rêve et la folie qu'un seul rapport : l'impossibilité dans laquelle se trouvent le dormeur et le fou de pouvoir diriger les actes de leur intelligence et de raisonner sûrement sur ce qui se passe en eux. Mais leur situation est si différente, que cette analogie même perd toute sa valeur.

S'il suffisait à l'homme, pour faire acte de folie, de ne plus être toujours le maître de diriger ses pensées sur tous les sujets indifféremment, le nombre des aliénés deviendrait immense, puisqu'on se verrait forcé de ranger parmi eux, indépendamment des hommes livrés aveuglément à leurs passions, les savants absorbés par l'étude, l'avare qui ne songe qu'à son or, le poëte en tête-à-tête perpétuel avec sa muse, et jusqu'à l'amant qui a sans cesse devant les yeux l'image de la personne aimée ; — ce qui permettrait, à bon droit, de s'écrier, avec le philosophe humoriste, que tous les hommes sont fous.

Personne, peut-être, n'a sa raison dans toute son intégrité, c'est-à-dire que nul de nous n'est entièrement libre. Les passions, les goûts qui nous dominent, et jusqu'à nos préjugés, *nous aliènent* et donnent à nos idées une direction qu'il n'est pas en notre puissance de changer. Nous sommes tyrannisés à notre insu, et nous ne voyons que bien rarement le cercle magique et fatal que nous ne saurions franchir.

Le libre arbitre est une faculté dont nous ne jouissons jamais pleinement. Quant à la part que chacun de nous a perdue, elle est sans doute bien différente ; néanmoins, peu de gens échappent à cette déchéance, et, si la liberté n'est jamais complète, il y a donc pour la plupart des hommes, vus d'un certain côté, aliénation, ou, si ce mot paraissait blessant, domination : nous croyons être libres, et nous ne le sommes pas.

Si l'on peut étendre aux gens en santé les mots *aliénés* et *aliénation*, en restant dans le sens étymologique, il faudrait, pour plus de rigueur, préférer les mots *fou* et *folie*, qui ne peuvent s'appliquer qu'aux malades dont

Clinique externe. — M. LETENNEUR.
Clinique interne. — M. BONAMY.
Anatomie et physiologie. — M. HÉLIE.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. MARCÉ.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. MAHOT.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. CHENANTAIS.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. CORMERAIS.

Art. 4. M. CHENANTAIS, professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et physiologie, est nommé chef des travaux anatomiques.
M. ÉCORCHARD est nommé prosecteur.
M. JOUEN est nommé préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Art. 5. M. LAFOND, professeur d'anatomie et physiologie, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

Art. 6. M. FOURÉ, ancien professeur de thérapeutique et matière médicale, est nommé professeur honoraire.

Art. 7. M. le recteur de l'Académie de Nantes est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 3 juillet 1855. H. FORTOUL.

—Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 4 juillet 1855, M. de BARRUEL, ancien principal du collége d'Orange, est nommé secrétaire agent comptable près les Facultés de théologie, des sciences et des lettres, et près l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, en remplacement de M. Marbot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 5 au 11 juillet 1855.

143. BONNICHON, Michel-Armand, né le 13 mars 1829, à Saint-Amand (Cher). [*Fracture extra-capsulaire du col du fémur.*]
144. MILET, Eugène-François-Clément, né le 22 décembre 1828, à Péronne (Somme). [*Des phlegmons de l'aisselle.*]
145. CONSTANTIN, Pierre, né le 8 mars 1828, à Nérigean (Gironde). [*Statistique de l'opération césarienne en France, ou recueil de faits relatifs à cette opération.*]
146. SANGUIN, Joseph-Eugène, né le 22 décembre 1830, à Saint-Chamans (Bouches-du-Rhône.) [*De l'influence des climats chauds sur l'homme.*]
147. FORGE, Célestin, né le 7 mai 1827, à Creil (Oise). [*Du vomissement par inanition.*]
148. SÉCRESTAN, Joseph-Stanislas, né le 20 septembre 1830, à Beaumont (Tarn-et-Garonne). [*Des principales causes de la mort du fœtus dans le sein de la mère.*]
149. CLAIRIN, Jean-Philibert-Émile, né le 23 septembre 1829, à Dijon (Côte-d'Or). [*De l'obésité.*]
150. DELORME, Alexandre-Félix, né le 12 janvier 1829, à Saint-Cosme (Sarthe). [*Du diagnostic des maladies du sein chez la femme.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 25 avril au 25 juin 1855.

21. MILLET, Martial, d'Orange (Vaucluse). [*Essai sur l'estomac au point de vue pathologique.*]
22. BOLZE, Louis, de Nîmes (Gard). [*Quelques considérations sur le scorbut.*]
23. THIRON, Gaston, de Maison-Neuve (Ardèche). [*Des accidents de l'opération de la cataracte, des moyens de les prévenir et de les combattre.*]
24. COUVE, Édouard, de Port-Louis (île Maurice). [*Des sources du diagnostic des tumeurs.*]
25. BREJON, Ernest, de Saintes (Charente-Inférieure). [*Du croup.*]
26. GUINIER, Henri, de.... [*De la fièvre intermittente pernicieuse, vulgairement appelée* ACCÈS MALIN, *considérée au point de vue de sa nature.*]
27. CONQUET, F.-J.-A., d'Arbois (Jura). [*De l'emphysème traumatique considéré surtout comme complication des plaies de poitrine.*]
28. STOUVENEL, Alexandre, de Genève (Suisse). [*Quelques considérations sur l'allaitement maternel.*]
29. POUJAYE, Cyprien, de Cunot (Aveyron). [*Idée de la simplification en obstétrique.*]
30. JORDAIN, A. de Moularès (Tarn). [*Essai sur la chorée.*]
31. TOURCEL, Gustave, de l'Ile-sur-la-Sorgue (Vaucluse). [*Essai sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire.*]
32. MALHOLE, Louis, de Cormes (Aveyron). [*Quelques considérations sur les tumeurs blanches de nature scrofuleuse.*]
33. CHEVALIER DU FAU, d'Aurillac (Cantal). [*Du régime alimentaire dans les maladies et de ses principales sources d'indications.*]
34. TISON, de Paris (Seine). [*De la pourriture d'hôpital.*]
35. CAMILLE, de Sorèze (Tarn). [*Essai sur l'hémoptysie.*]
36. GOURBEIL, Julien, de Moëze (Charente-Inférieure). [*Essai sur l'épidémie de choléra observée à l'armée d'Orient depuis son invasion jusqu'au 1er mars 1855.*]
37. CHAMSKI, Ladislas, de.... [*Aperçu sur l'épidémie cholérique de 1854, observée à Saint-Chinian.*]
38. SEGUY, Charles, de Pierrelattes (Drôme). [*Quelques mots sur les affections de l'âme, considérées comme causes de maladies.*]
39. MORIN, Alexandre, de Versailles (Seine-et-Oise). [*Considérations générales sur l'acclimatement en Algérie.*]
40. ODOYER, Stanislas, de Tavel (Gard). [*Étude sur la chlorose.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,
LAURENS.

---

l'état résulte d'une lésion quelconque, et l'on écarterait ainsi le délire, la frénésie et l'ivresse, qui sont passagers, tandis que le caractère des véritables affections mentales est la chronicité.

On comprend, toutefois, que l'on ait pu regarder comme analogiques les divers troubles fonctionnels d'un même organe; ils entrent de droit, en effet, dans les cadres nosologiques. Pourrait-il en être ainsi du rêve qui naît dans un cerveau sain? Nous ne saurions le croire.

Pour nous, rêver c'est se souvenir.

Le cerveau garde la trace des impressions qu'il a reçues; c'est là ce qu'on appelle la mémoire. Ces souvenirs, complets ou incomplets, agréables ou pénibles, importants ou futiles, sont réveillés par le simple effort de la volonté, mais non toujours. Ce que l'on cherche en fouillant les replis du cerveau nous échappe; ce que l'on voudrait écarter nous obsède. A l'état de veille, et comme malgré nous, des images importunes se montrent inopinément et jettent du trouble dans la vie réelle. Le souvenir des choses passées prouve que le cerveau a une double action : celle qui agit dans le présent, et celle qui, étant rétrospective, agit dans le passé. Cette dernière est plus mystérieuse encore que l'autre. Il se mêle donc, en quelque sorte, du rêve à l'état de veille, le plus éveillé de nous éprouvant quelques-unes des sensations du dormeur, étant assailli par des souvenirs à la manifestation desquels sa volonté ne peut prendre part. Ainsi, dans la veille, le cerveau pense et se souvient avec ou sans la volonté de l'homme éveillé. Dans le sommeil, le cerveau se souvient par la seule puissance de son action physiologique, mais il ne pense pas.

Quoique dans le sommeil le cerveau participe à l'état d'inertie dans lequel sont plongés les organes des sens qui lui doivent un calme réparateur, il n'est pas absolument passif. Ce puissant agent de la pensée conserve encore une partie de l'excitation qui est son état habituel. Il ne peut recevoir des impressions nouvelles que les sens sont inhabiles à lui transmettre, mais il jouit de la faculté de reproduire les images anciennes. A la sensation succède le souvenir.

S'il était en notre pouvoir de constater le point de départ de chacun de nos rêves, ce serait toujours un souvenir que nous retrouverions. Cependant ces impressions d'actes depuis longtemps accomplis sont vagues et incomplètes, comme celles qui nous arrivent durant la veille, lorsque nous voulons nous rappeler le passé; mais elles se dénaturent davantage, elles se modifient, se transforment, et il n'en revient que des parties éparses, dont il est impossible de faire un tout. Quelquefois pourtant, au lieu de ces pâles reflets qui laissent les rêves dans une demi-teinte, un vif coloris vient les éclairer et leur donner un corps; alors le

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 12 juillet 1855.

CONSTITUTION MÉDICALE : LE SCORBUT. — MARCHE DU CHOLÉRA. — LE CHOLÉRA ASSIMILÉ AUX MALADIES CONTAGIEUSES PAR UN ARRÊTÉ MINISTÉRIEL. — LA POURRITURE D'HÔPITAL EN CRIMÉE ET A LONDRES. — HÔPITAUX SUPPLÉMENTAIRES DE MARSEILLE ET DE TOULON.

On annonce de divers côtés l'apparition du scorbut dans les hôpitaux militaires de Paris ; on en signale même quelques cas dans les hôpitaux civils. Suivant M. le docteur Tholozan, si bien placé, et si bien servi d'ailleurs par ses qualités propres, pour observer exactement ce qui se passe dans la médecine militaire, le scorbut existe *dans une de ses formes les plus prononcées*, et *complique la convalescence dans la plupart des maladies aiguës*. Le travail qu'il vient de publier dans la GAZETTE MÉDICALE donne à cet égard des indications importantes. L'altération des gencives se présente rarement, et l'on sait qu'il en est souvent ainsi dans les épidémies les plus caractérisées de scorbut ; le piqueté pétéchial de la peau manque dans un tiers des cas environ ; les suffusions sanguines profondes dans les neuf dixièmes. Le visage est souvent d'un jaune pâle et terreux ; les jambes sont œdématiées ; dans un bon nombre de cas, les muscles des mollets sont d'abord flasques, et « cette flaccidité, avec douleurs aux jambes, est une des premières et des plus sûres manifestations symptomatiques du scorbut. » Puis survient l'induration musculaire, qui occupe surtout la jambe et le mollet. M. Tholozan a également observé, dans quelques cas, le phénomène de l'*analgésie scorbutique*.

Nous tenons de M. le docteur Cazalis qu'à la Salpêtrière les formes hémorrhagiques et les suffusions sanguines profondes se montrent avec une fréquence insolite ; mais cette remarque a été faite il y a plusieurs mois déjà. Si c'était là une manifestation scorbutique, la constitution médicale qui occupe en ce moment l'attention daterait, comme on voit, d'assez loin. Ce qu'on a pu observer dans les hôpitaux civils ne nous paraît pas témoigner clairement d'une influence épidémique, car il n'est pas rare d'y rencontrer des cas de scorbut. Quant à la pratique civile, où nous ne voyons rien poindre de semblable jusqu'à présent, elle offre de très nombreux exemples de ce purpura léger qu'amènent presque toujours les grandes chaleurs, et qui pourrait être aisément confondu, non sans avec le scorbut confirmé, mais avec une légère manifestation scorbutique. C'est une remarque qui n'est peut-être pas inutile.

— Le choléra continue ses pérégrinations à travers l'Europe et une partie de l'Asie, mais sans faire de grands ravages. On dit que quelques cas ont été observés dans la Meurthe, le Haut-Rhin et le Bas-Rhin ; cette nouvelle mérite confirmation. Il n'en est pas de même quant au développement du fléau dans diverses parties de l'Italie et de l'Espagne. On le signale, en outre des localités désignées dans notre dernier numéro, à Vicence, à Vérone, à Ferrare, à Bologne surtout, où il paraît avoir sévi avec quelque intensité. A Madrid, le nombre des cas, bien qu'il aille en augmentant, n'atteint cependant qu'un chiffre très faible relativement à celui de la population. Du 23 juin au 29 inclusivement, les documents officiels comptent 52 cas nouveaux et 30 décès. Le chiffre des malades, depuis la recrudescence, est de 736, et celui des décès de 438. La correspondance de EL SIGLO MEDICO annonce que le choléra règne également ou a régné ces jours derniers à Carabaña, Orusco, Sanguesa, et sur un grand nombre de points des provinces de Biscaye, de Santander, de Navarre, de Logrono, de Valence, de Jaen. Ce sont les provinces les moins épargnées : plusieurs de celles qui confinent au Portugal et à la France renferment aussi quelques cas ; mais nulle part, nous le répétons, l'épidémie ne présente jusqu'à présent de gravité.

En Crimée, il résulte du rapport adressé le 26 juin à lord Raglan par l'inspecteur général des hôpitaux anglais, le docteur John Hall, que, à cette date, le choléra et les affections intestinales étaient en voie d'accroissement. « Mais, dit le rapport, le nombre des admissions ni celui des décès n'ont été assez considérables pour être plus particulièrement remarqués, bien qu'ils fussent suffisants pour donner de l'inquiétude. » Les admissions dans les hôpitaux anglais, pendant la semaine précédente, s'étaient élevées à la progression considérable de 10,52 pour 100 ; mais la mortalité n'avait été que de 0,68 pour 100. Ce contraste s'explique aisément par cette considération que, dans le nombre des admissions, figurent, pour le chiffre de 1,659, les blessés du 18 juin ; et la faible proportion des décès montre que le vrai choléra, le choléra épidémique, n'a pas joué un trop grand rôle dans les atteintes portées à l'état sanitaire de l'armée. Pourtant, il paraît que l'épidémie a eu des moments de violence, puisque, selon le *Times*, le jour de l'assaut, 80 décès ont eu lieu dans la garde anglaise stationnée à Balaklava.

---

dormeur se réveille impressionné, et il croit avoir vécu de la vie réelle. Rarement il en est ainsi. Les rêves enfantés par un organe entré, relativement à lui même, dans une phase de repos sont incohérents et polymorphes ; les souvenirs ne sont qu'ébauchés, ils se confondent et s'enchevêtrent ; aussi faut-il y regarder de bien près pour trouver le point précis où le vrai fait place à l'erreur.

Une personne rêva qu'elle assistait à un splendide festin, entourée de gais compagnons dont elle partageait le bien-être. Tout se passa bien d'abord ; mais elle vit soudain les lumières s'éteindre, et, à travers l'obscurité qui n'était pas complète, elle vit se balancer dans l'air de pâles fantômes, mal protégés dans leur nudité par des suaires. Malgré l'épouvante du dormeur, il reconnut qu'ils étaient cuits, et sa main armée d'une truelle à poisson s'efforçait de les dénuder ; il y parvint si bien qu'il en fit en peu de temps des squelettes. Le reste de son rêve se perdit dans le vague, et, quand il s'éveilla, il se souvint qu'à peu de jours de là il avait découpé un superbe turbot dont les convives n'avaient laissé que les os. Ainsi malgré la bizarrerie des impressions reçues, elles avaient pour base le souvenir. On rêve à ce qui s'est passé, à ce qu'on craint, à ce que l'on espère, en restant toujours en deçà de la vérité ou en allant au delà, quoique nos rêves tirent leur origine d'elle seule. Ils ne sont donc autre chose, suivant nous, qu'un acte de mémoire, une réminiscence du passé. C'est la mémoire qui réveille les impressions précédemment reçues par le cerveau ; elle doit agir, et elle agit, en effet, aussi bien dans la veille que dans le sommeil, avec plus de netteté dans le premier cas, et avec un très grand vague dans le second. Se rappeler en dormant n'est pas plus faire acte d'aliénation que de se rappeler quand on est éveillé.

Notre cerveau peut être comparé à un vaste portefeuille plein d'images accumulées au hasard, où l'on ne peut puiser comme on désire, celles qui viennent à la main étant rarement celles que l'on voudrait avoir. C'est encore, si l'on veut, un meuble divisé en une multitude de cases qui renferment notre passé ; toutes ont des serrures, et malheureusement nous n'en avons pas toutes les clefs. Il arrive même souvent que, si nous ouvrons quelques compartiments, nous n'y trouvons que des médailles frustes, dont nous ne pouvons lire nettement les légendes.

Le somnambule ne diffère pas du dormeur ordinaire, et c'est aussi la reproduction des choses passées dont les images sont peintes dans le cerveau qui le dominent. Il marche, il est vrai, mais sans s'écarter du cercle de ses souvenirs ; seulement il jouit de la faculté locomotrice. Lorsqu'il se déplace, c'est pour parcourir des lieux connus que la mémoire lui retrace fidèlement. La porte qu'il veut ouvrir a-t-elle été cachée par un paravent,

— Aux termes des lois des 11 et 18 avril 1851, un certain nombre de maladies contagieuses donnent droit à pension dans les départements de la marine et de la guerre. Parmi elles n'avait pas figuré jusqu'ici le choléra; mais une circulaire de M. l'amiral Hamelin, adressée aux commandants des escadres, préfets maritimes et autres fonctionnaires, leur donne avis que le choléra contracté *hors de France*, soit à l'armée, soit sur les bâtiments employés dans les expéditions de la Baltique et de la mer Noire, sera désormais considéré *comme ayant le caractère contagieux* dans le sens de la loi des pensions, lorsqu'il aura été reconnu avoir régné *épidémiquement*, soit sur le bâtiment, soit dans le lieu où le militaire ou marin avait été appelé par les obligations du service.

Cette jurisprudence nouvelle est déjà en voie d'application. Sur la proposition de l'administration centrale des Invalides, des pensions ont été accordées à des veuves dont les maris, officiers de terre ou marins, ont succombé au choléra qui régnait *épidémiquement* à bord des bâtiments de l'État employés dans les expéditions de la Baltique et de la mer Noire.

Il ne nous appartient pas d'entrer dans l'examen de cet arrêté de M. le ministre de la marine. Nous constatons seulement cette adhésion de l'autorité administrative au principe de la contagion du choléra.

— La pourriture d'hôpital qui, d'après les journaux anglais, est assez fréquente chez les blessés de Crimée, règne également dans les principaux hôpitaux de Londres. *The Lancet* nous apprend que dans presque toutes les salles infectées, on a substitué, pour le nettoyage des plaies, l'étoupe et la charpie à l'éponge, qui est regardée comme la matière la plus susceptible de transporter d'individu à individu l'agent de la contagion. L'expérience aurait paru concluante à la plupart des chirurgiens. Lorsque des parties gangrenées ont été enlevées avec le bistouri, l'on a soin de laver l'instrument à l'eau bouillante. Comme application externe, on emploie, outre les topiques ordinaires, les cataplasmes de poudre de charbon et l'acide nitrique concentré, qu'on étend avec un pinceau sur les plaies de mauvaise nature. Quant au traitement interne, il consiste surtout dans l'emploi du chlorate de potasse, de la décoction d'écorce amère, et du sulfate de quinine uni à l'opium.

On ne peut mettre en doute la contagionabilité de la pourriture d'hôpital, et le transport du contage par les pièces de pansement n'est pas moins incontestable; mais nous ne sachions pas que personne chez nous ait jamais reconnu à l'éponge une propriété exceptionnelle d'imprégnation. Tout au contraire, les exemples les plus remarquables et les plus décisifs de contagion directe ont eu lieu par les pansements avec la charpie; ils sont racontés dans le tome II de la PATHOLOGIE CHIRURGICALE de M. Nélaton. Cela ne veut pas dire que l'éponge, dans les mêmes conditions, n'eût amené les mêmes résultats; mais l'expérience dont parle le journal anglais est la seuel, à notre connaissance, qui puisse appuyer l'opinion et la pratique attribuées par lui aux chirurgiens de Londres.

Quant à l'emploi topique de l'acide nitrique, il peut convenir au début de l'affection; à une période plus avancée, il ne saurait remplacer le fer rouge, qui constitue l'abortif le plus sûr et le plus expéditif.

— On sait que les soldats blessés sont évacués en assez grand nombre de l'Algérie sur Marseille et Toulon. Comme les hôpitaux militaires de ces villes se trouvaient par là exposés à l'encombrement, on a eu la pensée d'établir dans les îles du littoral des *hôpitaux supplémentaires*, dont les circonstances actuelles pourront d'ailleurs accroître l'utilité. La GAZETTE DU MIDI annonce qu'un établissement de ce genre comptant 500 lits et pouvant en contenir le double, a commencé à fonctionner à l'île Ratonneau. L'autorité militaire a fait approprier au même usage un grand local situé dans le lazaret de Toulon et dans les bâtiments où logeaient les prisonniers arabes dans les îles de Lérins.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA PNEUMONIE FIBRINEUSE, par M. PROSPER CADIOT.

Suite et fin. — Voir les nos 25 et 27.

SYMPTOMATOLOGIE.

Au début de l'affection, aucun signe ne permet de soupçonner l'exsudation fibrineuse; cependant, quand, dès le principe, les forces sont abattues, quand la respiration est difficile, haletante, qu'il survient une dyspnée formidable qui n'est en rapport ni avec l'étendue de la pneumonie, ni avec la douleur de côté, et qu'à cela

---

il ne voit pas l'obstacle et ne peut l'enlever; après quoi il retourne à son lit lorsqu'il reconnaît que toutes les issues lui sont interdites. S'il s'assied à un piano, il remue les doigts sans faire les accords qu'il croit entendre; il ouvre la bouche comme s'il chantait, mais il ne chante pas. Le somnambule rêve en marchant, mais il rêve.

L'enfant ne rêve que s'il a perçu l'impression des objets avec lesquels il est en rapport. Dans les premiers jours de la vie, il ne peut y avoir de rêves.

L'oiseau qui gazouille endormi la tête sous l'aile, le chien de chasse et le chien de berger qui aboient en dormant, rêvent, et personne ne le met en doute. Dira-t-on aussi qu'ils font acte de démence?

Si nous avons pu établir avec quelque apparence de certitude que le rêve est une réminiscence des actes passés, à peine sera-t-il nécessaire d'établir un parallèle entre le dormeur et le fou. Celui-ci jouit de ses sens, il voit, il touche, il goûte, il entend, et cependant il divague; donc il est malade. Le dormeur est privé du libre usage de ses facultés sensoriales, tout dans son organisme est passif; et comme le cerveau ne peut percevoir de sensations nouvelles, il borne son action affaiblie à reproduire l'image du passé. Le dormeur n'est donc pas malade, il n'est que passif.

Le fou s'endort fou et se réveille fou, le dormeur s'est endormi raisonnable et retrouve la raison à son réveil.

Un homme est fou une ou deux fois dans sa vie, et cette folie, qui est une maladie, abrége ses jours. Le dormeur rêve presque toutes les nuits sans que ses rêves l'empêchent de se réveiller bien portant.

Le rêve est un acte passager qui peut s'interrompre et recommencer dix fois dans une même nuit. La folie est un état permanent.

Le dormeur se souvient de ses rêves, lesquels changent ou peuvent changer toutes les nuits; le fou ne se rappelle plus le jour ce qu'il a dit ou fait la veille. Les divagations de la folie sont peu variées; et s'il était vrai que le monomane rêvât éveillé, il différerait essentiellement du dormeur, puisqu'il rêve toujours la même chose.

Le dormeur ne peut s'empêcher de rêver, et il ne rêve pas ce qu'il veut; il n'a pas le pouvoir de changer son état; mais le dormeur n'est plus un homme, puisque ses sens ne fonctionnent plus. Il est passif et ne peut réagir. Le fou n'est pas dans cet état négatif; il a en lui des parties saines, et peut accomplir des actes raisonnables; lors même qu'ils ne le sont pas dans le but atteint, ils le sont du moins dans les accessoires. Un fou tue son ami ou se tue lui-même, mais il a grand soin de choisir un couteau pointu, et, si cet instrument ne l'est pas, il refait la pointe en l'ai-

viennent se joindre un pouls petit et très fréquent, un teint jaunâtre avec les symptômes typhoïdes, on doit redouter une exsudation fibrino-albumineuse avec ses fâcheuses conséquences.

La formation d'une couenne très épaisse sur le sang de la saignée est un phénomène constant : toutes nos observations en font foi ; la 5e observation de M. Nonat en est un exemple frappant. Ce fait avait déjà frappé Morgagni dans l'épidémie de 1738.

L'intensité de la matité, dans la région correspondant à l'hépatisation, est un fait notoire, qui trouve son explication dans le gonflement et l'imperméabilité absolue du lobe hépatisé.

L'auscultation fournit des signes précieux. Une fois que l'exsudation s'est accomplie, on n'entend généralement plus de râles dans la partie correspondant au lobe, farci par la matière fibrineuse : pour peu que celle-ci ait obstrué les bronches de 3e et 4e ordre, l'air n'ayant plus accès dans les vésicules pulmonaires, le râle crépitant n'est plus possible, ou, si on l'entend, il est disséminé, rare, et se produit à la périphérie de la portion gorgée d'exsudat ; mais si l'état physique du poumon s'oppose à la production du râle crépitant, en revanche, il se prête admirablement à la production du souffle tubaire et de la bronchophonie. En effet, les grosses bronches, qui ne sont pas encore oblitérées, sont environnées par un tissu hépatisé, dense au suprême degré, et qui est alors dans les conditions les plus favorables à la consonnance et au mouvement vibratoire. M. Nonat a signalé l'intensité et la persistance du souffle bronchique ; M. Schutzenberger regarde le souffle tubaire intense, la résonnance vocale exagérée, et la matité absolue, comme les signes qui ont le plus de valeur pour le diagnostic.

Un phénomène qui pourrait avoir quelque valeur, lorsque la voix du malade ne permet pas d'entendre la bronchophonie, c'est ce que le docteur Hourmann a appelé le *retentissement autophonique*, qui consiste dans le retentissement plus grand de la voix de l'observateur lui-même, s'il vient à parler pendant qu'il tient l'oreille appliquée sur le thorax au niveau de l'hépatisation. J'ai pu constater deux fois ce phénomène stéthoscopique en auscultant comparativement un sujet atteint de pneumonie fibrineuse, et d'autres pneumoniques chez lesquels l'exsudation était purement catarrhale.

Si, dans quelques cas de pneumonie, l'inspection et la mensuration font découvrir une dilatation, une ampliation de la poitrine, dans le côté correspondant à l'altération, ce sera surtout dans la pneumonie fibrineuse ; car, dans les cas de ce genre, on trouve presque toujours à l'autopsie le lobe hépatisé tellement augmenté de volume, qu'il porte l'empreinte des côtes. Il n'est pas difficile de concevoir que l'abondance de l'exsudation ait tellement rempli le parenchyme pulmonaire, que celui-ci ait refoulé la paroi thoracique dans le point correspondant, sans qu'il soit besoin, pour interpréter ce phénomène, d'admettre l'existence d'un épanchement pleurétique. Mais nous verrons plus loin les difficultés que cette circonstance, jointe à l'immobilité du côté malade, peut imprimer au diagnostic.

Ordinairement, l'expectoration ne fournit au début que des crachats blancs, muqueux, rarement sanguinolents. Plus tard elle est tout à fait nulle, ou ne donne que quelques crachats jaunes visqueux, riches en albumine ; on y retrouve des cellules épithéliales, des flocons de fibrine et des globules de sang, qui, selon leur quantité, colorent l'expectoration en nuances diverses, mais toujours peu foncées.

Dans 10 observations de M. Nonat, 8 fois les crachats étaient blancs, muqueux ; dans 2 cas seulement les crachats étaient d'un gris jaunâtre ou verdâtre, puriformes et étalés au fond du vase.

Dans la 3e observation de M. Nonat, l'expectoration se suspendit lorsque les symptômes s'aggravèrent.

Morgagni avait été frappé déjà par l'absence d'expectoration dans l'observation que nous avons citée.

C'est dans l'expectoration que l'on retrouve quelquefois le signe vraiment pathognomonique de l'exsudation fibrineuse : nous voulons parler des cylindres polypiformes plus ou moins ramifiés. Mais qu'on ne se laisse pas abuser, en attendant cette donnée, pour donner de l'éclat au diagnostic, car elle manque le plus ordinairement. Nous avons parlé, dans l'anatomie pathologique, de l'élasticité et de la résistance de ces productions fibrineuses : les efforts de la toux parviennent rarement à les détacher, à les arracher, pour ensuite les expulser.

Le cylindre fibrineux n'a, il est vrai, contracté aucune adhérence avec la muqueuse bronchique, mais il est retenu par autant de filaments qu'il y a de bronchioles, et tous ces filaments aboutissent à ces ampoules gonflées de fibrine que nous avons dit former les granulations.

Cependant Remak, qui a poussé très loin l'observation dans ce genre de recherches, fait remarquer que les concrétions bronchiques que l'on découvre dans l'expectoration se présentent, dans la première période de la pneumonie, sous forme de filaments très ténus et peu ramifiés, tandis que les concrétions épaisses et très rameuses s'observent dans la seconde période.

Si la maladie doit se terminer heureusement, la fibrine déposée dans les canaux qui sillonnent le poumon subit une fonte ou une transformation qui fait que les concrétions tendent à disparaître. La forme ramifiée s'observe moins, les bronches tendent à se séparer du tronc par suite du travail de ramollissement qu'elles subissent. Il est facile de s'assurer de cette fonte, de ce ramollissement, par la facilité avec laquelle on les écrase.

Il est à noter que, lorsque l'expectoration a expulsé des masses fibrineuses assez considérables, on voit cesser les symptômes graves d'asphyxie, la dyspnée diminue, et les phénomènes respiratoires reparaissent à leur état normal, ou plus ou moins altérés dans des parties du poumon où ils étaient suspendus jusqu'alors.

On trouve dans l'ouvrage de Remak (p.83), que dans des cas où le râle crépitant avait complétement disparu, où la percussion donnait un son tout à fait mat, où l'on entendait un souffle tubaire intense, que dans ces cas, dis-je, il eut quelquefois la satisfaction, après l'expectoration de cylindres fibrineux assez volumineux, de

---

guisant sur un grès. Veut-il assommer quelqu'un, ce n'est pas un livre qu'il lui jette à la tête, c'est un pavé.

Un fou, sous le rapport intellectuel, est un homme incomplet, le dormeur un homme nul. Comment pourrait-on établir entre leurs actes la moindre similitude, quand on cherche à les apprécier sous le rapport psychologique ? On peut dire, en parlant des facultés intellectuelles du fou, qu'il ne peut en régler l'emploi et qu'elles ne lui sont pas soumises. On doit se contenter de dire du dormeur qu'elles sont enchaînées ou que l'emploi en est suspendu, ce qui est bien différent.

A. Fée,
Professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Nous recevons de M. le docteur Hübsch, de Constantinople, la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer.

Monsieur le Rédacteur,

Dans une communication que j'ai eu l'honneur de vous adresser, en date du 5 mars, et que vous avez publiée, sous le titre Variétés, dans le n° 12 (23 mars), j'ai parlé de l'administration des hôpitaux français et du service en général. Les détails dans lesquels j'étais entré pour établir les rapports des médecins avec l'intendance, et les considérations que je me suis permis de présenter à ce sujet, ont dû être supprimés par vous, comme contrevenant aux dispositions du décret sur la presse. Quelques-unes des phrases imprimées, ainsi détachées du reste de l'article, ont paru à plusieurs personnes exprimer des intentions peu favorables au corps de santé des armées. Je tiens à déclarer que rien n'était plus loin de ma pensée. Les labeurs de notre profession, les dangers auxquels nuit et jour nous sommes exposés dans les hôpitaux, la mort qui a moissonné déjà tant de médecins, le dévouement du corps médical militaire dont je suis fier de faire partie, sont des titres à la reconnaissance publique qui me sont connus autant qu'à personne, et que je suis incapable d'oublier.

Agréez, etc. Dr Hübsch.

— M. Regnauld soutiendra ses thèses pour le doctorat ès sciences physiques, devant la Faculté des sciences, à la Sorbonne, le lundi 16 juillet, à une heure et demie.

voir reparaître le râle crépitant dans des points circonscrits du poumon qui paraissaient tout à fait hépatisés un instant auparavant.

Les symptômes généraux se présentent, avec un plus grand degré d'intensité, les mêmes que dans la pneumonie ordinaire.

Morgagni, M. Nonat, Remak, etc., ont noté la petitesse et la fréquence du pouls comme une chose constante. La prostration est fréquente et précoce, la dyspnée est intense et permanente. La cyanose, quand on l'observe, n'apparaît pas dans le début ; c'est un phénomène d'asphyxie lente. D'abord sensible à la face, elle s'étend progressivement à tous les membres et à tout le corps ; elle est surtout remarquable à la face, au cou et à la partie supérieure de la poitrine.

MARCHE, DURÉE.

Il est facile de comprendre que le farcissement du poumon trouble mécaniquement l'acte de la respiration ; de là, sans contredit, la cause pour laquelle les malades éprouvent si rapidement les symptômes asphyxiques. Ce résultat est si palpable, que nous ne croyons pas nécessaire de nous y arrêter plus longtemps. La circulation pulmonaire, de son côté, se trouve notablement entravée, complétement suspendue dans le lobe hépatisé, puisque l'exsudation a envahi les vaisseaux sanguins ; les échanges vivifiants qui se font entre l'air et le sang sont imparfaits, l'acte important de l'hématose se trouve gravement compromis ; le sang doit en subir une altération manifeste qui exerce une influence fâcheuse plus ou moins directe sur le système nerveux, et imprime à la maladie un cachet spécial, dont la grande prostration du malade est sans doute l'expression.

Lobstein attribue une grande partie des phénomènes morbides à l'innervation vicieuse et pervertie ; c'est d'elle seule, dit-il, que dépendent les symptômes orageux et l'issue fâcheuse dans tous les cas où le poumon n'offre qu'une altération partielle.

Quant à nous, nous accordons la plus grande part à l'altération locale, et nous pensons que la mort puisse en être souvent la suite nécessaire ; cependant on se tromperait, dit M. Nonat, si l'on voulait toujours s'expliquer cette dernière d'une manière mécanique. Combien de fois, en effet, l'ouverture des cadavres ne montre-t-elle pas l'inflammation bornée au tiers inférieur de l'un des deux poumons ; or n'est-il pas vraisemblable que tant de parties restées saines et intactes auraient pu aisément suppléer la partie malade ?

Quoi qu'il en soit de l'altération locale et des éléments morbides qui la compliquent, il est acquis à l'expérience que la pneumonie, dans cette forme, affecte une marche très rapide. Dès le deuxième et le troisième jour, quelquefois dans les premières heures, le malade tombe dans une prostration profonde, sa face se grippe, ses traits se décomposent ; le pouls tombe rapidement, reste petit et fréquent ; la respiration est pénible, anxieuse, la dyspnée survient, elle est quelquefois poussée jusqu'à l'orthopnée ; la toux est fréquente, retentit douloureusement dans toute la poitrine du malade, qu'elle soulage rarement par l'expectoration de quelques crachats. Bientôt le râle trachéal vient annoncer la fin prochaine du malade. La mort arrive d'ordinaire au quatrième ou cinquième jour ; elle se fait rarement attendre au delà du premier septénaire. Il serait intéressant d'étudier dans quelles autres conditions pathologiques les concrétions fibrineuses se forment dans les bronches ; on verrait qu'elles dépendent souvent d'un état inflammatoire chronique entretenu par un noyau pneumonique induré ou par le développement de la tuberculisation dans des points qui avoisinent les bronches. C'est ainsi que des individus ont pu, à différentes époques, expectorer des masses polypeuses assez considérables, sans qu'auparavant les fonctions respiratoires aient paru sérieusement entravées (observations de Peacock et Thierfelder, citées par M. Leudet). Mais ces faits nous paraissent devoir rentrer plutôt dans la série des cas de bronchite pseudo-membraneuse que dans les cas de pneumonie fibrineuse ; car cette dernière, à notre avis, n'est pas susceptible de passer à l'état chronique.

TERMINAISON.

Nous avons vu que la terminaison la plus fréquente est la mort, et nous avons dit pourquoi ; mais, si les efforts de la nature, aidés d'un traitement méthodique, parviennent à imprimer à la maladie une marche moins fatale, et à opérer la résolution de l'inflammation, voici ordinairement ce que l'on observe. La physionomie du malade prend un aspect plus normal, le pouls se relève progressivement, le nombre des pulsations diminue. Parmi les phénomènes locaux, la diminution d'intensité du souffle est le premier signe qui marque le travail de résorption ; la bronchophonie diminue, on entend quelques râles bouillonnants dans les grosses bronches, où semble commencer l'imbibition qui favorise la fonte et la résorption de la matière plastique. Cette imbibition suppose une nouvelle congestion, avec exsudation séreuse, qui commence à la périphérie des parties affectées. C'est alors que l'on entend quelques râles souscrépitants et crépitants de retour dans les fortes inspirations ; enfin, c'est petit à petit que se manifestent la diminution progressive de la matité et le retour de la sonorité normale.

Que deviennent alors les masses fibrineuses qui oblitéraient les bronches? Il semblerait que la fonte qui s'opère doit favoriser leur expulsion par l'expectoration, et cependant celle-ci n'augmente pas notablement, et l'analyse y découvre moins de fibrine que dans les premiers jours de la maladie, alors que se faisait l'exsudation. C'est par une autre voie que la masse plastique qui entravait les fonctions des poumons se trouve éliminée. Une résorption très active s'empare des produits exsudés, les fait rentrer dans le torrent circulatoire, qui les expulse par les filtres sécréteurs des glandes, et principalement par les reins. La résolution, en effet, coïncide avec un phénomène critique très remarquable, déjà signalé comme un fait presque constant par M. Grisolle et par le docteur Martin-Solon, savoir : l'augmentation de la sécrétion urinaire et l'apparition de l'albumine dans les urines.

L'expectoration de cette période est généralement un peu plus abondante. Elle offre des crachats visqueux, jaunes ou verdâtres ; de nombreux globules de pus, des cellules isolées à noyaux ; quelques cellules d'épithélium vibratile bien conservé en forment la partie solide. On n'y découvre pas les cellules sphériques et diaphanes de l'épithélium vésiculaire, preuve que celui-ci est détruit par l'inflammation. L'examen microscopique de ces crachats de la 3e période vient ici en aide à l'anatomie pathologique pour démontrer que la couche épithéliale des vésicules a été le tissu primitivement affecté dans la pneumonie, et que l'exsudation fibrino-albumineuse qui a obturé les petites bronches ne dépendait pas d'un travail inflammatoire de la couche muqueuse de celles-ci, puisqu'on retrouve intacts dans l'expectoration les épithéliums bronchiques.

Il est évident que nous ne soutenons pas que l'inflammation ne puisse quelquefois s'étendre aux bronches par voie ascendante, de même que dans le croup elle peut s'étendre par voie descendante, jusqu'aux vésicules pulmonaires. Ce que nous soutenons, c'est que le point de départ du travail inflammatoire qui donne lieu à l'exsudat plastique est dans les vésicules pulmonaires, et qu'ainsi nous avons affaire à une pneumonie, et non à une bronchite fibrineuse, comme l'insinue trop volontiers Remak, avec lequel nous nous mettons ici en contradiction, malgré le respect que nous avons pour les opinions professées par ce savant et consciencieux micrographe.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de la pneumonie fibrineuse est un des problèmes les plus difficiles que cette intéressante question offre à résoudre.

Le médecin, quoique prévenu de la possibilité de la formation de concrétions fibrineuses dans les bronches, devra souvent garder une prudente réserve jusqu'à ce que l'ensemble des symptômes et la marche de la maladie lui aient permis d'écarter l'idée, l'hypothèse d'une pneumonie simple au deuxième degré ou d'un épanchement pleurétique.

Entre l'hépatisation simple et la pneumonie fibrineuse, c'est une question de plus ou de moins. Nous avons vu dans la symptomato-

logie les signes particuliers et les nuances qui doivent faire opiner pour la seconde ; nous nous contenterons de les résumer en quelques mots. 1° Quand, chez un individu atteint de pneumonie, on constate au deuxième ou au troisième jour une matité considérable accompagnée de souffle tubaire et de bronchophonie intenses, 2° une absence ou une durée éphémère des râles crépitants et sous-crépitants, 3° une expectoration peu ou pas du tout sanguinolente, ou quelquefois nulle, 4° enfin un appareil grave de symptômes généraux, on peut presque à coup sûr se prononcer pour la formation de concrétions fibrineuses.

La douleur de côté, la dyspnée, la fièvre, la matité, le souffle et la bronchophonie, l'immobilité du thorax et l'augmentation de son diamètre du côté malade, sont des symptômes qui sont communs à la pneumonie fibrineuse et à l'épanchement pleurétique. Dans la plupart des cas, nous n'aurons ni le râle crépitant ni les crachats caractéristiques de la pneumonie, pour nous faire écarter l'existence d'une pleurésie ; tous les éléments morbides réunis, au contraire, semblent devoir faire admettre cette dernière. Sur quels signes alors fonder une différence ? D'abord nous ferons observer que, dans la pleurésie, le souffle et la bronchophonie acquièrent rarement l'éclat et l'intensité qu'ils ont dans la pneumonie fibrineuse ; car, de deux choses l'une, si la pleurite est sèche, les fausses membranes ne refouleront pas tant le poumon qu'il ne soit permis d'entendre encore le bruit respiratoire plus ou moins modifié : il y aura une certaine perméabilité du poumon qui exclut les conditions physiques d'un souffle et d'une bronchophonie intenses. Si la pleurite est accompagnée d'un épanchement assez considérable, le souffle s'entendra dans le lointain, dans un point plus circonscrit, et il ne choquera pas l'oreille, comme dans le cas d'une hépatisation complète. Dans ce cas particulier, le retentissement vocal, au lieu d'être net et éclatant, aura 15 fois sur 20 un timbre égophonique, ou bien la résonnance en sera diminuée, au lieu d'être augmentée.

Au début de la pneumonie fibrineuse, si toutefois on a pu l'observer, on aura pu fréquemment remarquer quelques crachats plus ou moins colorés, et le passage à l'hépatisation aura été marqué par des râles fins, disséminés, qui pourront éclairer le diagnostic.

Quelle que soit la position que l'on donne au malade, les phénomènes stéthoscopiques restent invariables dans la pneumonie, tandis que dans l'épanchement pleurétique le déplacement les suspend ou en modifie les caractères.

Mais c'est surtout dans la physionomie de la maladie et l'appareil spécial des symptômes généraux, dans l'ensemble, la marche et la combinaison des symptômes locaux, que le raisonnement puisera ses ressources, pour arriver, par des déductions logiques, à soulever le voile qui obscurcissait le diagnostic.

Dans la pleurésie, la fièvre, l'altération des traits, la prostration des forces, etc., prennent rarement et d'une façon aussi rapide un caractère aussi alarmant. Dans la pneumonie fibrineuse, au contraire, il est constant que, dès le deuxième ou le troisième jour, la maladie affecte une forme très grave : le pouls tombe rapidement à 120, 140, la face s'altère ; elle exprime une anxiété, une angoisse qui signalent une asphyxie croissante.

La pleurite peut compliquer la pneumonie fibrineuse, plusieurs de nos observations en font foi ; mais cet élément ajoute peu de difficulté au diagnostic, car l'énorme gonflement et l'incompressibilité du poumon qui remplit entièrement la cage thoracique s'opposent à l'accumulation du liquide dans la cavité pleurale. La forte pression que subit celle-ci permet tout au plus l'organisation de quelques fausses membranes, dont le peu d'épaisseur ne porte pas beaucoup d'atteinte à l'intégrité des phénomènes stéthoscopiques.

Ce que nous pourrions dire du pronostic est implicitement compris dans toutes les pages de ce travail ; il est généralement très grave.

TRAITEMENT.

La production des cylindres fibrineux dans les bronches se lie à un travail morbide dont nous ne connaissons pas parfaitement la nature. Nul doute que nous ne retrouvions ici tous les caractères anatomiques des phlegmasies ; mais il y a dans cette inflammation quelque chose de spécial qui lui imprime un cachet tout particulier, car enfin toutes les inflammations ne se ressemblent pas. En effet, comparez, dit M. Nonat, l'angine simple franchement inflammatoire avec l'angine couenneuse, et vous verrez que non-seulement ces deux affections naissent sous l'influence de causes différentes, mais qu'elles doivent être combattues par des méthodes différentes de traitement. Elles ne cèdent pas aux mêmes agents.

Il en est de même de la pneumonie fibrineuse comparée à la pneumonie ordinaire. Dans celle-ci, les émissions sanguines générales ou locales rendent des services signalés et sont d'une efficacité proverbiale ; dans la pneumonie fibrineuse, au contraire, les résultats acquis à l'expérience semblent devoir les faire proscrire, si ce n'est au début de la maladie, avant la formation de l'exsudat plastique, alors que la saignée peut encore diminuer l'engouement et arrêter le travail inflammatoire avant l'altération du tissu pulmonaire.

La théorie vient ici justifier les données de l'expérience. MM. Andral et Gavarret n'ont-ils pas, en effet, démontré que la fibrine augmente avec le nombre des saignées ? C'est qu'en rendant le sang plus aqueux, on le rend plus couenneux ou relativement plus riche en fibrine ; mais il est très probable aussi que la masse du sang appauvrie cherche à reprendre dans les tissus organisés des éléments de reconstitution, et que c'est ce travail de résorption, qui se fait surtout par les lymphatiques, qui ramène dans le sang cette quantité de fibrine, dont la richesse surpasse alors de beaucoup celle des globules qu'une bonne nutrition seule peut soutenir dans leur véritable équilibre de composition.

Or, supposons que, pour arrêter une phlegmasie intense, on pratique plusieurs saignées : on diminuera, il est vrai, la masse du sang et la tendance à l'hypérémie ; mais aussi les déchets fournis par tous les organes, et principalement par le tissu enflammé qui se désorganise, ramèneront dans le sang un grand excès de fibrine qui se traduira sur la saignée par l'épaisseur de la couenne (voyez la note de la page 497, 1re colonne).

Si nous rentrons dans le domaine de l'expérience, nous ne trouvons pas un seul cas qui puisse justifier l'emploi de la saignée dans la pneumonie fibrineuse. Dans l'observation de Morgagni citée plus haut, la saignée, qui se couvrit d'une couenne très épaisse, fut bientôt suivie de l'aggravation des symptômes. Sur tous les sujets cités par M. Nonat, elle ne procura jamais qu'un résultat nul, sinon rapidement funeste ; c'est ainsi que le sujet de la 5e observation meurt au quatrième jour, malgré trois saignées copieuses. Dans les observations que nous avons sous les yeux, nous n'avons jamais vu la saignée suivie d'une amélioration durable ; elle ne servait qu'à augmenter la prostration.

Ne nous hâtons pas cependant de jeter l'anathème sur les émissions sanguines et de réprouver complétement ce puissant moyen, qui, nous le croyons, peut rendre d'éminents services au début de l'affection, alors que rien encore n'a pu faire soupçonner l'exsudation fibrineuse.

Le tartre stibié, médicament si précieux dans les pneumonies ordinaires, est ici complétement inefficace. M. Nonat n'a eu à signaler aucun cas de guérison dans les cas où l'on aurait pu soupçonner l'exsudation plastique pendant la vie ; parmi les observations que nous avons rapportées de Strasbourg, les deux cas où le tartre stibié a fait la base du traitement sont précisément les deux cas malheureux qui nous ont permis d'étudier à l'autopsie les lésions anatomo-pathologiques de la pneumonie fibrineuse.

Puchelt, Cane, etc., conseillent le tartre stibié ou le sulfate de cuivre à dose vomitive, dans les cas où l'on supposerait l'existence d'une concrétion volumineuse ; les efforts que le malade fait pour vomir rompront peut-être le cylindre fibrineux dans un point de son étendue, en favoriseront l'expulsion, et diminueront d'autant la gravité des symptômes en permettant à l'air de pénétrer dans des bronches vides et saines, dont l'accès ne lui était fermé que parce que la concrétion fibrineuse dépassait l'orifice de celles-ci dans la bronche d'abord oblitérée.

Dans le cas où les petites bronches sont abondamment farcies, et c'est le plus ordinaire, l'émétique ne rend plus aucun service, et

par conséquent son rôle est bien restreint dans cette forme de pneumonie.

Schœnlein conseille de suspendre les émissions sanguines, lorsque les concrétions plastiques commencent à obturer les bronches et que l'hépatisation est complète; il leur préfère alors les ventouses scarifiées, les frictions mercurielles ou iodées, et à l'intérieur il donne le calomel comme fondant, associé au nitre et à la digitale.

Dès longtemps les préparations mercurielles jouissent de la réputation d'amener la fluidité du sang; elles ont été conseillées déjà, dans le dernier siècle, par des auteurs qui avaient entrevu dans la pneumonie l'élément plastique comme un obstacle puissant qui entravait les fonctions du poumon.

On lit dans le *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux, t. I, p. 195 : « Nous ne pouvons passer sous silence les faits curieux rapportés par le docteur Gobée, relatifs à l'emploi du calomel à haute dose dans la pneumonie. Déjà cette médication, vers la fin du siècle dernier, avait été conseillée par Hamilton, et plus tard par Vogel. Voici en quoi consiste la méthode du docteur Gobée : il fait d'abord une saignée, et, peu après, il donne le calomel à la dose de 0gr,50 à 1,50 en 12 prises dans les vingt-quatre heures; il éloigne un peu les doses, s'il survient de la diarrhée. Si la toux est fréquente, il associe l'extrait de jusquiame au calomel; peu de jours suffisent pour amener la diminution des accidents inflammatoires; on cesse alors le médicament.

Voilà sans contredit des succès acquis au mercure.

Corrigan, Cane, Puchelt, Schœnlein, considèrent les préparations mercurielles comme le meilleur moyen de combattre la tendance du sang à la plasticité. Le calomel seul ou associé à l'émétique a été l'un des moyens les plus usités; on a également eu recours aux frictions mercurielles dans le même but. Lorsque l'on a recours au calomel, on le donne généralement à doses réfractées, car c'est le moyen le plus rapide pour arriver à des résultats thérapeutiques manifestes.

Puchelt pense que l'usage des préparations alcalines, l'eau d'Ems, le nitrate de potasse, etc., peuvent concourir utilement à la fluidité du sang.

Les nitrates et les carbonates de potasse et de soude sont encore préconisés dans ce cas par le professeur Vogel.

Dans les cas de pneumonie séreuse ou catarrhale, où l'exsudation n'a pas de tendance à s'épaissir, où il suffit de prévenir une congestion trop active, une réaction trop intense, d'exciter et d'entretenir la ténicité des bronches pour favoriser l'expectoration, on doit avoir recours aux émissions sanguines, aidées de l'administration de l'émétique. Ces moyens, de l'avis de M. le professeur Schutzenberger, constituent, dans ces cas, le meilleur mode de traitement; mais ils deviennent insuffisants, dit-il, dans les cas où l'exsudat est fibrineux, a une tendance à s'épaissir rapidement et à remplir les bronches par son abondante sécrétion. Il préfère alors les préparations mercurielles aux antimoniaux, et il préconise avant tout les frictions mercurielles aidées de l'emploi à l'intérieur du sublimé, qui a des propriétés antiplastiques plus énergiques que le calomel, et qui n'a pas, autant que lui, l'inconvénient de produire des stomatites et des sphacèles de la bouche.

Nous lui avons vu employer souvent, et nous-même, sous sa direction, nous avons employé ce mode de traitement avec le plus grand succès, non-seulement dans les pneumonies fibrineuses bien confirmées, mais dans toutes celles où le râle crépitant s'effaçait dans la seconde période. Deux ou trois frictions mercurielles de 5 grammes (onguent double) trois ou quatre, et rarement cinq ou six doses de 0gr,005 ou 0,01 de sublimé, ont toujours suffi pour modifier très favorablement et très rapidement les symptômes dus à l'oblitération des voies bronchiques.

OBSERVATIONS DE QUATRE CAS DE GLOSSITE AIGUE, par J. MOZES, docteur en médecine, aide-major à l'armée des États-Unis.

Pendant une pratique civile et militaire de dix années dans les différentes parties du continent américain, je n'ai eu à traiter que quatre cas de glossite aiguë, cette affection étant du reste très rare. Je crois devoir publier ces observations, dans l'espoir qu'elles pourront fixer l'attention des médecins. Pour plus de régularité, je les rapporterai par ordre de date.

OBS. I. — 18 déc. 1854. Ramon Barona, trente-cinq ans, mexicain, de Rio-Grande (Texas), se présente chez moi à huit heures du soir, atteint de mal de gorge avec gêne de la déglutition. C'est un homme petit, gros, d'une forte constitution; il a été pris, la veille, de frissons et des prodromes ordinaires d'une fièvre inflammatoire. Peau chaude, pouls fréquent et plein, turgescence des vaisseaux de la tête et du cou, dyspnée, voix voilée, région cervicale antérieure très gonflée, langue rouge et chargée d'un enduit jaunâtre très épais.

Les Mexicains, en général d'une constitution délicate, offrent peu d'indications pour la saignée, et plusieurs fièvres, régnant dans ce moment, diminuaient encore le *vis vitæ* des habitants. Je prescrivis donc des doses fractionnées de tartre stibié et de sel d'Epsom, et des cataplasmes de farine de graine de lin.

Deux heures après le malade revenait; tous les symptômes étaient aggravés, et il lui avait été impossible de prendre les médicaments. Malheureusement, je ne pouvais me procurer de sangsues dans le village; je fis donc deux incisions de chaque côté du raphé de la langue, et je fis administrer les remèdes prescrits. Dans la soirée, je fis deux nouvelles incisions, qui, avec les effets éméto-cathartiques, amenèrent un grand soulagement.

La langue étant cependant encore très volumineuse (1 pouce et demi d'épaisseur), et débordant partout les arcades dentaires, ce qui rendait la déglutition presque impossible, je le fis surveiller pendant la nuit, craignant d'être forcé de recourir à la trachéotomie.

La nuit se passa assez bien, et le lendemain matin je trouvai mon malade plus tranquille et en voie d'amélioration. Dans la journée (19), nouveaux purgatifs, cautérisation de la bouche avec une solution de nitrate d'argent, et diète; cataplasmes changés trois fois dans la journée. Le lendemain, amélioration sensible, convalescence.

OBS. II. — Le capitaine L... du 6e régiment d'infanterie, fut pris d'angine peu de temps après notre retour de Folnet à Mexico (avril 1848). Quelques remèdes simples furent administrés; mais le lendemain, après une mauvaise nuit, tous les symptômes s'étaient aggravés : mouvement fébrile intense, tuméfaction de la gorge, déglutition très pénible, augmentation de dyspnée; extérieurement, le cou très gonflé, et les vaisseaux turgescents.

Je fis immédiatement une saignée de 20 grammes et une application de vingt sangsues; cataplasmes; à l'intérieur, doses fractionnées d'émétique et sels purgatifs; de l'eau pour boisson. Le soir, même état alarmant (vingt-quatre sangsues; cataplasmes souvent renouvelés).

Troisième jour. Bien qu'il eût été pris un grain de morphine, il y avait eu de l'insomnie; ne trouvant pas d'amélioration, je fis encore appliquer trente sangsues. La partie postérieure était gonflée au point de remplir tout le fond de la bouche; les glandes salivaires étaient énormes. Extérieurement, le gonflement était tel, que la dépression, depuis le menton jusqu'au sternum, avait disparu.

Grande dyspnée, surdité, déglutition presque impossible, forte agitation.

Le soir, une nouvelle application de sangsues, les cataplasmes et les bains chauds amenèrent une légère amélioration.

Quatrième jour. La nuit a été plus tranquille; le gonflement est le même, mais moins tendu. En examinant attentivement, il me sembla sentir profondément un peu de fluctuation, et je me décidai à ouvrir. J'incisai profondément, avec un bistouri boutonné, à un pouce et demi sur la ligne médiane, à la hauteur du cartilage cricoïde. En retirant l'instrument, il ne sortit point de pus; n'osant aller plus loin, j'introduisis une mèche et fis appliquer des cataplasmes.

Les symptômes étant moins graves, je ne revins qu'à quatre heures du soir, et trouvai, à ma satisfaction, qu'il était sorti une cuillerée de pus, ce qui avait amené un grand soulagement.

Depuis ce moment, tout marcha vers une rapide guérison.

OBS. III. — Vers cette époque, un sergent du 6e régiment d'infanterie fut pris des mêmes symptômes. Le gonflement externe fut moindre, mais

celui de la langue fut plus fort que dans le cas précédent. Même traitement; scarifications; point de suppuration ; convalescence régulière.

A cette époque, il y avait dans les troupes beaucoup d'affections aiguës du larynx, difficiles à expliquer, car les soldats étaient bien nourris et bien logés, le temps très doux et le service militaire peu fatigant.

Obs. IV. — Frédérick Holst, cinquante ans, matelot danois, arrivé à New-York au commencement de mai 1845, faisait journellement des excès de boissons. Le 25 mai, il fut pris de *delirium tremens ;* il marchait, criait et s'agitait beaucoup. Cet état continua jusqu'au 27, jour où on le trouva, le matin, devant une glace, occupé, à ce qu'il prétendait, à s'enlever avec un petit bâton un morceau de chair qui le gênait sous la langue. Cet organe était très rouge et très gonflé.

Il fut porté à l'hôpital entre sept et huit heures du matin. Je le trouvai très abattu; la langue, gonflée, remplissait toute la bouche : elle était d'un rouge foncé et très dure, et couverte d'un enduit épais, jaune ; salivation abondante; peau jaune et sèche; pouls faible et fréquent. Je prescrivis plusieurs incisions profondes de la langue, douze sangsues à l'angle de la mâchoire, 15 grains de calomel, et cataplasmes.

Le malade allait assez bien : on lui donna un bouillon ; mais la déglutition était très gênée. A quatre heures du soir, on m'appela ; mais, en arrivant, je le trouvai mort : la langue sortait de la bouche et présentait des morsures ; toute la figure était couverte de sang noir et livide. La mort avait été très brusque.

Autopsie dix-neuf heures après la mort. La dure-mère épaissie et adhérente aux os, principalement aux sutures ; épanchement sous-arachnoïdien ; les méninges étaient opaques en plusieurs endroits ; il y avait quelques anciennes adhérences de l'arachnoïde entre les deux hémisphères ; la substance propre du cerveau était légèrement injectée, mais non ramollie ; un peu de liquide dans les ventricules latéraux ; plexus choroïde pâle ; le cou et les joues plus gonflés que la veille. En ôtant la langue, je trouvai la base épaissie d'un pouce et demi, dure, et couverte d'un enduit épais, jaune ; les bords d'un rouge sombre ; les papilles augmentées de volume. La moitié antérieure de la langue, moins gonflée et plus molle (probablement un commencement de sphacèle), séparée de la partie postérieure par une ligne de démarcation bien définie ; la lèvre, déchirée par les dents, était molle, flasque et infiltrée d'un sang très séreux ; la muqueuse de la base de l'épiglotte distendue par du sérum jaunâtre ; les replis épiglottiques et les piliers postérieurs très œdémateux.

Poitrine.—Légères adhérences du côté droit; rien du côté gauche. Lobe supérieur du poumon droit entièrement à l'état purulent de la pneumonie; lobe moyen occupé par un noyau de gangrène de la grosseur d'une orange; lobe inférieur très congestionné ; poumon gauche et cœur sains.

Abdomen. Foie sain ; muqueuse de l'estomac un peu épaissie, couverte d'un mucus vert clair, légèrement ramollie et granulée près de la petite courbure ; grand cul-de-sac très injecté par lignes qui se croisaient sur la petite courbure ; intestins et autres organes sains.

Les cas ci-dessus doivent être regardés comme une inflammation idiopathique de la langue, maladie très rare et grave. On remarquera, d'après ces observations, que la glossite commence par les symptômes ordinaires de l'inflammation : douleur, tuméfaction rapide de la langue, déglutition pénible, dyspnée, suivies de près, si l'on n'emploie un traitement énergique, par tous les symptômes de la congestion du cerveau et des poumons. La langue, d'abord rouge, devient bientôt sèche et couverte d'un enduit jaune ; elle augmente de volume jusqu'à remplir toute la cavité buccale, à dépasser les arcades dentaires, et à rendre ainsi impossibles la parole et la déglutition.

On observe toujours une abondante salivation. La marche de cette maladie est rapide : sa durée moyenne varie de douze heures à cinq ou six jours ; elle se termine par résolution, suppuration, gangrène ou la mort, comme on le voit par nos quatre observations.

Une terminaison aussi rapidement funeste que dans le dernier cas est rare et se rencontre seulement chez des constitutions détériorées par les excès ou les maladies antérieures.

Chez un sujet de bonne constitution, le traitement est simple; mais il doit être appliqué à temps et avec énergie. Les fortes saignées générales, les éméto-cathartiques et les bains chauds en font la base. Deux ou trois incisions, dirigées de la base de la langue à sa pointe, en ayant soin de ne pas blesser les artères ranines, est la meilleure saignée locale.

De Lamalle (*Mém. de l'Acad. de chirurgie*) loue ces incisions dans beaucoup de cas, et Camérarius cite un exemple où le malade fut sauvé d'une mort certaine par ce moyen.

Job.-A. Meckoen, chirurgien hollandais, qui vivait au XVI[e] siècle, avait déjà, dans plusieurs occasions, employé ce moyen avec succès ; et, dans les journaux européens, on mentionne de temps en temps des cas de cette opération. Pour les mauvaises constitutions (obs. IV), il faut administrer les remèdes avec prudence ; mais on voit rarement une heureuse terminaison : la maladie dégénère vite en gangrène, et la mort s'ensuit.

La trachéotomie devient quelquefois nécessaire quand la respiration est impossible. M. Bell cite un cas suivi de guérison, et qui fut publié il y a quelques années (1).

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HYDROCOTYLE ASIATIQUE.

Nous avons, des premiers, fait connaître les expériences poursuivies depuis quelques années sur l'emploi thérapeutique de l'*hydrocotyle asiatique* (voy. *Gaz. hebd.*, t. I, p. 592). Les principales affections contre lesquelles cette substance paraît avoir de l'efficacité sont, indépendamment de la lèpre, les affections chroniques de la peau, les ulcères atoniques et la syphilis. On lui attribue une action particulière sur les capillaires des surfaces muqueuses et de la peau, et on l'a recommandé comme un bon tonique. Nous trouvons dans le dernier numéro du *Journal de pharmacie et de chimie* (juillet), à l'occasion du travail de M. Lépine (de Pondichéry), une note dans laquelle le rédacteur de ce recueil propose de substituer aux formules de Pondichéry et à celles qui sont déjà usitées en France et en Angleterre d'autres formules destinées à assurer la présence de la *vellarine* (principe actif de l'hydrocotyle) dans la préparation, et à prévenir les accidents que déterminent parfois les grandes doses. Nous donnons ci-après les plus utiles. A. D.

Poudre de racine d'hydrocotyle.

Desséchez les racines au bain-marie ; pulvérisez sans résidu. Dose, 10 à 40 centigrammes par jour.

Pilules de racine d'hydrocotyle.

Pr. : Poudre de racine d'hydrocotyle. . . . . 1 gramme.
Sirop d'hydrocotyle . . . . quantité suffisante.

Faites 20 pilules. Dose, 2 à 8 par jour.

Tisane de racine d'hydrocotyle.

Pr. : Racine d'hydrocotyle concassée. . . . 10 grammes.
Eau bouillante . . . . 1000 —

Faites infuser une heure en vase clos, passez et sucrez.

Alcoolature de racine d'hydrocotyle.

Pr. : Racine fraîche d'hydrocotyle . . . . . 1 partie.
Alcool à 33°. . . . . 2 —

Contusez la racine, faites-la macérer huit jours avec l'alcool, passez avec expression, soumettez le résidu à la presse, filtrez.

Sirop hydro-alcoolique de racine d'hydrocotyle.

Pr. : Alcoolature de racine d'hydrocotyle. 20 gram.
Sirop de sucre. . . . . 1500 —

Mêlez. Chaque cuillerée de ce sirop représente 10 centigrammes de racine. Dose, 1 à 4 cuillerées par jour.

Teinture de racine d'hydrocotyle.

Pr. : Racine sèche d'hydrocotyle . . . . . 1 partie.
Alcool à 35°. . . . . 5 parties.

Concassez la racine, faites macérer quinze jours, passez, soumettez le résidu à la presse et filtrez.

Cette teinture pourrait être essayée en frictions dans les cas de rhumatisme goutteux. A l'intérieur 1 à 10 gouttes par jour, à prendre dans une potion.

(1) *New-York Medical Times*, juin 1855.

Pommade de racine d'hydrocotyle.

Pr. : Axonge . . . . 500 grammes.
Cire jaune. . . . . 100 —
Racine fraîche d'hydrocotyle. 100 —

Pilez la racine d'hydrocotyle, faites-la macérer à une douce chaleur, pendant deux jours, avec l'axonge, soumettez à la presse, ajoutez la cire, faites fondre, et agitez la pommade jusqu'à refroidissement.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je viens vous prier de vouloir bien donner place dans vos colonnes à quelques explications rendues nécessaires par l'analyse critique que vous avez publiée dans votre estimable journal, à propos de mon mémoire sur *les bruits de percussion thoracique*.

Vous dites, au sujet de ce travail : « La doctrine de M. Skoda a, comme » on sait, pour base, la *tonalité*, celle de Laënnec, l'*intensité* des sons. » M. Woillez a fait de larges emprunts aux deux théories. »

Il résulte de ce passage que la tonalité serait la base de la théorie de M. Skoda. Ce n'est pas sans surprise que j'ai lu cette assertion, qu'il me paraît impossible de concilier avec les écrits du professeur allemand. Quelque soin que l'on mette, en effet, à lire l'ouvrage de M. Skoda sur la percussion, on n'y trouve pas l'ombre de théorie générale : tout y est détail ; détails tantôt très importants et très vrais, malgré leur imprévu, tantôt, au contraire, erronés et hypothétiques. En dehors de ces particularités, il n'y a aucun ensemble systématique établi d'après un principe *général*. Sa classification si confuse des sons de percussion en quatre séries peut-elle être considérée comme une théorie ? Je ne le pense pas ; et, en tout cas, la base de cette théorie ne saurait être la tonalité, comme il est facile de le démontrer.

Les articles consacrés par M. Skoda à ses trois premières séries de sons, du *plein* au *vide*, du *clair* au *sourd*, du *tympanique* au *non-tympanique*, ne présentent, cela est bien évident, aucune idée basée par l'auteur sur la tonalité. Sa quatrième série seule (du *son aigu* au *son grave*) est fondée sur ce principe ; mais cette série est bien isolée, bien distincte des précédentes ; et justement, c'est celle dont le médecin de Vienne fait le moins de cas, puisqu'il lui consacre à peine quelques lignes, l'envisageant comme de peu d'importance (*sic*).

Cette simple indication de la tonalité est certainement un trait de lumière dont tout l'honneur revient à M. Skoda, comme celui de plusieurs autres faits intéressants dont la percussion doit faire son profit ; mais il est clair qu'il n'a pas entrevu la large application pratique que l'on doit faire de cette tonalité. Il n'a pas non plus employé, comme vous le pensez, je crois, les mots son *plein* et son *vide*, à la place des expressions son *grave* et son *aigu*. J'ai précisément signalé le premier cette particularité, que, dans beaucoup de cas (mais non dans tous), les sons *plein* et *vide* du médecin de Vienne ne sont probablement que des sons graves ou aigus ; mais il est de toute évidence qu'il n'a jamais fait cette assimilation, pas plus que M. Walshe, par exemple, n'a pensé à faire une question de tonalité grave ou aiguë de la durée prolongée ou courte des sons qu'il a signalés.

Je ne puis donc avoir fait à M. Skoda de larges emprunts sur la tonalité, en dehors du principe.

Permettez-moi de rappeler que le but de mon mémoire est de démontrer que la théorie de l'intensité des bruits de percussion, due à Avenbugger et à Laënnec, doit être conservée, contrairement à l'opinion de M. Skoda, mais qu'elle doit être complétée par la tonalité, signalée avec bonheur, mais non utilisée par le professeur allemand. On m'accordera sans doute d'avoir fait connaître, pour la première fois, un ensemble de faits nouveaux relatifs à cette tonalité, de leur avoir assigné des caractères faciles à saisir, d'avoir indiqué leur condition fondamentale, et enfin d'avoir insisté sur leur importance séméiologique.

Je n'ai donc pas fait, dans mes *Études sur les bruits de percussion*, un simple travail de compilation, ainsi que le pourraient penser vos lecteurs. Et si, dans les recherches cliniques qui ont servi de base à mon mémoire, je me suis inspiré simultanément de certains faits signalés en Allemagne et d'autres faits généralement admis en France, c'est que la vérité est de tous les pays, et que l'on peut l'utiliser sans scrupule après l'avoir contrôlée et en avoir indiqué la source. Tel est certainement aussi votre avis.

Agréez, etc.

Dr WOILLEZ,
Médecin du Bureau central des hôpitaux.

Paris, le 22 juin 1855.

RÉPONSE. — Comme auteur de l'analyse du mémoire de M. Woillez, j'ai dû prendre la plume pour répondre à la lettre qu'on vient de lire.

La réclamation porte sur deux points.

M. Woillez conteste qu'il ait fait de larges emprunts aux théories de M. Skoda et de Laënnec. Néanmoins, avec sa bonne foi non contestée, il écrit : « *Cette simple indication de la tonalité est un trait de lumière dont tout l'honneur revient à M. Skoda.....* ; » et plus loin : « *Je ne puis avoir fait de larges emprunts à M. Skoda en dehors du principe.* » C'est également ce que j'ai compris ; mais le principe, n'est-ce donc rien ? Je dois avouer que le principe est à mes yeux l'idée mère, génératrice. Si les déductions sont souvent l'œuvre d'un esprit juste, patient et laborieux, la découverte est d'un ordre intellectuel plus élevé. Telle est la différence que j'établis entre ces deux ordres de travaux ; mais il s'en faut bien que je veuille accuser de plagiat notre honorable confrère.

La deuxième objection, toute scientifique, est plus grave. Aux yeux de M. Woillez, la tonalité ne joue aucun rôle dans les théories de M. Skoda. J'avoue qu'après avoir lu les ouvrages de l'illustre clinicien, après avoir entendu ses leçons au lit du malade, je suis demeuré convaincu du contraire. Ainsi, ce fameux son de percussion, généralement mal compris, du *plein* au *vide*, n'a-t-il pas pour base une notion de tonalité ? Témoin la définition qu'il en donne, empruntée au son des cloches.... La théorie du retentissement de la voix par consonnance, de la respiration bronchique, des râles consonnants, toutes ces idées n'ont-elles pas pour points de départ la tonalité ? Je me contente d'indiquer ces divers points, me réservant d'y revenir à propos de la cinquième édition de l'ouvrage de M. Skoda, œuvre refondue entièrement, principalement pour l'auscultation et l'impulsion du cœur.

LEUDET.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — *Mémoire sur les matières grasses et les propriétés alimentaires de la chair de différents poissons*, par M. *Payen*. Après avoir décrit les propriétés distinctives des matières grasses des différents poisons (anguille, congre, hareng, saumon, barbillon, carpe, maquereau), l'auteur du mémoire rend compte des expériences qu'il a entreprises dans le but de savoir si ces substances huileuses pouvaient prendre part à la nutrition des animaux, ou bien si elles étaient rejetées avec les excréments, afin de déterminer le rôle que joue dans l'alimentation cette partie de la chair des poissons.

Première expérience. Une cane reçoit, en vingt-quatre heures, un mélange de 50 grammes de pain et de 80 grammes de chair de congre.

Les excréments recueillis pendant quarante-huit heures, desséchés, pesaient 18gr,50 ; soumis à l'analyse, ils donnèrent : Cendres, 2,86 ; substance sèche, 18,50 ; matière grasse, 0,19 ; azote, 1,38.

L'animal avait consommé, en quarante-huit heures : Cendres, 0,21 ; substance sèche, 75,66 ; matière grasse, 9,01 ; azote, 8,68.

Deuxième expérience. Le même animal est mis au régime exclusif du pain (80 grammes en vingt-quatre heures).

Les excréments rendus dans le même temps contenaient : Substance sèche, 10 ; matière min., 1,85 ; matière grasse, 0,014 ; azote, 0,728.

Les quantités consommées étaient : Substance sèche, 92,4 ; matière min., 0,30 ; matière grasse, 1,906 ; azote, 2,782.

Dans cette ration alimentaire, les excréments, rendus en plus faible proportion, étaient moins riches encore en substances grasses et azotées, les 0,99 des premières et les 0,79 des secondes ayant été consommés ou étant passés par la digestion ailleurs que parmi les résidus excrémentitiels.

Dans une autre série d'expériences entreprises dans le but d'observer la digestibilité de la substance huileuse si abondante dans la chair de l'anguille, M. Payen administre à la cane, en quarante-huit heures, une ration composée de : anguille, 160 grammes ; pain, 100 grammes ; laitue,

40 gram. En quatre jours, le poids de l'animal fut porté de 1490 gram. à 1675 gram.

Les détails des analyses comparées démontrèrent que la nourriture, en y comprenant les substances adipeuses, avait pu subvenir non-seulement à l'entretien, mais encore à l'engraissement.

Dans une cinquième série d'expériences, la chair de maquereau, plus abondante en matière grasse que la chair du congre, mais bien moins riche sous ce rapport que celle de l'angoille, fut substituée à celle-ci, et donna des résultats favorables dans le même sens, quoique moins prononcés.

M. Payen termine son mémoire par une étude sur le siége de la matière grasse, qui, dans les différents poissons qu'il a examinés, se trouve interposée entre les fibres musculaires, et agglomérée vers les extrémités de ces fibres. Chez l'anguille, le tissu adipeux, beaucoup plus abondant que chez les autres poissons, forme d'épaisses enveloppes autour des faisceaux musculaires, et une double couche assez considérable autour de la colonne vertébrale et vers la périphérie du corps de l'animal, immédiatement sous la peau.

Anatomie comparée. — *Mémoire sur la structure des hémisphères du cerveau dans l'homme et les primates*, par M. *P. Gratiolet*. L'auteur, en étudiant le cerveau du singe, est arrivé aux résultats suivants : — Les couches corticales ont une organisation propre, et forment un système distinct. Leurs plis constituent les circonvolutions du cerveau. — Les circonvolutions ont un sommet, et c'est dans ce sommet uniquement que les fibres rayonnantes de l'axe entrent en rapport avec l'écorce du cerveau. — Les fibres blanches qui sont en rapport avec les couches corticales sont de quatre ordres : — *a*. Les unes vont, dans un même hémisphère, d'un lobe à un autre lobe, d'un pli à un autre pli. — *b*. D'autres vont d'un hémisphère à l'autre : c'est le système de la commissure antérieure. — *c*. Le troisième ordre de fibres diverge de l'axe vers les hémisphères, au travers du centre ovale de Vieussens : c'est le système du corps calleux. — *d*. Un quatrième ordre de fibres rayonne vers les couches corticales, et dépend des expansions cérébrales des racines des nerfs spéciaux.

M. Gratiolet a pu suivre, dans le limbe des couches corticales, à la base du lobe olfactif, un faisceau particulier de la cinquième paire, qu'il considère, en raison de ses connexions, comme constituant la racine des nerfs du goût.

Il a suivi les expansions du nerf optique dans toute l'étendue du bord supérieur de l'hémisphère cérébral. (*Comm.*: MM. Serres, Flourens, Coste.)

— *Des spermatophores des grillons*, par M. *Charles Lespès*. (Extrait par l'auteur.) Chez le grillon, le canal éjaculateur ne se renverse pas, comme dans presque tous les insectes, pour former la verge. Pendant l'accouplement, le mâle introduit dans la vulve de la femelle l'extrémité d'un petit appareil solide qui renferme une goutte de sperme.

Ce spermatophore est composé d'une ampoule ou vésicule cornée et d'un appendice effilé et aplati ; cette dernière partie seule pénètre dans la vulve. Après quelques heures, la femelle laisse tomber tout l'appareil.

A peine le mâle a-t-il perdu un de ces corps, qu'un nouveau vient prendre sa place.

Le spermatophore est produit par une dépendance de l'armure génitale, par la sternite de cette armure qui s'aplatit postérieurement et se transforme en une lame glandulaire contournée. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Valenciennes, de Quatrefages.)

Médecine. — *De la saumure et de ses propriétés toxiques*, par M. *Reynal*. (Voir Gaz. hebd., t. II, n° 21, p. 385.)

Chimie organique. — *Production artificielle de l'essence de moutarde*, par MM. *Berthelot* et *S. de Luca*. Les auteurs de cette note ont obtenu artificiellement l'essence de moutarde, en traitant le propylène iodé par le sulfocyanure de potassium. (*Comm.*: MM. Thenard, Dumas, Balard.)

— *Recherches sur la constitution des éthers*, par M. *Béchamp*. (*Comm.*: MM. Dumas, Pelouze, Balard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 10 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Un rapport de M. le docteur *Jaubert*, médecin-inspecteur des eaux minérales de Gréoulx (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Lafon* sur les eaux minérales de Trébas (Tarn), pendant l'exercice de 1853. — *c*. Deux demandes d'autorisation pour exploiter une source minérale à *Kontz-Basse* (Moselle), et une seconde source dans la forêt de *Bellême* (Orne). (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. Un rapport de M. *Defrenois* sur les épidémies cholériques de 1849 et 1854 dans la commune de Ressons, accompagné d'observations sur la vaccine. (*Commission du choléra de* 1854. — *Commission de vaccine.*) — *e*. Huit rapports des médecins cantonaux du département de la Moselle sur le choléra de 1854 et quelques autres maladies épidémiques. (*Commission du choléra de* 1854.) — *f*. Un rapport de M. le docteur *Albert* sur les affections épidémiques qui ont régné à Parthenay en 1853. (*Commission des épidémies.*) — *g*. Un relevé des vaccinations pratiquées pendant une période de quatre années dans le département des Deux-Sèvres. (*Commission de vaccine.*) — *h*. Un rapport de M. *Lamontagne* sur une épidémie récente de variole à Aubigny-la-Tour (Vosges). (*Commission des épidémies.*)

2. Communications de : *a*. M. le docteur *Wanner*, de Paris (note sur la production de la chaleur animale). (*Comm.* : M. Poiseuille, *rapporteur*.) — *b*. M. le docteur *Fée*, de Strasbourg (note intitulée : *Le rêve et la folie ont-ils quelques rapports et sont-ils comparables?* [Voyez au *feuilleton*]). (M. Collineau est chargé de faire un rapport verbal.)

Lectures et Mémoires.

M. *Desportes* annonce à l'Académie l'arrivée récente dans les murs de Paris d'un certain nombre d'*Aztèques*. Il serait peut-être à propos que la Compagnie fût mise en rapport avec ces étrangers, qui appartiennent à l'une des plus vieilles races de l'Amérique. L'anthropologie, surtout, aurait beaucoup à gagner à l'étude du langage, des mœurs et du type de ces Aztèques. M. Desportes désire donc qu'une demande soit adressée dans ce but à M. le ministre de l'instruction publique.

Hygiène. — M. *Bouvier* donne lecture d'un rapport sur un *busc* dit *hygiénique*, inventé par mesdames *Brasseur-Cordelois* et *Becquet*. M. le rapporteur, après avoir tracé l'historique du busc, dont l'usage paraît remonter au temps de Louis XI, se demande si le busc est une chose hygiénique ; il consulte tous les auteurs qui ont écrit sur la matière, et en particulier Étienne Pasquier, Henri Étienne, A. Paré, Roderic (de Castro), Franck (de Heidelberg), et d'autres écrivains plus près de nous : tous, médecins et moralistes, anciens et modernes, sont unanimes à proscrire l'usage du busc.

La gêne que cet instrument apporte à la circulation, à la respiration, aux fonctions digestives, à la gestation, les déplacements qu'il provoque quelquefois dans les viscères constituent des inconvénients graves, des accidents malheureux, qui ne sauraient être compensés par les avantages qu'il fournit à la taille, et la prétendue grâce qu'il ajoute au port et au maintien de la femme.

M. Bouvier pense que le busc ne peut être utile que comme moyen orthopédique pour obvier à certaines déformations du thorax.

Il n'y a donc pas, et il ne peut pas y avoir de busc hygiénique.

Celui qui fait l'objet du rapport et dont M. Bouvier donne la description n'est pas plus hygiénique que ses aînés.

M. le rapporteur propose donc de répondre à M. le ministre que le busc de mesdames Becquet et Brasseur-Cordelois ne présente aucun avantage particulier au point de vue médical.

MM. *Robinet* et *Malgaigne* désirent que l'attention de M. le ministre des travaux publics soit appelée sur l'abus que font certains industriels d'épithètes imméritées, dans le but de tromper le public par l'appât d'un terme illégalement emprunté à la médecine.

Ces conclusions sont adoptées.

Chirurgie.— M. le docteur *Roux* (de Brignoles), membre correspondant, lit une note *sur les kystes séreux du cou*.

D'abord quelques considérations touchant le siége de ces tumeurs, que l'auteur place le plus souvent dans le tissu cellulaire intermusculaire de la région; puis un court exposé de l'évolution et du mode de développement de ces kystes ; enfin une observation propre à M. Roux et relative à un kyste congénital développé sur la partie antérieure et latérale droite du cou chez un enfant de trois mois. Cette grosse tumeur comprenait deux kystes : l'un, postérieur et externe, plus volumineux, fut opéré par incision, sans accidents consécutifs ; l'autre, situé profondément au devant du larynx, évacué par la ponction, devint le siége d'une prompte inflammation qui envahit bientôt les tissus voisins et menaça les jours du petit malade.

Rapprochant de ce fait un cas emprunté à M. le professeur Lustreman et d'autres observations répandues dans divers recueils, M. Roux conclut que certains kystes sont inertes, tandis que d'autres sont fort irritables, sans que l'on puisse *à priori* prévoir ce qui arrivera après l'incision de leurs parois ; que les kytes les plus dangereux à toucher sont situés ordinairement en avant du cou, sur les organes de la respiration.

Enfin, après un mûr examen des procédés mis en usage pour la guérison des kystes du cou, l'auteur croit que l'incision est le plus convenable

et le plus facile, mais qu'il faut la rendre, dans tous les cas, exempte de suites fâcheuses. Pour éviter les accidents qui peuvent en résulter, M. Roux propose :

1° De donner la préférence à une incision modérée et verticale ou parallèle aux organes voisins.

2° De placer entre les lèvres de la plaie une très petite mèche de linge qui occupe le tiers ou la moitié au plus de son étendue, afin d'éviter la réunion de ses bords et de favoriser l'écoulement du liquide séreux pendant quelques jours.

3° De surveiller attentivement, dès les premières heures, les parties qui ont été le siége de l'opération.

4° De réserver les cautérisations avec le nitrate d'argent et les injections iodées qui alternent avec les caustiques, dans la pratique de quelques chirurgiens de nos jours, pour une époque où l'inflammation aiguë du cou n'est plus à craindre, et en prolonger l'usage jusqu'à la destruction complète des poches séreuses.

ALIÉNATION MENTALE. — M. le docteur *Delasiauve* lit un mémoire ayant pour titre : *Du traitement de l'idiotie*. Après avoir défini l'idiot, qu'il compare à un homme mutilé, l'auteur dit que l'unique mission de la charité et de la science est d'utiliser dans l'idiot *ce qui existe*, les germes qu'il peut posséder comme discernement, aptitudes et moralité. Traitement et éducation sont, à son égard, synonymes.

M. Delasiauve fait remonter aux écrits de M. Belhomme (1824) et de M. Voisin (1830) les premiers aperçus et comme le point de départ de la thérapeutique actuelle de l'idiotie. Les premiers essais pratiques tentés par M. Falret d'abord et par M. Voisin ensuite, datent de 1831 et 1833. En 1838, M. Ferrus, médecin en chef de Bicêtre, organisa, pour les jeunes idiots placés sous sa direction, une école qui était la conséquence et la consécration des tentatives antérieures. Cette école, successivement dirigée par M. Séguin et par M. Vallée, s'est maintenue, depuis dix ans, au niveau marqué par le savant rapport de M. Collineau à l'Académie.

Placé aujourd'hui à la tête de cet important service, M. Delasiauve se propose d'établir le bilan actuel de la classe, ses errements, ses insuffisances, ses besoins, les obstacles qui s'y rencontrent, et les modifications qu'elle peut réclamer.

L'auteur, après une courte critique des idées de M. Séguin, formule sa propre opinion sur l'idiotie, considérée en général.

L'aphorisme de M. Voisin : *Développer ce qui existe*, lui paraît la règle la plus sûre et la plus intelligente à suivre dans l'éducation des idiots. M. Delasiauve admet la spécialité des aptitudes chez l'homme sain : selon lui, dans l'idiotie, sauf l'occlusion de l'entendement, cachet propre à l'infirmité, on rencontre les mêmes virtualités inégalement réparties, comme à l'état normal, mais souvent compromises, en plus ou moins grand nombre, dans le naufrage des facultés supérieures.

Dans la pédagogie de l'idiotie, il faut approfondir chaque sujet sous le rapport de ses autres dispositions, noter ses propensions évidentes, ses germes cachés et ses impuissances radicales.

M. Delasiauve pense que c'est vainement que l'on s'appliquerait à inculquer des idées abstraites exigeant quelque effort intellectuel à des individus chez qui la conception est nulle ou restreinte. Les semi-imbéciles tireraient seuls quelque parti d'une telle instruction.

Pour les individualités obtuses, l'éducation doit être matérielle, parlante, et s'adresser exclusivement aux qualités artistiques, sentimentales et instinctives. L'intervention personnelle, incessante et variée du maître est surtout indispensable pour solliciter à l'emploi des forces par l'imitation, féconder les aptitudes par une succession de mouvements et d'actes habilement gradués, provoquer le désir, la curiosité, les sympathies par la multiplicité des impressions émotives et équilibrer enfin les penchants dépravés ou désordonnés par des passions et des habitudes en sens contraire.

Pour prendre une idée exacte des acquisitions qu'un idiot peut recueillir d'un pareil système d'éducation, M. Delasiauve veut que l'on compare l'idiot à lui-même, que l'on mette en parallèle son état présent avec son début, les phases parcourues, le tableau offert par ceux de ses pareils qu'on a délaissés sans culture.

L'auteur regrette que le défaut d'unité et les hésitations de la direction médicale aient empêché de satisfaire pleinement à ces indications dans l'asile de Bicêtre. Mais la cause principale de cette insuffisance, il l'attribue surtout à ce qu'on n'a pas nettement compris le principe de la diversité fonctionnelle. De là la tendance fatale de l'administration à poursuivre dans l'enseignement de l'idiot l'idéal de l'éducation ordinaire, c'est-à-dire le perfectionnement de l'intellect par la lecture, l'écriture, le calcul, le dessin, etc.

M. Delasiauve croit qu'un seul maître ne saurait suffire à un grand nombre d'élèves, l'action préceptorale devant être immédiate, soutenue, et, en quelque sorte, individualisée.

L'auteur énumère ici les inconvénients que présente l'organisation actuelle de la classe des idiots à Bicêtre ; il signale les obstacles sans nombre qu'y rencontrerait un système d'éducation basé sur les principes développés plus haut.

Il insiste sur l'idée fondamentale de sa doctrine, à savoir, que l'éducation de l'idiot, vue d'ensemble, doit être toute émotion, toute action : l'enseignement intellectuel, qui ne leur inspire que de la répulsion et qui peut tout au plus laisser quelques traces illusoires dans l'esprit des imbéciles, ne doit occuper, même pour ces derniers, qu'un rang très secondaire. Et pour donner plus de crédit à cette doctrine, M. Delasiauve signale la transformation obtenue naguère dans le quartier des idiots par le surveillant de la section M. Dezairs, qui eut l'heureuse idée d'instituer un petit théâtre dont les jeunes malades étaient les acteurs.

L'auteur expose ensuite un *specimen* des principaux exercices qu'il juge nécessaires au système de perfectionnement de l'idiotie.

Il voudrait que l'on soumît à une discipline régulière les soins divers de la toilette, la satisfaction des besoins naturels, la participation des idiots à certaines fonctions domestiques, à la tenue d'un logement, aux détails d'un ménage, etc., et que l'on formât de tous ces exercices la matière d'une instruction coordonnée et suivie.

L'auteur fait ressortir les avantages indirects qui résulteraient de ces habitudes au double point de vue du développement intellectuel et de la transformation morale.

Puis M. Delasiauve énumère les bienfaits de la gymnastique, appliquée avec succès au traitement de l'idiotie par M. Séguin : elle régularise les attitudes, amende les infirmités, stimule la volonté, remédie au défaut d'élasticité et de grâce.

L'éducation des sens est aussi pour l'idiot une base considérable de perfectionnement. C'est ainsi que, par un mode d'action gradué, on parviendrait à inculquer à l'élève des notions exactes de température, de densité, de dureté, d'élasticité, de pesanteur, de saveur, d'odeur, de son, de couleur, de forme, etc.

Quant à l'éducation intellectuelle de ceux qui peuvent en être susceptibles, M. Delasiauve estime que l'enseignement généralement applicable est celui que préconisait le philosophe genevois pour les jeunes années d'Émile : *Voir, connaître, réfléchir, penser*. Il veut que, dans sa sphère accessible, on fasse saisir à l'élève les rapports des choses, qu'on lui fasse acquérir, avec l'habitude de juger, la faculté du syllogisme, une sorte de logique entée sur l'instinct, et qui, comme le maniement d'un outil, se perfectionne par l'usage ; il veut que l'on applique à tous les objets un procédé analytique consistant à passer, degré à degré, de leurs propriétés, de leurs usages et de leur mode de production à la raison d'être de leur figure et de leurs dimensions. Il est permis d'espérer que l'esprit, rompu ainsi à la compréhension des subordinations matérielles, réussira à contracter à la longue une certaine aptitude d'intuition pour des dépendances plus abstraites. Enfin M. Delasiauve demande que l'on fraie un passage aux idées par des combinaisons amusantes, par des jeux, par des exercices raisonnés, et que l'on applique à des travaux manuels utiles les aptitudes les mieux reconnues

Examinant quels doivent être les rapports du maître avec l'élève, M. Delasiauve, contrairement à M. Séguin, pense qu'il faut traiter l'idiot avec ménagement, le conduire avec douceur, et le convaincre le plus souvent par la séduction d'une perspective attrayante.

Ces considérations sont suivies de quelques observations empruntées au service même que l'auteur dirige actuellement à Bicêtre. Les idiots qui en font le sujet fournissent des exemples remarquables de l'efficacité relative du système d'éducation proposé par M. Delasiauve pour le perfectionnement de ces infortunés.

En terminant, l'auteur sollicite l'intervention de l'Académie auprès de la direction supérieure de l'assistance publique, dans le but de décider l'administration à introduire dans le matériel et le personnel de la section des enfants, à Bicêtre, les changements reconnus indispensables, et sans lesquels les résultats du zèle le plus soutenu et du bon vouloir le plus actif resteraient toujours fort limités. (*Comm.* : MM. Falret, Baillarger, Ferrus.)

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en *comité secret* pour entendre la proclamation des prix et des récompenses accordés par la commission de vaccine.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Cas d'épilepsie guéris par la strychnine, par le docteur ELISA HARRIS.

Pour qui connaît l'action de la strychnine, il y a lieu de s'étonner qu'on ait songé à employer contre l'épilepsie un moyen qui

détermine lui-même de violentes contractions musculaires. Toutefois, quelques cures auraient été opérées par les docteurs Lichstenstein et Bourquenot, à l'aide soit de ce médicament, soit de la noix vomique dont il constitue le principe alcaloïde. Un essai de M. Brofferio aurait au contraire échoué.

Quoiqu'il ne s'exprime point formellement à cet égard, M. Harris semble, dans l'emploi de la strychnine, avoir obéi à des indications rationnelles, la plupart des sujets ayant présenté des signes d'épuisement ou de débilitation.

Ses observations sont au nombre de six.

Obs. I. — S..., âgée de dix-neuf ans, débile et scrofuleuse, avait été prise, trois ans auparavant, à la suite des premières règles, de crises épileptiques qui ne troublaient en rien la fonction cataméniale; seulement, l'intelligence était obtuse.

Longtemps et inutilement traitée par d'autres remèdes, cette malade fut soumise à l'usage de la potion suivante : Strychnine, 5 centigrammes; eau, 125 grammes; acide acétique, 15 grammes : une cuillerée à thé après les repas.

On continua ainsi pendant deux mois, et la guérison semblant assurée, on abandonna le traitement, que l'on reprit six semaines après, pendant huit jours. Cinq mois s'étaient écoulés sans crises.

Obs. II. — J..., onze ans, pâle, débile, est atteinte, depuis plusieurs années, de fréquents accès provenant, selon toute apparence, d'une digestion habituellement laborieuse. Le traitement précédent est suivi à demi-dose. Réduits à l'aura après la première semaine, les accès avaient définitivement cessé le quarantième jour.

Obs. III. — Chez J. H..., voilier, trente-neuf ans, les retours ont lieu irrégulièrement environ tous les deux mois. La constitution est minée par une éruption générale datant de six ans. Pendant un traitement antipsorique par l'arsenic et les iodés, les intervalles anti-épileptiques vont jusqu'à trois mois. Faiblesse musculaire prononcée.

Par suite de l'administration de la strychnine durant deux mois, insensiblement les forces reviennent, les paroxysmes s'éloignent, et le patient, en partie remis, s'adonne à la promenade et à de petits travaux.

Obs. IV. — Madame G..., vingt-huit ans, constitution détériorée, humeur sombre, irritable; leucorrhée, palpitations, défaillances, dyspepsie; attaques trihebdomadaires.

Cette fois, on unit la noix vomique au fer, et la médication fut continuée deux mois avec de courtes suspensions. Guérison ; amélioration générale.

Obs. V. — D..., vingt-cinq ans, quatre à cinq attaques quotidiennes. Deux mois de traitement les éloignent. On suspend le remède; légère recrudescence. Reprise à doses moins fortes pendant deux autres mois; même résultat. Une fièvre intermittente rappelle encore le mal. La strychnine, associée au sulfate de quinine, triomphe de l'une et l'autre manifestation morbide. Une leucorrhée avait disparu elle-même.

Obs. VI. — J. L..., rentier, trente-neuf ans. Fatigue intellectuelle, fréquents maux de tête depuis deux ans, attaques spontanément développées et amenant la détérioration de l'économie. Un dixième de grain de strychnine, donné quotidiennement, coupe rapidement les crises, relève le pouls qui, de 49 pulsations, est monté à 69, et arrête les autres accidents. Quelques mois après, une nouvelle céphalalgie ayant fait craindre la réapparition des crises, quelques doses du médicament firent cesser toute appréhension.

Ces faits, il est aisé d'en juger, ne manquent pas d'importance. Malheureusement ils ne sont pas à l'abri du reproche que nous sommes forcé d'adresser à la plupart des méthodes que la presse enregistre chaque jour : ni le caractère de l'affection, ni sa durée, ni la date de la guérison ne sont précisés d'une manière certaine. (*Medical Times*, *New-York*, avril 1855.)

Observation d'épilepsie vermineuse, par le docteur Artaud, de Gondrin (Gers).

Dans le savant mémoire qui vient d'être discuté à l'Académie impériale de médecine, M. Moreau (de Tours) rejette les folies sympathiques. Quelques membres, notamment M. Londe, se sont rangés à cet avis.

Sans prétendre résoudre cette difficulté de pathologie mentale, il est évident que la même question peut être soulevée à propos de l'épilepsie. Existe-t-il réellement, par exemple, une espèce vermineuse ? La présence des entozoaires n'est-elle pas plutôt une coïncidence ou une complication qu'une cause ?

A n'en pas douter, cette association morbide est fréquente; mais les nombreuses guérisons signalées ne rendent pas moins probable, en beaucoup de cas, la subordination des phénomènes convulsifs à l'irritation intestinale. L'irradiation aux centres nerveux d'une souffrance organique éloignée n'a d'ailleurs rien de contraire aux notions d'une saine physiologie.

Quoi qu'il en soit, voici la nouvelle cure produite par M. Artaud, et sur laquelle, quant à l'origine des crises et à la détermination des symptômes, il y aurait peut-être à désirer des renseignements plus explicites.

Obs. — Notre confrère fut consulté, il y a dix-huit mois, à Condom, pour une petite fille de dix ans, ayant régulièrement, tous les jours, une et quelquefois deux attaques d'épilepsie. Plusieurs médecins avaient essayé vainement différentes médications. Après un examen minutieux, M. Artaud crut, à certains signes caractéristiques, reconnaître qu'il avait affaire à un cas de nature vermineuse.

En conséquence, afin d'obvier, d'une part, à la cause présumée, et, d'autre part, de soustraire la malade à l'habitude pathologique, il prescrivit simultanément une potion composée de décoction de semen contra et de 40 grammes d'huile de ricin, et une infusion de racine de valériane et de feuilles d'oranger.

Sous l'influence de ce traitement, quatre gros vers ayant été évacués, les attaques cédèrent en moins d'une quinzaine. Depuis lors, dit le narrateur, j'ai eu très souvent l'occasion d'apprendre que la petite fille allait bien.

M. Artaud fait suivre cet exposé de quelques considérations sur l'insuffisance de l'anatomie pathologique comme critérium médical unique du mal caduc. Il cite, entre autres, trois exemples dans lesquels le mode de guérison et la promptitude du résultat indiquent moins une altération proprement dite de la substance nerveuse qu'un simple trouble du dynamisme vital. (*Revue thérapeutique du Midi*, n° 8, 30 avril 1855.)

Recherches sur la nature des lésions élémentaires des reins, dans le groupe des affections comprises sous le terme générique de Maladie de Bright, par M. A. Becquerel.

Quoi qu'en dise l'honorable médecin de l'hôpital la Riboisière, l'étude histologique de la maladie de Bright n'avait pas été aussi négligée en France qu'il a bien voulu l'écrire ; les Bulletins des Sociétés anatomiques (1853) et de biologie, témoignent de l'attention que ce sujet intéressant avait déjà attirée à Paris; l'un de nos collaborateurs avait même essayé, dans un de ces recueils (*Bull. Soc. anat.*, 1853, p. 271), de donner un court aperçu des travaux de nos confrères étrangers sur ce sujet.

Le travail de M. Becquerel est divisé en trois parties distinctes, l'une purement historique, l'autre originale et dogmatique, et enfin une dernière, critique et doctrinale. L'histologie de la maladie de Bright a été d'abord étudiée par Valentin; mais la véritable monographie que l'on doit citer tout d'abord est celle de M. Gluge (1839); puis vinrent les travaux de MM. Henle, Nasse, Scherer, Virchow. M. Becquerel attache peu d'importance aux travaux de ces auteurs ; leurs recherches sont traitées d'ébauches imparfaites de nosographie. Ces auteurs, suivant notre honorable confrère, n'auraient eu d'autre mérite que de décrire en détail la congestion des corpuscules de Malpighi, le mode de dépôt de la graisse, enfin ces cylindres fibrineux auxquels certains pathologistes ont fait jouer un rôle considérable. On sait depuis longtemps qu'on trouve, dans l'urine des malades atteints de néphrite albumineuse, des corps particuliers que l'on considéra d'abord comme le produit plastique fibrineux formé dans les canalicules urinifères. Ces cylindres, sur lesquels on distingue des épithéliums plus ou moins altérés, seraient, suivant d'autres pathologistes, le revêtement interne altéré des canalicules eux-mêmes. Quoi qu'il en soit, ces corps cylindriques ont beaucoup préoccupé nos confrères d'outre-Rhin. On a voulu voir dans ces cylindres la preuve d'une nature ou d'une forme spé-

ciale de la maladie; de là le nom de forme *croupale*, qu'on aurait tort de confondre avec la forme diphthéritique, et qui ne signifie pas beaucoup plus qu'une inflammation avec tendance aux sécrétions fibrineuses.

M. Becquerel rassemble ensuite, dans une deuxième catégorie à limites un peu vagues, une autre série de travaux. Ce sont des œuvres plus sérieuses, dit-il. Parmi ces auteurs, M. Becquerel cherche à reconnaître plusieurs tendances, des époques dans la science. Une première époque, celle qui remonte à 1845, envisage la maladie de Bright comme une dégénérescence albumino-graisseuse; la seconde est une période de réaction; et enfin, la troisième, celle qui date du travail de Reinhardt, considère la maladie de Bright comme une néphrite diffuse. Cette classification nous semble assez arbitraire : on ne peut pas établir ainsi des époques dans une période d'études si courtes. Nous citerons, par exemple, la nature cirrhotique de la maladie remontant, à Gluge. Cette idée est donc bien antérieure à 1845. Nous ne pouvons entrer ici dans la discussion de l'historique du travail de M. Becquerel. Nous avons regretté de ne pas y avoir trouvé une mention des travaux de M. Gairdner, qui a beaucoup contribué aux progrès des connaissances histologiques en Angleterre. Ses travaux sont, du reste, indiqués dans les excellentes leçons de M. Paget.

Nous ne donnerons pas ici la description des lésions du rein dans la néphrite albumineuse. M. Becquerel en admet trois espèces principales : la congestion sanguine, l'infiltration graisseuse, et les dépôts albumineux dans le tissu intercanaliculaire et les glandules, ou dans les canalicules eux-mêmes. Enfin, M. Becquerel décrit une autre forme : c'est le dépôt de corpuscules protéiques dans les canalicules, sans altération des parois des canalicules.

Ce qui ressort surtout du travail de M. Becquerel, c'est une tendance à modifier quelques-unes des opinions qui ont actuellement cours dans la science. Les degrés de la maladie de Bright, tels qu'ils sont décrits par M. Rayer, ne seraient souvent que des formes de la maladie; les lésions graisseuse, albumineuse, peuvent exister seules et isolées d'emblée; en un mot, M. Becquerel se range dans le camp de MM. Johnson, Simon, etc.

Avant d'admettre ce point doctrinal avec l'honorable médecin de la Riboisière, nous aurions voulu connaître un peu plus exactement les différences de la graisse granuleuse et de la matière albumineuse qu'on trouve dans le rein. Ces deux produits n'existent-ils pas le plus souvent ensemble? L'étude des matières granuleuses qu'on observe par le microscope est un des sujets d'études les plus difficiles, d'autant mieux que les matières grasses granuleuses se rencontrent presque constamment dans les tissus enflammés chroniquement. Nous regrettons donc de ne pas trouver dans le mémoire de M. Becquerel de preuve nouvelle qui éclaire définitivement la question ardue du rapport d'origine et de succession des diverses altérations anatomiques que nous comprenons aujourd'hui sous le nom de *maladie de Bright*. (*Archives générales de médecine*, avril 1855, p. 390.)

Cas d'inversion complète de l'utérus; extirpation de l'organe, suivie d'une prompte guérison, par le docteur Gredding (Caroline du sud).

Obs. — Appelé en consultation le 16 mai 1854 pour une négresse esclave, l'auteur constata une tumeur piriforme du volume de la tête d'un fœtus à terme qui sortait du vagin et pendait entre les cuisses. Cette tumeur, large et arrondie en bas, dégénérait en un pédicule d'un volume médiocre, qu'on pouvait suivre à trois quarts de pouce dans l'intérieur des parties, point où il se terminait par une espèce de cul-de-sac au delà duquel le doigt ne pouvait être porté. Toute sa surface était recouverte d'une membrane muqueuse rugueuse, épaissie, enflammée, ulcérée sur plusieurs points et disposée à saigner sous la pression des doigts. Par son aspect général, elle ressemblait à un utérus en état de prolapsus, dont le museau de tanche absent était remplacé par une surface arrondie et uniforme.

La première idée qui se présentait à l'esprit à l'aspect d'une pareille tumeur, c'est que ce pouvait être un prolapsus de la vessie dont les parois se seraient épaissies à la longue. Mais l'introduction du cathéter dans l'urèthre, un peu déplacé de sa position ordinaire, et du doigt dans le vagin sur sa portion réfléchie, ne permettait pas de douter que la tumeur ne fût formée par l'utérus dans un état d'inversion complète, avec hypertrophie étendue de l'organe, de date ancienne. Il est, en effet, assez difficile d'assigner une époque précise à l'origine du mal, bien qu'il soit tout à fait rationnel de le faire remonter au dernier accouchement, qui avait eu lieu une vingtaine d'années auparavant. La femme se disait fort incommodée depuis nombre d'années de cette tumeur qu'elle ne pouvait faire rentrer que partiellement, et qu'elle soutenait par un bandage en T, ce qui lui permettait de vaquer à ses occupations ordinaires. Mais depuis que la tumeur avait pris un accroissement considérable, toute tentative pour la faire rentrer partiellement et la contenir était accompagnée de douleurs vives et insupportables.

Doutant de la possibilité de la soulager d'une manière efficace, et réfléchissant que l'extirpation de toute la tumeur pouvait se faire avec d'autant moins de danger que le vagin lui-même, en partie renversé, rendait l'opération facile, M. Gredding s'arrêta à ce parti qu'il mit tout de suite à exécution. Après avoir saisi le pédicule de la tumeur aussi haut que possible, et s'être assuré par des manipulations qu'il ne contenait pas d'anse d'intestin, il appliqua d'abord une forte ligature pour prévenir toute hernie viscérale; puis il fit la section un peu au-dessous avec un bistouri ordinaire. Les suites de l'opération furent si favorables qu'il put discontinuer ses visites au bout de quelques jours; la malade, laissée au soin du confrère de la localité qui l'avait assisté, fut promptement rétablie. La tumeur présentait une masse solide, homogène, d'une texture d'un gris blanchâtre et d'apparence fibreuse. Toutes les parties adossées par le renversement étaient réunies par l'adhérence des surfaces péritonéales. L'insertion du vagin sur l'utérus pouvait distinctement être reconnue, l'incision ayant porté sur un point situé au-dessous. (*Charleston Medical Journal*, septembre 1854.)

De la production du sommeil et de l'anesthésie par la compression des deux artères carotides, par le docteur Alexander Fleming.

M. Fleming, en répétant quelques expériences sur l'action des narcotiques, voulut essayer l'influence de la compression des deux artères carotides sur les fonctions cérébrales. Je priai, dit-il, un de mes amis de faire l'expérience sur moi-même. La compression, pratiquée simultanément sur les deux carotides, détermina presque immédiatement un sommeil calme et profond. La même expérience, répétée sur d'autres personnes, a toujours donné les mêmes résultats.

Le sujet soumis à l'expérience éprouve un léger bourdonnement d'oreilles, des picotements à la surface du corps, et, au bout de quelques secondes, l'anesthésie se manifeste. La face est légèrement pâle; le pouls présente à peine une modification; le sujet est plongé dans un sommeil profond, mais calme, pendant lequel il éprouve des rêvasseries. Quand on cesse la compression, l'anesthésie disparaît, la connaissance revient complétement en quelques secondes. Jamais on n'a remarqué de nausées, de vomissement ou d'accident quelconque.

Le meilleur mode opératoire est le suivant : au moyen du pouce appliqué au-dessous de chacun des angles inférieurs de la mâchoire, on interrompt la circulation dans les artères carotides. Le sujet doit, en général, être couché la tête un peu inclinée en avant.

On pourrait croire que les phénomènes que nous venons d'énumérer sont dus à la compression qui s'exerce en même temps sur les artères carotides et les veines jugulaires, et retarde par conséquent le retour du sang veineux de la tête : il n'en est rien cependant; car jamais les effets ne sont plus manifestes que dans les cas où l'on parvient à interrompre la circulation artérielle sans gêner la circulation veineuse, comme le prouve l'absence de toute coloration bleuâtre de la face.

La compression des carotides serait donc un moyen rapide et certain de produire l'anesthésie. M. le docteur Fleming propose d'avoir recours à ce moyen dans certaines formes de céphalalgie, le tétanos, l'asthme, et d'autres maladies spasmodiques. Sans vouloir garantir l'utilité et même l'innocuité de ce nouveau procédé pour obtenir l'anesthésie, nous avons cru devoir l'indiquer à nos lecteurs. (*British and Foreign Medico-Chir. Review*, vol. XXX, p. 529, av. 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Guide pratique du médecin et du malade aux eaux minérales et aux bains de mer, suivi de considérations générales sur le traitement hydrothérapique, par le docteur Constantin James. 3e édit., 1 vol. grand in-18. Paris, chez Victor Masson.

Précis sur les eaux minérales des Pyrénées et de la Gascogne et sur les bains de mer, précédé d'une notice sur les bains en général, par le docteur Verdo. 2e édit., 1 vol. grand in-18 de 300 p. Paris, chez Victor Masson.

L'honneur qui a été fait à ce journal de le rendre, pour ainsi dire, le confident et le dépositaire de la meilleure part des progrès de l'hydrologie médicale, et d'où est née pour lui la nécessité de mesurer l'espace aux travaux accomplis sur la matière en dehors de la *Société d'hydrologie*, ne le dispense pas pourtant de signaler à l'attention des médecins les ouvrages qui peuvent leur être d'une véritable utilité. D'ailleurs, l'impulsion donnée depuis quelques années à l'étude des eaux minérales et des bains de mer est elle, que le journalisme, assi bien que la pratique médicale, ne tperdent pas leur peine à en suivre les rapides effets. Il n'y a pas longtemps encore que l'immense majorité des médecins — et parmi eux, nous ne craignons pas de le dire, plus d'un *prince* de la science — réduisaient la médecine thermale à quelques indications routinières, mêlées d'étranges méprises en chimie ou en topographie. Quelques savants pouvaient rire de ces méprises, les malades qui en étaient victimes avaient le droit de s'en plaindre, mais c'était toujours à recommencer. Aujourd'hui, cet ordre de notions tend à se vulgariser; il faut seulement prendre garde qu'il se vulgarise trop, en descendant trop avant dans le public, avec tous les préjugés et tous les faux jugements inhérents à la médecine des gens du monde.

Les deux ouvrages dont nous annonçons aujourd'hui des éditions nouvelles ont été, l'un dans une partie seulement, l'autre dans le domaine entier, de l'hydrologie médicale, des instruments actifs de ce mouvement. Trois éditions, épuisées en trois ans, du livre de M. James, peuvent passer à cet égard pour un témoignage significatif; succès prévu, d'ailleurs, succès légitime et qui ne se démentira plus. Par ses nombreux voyages, spécialement entrepris au profit de ses études favorites, par ses accointances connues avec un monde habitué à se *retremper* l'été des fatigues de l'hiver, par les habitudes littéraires de son esprit, M. James était excellemment préparé à écrire sur les eaux minérales un traité complet qui répondît à la fois aux besoins du médecin et à ceux du malade; et M. Verdo, de son côté, avec une connaissance approfondie des sources des Pyrénées et de la Gascogne, possédait trop bien le pays, et avait trop l'expérience du voyageur aux eaux, pour ne pas donner également à son œuvre le double caractère dont nous parlons. C'est un éloge que nous entendons adresser aux deux auteurs, il n'est peut-être pas hors de propos d'en faire la remarque. Assurément, avec un certain puritanisme professionnel, on peut se représenter un traité d'hydrologie sous la forme sèche et sévère d'une monographie sur la fièvre typhoïde; mais le praticien veut et voudra toujours autre chose. Il lui faut, avec des notions scientifiques sur la composition et les propriétés thérapeutiques des eaux, toutes les indications susceptibles d'influer sérieusement sur son choix ou sur celui du client. Le site l'intéresse au point de vue de l'hygiène du corps; les lieux de promenades, les moyens de distraction, au point de vue de l'hygiène de l'âme; les distances, au point de vue de la dépense; les moyens de transport, au point de vue de la commodité. Pour notre compte, nous ne sommes aucunement scandalisé, quand nous trouvons dans le Guide pratique, en tête d'un chapitre sur les eaux de Dinach, par exemple, une mention comme celle-ci: « Itinéraire de Paris a Dinach. *Chemin de fer de Strasbourg, Kehl et Bruchsal jusqu'à la station de Mühlach (Pforzheim), sur la ligne de Stuttgard. De cette station à Dinach, omnibus.* Nous sommes même enchanté d'un renseignement qui nous épargne le désagrément de rester court devant une question du client. A plus forte raison savons-nous gré à l'auteur de tous les détails par lesquels il nous instruit de la position précise des sources relativement aux lieux d'habitation, ou même de la manière de passer son temps loin des siens et de ses occupations habituelles. De même, nous goûtons les descriptions topographiques de M. Verdo, et le soin qu'il prend de signaler, comme il le dit lui-même « les ressources qu'offre chaque localité pour les besoins, pour le plaisir et pour l'agrément des malades. » La prévention de beaucoup de confrères contre ce genre d'indications, vient, selon nous, d'une vue inexacte sur l'étendue et les vraies limites du domaine médical, et de ce qu'ils confondent des accessoires utiles de la question scientifique avec une adultération directe de cette question elle-même. Écrire pour les gens du monde un manuel de pathologie, en des termes à leur portée, avec des prescriptions thérapeutiques, c'est-à-dire livrer leur santé et leur vie à la merci de préceptes banals qu'ils ne savent ni comprendre ni appliquer, voilà le danger, voilà trop souvent le charlatanisme, et c'est en ce sens que nous donnions l'alarme tout à l'heure contre la vulgarisation excessive de la médecine thermale. Mais il n'y a rien de pareil ni chez M. James, ni chez M. Verdo. Aussi sommes-nous fort à notre aise pour exprimer notre regret que le premier des deux auteurs ait apporté au titre de la première édition un changement propre à éveiller la susceptibilité. Le *Guide pratique* tout court est devenu le *Guide pratique du médecin et du malade*. Non, le livre n'a pas subi la transformation que semble d'abord annoncer sa nouvelle étiquette, et nous le défendons contre lui-même. Il a gardé son fond scientifique, et l'a même étendu par des acquisitions nouvelles.

Ces acquisitions, qui sont la seule chose que nous voulions relever dans un ouvrage déjà si répandu, sont très nombreuses. Nous avons compté jusqu'à 55 sources entièrement passées sous silence dans la première édition et qui tiennent dans celle-ci une place proportionnée à leur importance. Le plus grand nombre appartient à la France et à l'Allemagne. Tout ce qui concerne les eaux de la Corse est entièrement nouveau; on sait que l'auteur a visité ces eaux muni d'une commission ministérielle. Le chapitre relatif à la *cure du petit-lait*, médication tout helvétique peu connue en France, a reçu quelques additions. Signalons encore, comme complément d'une utilité incontestable, des aperçus rapides, mais substantiels, sur la *cure du raisin* usitée en Allemagne, sur l'application de la médecine thermale au traitement des maladies syphilitiques, sur l'emploi des eaux minérales artificielles, et sur l'hydrothérapie. Enfin, une très belle *carte itinéraire des eaux minérales d'Europe* complète le caractère d'utilité du livre, en même temps que des vues pittoresques des principales stations y ajoutent un ornement dont la science n'a rien à souffrir.

Nous n'avons pas sous les yeux, en ce moment, la première édition du livre de M. Verdo; nous ne saurions donc dire jusqu'à quel point elle a été modifiée ou augmentée. Mais ce que nous pouvons affirmer, après avoir comparé plusieurs publications sur le même sujet, c'est que celle-ci renferme sous un petit volume une étude extrêmement complète de la partie de l'hydrologie médicale à laquelle il est consacré. Plus restreint que M. James dans l'objet de sa publication, M. Verdo a pu consacrer plus de développements à l'histoire de chaque source, insister sur la composition chimique, se montrer plus complet dans l'exposé des travaux d'autrui: mais, nous le répétons, c'est le même esprit qui a présidé à la rédaction des deux ouvrages, c'est la même préoccupation des divers genres d'intérêt qu'il s'agissait de satisfaire; et, comme si la ressemblance devait se retrouver jusque dans les accessoires, carte itinéraire et vignette ne font pas non plus défaut dans le Précis sur les eaux minérales des Pyrénées. La carte comprend les départements des Pyrénées-Orientales, de l'Ariége, de l'Aude, de la Garonne, du Tarn, de Tarn-et-Garonne, de Lot-et-Garonne, du Gers, des Hautes et Basses-Pyrénées, et de la Gironde. La vignette représente l'établissement de Castéra-Verduzan, dans le Gers.

A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Juillet. — Fièvre synoque péripneumonique, par *Marrotte*. — Inclusion scrotale et testiculaire, par *Verneuil*. — Caractères des plaies sous-cutanées, par *Bouvier*. — Rapports numériques qui existent entre le pouls et la respiration, par *Marcé*.

BULLETIN DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS. — N° 24. Tétanos traumatique; opiacés; bains d'air chaud; guérison, par *Delaunay*. — Études cliniques sur les tumeurs érectiles, par *Cobarct*. — Herpès tonsurant guéri sans topique, par *Delamardière*. — Cliniques et constitutions médicales.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 juin. — Sur l'épilepsie, par *Herpin*. — Opération de la fistule à l'anus par extirpation du trajet, par *Ad. Richard*. — Hernie ombilicale congénitale guérie spontanément, par *Margariteau*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 12. Considérations sur les accouchements laborieux, par *Bouchacourt*. — Luxation coxo-fémorale congénitale; réduction, par *Gillibert d'Hercourt*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — N° 6. Sur le bouton de Biskara, par *Weiss*. — Études statistiques sur l'aliénation mentale, par *H. Dagonet*. — Clinique médicale.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — T. II, n° 6. — Maladie du coït, par *Rodloff*. — Renversement du rectum traité par l'excision, par *Delorme*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 juin. — Suites de la trachéotomie, par *Chassaignac*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 30 juin. Ophthalmie monoculaire intermittente; choléra rémittent; fièvre septane larvée, par *Ch. Saurel*. — Émétique à haute dose, par *Michalowski*. — Fièvre éclamptique, par *Liégey*. — Rhumatisme pré-abdominal, par *Cabaret*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Mai. Renversement du vagin chez une vache, par *Bary*. — Traitement de l'écart, par *Delorme*. — Hernie inguinale chez le cheval, par *Delwart*. — Luxation complète de la troisième vertèbre cervicale, par *Knepper*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 129. Leçons sur la folie, par *J.-C. Davey*. — Mort par rupture de la vessie causée par un coup de pied, par *H. Porter*. — 130. De la maladie en général, par *Harrinson*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°ˢ 859. Maladies intestinales en Crimée, par *W. Smart*. — N° 860. Comptes rendus de sociétés savantes.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°ˢ 260. Théorie physique de la contraction musculaire, par *C.-B. Radcliffe*. — Des phlegmasies fortes et faibles, par *R. Barwell*. — Cas d'obstruction intestinale, par *W.-S. Savory*. — Cas d'anévrysme faux, suite de blessure des artères profondes de la cuisse, par *H. Smith*. — 261. Théorie physique de la contraction musculaire, par *Radcliffe*. — Chirurgie dentaire, par *Sarcombe*.

MONTHLY JOURNAL OF MEDICINE. — Juin. Introduction des éléments civils dans les hôpitaux militaires, par *C. Ballingall*. — Bains de Creuznach dans les affections utérines, par *Englemann*. — Maladies de la moelle et de ses membranes, par *Ev. Reeves*. — Particularité de la dentition; influence sur la mortalité, par *J. Smith*. — Blessure mortelle de l'orbite par une canne, par *P. Jamieson*. — Ver solitaire résistant aux traitements jusqu'à ce que l'origine de la maladie ait été écartée, par *Crighton*. — Clinique ophthalmologique, par *Sivers*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — Juin. Origine du lait et action de la glande mammaire, par *J.-W. Draper*. — Observations sur la glossite aiguë, par *J. Moses*. — Asphyxie par le gaz de l'éclairage et observations du scorbut, par *Elisha Harris*. — Calcul de la portion d'une branche de l'urèthre, par *A.-V. Williams*.

THE LANCET. — N°ˢ 25. Philosophie de la zoologie, par *Robert Knox*. — Observations cliniques sur quelques formes de maladies urinaires, par *H. Thompson*. — 26. Leçons d'ophthalmologie, par *Critchett*. — Pratique militaire en Orient, par *C. Pyrmont*.

EL HERALDO MEDICO. — N°ˢ 201—202 et 203. — Analyses et revues.

EL SIGLO MEDICO. — N° 76. Variations fâcheuses dans les mesures quarantainaires contre le choléra. — Cas de polydactylie, par *R. Martinez y Molina*.

GAZETTA MEDICA DE LISBOA. — N° 58. Sur le mémoire de MM. *Homolle* et *Quevenne*, relatif à la digitale et à la digitaline, par *B.-A. Gomes*. — Diabète sucré, par *A. Mendes Pedroso*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 12. Clinique de l'hôpital général de Madrid. Traitement de la pneumonie par les antimoniaux, par *Ortega*. — Époques auxquelles on doit opérer la cataracte, par *J. Leal y Loza* et *S. Igual y Casares*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N°ˢ 25. Revue des publications médico-chirurgicales de 1854. — Épidémie de Gênes, par *A. Pasquali*. 26. Fièvre pernicieuse hémoptoïque, par *G. Lessona*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°ˢ 26. Fièvre intermittente guérie par l'emploi du phosphore, par *G.-B. Poli*. — Revue ophthalmologique. — 27. Théorie de la phthisie pulmonaire, par *Maschi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°ˢ 26. Maladies régnantes de *Santacroce* en octobre 1850, par *S. Checucci*. — 27. Cas de spina bifida, par *Palamidessi*. — Ophthalmie égyptienne; emploi de l'acétate de plomb neutre, par *S. Alessi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — N°ˢ 22. Clinique médicale, par *Domenico Gola*. — 23. Délire pellagreux, par *C. Clerici*. — Mauvais effet du sel donné dans les premiers symptômes de l'apoplexie cérébrale, par *F. Lussana* et *L. Crosio*. — Valeur de l'anatomie pathologique, par *G. Sangalli*. — Guérison d'une paralysie par l'électricité voltaïque, par *P. Lugli*. — Recherches sur l'organe nerveux olfactif, par *C. Ambrosoli*. — Dangereux effets de la pâte badoise, par *A. Tibaldi*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 15 juin. Considérations sur le choléra, par *Carletti*. — Choléra de San-Gennario, par *Pogliani*.

Livres nouveaux.

CONSIDÉRATIONS MÉDICALES SUR LA STATISTIQUE ET LE MOUVEMENT DES ALIÉNÉS, les recherches anatomiques et la revue clinique de l'asile public Saint-Athonase, à Quimper, pendant l'année 1854. Compte rendu par le docteur *Baume*. Grand in-8 de 48 pag. Paris, Victor Masson. 1 fr. 25

COURS D'HYGIÈNE, par le docteur *A. Tessereau*. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine. 1 vol. gr. in-18 de 336 pages. Paris, chez Garnier frères. 3 fr. 50

DE LA PLEURÉSIE; DES FONCTIONS DE LA POITRINE, leçons cliniques du professeur *Trousseau*, recueillies par le docteur *Legrand du Saulle*. In-8 de 13 pages. Paris, Leclerc.

DES CAUSTIQUES AU POINT DE VUE CHIMIQUE, par *E. Ferrand*. In-8 de 56 pages. Lyon.

HISTOIRE DES FALSIFICATIONS DES SUBSTANCES ALIMENTAIRES ET MÉDICAMENTEUSES, précédée d'une instruction élémentaire sur l'analyse, par M. *Hureaux*. 1 vol. in-8 de 734 pag. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

IODOTHÉRAPIE, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées, par le docteur *A.-A. Boinet*. 1 vol. in-8° de X—835 pages. Paris, chez Victor Masson. 9 fr.

LE CHOLÉRA GUÉRI par une opération indienne praticable par tout le monde, par *Henri Guibert*, de Cadix. Gr. in-8° de 56 pages. 2 fr. 50

NOUVEAU COMPENDIUM MÉDICAL, à l'usage des médecins praticiens, par le docteur *Antonin Bossu*. 2ᵉ édit. 1 vol. gr. in-18 de 770 pages. Paris, chez l'auteur, 33, rue de Seine. 7 fr.

PRÉCIS DE CHIMIE PHYSIOLOGIQUE ANIMALE, par le docteur *C.-G. Lehmann*, traduit de l'allemand, par M. *Ch. Drion*. 1 vol. gr. in-18 de VIII—306 pages, avec 26 fig. dans le texte. Paris, chez Victor Masson. 5 fr.

RECHERCHES SUR LES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, (état physiologique du pouls, muguet, entérite, ictère), par le docteur *V. Seux*. In-8 de XII — 288 pag. Paris, J.-B. Baillière. 4 fr.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE D'ANATOMIE, ou description succincte des organes et des éléments organiques qui composent le corps humain, par le docteur *A.-L.-J. Bayle*. 6ᵉ édit. 1 vol. in-32 de 508 pages. Paris, chez Labé. 4 fr. 50

TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES, par *A. Vidal* (de Cassis). Ouvrage couronné par l'Institut de France. 2ᵉ édit., corrigée et augmentée. 1 vol. in-8° de VIII—580 pag., avec planches coloriées. Paris, chez Victor Masson. 10 fr.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE COMPARÉE DES ANIMAUX DOMESTIQUES, par *O. Delafond*. 2ᵉ édit., avec figures intercalées dans le texte. 1 fort vol. in-8° de 734 p. Paris, chez Labé. 8 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, comprenant son histoire, ses indications, l'époque à laquelle on doit le pratiquer, et le meilleur moyen de le déterminer, par le docteur *P. Silbert* (d'Aix). Ouvrage qui a remporté le premier prix au concours ouvert par la Société impériale de médecine de Marseille. In-8° de 130 pages. Paris, chez Victor Masson. 2 fr. 75

BEITRAEGE ZUR DIAGNOSTIC UND BEHANDLUNG DER PRIMAEREN FORMEN DES IRRSEINS (Contributions au diagnostic et traitement des formes primitives de l'aliénation), par M. *Leidesdorf*. In-8. Vienne, chez Gerold. 2 fr. 75

BEITRAEGE ZUR PATHOLOGISCHEN ENTWICKELUNGSGESCHICHTE (Contributions à l'histoire du développement pathologique), par *H. Barkow*. In-fol. Breslau, chez Hirt. 3 fr. 50

CANSTATT'S JAHRESBERICHT UEBER DIE FORTSCHRITTE der gesammten Medicin in allen Laendern im Jahre, 1854, par les docteurs *Scherer*, *Virchow* et *Eisenmann*. Tome I, *Sciences physiologiques*, in-4, pag. 1 à 198. Wurzbourg, 1855, chez Stabel.

DIE LEHRE VOM AUSWURFE (Recherches sur le crachat), par *A. Biermer*. In-8°. Wurzbourg, chez Stahel. 4 fr.

DIE PYRENÆEN-BÆDER IN FRANKREICH (Les Eaux minérales des Pyrénées), par *L. Lazari*. In-8°. Dessau, chez Katz. 8 fr.

HANDBUCH DER BALNEOTHERAPIE, par *H. Helfft*. 2ᵉ édit. In-8°. Berlin, chez Hirschwald. 12 fr.

HANDBUCH DER SPECIELLEN PATHOLOGIE UND THERAPIE FUER THIERAERZTE (Manuel de pathologie et thérapeutique vétérinaire), par *W.-Th. J. Spinola*. 1ʳᵉ partie. In-8°. Berlin, chez Hirschwald. 9 fr. 50

ZWEITER BEITRAG ZUR LEHRE VON DEN GEBAERMUTTERKNICKUNGEN (Des flexions utérines), par le professeur *W. Scanzoni*. In-8° de 46 pages. Wurzburg, chez Stahel.

ESSAY ON THE ACTION OF MEDICINES ON THE SYSTEM, or « on the Mode in which therapeutic Agents introduced into the Stomach produce their peculiar Effects on the Animal Economy; » being the Prizo Essay of the Medical Society of London for 1853 (Essai sur l'action des médicaments sur le système ou sur le mode par lequel des agents thérapeutiques introduits dans l'estomac, produisent leur effet particulier sur l'économie animale), par *F.-W. Headland*. 2ᵉ édit. avec des additions. In-8. Londres, chez Churchill. 14 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

Paraît tous les Vendredis — A la librairie Victor Masson, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an

TOME II. PARIS, 20 JUILLET 1855. N° 29.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Toulouse.

Napoléon,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840 et 18 avril 1841, relatives aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'ordonnance du 31 mars 1841, qui constitue l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse ;

Vu la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en date du 11 juillet 1854 ;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Exceptionnellement, et en considération de la Faculté de droit de Toulouse, il est créé à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse une chaire de médecine légale, qui sera confiée à un neuvième professeur titulaire.

Art. 3. Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne ;
A la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 4. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et de physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 5. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse :

Un chef de clinique interne ;
Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Art. 6. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 11 juillet 1855. NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 11 juillet 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Bonamy (Constantin-Louis).
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Rolland.
Clinique externe. — M. Dieulafoy.
Pathologie interne. — M. Gaussail.
Clinique interne. — M. Dassier (Simon).
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Lafforgue.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Noulet.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Filhol.
Médecine légale. — M. Causse (Séverin).

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. ESTEVENET.
Clinique interne. — M. BERNARD.
Anatomie et physiologie. — M. PÉCOT.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :
Pour les chaires de médecine proprement dite.— M. AUGER (Ferd.).
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. DASSIER (Adolphe).
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie. — M. MAGNES.

Art. 4. M. AUGER (Ferdinand), professeur suppléant pour la chaire de médecine proprement dite, est nommé chef de clinique.
M. NOGUÈS, chef des travaux anatomiques.

Art. 5. M. DASSIER (Simon), professeur de clinique interne, est nommé directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Art. 6. M. NAUDIN, ancien professeur d'anatomie et de physiologie; M. BESSIÈRES, ancien professeur de clinique interne; DUCASSE, ancien professeur d'accouchements, — ont été nommés professeurs honoraires.

Art. 7. M. le recteur de l'Académie de Toulouse est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 17 juillet 1855. H. FORTOUL.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 12 au 14 juillet 1855.

151. CANUET, Louis-Émile, né le 6 mai 1827 à Paris (Seine). [*De l'influence du système nerveux dans les maladies cutanées.*]

152. GIRAUD, Jean-Antoine-Laurent, né le 11 août 1830 à Annonay (Ardèche). [*Du pityriasis.*]

153. FOURNIER, Auguste-Urbain, né le 10 août 1828 à Richelieu (Indre-et-Loire). [*De la suette.*]

154. VIGER, Adrien, né le 19 avril 1828 à Amfréville (Calvados). [*Anesthésie dans la pratique obstétricale considérée au point de vue de ses accidents.*]

47. DURAND, Augustin, né le 1er décembre 1829 à Joinville (Haute-Marne). [*Des luxations compliquées de l'articulation tibio-tarsienne.*]

155. LAFON, Jean-Joseph, né le 5 janvier 1828 à Xanton-Chassenon (Vendée). [*Études sur le diagnostic des tumeurs qu'on rencontre dans le scrotum.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 23 juin au juillet 1855.

41. VIC, Paul, de Saint-Affrique (Aveyron). [*De l'anesthésie générale et de l'anesthésie locale en particulier dans les opérations de la chirurgie.*]

42. CASTERAN, de Lapdoté (Mayenne). [*De la variole au point de vue de son traitement.*]

43. TICIER, Michel, de Brignemont (Haute-Garonne). [*Considérations sur les dépôts urineux.*]

44. LAURIN, Félicien, de Meyrargues (Bouches-du-Rhône). [*Essai sur le catarrhe sporadique.*]

45. BAYLE, de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). [*Considérations sur l'étiologie des fièvres intermittentes.*]

46. HUMBERT, François, de Marchon (Ain). [*Des principales applications de la pâte de chlorure de zinc.*]

47. CATHALA, Jean, d'Avène (Hérault). [*Des eaux minérales d'Avène au point de vue thérapeutique.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,
LAURENS.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 19 juillet 1855.

Tous les événements médicaux de la semaine s'effacent, à nos yeux, devant la mort prématurée d'un ami, d'un confrère plein de savoir et de zèle, dont la réputation avait fait, depuis quelques années surtout, de rapides progrès. M. Valleix est mort jeudi, 13 juillet, trop tard pour qu'il nous fût possible d'en donner la triste nouvelle à nos lecteurs. Il a succombé aux ravages d'une angine couenneuse contractée cinq jours auparavant, pendant qu'il donnait ses soins à une petite fille atteinte, dit-on, de croup. Des cautérisations au nitrate d'argent, pratiquées dès le début, par la volonté du malade lui-même, pas plus que les soins incessants de confrères dévoués, n'ont pu enrayer le développement de cette funeste affection. La trachéotomie a été jugée inutile, l'énorme gonflement du cou paraissant être la cause principale de l'asphyxie et attestant d'ailleurs dans le mal une gravité sans remède. M. Velpeau a seulement pratiqué deux incisions le long du cou, pour diminuer un peu l'étouffement.

Valleix laissera dans la littérature médicale une place très honorable. Il était l'un des disciples les plus distingués et les plus fidèles de l'école qui a ramené à des habitudes si rigoureuses, après les échappements de la période broussaisienne, l'observation et l'expérience. Le *Guide du médecin praticien*, le *Traité des névralgies*, la *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, une foule de *mémoires* déposés dans les recueils périodiques, sont les fruits uniformes de cet esprit scientifique, et en sont peut-être, après les travaux du maître, l'expression la plus caractérisée. Nous avons eu plusieurs fois occasion de dire ce qui manque à ces œuvres, la part trop faible qui y est accordée aux droits de l'induction et de la synthèse; mais les excès de la méthode ne nous en ont jamais caché les avantages, et il ne fallait pas les émotions de la tombe pour nous les rappeler.

De touchants adieux ont été faits sur la tombe de Valleix par MM. Barth, Goupil, Latour, Louis, et un jeune élève externe. M. Louis, étouffé par les sanglots, n'a pu achever.

A. D.

DE LA GLYCOGÉNIE.— EXPÉRIENCES SUR LE SYSTÈME NERVEUX.

Tous ceux qui ont suivi les cours du professeur de physiologie de la Sorbonne et du Collège de France, tous ceux qui ont visité son laboratoire, savent que d'habileté, que de patience a dépensées M. Cl. Bernard, quel nombre immense d'expériences il lui a fallu faire pour formuler telle qu'elle est aujourd'hui la doctrine physiologique de la glycogénie. Ils comprendront donc sans peine l'émotion qu'a dû ressentir l'auteur de la découverte de la formation du sucre dans le foie, lorsque, dans un mémoire présenté dans ces derniers temps à l'Académie des sciences, M. Figuier n'a rien moins tenté que de renverser de fond en comble une doctrine acceptée sans conteste, dans sa généralité, par la plupart des physiologistes.

Plusieurs mois se sont écoulés depuis lors. Les expériences de M. Cl. Bernard ont été reprises et répétées par lui et par ses élèves. Des recherches nouvelles, suscitées par la controverse, se sont produites; la commission de l'Institut a fait un rapport par l'organe de son premier chimiste M. Dumas; les

leçons professées au Collége de France par M. Cl. Bernard pendant le semestre d'hiver 1854-1855 ont été publiées : nous pouvons aujourd'hui résumer le débat. Nous le ferons brièvement. Nous n'ignorons pas ce qu'a de périlleux le rôle de la critique, mais elle est à l'aise quand elle puise ses jugements dans sa conscience, et c'est pour elle un devoir de dire ce qu'elle croit être la vérité.

Et d'abord, le fait annoncé dans le principe par M. Cl. Bernard, que le foie renferme du sucre dans son tissu à l'état physiologique, ce fait n'est contesté par personne. Il y a du sucre dans le foie des mammifères, dans celui des oiseaux, dans celui des reptiles, dans le foie des mollusques ; il y a du sucre dans le foie de l'homme (1).

Le sucre contenu dans le foie, d'où vient-il? Est-il formé sur place par une action propre de l'organe? Est-il apporté dans son tissu par les vaisseaux afférents du foie (veine porte, artère hépatique)? Pour ce qui concerne l'artère hépatique, il est certain qu'il n'arrive point de sucre au foie par cette voie, car le sang artériel général ne renferme pas de sucre, ou, s'il en renferme de faibles proportions, cela n'a lieu que dans quelques circonstances dont nous parlerons dans un instant, et dans ces cas il est aisé d'ailleurs de remonter à sa source. Reste donc la veine porte.

La veine porte conduit-elle du sucre au foie? Oui et non. Oui, toutes les fois que l'animal a fait usage d'une alimentation féculente ou d'une alimentation mixte (contenant des féculents). Non, toutes les fois que l'animal a fait usage d'une alimentation exclusivement azotée. En d'autres termes, toutes les fois que les produits de la digestion contiennent du sucre, la veine porte, qui charrie une partie de ces produits vers le foie, renferme du sucre; toutes les fois que les produits de la digestion ne contiennent pas de sucre (les matières azotées neutres ou albuminoïdes prises exclusivement; viande, par exemple), la veine porte ne renferme point de sucre. Les résultats dont nous parlons reposent sur un grand nombre de faits, nous les avons nous-même constatés plus d'une fois, ils ont été vérifiés par un grand nombre d'observateurs.

Il est vrai que, dans un second mémoire publié par M. Figuier, nous voyons que, chez deux chiens nourris de viande crue et tués deux heures après le repas, on trouve dans la veine porte une quantité notable de sucre (dans un cas, 0^{gr},248 de glycose sur 100 grammes de sang; dans l'autre, 0^{gr},231 de sucre pour 100 grammes de sang); mais ces faits sont tellement en dehors de tout ce que les expériences nous ont appris, que, jusqu'à ce que d'autres faits du même genre soient produits, nous demandons à son auteur la permission de regarder ces deux expériences comme ayant besoin de preuves confirmatives. Jamais on n'a vu, jusqu'à ce jour, la viande se transformer en sucre dans l'intestin par les procédés digestifs. D'où proviendrait donc le sucre signalé dans la veine porte? S'il ne s'est pas formé dans l'intestin, il faudrait donc qu'il eût pris naissance dans la veine porte. Pour le dire en passant, cette expérience, qu'invoque M. Figuier, ne prouverait pas que le sucre du foie provient de l'alimentation; elle ne tendrait à rien moins qu'à doter la veine porte elle-même de la propriété de fabriquer du sucre aux dépens des matières albuminoïdes. Ces deux faits ne tiendraient-ils pas à quelque vice inaperçu dans les conditions de l'expérience?

(1) Le sucre n'existe pas toujours dans le foie de l'homme mort de maladie, de même qu'il diminue dans le foie des animaux par le jeûne, l'inanition et diverses mutilations. Chez l'animal vivant ou après une mort violente, il y a toujours du sucre dans le foie.

L'expérience sur l'animal vivant est entourée de si grandes difficultés et de causes d'erreurs si nombreuses, que l'on peut se tromper de la meilleure foi du monde. Les plus grands physiologistes, voire même les physiciens et les chimistes les plus éminents, ont reconnu plus d'une fois leur erreur, et la confiance qu'ils inspiraient en a été augmentée.

Nous continuerons donc à dire, avec M. Cl. Bernard et avec tous les physiologistes : le sang de la veine porte ne contient pas de sucre chez l'animal *nourri exclusivement de viande crue ou cuite.*

Maintenant, prenez un chien; nourrissez-le pendant deux mois, pendant quatre, six, huit mois, *exclusivement avec de la viande ;* mettez à mort un animal ainsi alimenté, vous trouverez du sucre dans son foie ; prenez le sang contenu dans les veines sus-hépatiques de ce chien, ce sang contient du sucre. Ce sucre n'a pas été amené dans le foie par la veine porte, donc il s'est formé dans le foie. Ainsi raisonne M. Cl. Bernard; ainsi nous raisonnons.

Mais, dit-on, le sucre contenu dans le foie d'un pareil chien a pu être amené autrefois dans ce viscère par la veine porte, à la suite d'un régime amylacé antécédent, il a pu s'y accumuler, s'y condenser, et ne s'écouler ensuite que plus tard et peu à peu dans la masse du sang par les veines sus-hépatiques. Des poisons minéraux absorbés dans l'intestin sont parfois localisés et en quelque sorte emmagasinés dans le foie. Mais d'abord, quelle différence entre le sucre et les substances minérales. Beaucoup de ces dernières peuvent séjourner un très long temps dans les tissus sans être altérées par les liquides de l'économie vivante. Le sucre dissous dans les liquides animaux, au contraire, est éminemment altérable et fermentescible. Les substances amylacées qui se transforment en sucre dans l'intestin pendant la digestion franchissent souvent en ce même point la transformation sucrée pour se constituer sous une métamorphose plus avancée (acide lactique), et cette métamorphose n'exige que quelques heures. L'expérience directe prouve d'ailleurs que le sucre contenu dans le foie disparaît promptement de cet organe lorsqu'on le soustrait à l'influence nerveuse, soustraction qui, ainsi que M. Cl. Bernard l'a démontré, a pour effet de paralyser l'action saccharifiante du foie. En effet, lorsqu'on divise au cou, sur un animal, les deux pneumogastriques, et qu'on laisse jeûner l'animal, le sucre disparaît du foie environ vingt-quatre heures après l'opération.

Une autre expérience de M. Cl. Bernard, répétée et confirmée depuis par presque tous les physiologistes (et à laquelle ses contradicteurs paraissent n'avoir pas accordé l'attention qu'elle mérite), est la suivante. On pratique sur un animal une piqûre sur la paroi du quatrième ventricule, entre les racines des nerfs acoustiques et celles des nerfs pneumogastriques. Il n'y avait pas de sucre dans le sang avant l'opération; on s'en était assuré; il n'y en avait pas non plus dans l'urine. Après l'opération, il y a du sucre dans le sang, et comme le sang en renferme une notable proportion (au moins 0,3 pour 100, Lehmann), il y en a également dans la sécrétion urinaire et même dans plusieurs des sécrétions séreuses de l'économie. D'où vient ce sucre? Il s'est formé quelque part. D'où qu'il vienne, il ne procède évidemment pas de l'alimentation (1).

Ce n'est pas tout. Il existe du sucre dans le foie du fœtus, par conséquent avant toute espèce d'alimentation; et ce sucre

(1) Les expériences les plus variées démontrent que ce sucre provient du foie. La formation du sucre est soumise de la manière la plus évidente à l'influence du système nerveux.

ne procède pas du sang maternel, car il n'existe pas encore dans le foie du fœtus de trois mois, et il ne commence guère à s'y montrer que vers le quatrième ou le cinquième.

Il est d'autres preuves encore; mais nous ne pouvons tout dire, et nous renvoyons le lecteur aux leçons de M. Cl. Bernard. Un mot, cependant, sur une objection faite dernièrement aux procédés employés pour la recherche du sucre dans le sang. Suivant M. Longet, le sucre contenu dans la veine porte aurait pu échapper aux investigations de la chimie, dissimulé qu'il serait par la peptone ou albuminose (produit de la digestion des albumineux). Remarquons d'abord qu'il ne s'agit, dans ce cas particulier, que de la recherche du sucre dans le *sang porte* des animaux nourris avec une nourriture mixte (féculents et albumineux), car sur des animaux nourris exclusivement de viande le sucre ne peut pas être dissimulé, par la peptone, puisqu'il n'y a pas de sucre comme produit de digestion. En outre, l'objection de M. Longet n'aurait de valeur (toujours en supposant une alimentation mixte) qu'autant qu'il serait démontré que les matières albuminoïdes se trouvent dans la veine porte à l'état de peptone. Or, l'expérience démontre que dans cette veine la peptone se reconstitue en albumine du sang au fur et à mesure de son absorption. D'ailleurs, dans toutes les expériences dont nous avons parlé, le liquide cupro-potassique n'a été employé qu'après qu'on s'était débarrassé des matières albuminoïdes par la chaleur (qui les coagule) et par la filtration. Ajoutons que la fermentation du sucre a parfaitement lieu au sein de la peptone ou de l'albuminose, et le procédé par fermentation a été employé par tous les expérimentateurs, M. Cl. Bernard en tête.

M. Cl. Bernard a donc bien réellement établi, et c'est une des plus précieuses conquêtes dont la physiologie expérimentale se soit enrichie depuis le commencement du siècle; M. Bernard, dis-je, a nettement prouvé que le foie des animaux sécrète du sucre.

Mais le sucre qui s'échappe du foie par les veines sus-hépatiques pour se répandre et disparaître dans la masse du sang, provient-il uniquement du foie? Celui qui arrive au foie par la veine porte, chez l'animal qui fait usage d'une nourriture mixte, ou d'une nourriture exclusivement féculente, ou sucrée, ne s'écoule-t-il pas aussi par les veines sus-hépatiques pour gagner la masse du sang? N'est-ce pas cette absorption digestive du sucre qui augmente temporairement celle que le foie écoule vers le sang pendant la période de la digestion, augmentation qui se traduit, pendant quelques heures, par la présence facilement constatable du sucre sur tous les points du trajet circulatoire, et, dans les cas d'alimentation sucrée exclusive, jusque dans l'urine? Les recherches de M. de Becker nous paraissent démonstratives à cet égard. Qu'une certaine partie du sucre absorbée dans l'intestin après la nourriture féculente se transforme et se dédouble dans le sang de la veine porte et dans le tissu du foie, de manière à ne pas arriver en nature dans la masse du sang par la voie des veines sus-hépatiques, cela est plus que probable, attendu la facile altérabilité du sucre au contact des liquides animaux; il est possible encore qu'une portion de ce sucre se transforme, ainsi que le présume M. Cl. Bernard, en une matière grasse non définie. Mais nous ne pensons pas que tout le sucre absorbé dans l'intestin, et qui traverse le foie, subisse dans son sein la métamorphose adipeuse. Nous croyons que les expériences de M. de Becker ont démontré, mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, qu'une partie au moins du sucre absorbé dans l'intestin ne fait que traverser le foie et est versé peu à peu (l'absorption est une force lente) dans la masse générale du sang dont elle ne change la constitution que dans des limites restreintes, et d'où il disparaît, au fur et à mesure de son introduction, par les combustions de nutrition.

Le sang qui s'écoule incessamment du foie par les veines sus-hépatiques porte donc dans la circulation générale: 1° le sucre formé par le foie (le seul chez les animaux nourris exclusivement de viande); 2° le sucre, ou tout au moins une partie du sucre de l'alimentation (animaux alimentés avec nourriture mixte, amylacée, sucrée).

Quelques questions d'un haut intérêt sont encore en suspens et exigeraient, pour être résolues, de nouvelles et nombreuses recherches. Telle serait, entre autres, la comparaison de la glycogénie chez les herbivores et les carnivores envisagée sous toutes ses faces. Les premiers, en effet, font usage dans leur alimentation d'une proportion relativement considérable de féculents et introduisent ainsi une grande quantité de sucre dans leur économie par les voies digestives; les seconds, au contraire (au moins dans l'état normal ou de nature) ne consomment guère que des aliments dépourvus de féculents et de matières sucrées. M. Cl. Bernard a ouvert une voie féconde, où il reste encore plus d'une vérité à conquérir.

— M. le docteur Brown-Séquard, que le Collége médical de l'État de Virginie, siégeant à Richmond, s'était attaché en qualité de professeur, revient parmi nous. Tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la science doivent s'en réjouir. La physiologie du système nerveux, à l'étude de laquelle M. Brown-Séquard s'est voué depuis plus de dix années avec une véritable passion, ne peut manquer d'en tirer grand avantage. M. Brown revient d'Amérique avec de riches matériaux. Déjà il a exposé une partie de ses nouvelles recherches devant la Société de biologie, qui doit en rendre prochainement compte par l'organe de son rapporteur M. Broca. Nous y reviendrons plus tard en temps et lieu. Nous n'en dirons ici que quelques mots.

Chacun sait que si la spécialité d'action des racines antérieures et des racines postérieures des nerfs rachidiens, mise en évidence par Charles Bell et vérifiée depuis par un grand nombre d'observateurs, est aujourd'hui à l'état de fait démontré, il a toujours régné une certaine incertitude sur la localisation des éléments du mouvement et du sentiment dans les centres nerveux. Les expériences de M. Brown-Séquard tendent à démontrer que l'on s'est trop hâté de transporter dans les cordons de la moelle les propriétés distinctes des racines. Voici les trois faits principaux qui me paraissent résulter de ses recherches: 1° Les cordons postérieurs de la moelle ne sont pas les conducteurs du sentiment, comme on l'entendait autrefois; en d'autre termes, les cordons postérieurs de la moelle ne sont pas constitués par l'accolement pur et simple et par la prolongation linéaire des filets nerveux des racines des nerfs. 2° Le transport des impressions s'exerce encore après la section des cordons postérieurs de la moelle, dans le segment du corps inférieur à la section; ce transport s'effectue par la substance grise de la moelle. 3° L'entrecroisement des filets nerveux du mouvement n'a lieu qu'à la partie supérieure de la moelle, tandis que l'entrecroisement des effets de sensibilité a lieu dans toute l'étendue de la moelle, dans la substance grise.

JULES BÉCLARD.

ÉPIDÉMIE DE SCORBUT : NOUVEAUX RENSEIGNEMENTS.

— Nous avons été aux informations relativement à l'épidémie de scorbut dont il a été question dans notre dernier numéro, et nous avons visité, pour plus de sûreté, les hôpitaux militaires du Val-de-Grâce, du Gros-Caillou et du Roule. Ces trois hôpitaux renferment en effet un grand nombre de scorbutiques, dont les deux tiers au moins appartiennent au Val-de-Grâce. Le scorbut idiopathique a fourni la majorité des cas. Dans les autres, des phénomènes scorbutiques ont simplement compliqué d'autres maladies en voie de développement ou en voie de convalescence, plus particulièrement la fièvre typhoïde. Ce dernier genre d'association morbide était ordinairement mortel ; mais, hors cette circonstance, l'épidémie a été de la plus grande bénignité, puisqu'elle ne paraît avoir amené directement aucun décès. Beaucoup de malades ne présentent qu'à un faible degré ou même pas du tout l'altération caractéristique des gencives. Le phénomène prédominant consiste en des suffusions sanguines dans l'épaisseur des tissus, surtout aux membres inférieurs. Parfois, les jambes ont l'apparence entièrement normale le matin au lever, mais se gonflent et se maculent de taches dans le cours de la journée. Les douleurs de reins, qui accompagnent souvent la maladie, l'ont fait prendre au début, chez un certain nombre de sujets, pour une simple *courbature*. Chez d'autres, il s'opère quelque lésion locale, d'apparence phlegmasique, telle qu'une ophthalmie, qui, en attirant fortement l'attention, la détourne de l'affection générale à laquelle la lésion est pourtant subordonnée, jusqu'à ce que l'insuccès des moyens ordinaires vienne avertir de l'erreur. Nous avons vu un cas remarquable de ce genre. Quant au traitement, il consiste dans l'emploi des toniques, des stimulants, des hémostatiques; la potion térébenthinée nous a paru jouir d'une assez grande vogue dans les hôpitaux militaires.

Les chefs de service que nous avons vus paraissent peu fixés sur les conditions du développement de l'épidémie. La garnison de Paris étant, d'ailleurs, dans un état sanitaire excellent, et rien n'ayant été modifié dans son hygiène, on a peine à s'expliquer l'invasion d'une maladie qui procède d'ordinaire d'un vice d'alimentation, de l'humidité ou de l'encombrement. La chose s'expliquerait un peu moins mal si, comme on l'a pensé, cette maladie avait été importée des camps de Boulogne ou de Saint-Omer, et si encore il était démontré que les conditions hygiéniques du campement sont de nature à rendre compte à leur tour du développement du scorbut. Jusqu'ici le fait de l'importation n'est pas démontré. La garnison parisienne est en proie à l'épidémie depuis *plusieurs mois*. A-t-elle reçu des émigrants de Saint-Omer ou de Boulogne précisément à cette date? C'est ce que nous ne savons et ce qu'on ne dit pas. Un document que veut bien nous transmettre un obligeant confrère de Douai, M. le docteur Maugin, et que nous publions aux *Variétés*, nous apprend que les hôpitaux militaires du Nord renferment également beaucoup de scorbutiques, mais que tous ces malades viennent des camps. Les hôpitaux de Boulogne et de Saint-Omer s'étant trouvés insuffisants, on a opéré des évacuations sur ceux de plusieurs villes du Pas-de-Calais et du Nord. On est fort tenté, tout d'abord, d'attribuer la même origine au scorbut de Paris ; mais voici la difficulté. On verra qu'à Douai la cachexie scorbutique est restée attachée aux soldats évacués, qui l'apportaient avec eux. A Paris, au contraire, l'épidémie a frappé sur tous les corps à peu près de la garnison, et frappé à coups multipliés ; si donc elle a eu pour point de départ le scorbut de Boulogne ou de Saint-Omer, il faut admettre que la maladie s'est propagée par voie de contagion. Un fait que raconte M. Maugin mérite, sous ce rapport, d'être médité ; mais enfin la contagion du scorbut n'est pas chose bien certaine, surtout au degré que ferait supposer la diffusion du mal. Ce n'est pas tout encore. On affirme que décidément le scorbut se montre dans la pratique civile ; il en est entré en effet tout récemment plusieurs cas dans les hôpitaux, et quelques confrères nous ont dit en avoir rencontré également en ville. Si la crainte que ces bruits font naître se réalise, il faudra bien croire à une épidémie développée sur place. Quoi qu'il en soit, on voit que la question est au moins douteuse, et il serait fort à désirer que MM. les médecins de nos hôpitaux militaires voulussent bien l'éclaircir.

Pour ce qui est des conditions génératrices du scorbut à Boulogne et à Saint-Omer, elles sont évidemment locales. Le développement du mal dans les deux camps, et là seulement, le démontre d'une manière évidente. Les froids intenses de l'hiver, la cohabitation sous des tentes basses, l'humidité du sol, doivent avoir joué un rôle prédominant ; mais nous n'oserions nous aventurer, sans plus amples informations, dans une question aussi délicate.

A. Dechambre.

LE CHOLÉRA EN EUROPE.

Nous écrivions dans notre nº 27 : « Pour pouvoir disserter sur le rapport qu'il peut y avoir entre cette manifestation (nouvelle) du choléra et celle qui se montrait naguère dans les mêmes lieux, il faudrait posséder certains renseignements qui n'ont encore été fournis nulle part ; il faudrait savoir notamment, pour chaque région, si l'épidémie avait entièrement cessé, et depuis quand, avant la manifestation actuelle. » C'est le moyen, en effet, de connaître si nous assistons à une *invasion* ou à une *recrudescence*. Mais il faut s'entendre sur ces expressions. Assurément, l'expérience du passé est trop décisive pour qu'il soit permis de contester l'existence d'une connexité quelconque entre le choléra de 1855 et celui de 1854. Chacun sait que toutes les épidémies antérieures, soit en France, soit à l'étranger, ont eu de ces retours tardifs, à des intervalles plus ou moins éloignés. L'ensemble de ces mouvements, c'est-à-dire du mouvement principal et des mouvements accessoires ou consécutifs, constitue ce que l'on pourrait appeler une *révolution épidémique ;* après quoi, la maladie disparaît entièrement; ou, si elle revient, c'est par le fait d'une épidémie nouvelle, que signale suffisamment son développement successif suivant un certain itinéraire. Dans la circonstance actuelle, le choléra se réveille partout à la fois, le plus souvent avec une bénignité relative, et nous assistons évidemment au second moment de l'épidémie de 1854. Mais cette manifestation peut avoir lieu dans deux conditions distinctes : ou la maladie s'était momentanément retirée des pays où elle revient aujourd'hui, et c'est le cas d'invoquer l'éclosion de germes déposés au premier passage ; ou elle n'a jamais disparu totalement, et il ne s'agit alors que d'une revivification de la cause inconnue qui a engendré l'épidémie. Or, à cet égard, le doute commence à s'éclaircir. D'un côté, nous avons reçu d'un confrère très distingué des documents favorables à l'hypothèse de la recrudescence, et qui montrent en même temps que l'épidémie garde encore, sur certains points de la France, plus d'intensité qu'on ne le croit généralement. D'autre part, les renseignements fournis

par les feuilles d'Italie et d'Espagne, et quelques-uns qui nous sont propres, tendent à donner la même signification aux manifestations cholériques de l'étranger.

Voici ce qui résulte de la lettre que veut bien nous adresser M. le docteur Marquez, de Colmar. Le choléra avait fait invasion à Mulhouse le 18 août 1854; à Cernay, le 4 novembre; à Thann, le 2 décembre. Il a occupé la première ville jusqu'au 8 février 1855, donnant 519 cas et 230 décès, et la seconde ville jusqu'au 21 janvier, laissant 35 décès sur 72 cas. Mais, au lieu de se retirer de Thann comme des autres localités, il y a pris ses quartiers d'hiver *et s'y est maintenu jusqu'à présent sans interruption*, avec des périodes irrégulières et trompeuses de rémission. Dans ces derniers temps, il avait paru près de s'éteindre; mais il s'est encore une fois ranimé, et le 11 juillet, date du dernier relevé *officiel*, le bulletin portait 735 cas et 346 décès, chiffres considérables pour une population de cinq à six mille habitants. Confinée à Thann pendant une partie de l'hiver, l'épidémie a gagné en mai et juin quelques localités voisines (une dizaine de communes généralement pauvres), puis est revenue à Cernay le 7 mai et à Mulhouse le 4 juin. 3 ou 4 cas se sont montrés aussi, du 8 au 17 du même mois, à Colmar, où du reste les affections gastro-intestinales se sont prolongées pendant tout l'hiver. Dans un de ces cas, le mal avait été contracté au foyer de Thann.

L'épidémie, dans cette région, n'est pas moins meurtrière qu'en 1854. Nous avons vu tout à l'heure qu'à Mulhouse on avait compté, l'année dernière, dans un espace de près de six mois, 230 décès sur 509 cas. Cette année, on compte déjà, pour cinq semaines (du 4 juin au 9 juillet), 103 décès sur 223 cas. A Cernay, dit notre correspondant, du 7 mai au 10 juillet, 78 individus atteints, et *autant de morts* (sic). A Colmar, deux des cas ont été presque foudroyants. Voilà tout ce que nous savons pour la France.

A l'étranger, les documents manquent de précision. Ils permettent bien de marquer sur la carte les points où se montre l'épidémie; mais ils n'apprennent rien de positif sur les rapports des foyers entre eux, ni sur le rapport de la manifestation actuelle avec la manifestation de l'année dernière. Il paraît certain néanmoins que, dans la Sicile, à Naples, dans la Romagne et dans le royaume lombardo-vénitien, l'influence cholérique n'a jamais cessé de se faire sentir de temps à autre. Ce qu'il y a d'évident, ce que confirment tous les bulletins officiels et toutes les correspondances des journaux, c'est, d'une part, l'apparition presque simultanée d'un très grand nombre de foyers d'une extrémité à l'autre, en long et en large, de la Péninsule italique, et, d'autre part, le peu de force expansive, sauf exception, de chaque foyer en particulier. L'épidémie occupe principalement les États ecclésiastiques, notamment Bologne, Ancône, Ferrare, Fano, Pesaro, Rimini, Ravenne; elle a envahi également un assez bon nombre de localités du royaume lombardo-vénitien, Vicence, Vérone (total du 28 mai au 5 juillet, 489 cas), Padoue (total du 18 janvier au 5 juillet, 441 cas, dont 282 décès), Venise (total du 6 mai au 6 juillet, 940 cas); mais elle ne respecte pas pour cela l'ouest et le sud de la Péninsule. Elle règne, nous venons de le dire, en Sicile et à Naples, comme le constatent les rapports parvenus à la *direction générale de santé maritime* de Gênes; elle s'est montrée à Civita-Vecchia, à Florence; et si Livourne en était exempte à la date des dernières nouvelles, du moins y observait-on des diarrhées graves, bien propres à faire présager la visite prochaine du fléau (1). Il n'est pas à notre connaissances qu'on l'ait encore constaté bien positivement à Rome.

Sur un certain nombre de points, les atteintes ont été nombreuses et la mortalité considérable, principalement à Ancône, à Bologne, à Fano, à Saltara. Si l'épidémie diminue ou reste stationnaire sur certains points, comme à Ferrare, à Venise, à Padoue, elle augmente sur d'autres (ou du moins augmentait à la fin de juin), notamment à Ancône et dans quelques parties de la Romagne. A Florence, on sait que la maladie, qui a commencé par l'hôpital, s'est étendue sur la ville; le bruit a même couru qu'elle avait poussé des pointes aux environs; mais il est difficile de donner à cet égard quelques détails précis, l'autorité locale, a dit M. le docteur Bertini à l'Académie médico-chirurgicale de Turin, se renfermant dans le secret le plus absolu.

Nous avons des nouvelles de Madrid jusqu'au 7 juillet. Le choléra n'y était pas en décroissance; il y avait même eu, les jours précédents, une augmentation assez sensible, puisque, du 1er au 7 juillet, le nombre des cas enregistrés était monté de 9 à 27. Mais on voit que cet accroissement n'est pas encore bien redoutable. Quant au reste de l'Espagne, au milieu du grand nombre de foyers disséminés sur son territoire, et qui occupent, comme pour l'Italie, les deux extrémités nord et sud de la Péninsule, il en est de très actifs et qui jettent l'effroi dans les populations. On cite particulièrement, — dans la Rioja, ceux de Briones, Casa-la-Reyna, Santo-Domingo, Elciego, Labastida, etc.; — dans la Navarre, Tudela, Tafalla et quelques autres localités; — en Aragon, Belchite, qui a déjà perdu 80 personnes; la petite ville d'Ariza, qui en a perdu 30 en peu de jours, et dont les habitants émigrent en masse; — dans le Guadalaxara, Siguenza; — dans l'Andalousie, Antequera; — dans la Grenade, Molvizar, Orgiva, ville de 3000 âmes, où le chiffre des morts s'est élevé à 20 en quelques jours; Grenade elle-même, où il paraît que l'épidémie a été attisée par le grand nombre d'étrangers accourus pour les fêtes du *Corpus* (Fête-Dieu); — dans l'intendance de Jaën, plusieurs localités, mais particulièrement Jodar, qui a souffert cruellement. Ajoutons que sur quelques parties du territoire, notamment dans la Grenade, l'épidémie se propage de ville en ville, avec la marche plus ou moins régulière d'une première invasion.

Italiennes ou espagnoles, un grand nombre de localités actuellement atteintes l'avaient été déjà dans le cours de la présente épidémie; d'autres sont envahies pour la première fois.

A Londres, le rapport officiel constate que, du 1er au 7 juillet, sur 926 décès, 28 doivent être rapportés à la diarrhée et 6 au choléra. Dans un cas, cette dernière affection a amené la mort en onze heures.

Nous ne disons rien pour le moment de Paris où pourtant les hôpitaux civils ont reçu, depuis une quinzaine de jours, deux et trois cholériques. Il n'y a rien là, vu la saison, qui soit de nature à causer des alarmes.

De l'ensemble de tous ces faits la conséquence la plus raisonnable à tirer est qu'il ne s'agit ici, ni d'une *invasion* nouvelle dans le sens propre du mot, ni d'une éclosion de germes laissés par les malades de l'année dernière, mais simplement d'une revivification de la cause cholérigène, quelle qu'elle soit, qui amène une recrudescence là où le mal n'était qu'atténué, et le fait naître de toutes pièces là où il n'avait

(1) Nous apprenons à l'instant, par la *Gazzetta medica Italiana* (Stati Sardi), du 16 juillet, que le choléra s'est décidément déclaré à Livourne, où il fournit de 20 à 30 cas par jour.

pas encore paru. Ce n'est pas une invasion, car l'explosion a eu lieu simultanément aux points les plus éloignés de l'Europe, au lieu de s'étendre d'un pays à un autre, comme on le voit dans toutes les épidémies; et il y a d'ailleurs un fait d'une grande importance et non remarqué encore, si nous ne nous trompons, qui prouve bien que nous avons affaire simplement à une continuation, à une recrudescence, à une *queue* plus ou moins malfaisante de l'épidémie de 1854; c'est que la manifestation actuelle est d'autant plus intense que la région où elle a lieu est depuis moins longtemps sous le coup de l'épidémie. Le choléra de 1854, on le sait, s'était étendu de l'Angleterre à la France, de la France à l'Italie, de l'Italie à l'Espagne; or, le mouvement actuel de diffusion, à peu près nul en Angleterre, faible en France, est déjà plus prononcé en Italie, et l'est plus encore en Espagne, où nous venons de voir qu'il affecte sur certains points les allures d'une invasion régulière. Quant à l'hypothèse de l'éclosion de germes déposés par les cholériques d'autrefois, nous nous bornerons à faire remarquer, d'une part, que la maladie a éclaté dans beaucoup d'endroits jusqu'alors préservés, et, de l'autre, que les documents un peu rigoureux dont il est permis de se servir tendent à établir que les affections cholériques n'avaient jamais disparu entièrement des localités où elles exercent actuellement de nouveaux ravages. On vient de voir notamment que les nouveaux relevés de Venise remontent au 6 mai, et ceux de Padoue au 18 janvier, dates fort voisines de celles où sévissait en plein la dernière épidémie.

Sous quelle influence a eu lieu cette recrudescence universelle? On a coutume d'en accuser le *retour des chaleurs*. Cette explication nous paraît inexacte, et nous l'avons déjà dit ailleurs. Hâtons-nous d'ajouter qu'elle l'est plus sans doute dans les termes que dans l'idée. Ce qui est favorable aux recrudescences des affections épidémiques qui affectent surtout les voies digestives, c'est bien plutôt le travail occulte qu'amène dans les organismes le retour du printemps et de l'été, que l'action de la température extérieure. Avec une température hibernale, le printemps développe plus ou moins puissamment, mais toujours d'une manière évidente, les maladies habituelles de la saison. En fait, et pour juger sur un document certain, quand, le 7 mai, le choléra faisait invasion à Cernay, on s'y plaignait, comme ici, d'un froid assez rigoureux.

— Nous avons peu de chose à dire du choléra en Orient. Constantinople est à peu près délivré; on a observé seulement quelques cas chez les Turcs du contingent anglais qu'on forme à Buiukdereh, à 19 kilomètres de la capitale. En Crimée, l'état sanitaire va s'améliorant. Le choléra a cessé entièrement, dit-on, à Kamiesch. D'après les documents officiels, toutes les divisions de l'armée anglaise ont été atteintes, d'abord assez rudement. Il se confirme que les troupes stationnées à Balaclava ont surtout souffert. Une petite brigade reléguée derrière les tranchées des hauteurs a donné 65 malades sur un effectif de 93 hommes. La maladie sévit particulièrement sur les soldats récemment arrivés d'Angleterre. Au total, toutes les divisions réunies de l'armée alliée ont fourni jusqu'au 10 juin 194 cholériques, dont 106 ont succombé.

Ajoutons que, d'après une lettre de commerce, adressée à la *Gazette de Cologne*, les troupes envoyées par le czar au secours de la Crimée seraient ravagées par le choléra, qui sévirait notamment avec violence à Pérékop et aux environs.

— Puisqu'il est question de choléra, nous adresserons deux mots à *El Siglo medico*, qui, dans son numéro du 8 juillet, nous reproche d'avoir décrit sérieusement la manœuvre de l'*opération indienne*, par laquelle on écrase la *boule* cholérique, et qui intitule malicieusement son article *Bola*, à cause, sans doute, que *bola* signifie à la fois *boule* et *lourde*. Nous ne voudrions pas imposer à notre confrère le désagrément de nous lire avec attention; mais il s'en fait lui-même une obligation, du moment où il croit devoir s'occuper de nous. Or, premièrement, l'article auquel il fait allusion (GAZETTE HEBD., p. 487) est extrait d'un autre journal que nous citons; secondement, dans notre *premier Paris* du même numéro (p. 477), nous nous moquons nous-même du contenu de cet article; enfin, l'an dernier déjà, nous nous étions amusé de la *boule du choléra*, en en donnant la première nouvelle aux médecins français. C'était bien la peine !

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LETTRES SUR LE VITALISME, par le docteur EM. CHAUFFARD, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon.

Première Lettre.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Il est une discussion académique récente dont la presse s'est fort occupée, dont tous les bons esprits ont senti l'importance, et qui, sous une forme ou sous une autre, à tel ou tel prétexte, reparaîtra, captivant de plus en plus l'attention, passionnant les amis dévoués de la science. Cette discussion est celle qui s'est fait jour sur le vitalisme et les doctrines médicales, à l'occasion d'un mémoire de M. Piorry sur la variole.

Cette faveur, qui vient à des études naguère si abandonnées, tient à bien des causes dont la recherche serait d'un haut intérêt, mais longue, car elle devrait toucher à toute l'histoire de la médecine moderne. Toutefois, les causes de cette renaissance philosophique qui commence et se continuera, je l'espère, dans l'école de Paris, pourraient se résumer en cette proposition, expression d'un grand fait : C'est que sous la proscription des études doctrinales, sous l'influence exclusive des travaux anatomiques et anatomo-pathologiques purs, la pratique et la certitude médicales se sont affaiblies; l'inspiration vraie, nette et prompte se fait de plus en plus rare parmi les médecins; les jeunes générations étouffent dans l'horizon tracé autour d'elles par les maîtres qui les ont élevées; enfin les fausses sciences et le mensonge se sont démesurément étendus, croissant et fortifiant comme font les mauvaises herbes en un champ abandonné ou de mauvaise culture. C'est pourquoi donc on commence à parler vitalisme, et pourquoi ce mot et les pensées qu'il renferme sont destinés à s'emparer des intelligences qui éprouvent le besoin du vrai.

Mais hélas ! à sa première apparition dans l'Académie, ce mot a été étrangement défiguré, et l'idée qu'il représente travestie. Il ne faut pas s'en étonner, car s'il était réellement compris on ne saurait résister à son adoption, il entraînerait toutes les convictions; il ne faut pas s'en étonner, car ce mot vitalisme est un de ceux qui enferment toute une philosophie, tout un monde de vérités. La compréhension entière n'en peut surgir en un moment, ni tout à coup après un long règne de pensées contraires, mais se développe lentement, successivement, sous des méditations incessantes, et au spectacle de la nature, quand on a appris à la regarder sainement. Bien des médecins mêmes, à jugement droit et ayant su se dérober en partie aux mauvais enseignements, ont certainement en pratique des inspirations et des tendances vitalistes, mais obscurément, sans en avoir la claire intuition, et surtout sans pouvoir exposer la philosophie et les dogmes auxquels ils obéissent.

Cette exposition claire est pourtant une condition essentielle pour régénérer la science. En outre, elle aura pour avantage de dissiper bien des préjugés facilement écoutés et acceptés : on a trop long-

temps cru qu'être vitaliste, c'était dénigrer et refuser les découvertes de la science moderne, dédaigner l'anatomie pathologique, la précision du diagnostic, les explorations organiques devenues si sûres et si multipliées, les applications des sciences naturelles et chimiques à la thérapeutique, les analyses et études microscopiques des produits et des reliquats morbides, et autres études analogues. Il n'en est certes rien, et la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE me paraît si bien dirigée, monsieur, dans la voie de tous les progrès médicaux, que je lui crois une haute part dans la mission d'éteindre ces malentendus, de réconcilier le vitalisme et les travaux modernes qui n'ont jamais été ennemis que de parole, de vivifier tout ce que nos générations ont accumulé de recherches solides, d'éléments durables, de donner l'âme et le mouvement à des débris inanimés, à des décompositions sans fin qui vont au doute et au néant, et qui pourraient servir au bien et au vrai, de soumettre enfin tout ce qui a été fait et trouvé sur la matière et la phénoménalité organiques à cet ensemble de notions supérieures qui constitue la philosophie vitaliste, à la fois simple et élevée, modeste et hardie, féconde par-dessus tout. Le moment est venu, je crois, d'entreprendre sérieusement cette œuvre : tout y pousse ; ce qui s'est dérobé, comme ce qui s'est révélé à l'observation moderne. Ce qui s'est dérobé et perdu, c'est-à-dire la ruine des vérités de doctrine, laisse un vide qui se changerait en abîme s'il n'était comblé ; ce qui s'est révélé, c'est-à-dire l'anatomie pathologique devenue grande et forte, montre l'inanité de toutes les fausses tentatives suscitées par ses commencements, l'impossibilité de toutes les prétendues systématisations exclusivement appuyées sur elle. En sorte que, sous ce dernier rapport, on pourrait dire, en imitant une phrase célèbre : Peu d'anatomie pathologique éloigne du vitalisme, beaucoup d'anatomie pathologique y ramène.

Revenir au vitalisme après et par beaucoup d'anatomisme, telle doit être donc la devise de notre école de Paris. Mais il faut surveiller dans ses premiers pas ce mouvement encore incertain, instinctif plutôt que net et décidé. Gardons-nous de dériver à un vitalisme ontologique, qui ne ferait que réveiller de vieilles formules et de vieilles hypothèses. La philosophie vitaliste et tout soupçon d'ontologie sont formellement ennemis. Le vitalisme, dans ses principes comme dans tous ses enseignements, repousse tout ce qui est supposition, hypothèse plus ou moins ingénieuse et voisine de la vérité ; il est la vérité, le fait réel et positif lui-même, la vie, en un mot, et non une explication du vrai, du fait et de la vie. C'est là la démonstration première, l'exposition majeure à fournir. On ne saurait aboutir à un résultat utile et fécond qu'en partant de ce point assuré, inébranlable, placé en dehors des conceptions arbitraires. Or je ne sais rien de plus mal assis à ce point de vue que les derniers débats de l'Académie. Le vitalisme était censé en cause, et je n'ai guère vu agiter que des lambeaux de doctrines ou de systèmes ontologiques ; les principes fondamentaux de la philosophie vitaliste ne m'ont pas paru réellement invoqués, et cependant ils sont la base sur laquelle devait essentiellement reposer la discussion. Il peut donc être important de les rappeler ; ce n'est pas leur obscurité qui les fait trop souvent méconnaître, mais plutôt leur grande évidence ; ce n'est pas un grand appareil philosophique qui les dérobe aux regards, mais plutôt leur extrême simplicité. Me permettrez-vous d'essayer une exposition de ces principes premiers du vitalisme ? Je tâcherai de la rendre aussi simple que les dogmes auxquels elle a trait, et brève autant que possible, comme l'exigent les nécessités du journalisme.

Le vitalisme est la notion qui a pour sujet le fait de la vie, et doit dominer toutes les notions, comme le fait de la vie est supérieur à tous les faits dans la science médicale de l'homme. Ce fait de la vie établit, en effet, le caractère primordial de l'être soumis à notre observation ; tous les faits organiques, si complexes qu'ils soient, se passent sous ce fait principe, le particulier, l'accidentel se subordonnant toujours à l'élément nécessaire. La maladie n'est qu'une forme de la vie ; la manière dont on interprète celle-ci commande donc l'interprétation de celle-là ; il n'est pas de conséquence liée plus étroitement à un principe que la maladie ne l'est à la vie ; il n'est pas de notions plus invinciblement unies que les notions qui concernent l'une et l'autre. De même s'entretiennent tous les faits médicaux et toutes les notions médicales ; ils sont tous sous la dépendance absolue de l'idée première acceptée sur la vie et la maladie.

On comprend donc avec quelle prudence et quelle sévérité il faut aborder de pareilles notions ; combien il faut, en cette matière, se garder d'opinions préconçues, de suppositions arbitraires, d'hypothèses, quelque probables qu'on les juge. Car une hypothèse sur un tel sujet ne peut jamais être la vérité absolue ; descendant ensuite de ce fait culminant, elle va toujours grandissant, finit par envelopper la science entière et par la façonner à son image propre, au lieu de la livrer expression fidèle des faits et de la nature. Comment arriver à une notion de la vie entièrement dégagée de toute conception étrangère et contestable ? En se bornant à l'observer directement, à la constater comme fait, puis à rechercher la raison d'être de ce fait. Or la raison d'être d'un fait réside entièrement dans la cause qui le fait être. Que faut-il entendre par cause d'un fait ? Toute la solution du problème est là. Établir la notion de cause, c'est tracer la philosophie entière des sciences naturelles ; car notre esprit perçoit de même sur quelque portion du monde que son attention se porte ; il a une portée légitime ; il est apte, d'une manière générale, à comprendre tout ce qui est à cette portée ; il se perd en chimères quand il veut la dépasser. Étudions donc cette notion de cause, et voyons comment il nous est donné de la concevoir sainement, et comment nous nous égarons inévitablement alors que nous voulons en pénétrer les impénétrables mystères.

Il est deux modes possibles de comprendre les causes : l'un juste, modeste en apparence, mais élevé en réalité, et l'autre faux, ambitieux et superbe au premier abord, mais au demeurant petit et misérable.

En premier lieu, on entend par cause ce qui fait que tel phénomène vient toujours à la suite de tel autre, ou ce dont l'action rend nécessaire cette succession ; c'est ainsi que parlent Barthez interprétant Hippocrate, Sydenham, Bacon, tous les grands médecins, tous les grands philosophes. Ainsi, donner la cause des faits, c'est faire connaître les lois qui président à leur apparition, à leurs transformations, c'est-à-dire l'ordre et les règles que suivent les effets produits. C'est là ce que Barthez appelle, d'après Bacon, établir les causes expérimentales. Toute la philosophie des sciences naturelles est contenue dans cette définition de la cause ; cette philosophie se borne à découvrir et à préciser les lois des phénomènes. C'est ainsi que le mot attraction désigne une loi, comme les mots électricité, affinité, désignent d'autres lois, et ainsi pour le reste.

En second lieu, on prétend trouver la cause intime, intérieure des phénomènes ; on ne cherche plus à constater, comme chose suffisante, l'ordre de succession, les lois du fait que l'on observe ; on aspire à découvrir le mode de production, on veut l'explication même de l'effet produit, la révélation du comment et du pourquoi, la formule du nécessaire. On ne se contenterait pas du mot attraction qui exprime une loi, si une pareille philosophie avait encore cours dans les sciences physiques ; on chercherait dans la constitution des corps pourquoi l'attraction et l'affinité existent, et l'on bâtirait, à cet égard, tel ou tel système d'atomes crochus, de tourbillons, ou autres.

Cette simple différence dans la recherche des causes, que l'on ne saurait trop méditer, et c'est un sujet presque inépuisable de méditations, contient en germe toutes les découvertes grandes, vraies, utiles, comme toutes les erreurs, toutes les défaillances de l'esprit humain. Le premier mode fixe les limites de ce qui est possible et interdit de les dépasser ; or, mesurer le possible, c'est déjà connaître le vrai. Le second jette dans toutes les témérités, dans les entreprises hors de la portée de notre intelligence, et où elle échoue inévitablement. « C'est une chose étrange, dit Pascal, que » les hommes ont voulu comprendre les principes des choses, et » de là arriver jusqu'à connaître tout par une présomption aussi » infinie que leur objet. Car il est sans doute qu'on ne peut former ce dessein sans une présomption ou sans une capacité infinie comme la nature. » Montaigne disait aussi : « Les extrémités » de notre perquisition tombent toutes en éblouissements. » Et

ailleurs : « La fin et le commencement de science se tiennent en » pareille bêtise. » Oui, l'homme doit avouer son ignorance alors qu'il envisage le commencement et la fin même des choses, le principe des existences, autrement dit les mystères, le comment de la constitution des êtres. Sydenham, si avare de discussions philosophiques, se rencontre ici avec Pascal et Montaigne : il appelle les causes qui visent à donner l'explication élémentaire de l'homme vivant causes éloignées, parce qu'il ne croit pas qu'on les puisse jamais atteindre ; les causes qui se bornent à signaler le rapport des choses, il les nomme prochaines et conjointes ; or voici ses paroles : « Qu'il me soit permis de faire une petite digression, afin de montrer que les causes éloignées dont la recherche fait l'unique occupation de ces hommes curieux qui, par de vaines spéculations se flattent de pouvoir les découvrir, sont entièrement incompréhensibles et impénétrables, et que les causes prochaines et conjointes ou immédiates étant les seules que nous pouvons connaître, sont aussi les seules qui peuvent nous fournir des indications curatives. » Admirable bon sens qui faisait tracer à un homme voué à l'observation seule des malades et aux labeurs du praticien des règles philosophiques si sûres qu'elles gouvernent toutes les sciences !

Aurait-on besoin d'autres preuves pour établir que la poursuite des causes expérimentales, livrant les lois de la nature, est la seule vraie possible, et que la poursuite des causes premières prétendant formuler la constitution primordiale des êtres, la nécessité intérieure des phénomènes, est tout arbitraire et fatalement surchargée d'erreurs ? La pensée de Pascal sur ce qu'on ne peut former ce dernier dessein sans une présomption ou sans une capacité infinie comme la nature n'en dit-elle pas assez ? Je le crois, et je me bornerai à signaler ici ce double fait, capital d'ailleurs : la première de ces deux notions sur les causes éloigne de toute supposition, de toute fiction hypothétique ; elle se concentre à l'observation pure des phénomènes, en les rattachant aux conditions au milieu desquelles ils se développent ; elle conduit enfin, en médecine, à une narration simple, élevée, logique, des faits et gestes de la nature vivante, dans leur enchaînement et dépendance réciproques ; elle est, par conséquent, fidèle à ce que l'on a appelé la méthode d'observation, et réalise admirablement ce qu'a de fondé cette parole si vantée de Rousseau : « Je sais que la vérité est dans les choses, et non dans mon esprit qui les juge, et que moins je mets du mien dans le jugement que j'en porte, plus je suis sûr d'approcher de la vérité. » La seconde notion, au contraire, est l'œuvre exclusive de l'esprit qui la conçoit, qui interprète à sa façon la nature des choses, qui en imagine l'explication, qui ne se borne pas à voir, à observer, à constater, à étudier les choses par leurs rapports réciproques, mais qui aspire à donner sur chacune l'idée propre qu'il s'en fait, idée qui est vérité et croyance pour lui, et hypothèse pour les autres.

J'ai un peu insisté sur cette distinction des causes : c'est que je m'adresse aux médecins, et que, par la plus déplorable tendance et par les plus déplorables traditions, cette distinction a été trop souvent méconnue en médecine. Plus que tous les autres, les médecins n'ont pas su mesurer ce qui était possible à la science et à leur science, et ce qui lui était défendu. Au lieu de travailler toujours dans les premières limites et d'y puiser d'abondants et salutaires enseignements, ils se sont communément laissés aller aux faux éclats des systèmes, et y ont perdu leurs dogmes les plus utiles comme les plus grands. L'application au fait de la vie des distinctions que nous venons d'établir me paraît pourtant facile et claire, et surtout féconde quand on la poursuit sévèrement. Essayons maintenant de la retracer en quelques mots.

En jugeant la vie d'après la doctrine des causes expérimentales, c'est-à-dire d'après ses rapports de causalité, comment la définir ? Évidemment, en exprimant ces mêmes rapports de causalité. Un mot exprime les rapports de causalité en général, c'est le mot *loi*. Montesquieu l'a dit : les lois, dans la signification la plus étendue, sont les rapports nécessaires qui dérivent de la nature des choses : or le rapport nécessaire qui dérive de la nature des choses est le rapport de cause à effet ; donc, caractériser la vie par ses rapports nécessaires ou de causalité, c'est dire que la vie est une loi, et cette loi se manifeste par l'organisme humain. Si l'on veut, en outre, exprimer la grandeur de cette loi, faire comprendre qu'au-dessus d'elle il n'en existe pas de plus élevée tant qu'on ne dépasse pas l'être humain, on dira : La vie est une loi primordiale se manifestant par l'organisme humain. En tant que soumise à notre observation, on la peut tout simplement désigner par le mot organisme vivant, ou agissant, ou seulement organisme ; car la vie comme l'action en sont inséparables. Nous définissons donc la vie comme on définit l'attraction ; l'une et l'autre sont des lois, en effet : la première, loi du monde organisé ; la seconde, loi du monde inorganique.

De pareilles et aussi simples déductions peuvent-elles paraître obscures ? Ne serait-on pas plutôt tenté, au premier abord, de les trouver trop claires, trop évidentes, et, par suite, de les croire de peu d'importance, de douter qu'elles puissent avoir une valeur à dominer la science, que dis-je, à transformer par leur application rigoureuse toute la médecine du jour ? La réponse à ce dernier sentiment ne peut être fournie que par une suite de longs et graves travaux ; tout au plus pourrions-nous ici la faire entrevoir. Pour le moment, je me borne à dire que la simplicité seule est grande et féconde ; ce n'est que lorsque nos conceptions se substituent à la conception éternelle qu'elles deviennent subtiles, pleines de contradictions et de difficultés sans fin.

Nous avons donné le caractère essentiel de la vie considérée comme loi, en établissant qu'elle était une loi primordiale manifestée par l'organisme : mais toute loi a ses attributs, lois secondaires étroitement liées à la loi principale, qui la développent, la montrent sous ses aspects divers, en embrassant des rapports correspondants du sujet, des modes de l'existence affirmée par la loi première. Quelle est la première condition imposée par la doctrine vitaliste à l'être humain ? C'est une activité continue ; car la vie ne peut être interrompue ni suspendue que pour ne plus reparaître, et laisser un fantôme de matière humaine, dont s'emparent aussitôt les forces libres de la matière inorganique. Donc la vie étant considérée comme une loi qui s'exprime par l'organisme, comme une loi en action, se manifeste par des évolutions ou actes d'une succession permanente. L'organisme est donc sans cesse agissant et réagissant ; son activité est constante, nécessaire ; il ne se doit organiquement rien concevoir en dehors d'elle. D'ailleurs, en établissant que la vie et tous ses modes se doivent juger par les seuls rapports de causalité, c'était proclamer déjà ce dogme d'activité incessante : car la causalité ne s'unit jamais qu'à un acte ou qu'à un mouvement, et ces deux ne sont qu'un ; de même aussi qu'un acte ou un mouvement ne se peuvent comprendre en dehors d'une cause qui les suscite.

Mais toute activité permanente et nécessaire a un but par cela même : sinon, ce serait une activité dépensée en vain, quoique réglée dans l'ordre éternel des choses, ce qui ne peut pas être. Quel est donc le but immédiat et premier des actions et réactions enchaînées de l'organisme ? Évidemment, c'est pour celui-ci, de se maintenir, de croître, de se conserver, de tendre à la longévité. C'est là la fin nécessaire de tous les actes organiques ; on ne saurait en concevoir une autre.

Mais pour que le but constant des actes de l'organisme qui constituent la vie soit la conservation de l'organisme, il faut que cette conservation ne s'opère pas toute seule, qu'elle réclame, au contraire, des efforts continus ; il faut que l'organisme ait besoin pour se maintenir, ou d'emprunter sans cesse au dehors de lui dans le milieu qui l'environne de partout, ou de lutter contre des influences contraires et malfaisantes qui se dressent contre lui, le troublent et l'assiégent. Que l'on veuille bien y réfléchir : ces deux conditions des actes de la vie fournies par le monde extérieur, à la fois et constamment secourable et hostile, sont nécessaires à la vie. Le médecin ne peut donc séparer l'homme vivant du monde extérieur ; il ne peut le considérer pratiquement en dehors de ce monde ; il ne peut l'envisager comme une abstraction possible et indépendante. L'homme est lié par des chaînes invincibles au milieu dans lequel il se meut et agit ; et une doctrine médicale vraie doit témoigner, dès les premières déductions où elle conduit, de cette inévitable destinée, de ce caractère essentiel de son objet.

Voici donc les premières affirmations du médecin vitaliste : Il

n'est pas donné à l'homme d'atteindre à la pleine connaissance des choses, ni par conséquent de prétendre à formuler les conditions premières et cachées de la vie ; donc, toute hypothèse concernant les caractères substantiels de la vie est nécessairement fausse, et doit être rigoureusement écartée. La vie, par suite, ne se peut juger que comme loi suprême et primordiale manifestée par l'organisme. Les conséquences premières de la vie ainsi considérée, c'est-à-dire les conditions dites essentielles de l'organisme humain, sont : l'activité permanente, la conservation comme but fixe, les relations incessantes et nécessaires avec le monde extérieur. Ce sont là les colonnes de la science de l'homme vivant ; nous les retrouverons supportant pareillement la science de l'homme malade, parce que l'homme malade est avant tout vivant.

Mais avant de poursuivre sur la maladie l'enchaînement des idées vitalistes, qu'il me soit permis d'exposer et de juger les autres interprétations de la vie, données par ceux qui ont aspiré à nous expliquer la vie, à dévoiler la composition même, primordiale et absolue, de la substance vivante.

En outre, afin d'éclairer complétement le débat, j'aurai à m'occuper d'un groupe certainement illustre de médecins qui ont perçu toutes les grandes vérités médicales pour ne leur être qu'à demi fidèles ; qui, vis-à-vis de ce grand fait de la vie, ont proscrit bien haut toute hypothèse et toute philosophie ontologique, pour aussitôt se laisser aller à des hypothèses et tomber en plein langage ontologique ; qui, enfin, n'accusent vigoureusement ni la vérité vitaliste ni l'erreur animiste, mais laissent apparaître l'une et l'autre en un mélange singulier, en une fusion inattendue. Je veux parler des médecins philosophes de l'école de Montpellier, disciples trop fidèles de Barthez. Ces divers points feront l'objet d'une nouvelle lettre.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je ne puis laisser passer, sans faire quelques réflexions, une note que je lis dans votre dernier numéro du 6 juillet 1855, à l'occasion d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, traitée par notre honoré confrère, le docteur Roccas, par une injection d'une solution d'iodure de potassium.

Je remarque dans cette note plusieurs points que je crois devoir signaler. D'abord il est dit « *que la supériorité* du traitement des kystes ovariques *au moyen des injections*, et surtout des injections iodées, n'a pas besoin d'être démontrée. Mais quelles sont les injections qui, avant les injections iodées, ont guéri les kystes ovariques? Je n'en connais aucune. Notre confrère dit bien que Scudamore, Denman, MM. Jobert de Lamballe, Holscher, ont essayé, les deux premiers sans succès, le vin d'Oporto en injections, que les deux autres ont employé avec succès, le premier une solution alcoolique, le second une injection vineuse. Je ferai remarquer, pour ce qui concerne M. Jobert, que ce n'est pas pour un kyste de l'ovaire, et dans l'intention de guérir une hydropisie enkystée de l'ovaire qu'il a fait une injection alcoolique, mais bien pour combattre une hydropisie ascite. Cette observation est consignée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1833, p. 278. Je crains bien qu'il en soit de même pour MM. Scudamore, Denman, Holscher, dont les observations me sont inconnues, et dont il serait important de connaître les détails.

On peut en dire autant de MM. Ricord et Allison, qui n'ont pas guéri de kystes ovariques par les injections iodées, et qui n'ont jamais proposé ces injections comme méthode du traitement pour les hydroposies de l'ovaire. Voici d'ailleurs les faits de MM Ricord et Allison.

Dans l'un, celui du chirurgien de Paris, il s'agit d'une femme qui portait une *tumeur abdominale qu'on regarda comme un kyste de l'ovaire*. Une ponction abdominale fut faite par un trocart; il en sortit un liquide non purulent; puis deux injections iodées furent poussées: la première, dont la quantité et la composition ne sont pas indiquées, ne produisit aucun effet; la seconde, composée de un quart d'iode sur trois quarts d'eau, produisit une inflammation suppurative. M. Ricord, pour ne pas laisser le pus stagnant dans le foyer, fit une contre-ouverture dans le vagin, la poche revint sur elle-même et la malade guérit.

Peut-on regarder ce cas comme un exemple de guérison d'une hydropisie de l'ovaire par les injections iodées, puisque la première injection n'aurait produit aucun résultat et que la seconde aurait amené une inflammation suppurative, phénomène bien rare, à la suite des injections iodées et surtout d'une injection iodée composée d'une partie d'iode sur trois parties d'eau. Ici la guérison doit être attribuée à la contre-ouverture qui permit à la poche purulente de revenir sur elle-même. (Ce fait est rapporté par M. Marchal (de Calvi) dans sa thèse de concours pour l'agrégation.)

Dans l'observation de M. Allison, il est question d'une femme de vingt et un ans, chez laquelle il fit une *large ponction* (probablement avec un bistouri, puisqu'il introduisit une tente de charpie, afin de donner issue au liquide à volonté); l'écoulement diminua de quantité, mais il devint puriforme, et la fièvre hectique se déclara. Ce fut alors que ce médecin fit dans l'intérieur du sac, ce que nous avons recommandé de faire dans toutes les cavités suppuratives, une injection iodée, dont il ne donne pas la proportion. La plaie n'était pas encore complétement cicatrisée après deux ans, bien que la santé générale fût rétablie. Peut-on encore considérer cet exemple comme un cas de guérison par la méthode des injections iodées, telle que nous l'avons proposée. Il y a donc erreur à attribuer à MM. Jobert, Ricord, Allison, etc., des idées et des succès qu'ils n'ont pas eus. Restent les faits de MM. Robert, Monod, Duplay, Bois de Loury (1), et de beaucoup d'autres encore, qui, à notre exemple et depuis nos publications sur ce sujet, ont appliqué avec succès les injections iodées au traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire.

Examinons maintenant l'observation de M. Roccas. J'avoue qu'à sa lecture j'ai conçu un doute sur la nature de la maladie, et qu'on trouve dans cette observation plusieurs raisons qui nous portent à croire que notre confrère a traité une ascite plutôt qu'une hydropisie de l'ovaire.

Nous regrettons bien que M. Roccas n'ait pas rappelé dans cette observation les signes qui lui ont fait porter le diagnostic qu'il a porté, et nous insistons sur ce point avec d'autant plus de raison qu'on voit souvent des médecins très instruits et que nous avons vu plusieurs fois dans les hôpitaux de Paris, des hommes très compétents se tromper et prendre des ascites pour des kystes de l'ovaire et *vice versâ*. Chez la malade de notre confrère, nous remarquons que les jambes étaient enflées. Ce signe appartient à l'ascite et ne se rencontre presque jamais dans les hydropisies de l'ovaire... Puis, à partir du dixième jour de l'opération, une émission abondante d'urine fait *diminuer notablement le ventre et la tuméfaction des jambes qui avait jusqu'alors persisté*. Cet autre phénomène, la disparition du gonflement du ventre et des jambes, à la suite d'une émission abondante d'urine, appartient encore à l'ascite, où on l'a observé plusieurs fois, et n'a jamais été signalé dans l'hydropisie ovarique bien constatée.

Si l'on tient compte des phénomènes observés pendant et à la suite de l'opération, on trouve encore de bonnes raisons pour croire que M. Roccas n'a pas eu affaire à un kyste ovarique.

Ainsi, la solution dont notre confrère a fait usage était bien anodine, 10 grammes d'iodure de potassium dans 600 gr. d'eau (c'est une dose qu'on administre fréquemment à l'intérieur), et cependant le soir de cette injection la malade a éprouvé des coliques assez vives; la pression du ventre est un peu douloureuse pendant les neuf jours qui suivent l'opération, le ventre reste gonflé au

(1) L'observation attribuée à M. Bois de Loury m'appartient. (Voir, pour plus de détails, mon *Traité d'iodothérapie*, page 408, chapitre *De la cure radicale de l'hydropisie de l'ovaire par les injections iodées*.)

point de donner à la malade des inquiétudes sur le résultat final, etc. J'avoue que tous ces phénomènes réunis sont bien de nature à me faire douter, quand on sait que la teinture d'iode employée à parties égales et même pure, comme je l'emploie, n'a *jamais* provoqué, malgré la propriété irritante dont l'accuse notre confrère, la moindre sensation douloureuse dans le ventre, ni au moment, ni après l'opération, *lorsqu'elle est injectée dans la cavité d'un kyste de l'ovaire*; que jamais le ventre n'est ni gonflé, ni douloureux à la suite de ces injections qu'on dit si irritantes, lors même qu'on en laisse 40 ou 50 grammes dans l'intérieur du kyste, et que si on ne prévenait pas les malades qu'on leur fait une injection iodée, ils ne s'en douteraient pas. Les seuls phénomènes qu'on observe, ce sont des phénomènes généraux d'ivresse iodique, et, dès le lendemain de l'opération, les malades peuvent se lever et vaquer à leurs occupations, tandis qu'il n'en est pas de même lorsqu'on a fait une injection dans le péritoine. Plusieurs détails manquent encore dans cette observation. L'injection a-t-elle été douloureuse au moment où elle a été faite? il en est resté une certaine quantité dans le prétendu kyste. Est-ce parce que notre confrère l'a bien voulu ainsi, ou parce que ce liquide n'a pas pu ressortir de lui-même? Ces deux circonstances, la douleur au moment de l'opération et le séjour d'une partie de l'injection, auraient pu éclairer encore pour savoir si la maladie était un kyste ovarique ou une ascite.

Toutes ces raisons sont donc, comme on le voit, de nature à donner de grands doutes sur la nature de la maladie. Nous dirons d'ailleurs à notre confrère et à tous ceux qui veulent suivre son exemple que 10 grammes d'iodure de potassium dans 600 grammes d'eau ne guériront jamais les hydropisies de l'ovaire; de nombreux essais que nous avons faits avec cette préparation, et à des doses plus élevées que celle recommandée par notre confrère, nous autorisent à parler ainsi.

Encore un mot et nous avons fini. M. Roccas accuse la teinture d'iode qu'il avait mise sur le ventre, à l'aide de compresses, d'avoir déterminé autour d'une petite plaie une plaque d'érythème. Je crois qu'il faut chercher ailleurs la cause de cet érythème, car, d'après de nombreux faits que nous possédons, nous pouvons avancer que la teinture d'iode employée localement et en badigeonnage est un des meilleurs moyens pour faire disparaître comme par enchantement toutes les inflammations de la peau, comme l'érysipèle, l'érythème, l'angioleucite, les furoncles à leur début, les vésicules, les pustules, les rougeurs de la peau, etc.

Pour dire que les injections iodées sont offensives, trop irritantes dans les kystes de l'ovaire, nous demanderons à notre confrère sur quels faits il s'appuie, surtout pour affirmer qu'elles sont moins efficaces et plus offensives que sa solution à l'iodure de potassium. Pour nous, qui, à cette heure, avons fait plus de trois cents fois des injections avec de la teinture d'iode dans les kystes ovariques, nous n'avons jamais rien remarqué de semblable.

« L'hydropisie de l'ovaire, cette affection si commune et si peu curable, méritait, dit M. Roccas, toutes mes préoccupations. Le problème à résoudre consistait à produire dans les parois intérieures du kyste une irritation curative suffisante, tout en n'exposant la malade qu'à un danger minime. » La lecture de ce passage laisse supposer que notre confrère a résolu le premier ce problème, et que c'est à lui qu'on doit l'idée du traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire par les injections iodées; nous lui ferons remarquer que la solution du problème, qui consiste à produire une irritation curative dans les kystes ovariques et autres, est connue depuis longtemps, et que bien des kystes, aussi bien ceux de l'ovaire que beaucoup d'autres, guérissent autrement que par l'inflammation adhésive de leurs parois intérieures.

BOINET.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ANTHROPOLOGIE. — *Note sur deux microcéphales vivants, attribués à une race américaine*, par M. *Serres*. — Dans cette note, l'auteur rend compte de sa première visite aux *Aztèques lilliputiens*, ou *Kaanas d'Iximaya*, récemment amenés de l'Amérique centrale. Ce sont deux enfants adolescents paraissant avoir quatre à cinq ans, et ayant, au dire de la personne qui les dirige, l'un, le petit garçon, dix-neuf; l'autre, la petite fille, dix-sept ans; tous deux microcéphales, ou, plus strictement, micro-encéphales, rappelant jusqu'à un certain point les idoles de l'ancienne Égypte et celles dont on a rencontré l'effigie dans l'Amérique centrale.

Suivant M. Serres, il est impossible que des individus ainsi constitués aient jamais pu former une race particulière; car des êtres restés physiquement à l'état de première enfance ne seraient point aptes à se reproduire. Pour l'intelligence et la conformation de la tête, c'est l'idiotie enfantine, s'agitant sans cesse sans but déterminé, sans attention et presque sans réflexion. Leurs mouvements sont comparables à ceux des oiseaux les plus remuants.

M. Serres rappelle ici, d'après le tableau qu'en ont tracé MM. Pentland, Lund et Tschudi, les principaux caractères de la race éteinte des *Aztèques*, auxquels on a cherché à rapporter les deux enfants venus d'Amérique. L'allongement de la tête en arrière et la dépression du front en avant, d'où résulte la petitesse de l'angle facial, constituent des traits assez saillants pour faire des Aztèques une variété distincte parmi les anciens Péruviens, mais insuffisants en zoologie pour constituer une espèce à part.

Dans une prochaine communication, M. Serres se propose de rechercher les causes de l'arrêt de développement général de ces étranges individus, qu'il ne saurait attribuer avec d'autres savants, à une compression artificielle, d'abord de la tête au moment de la naissance, et ensuite de l'abdomen, du thorax et des membres. (Voir aux *Variétés*.)

MÉDECINE. — *Études médicales scientifiques et statistiques sur les eaux minérales*, par M. *Herpin*. — Dans ce travail, l'auteur se propose de résoudre les trois questions suivantes :

1° Les faits de guérison et de soulagement obtenus sous l'influence du traitement par les eaux minérales sont-ils vrais?

2° Dans l'affirmative, faut-il attribuer ces résultats à l'eau, aux principes minéralisateurs, ou bien à la thermalité, au changement de vie, au repos, aux distractions, au grand air, etc.?

3° Enfin, quelles sont les sources qui conviennent spécialement dans telles circonstances ou dans telles maladies données?

M. Herpin a visité les principales localités renommées en France, en Allemagne et en Angleterre par leurs eaux minérales, et il affirme que le résultat des études et des recherches auxquelles il s'est livré sur l'action thérapeutique des eaux minérales, a été en tous points favorable à ce mode de médication, lorsqu'elle est employée d'une manière convenable.

L'auteur, sans nier l'influence du changement de vie et de régime : attribue les modifications salutaires apportées dans la santé des malades aux vertus des sources minérales, à l'action qu'elles exercent sur la constitution par leur thermalité et surtout par leurs principes minéralisateurs, les chlorures, les sulfates, les carbonates alcalins, l'iode, le fer, le soufre, qui apportent des matériaux utiles ou nécessaires à l'économie, forment des combinaisons ou des réactions diverses, excitent les organes des sécrétions et des excrétions, en régularisent les fonctions, corrigent et améliorent leurs produits, et, dans certains cas, opèrent des révulsions et une dérivation salutaire.

Après avoir proclamé que c'est aux *sources naturelles* qu'il faut aller boire les eaux minérales, M. Herpin résume dans le tableau suivant les résultats statistiques généraux du traitement des malades par l'eau minérale. Sur un nombre de 17,748 malades de diverses maladies, traités par les eaux minérales, tant en France qu'à l'étranger :

	En France, sur 14,797 cas.	En Allemagne, sur 2,991 cas.
Guérisons immédiates ou consécutives...	27,44	29,00
Améliorations ou soulagements........	44,00	59,52
Guérisons et améliorations, ensemble...	71,44	88,52
Résultats nuls.....................	28,56	11,48

(*Comm.:* MM. Thenard, Andral, Rayer.)

— *Note sur l'ellébore des anciens et sur les renseignements que fournissent sur ce sujet les livres chinois et japonais*, par M. *de Paravey*. — L'auteur, après s'être livré à de nombreuses recherches sur les livres

chinois où sont conservées intactes les traditions historiques et scientifiques des Pharaons et des Chaldéens, conclut de son examen que les plantes désignées dans les encyclopédies chinoises et japonaises sous le nom de *Ly-lou*, ne sont autre chose que des ellébores, et qu'elles sont indiquées comme ayant été employées dès la plus haute antiquité. Parmi les maladies contre lesquelles on les recommande, M. de Paravey cite l'épilepsie, la folie, la dysentérie, les phlegmes ou pituites, les ulcères, la gale des chevaux. (*Section de médecine et de chirurgie.*)

ANATOMIE COMPARÉE. — *Modifications de l'apophyse coronoïde des os de l'avant-bras dans les mammifères*, par M. *Lavocat*. — Chez l'homme, dont le radius répond exclusivement au condyle huméral, l'apophyse coronoïde est tout à fait cubitale.

Dans les carnassiers (chat, chien), la moitié externe de cette apophyse est cédée au radius, qui alors s'applique sur le condyle et sur la moitié externe de la trochlée.

Dans le lièvre, le porc, les ruminants et les cynides, l'apophyse coronoïde est entièrement cédée au radius, qui supporte à lui seul le condyle ainsi que la trochlée. Il est donc évident que l'apophyse coronoïde du cubitus passe progressivement au radius, à mesure que cet os, devenant plus fort et plus serré contre le cubitus, est plus apte à constituer une colonne de soutien qu'à effectuer le mouvement nécessaire à la supination.

Ce fait n'est nullement une dérogation au principe établi par M. Geoffroy Saint-Hilaire : *un organe est plutôt anéanti que transposé*. Car la connexion vraiment essentielle de l'apophyse coronoïde n'est point avec les os de l'avant-bras, mais bien avec la trochlée humérale. D'ailleurs, même quand elle paraît appartenir tout entière au radius, elle est encore représentée sur le cubitus par un relief transverse, étroit, plus ou moins saillant à ses extrémités. (*Comm.:* MM. Flourens, Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 17 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Un rapport de M. le docteur *Jacquez*, sur une épidémie du choléra qui a régné en 1854 dans l'arrondissement de Lure. (*Commission du choléra de* 1854.) — *b*. Une série de rapports sur le service médical des eaux minérales d'Uriage (Isère), par M. le docteur *Vulfranc Gerdy ;* de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), par MM. les docteurs *Tellier* et *Rerolle ;* de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), par M. le docteur *Fabas ;* de Bains (Vosges), par M. le docteur *Bailly ;* de Néris (Allier), par M. le docteur *Richond-des-Brus*, pendant l'exercice de 1853. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. Une demande d'analyse et d'avis relative à deux sources minérales, situées, l'une à Montmirail (Vaucluse) ; l'autre dans le voisinage de cette ville. (*Même commission.*)

2° — États des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Aisne, du Gard, de l'Aude, de l'Allier. (*Commission de vaccine.*)

3° — Communication de : — *a*. M. le docteur *Madin*, de Verdun (sur la nature et le traitement du choléra). (*Commission du choléra.*) — *b*. M. le docteur *Férand* (note sur l'emploi de la fumée contre le choléra et les épidémies en général). (*Même commission.*) — *c*. M. le docteur *Herpin* (études médicales, scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales). (*Commission des eaux minérales.*) — *d*. M. *Alliot* (du liquide cérébro-spinal et de la structure du cerveau). (*Comm.* MM. Jobert, Cruveilhier, Bérard.)

M. *Velpeau* dépose sur le bureau un mémoire anonyme intitulé : *De la méthode sous-cutanée, examen de son application, de ses lois, de son origine.*

M. *le secrétaire perpétuel* croit pouvoir attribuer à M. Alliot ce travail, qui est renvoyé à la *même commission* que la note précédente.

Lectures et Mémoires.

M. *Desportes*, revenant sur la proposition qu'il a émise dans la dernière séance, demande si le bureau juge à propos de nommer une commission chargée de faire un rapport sur les *Aztèques lilliputiens* de l'Hippodrome.

M. *le président* répond à M. Desportes qu'une semblable question devait être soumise à l'adoption de l'Académie entière, que si, néanmoins, il était permis au bureau de dire son avis, il exprimerait volontiers le désir que M. Desportes, imitant l'exemple de M. Serres, se rendît spontanément auprès de ces curieux étrangers et vînt ensuite faire connaître à la Compagnie le résultat de ses études sur ce singulier type.

DERMATOLOGIE. M. *Gibert* donne lecture : 1° d'un rapport collectif sur plusieurs documents relatifs à la lèpre.

a. M. Gibert a essayé sans succès les préparations d'assacou (écorce, suc laiteux, pilules), envoyées à l'Académie par M. le consul de France à Sainte-Marie-de-Belem (Brésil).

b. Le travail de M. *Hardi*, de Port-au-Prince (Haïti), ne présente rien de nouveau sur la lèpre ; c'est une paraphrase du chapitre d'Alibert sur cette matière.

c. Le troisième document appartient à M. le docteur *J. d'Aquino-Fonseca*, de Fernambouc. C'est une bonne monographie de la lèpre, que l'auteur décrit sous trois formes différentes : 1° la *lèpre tuberculeuse* (éléphantiasis d'Arétée), qui est l'espèce uniquement observée et décrite par nos auteurs ; 2° la *lèpre anaïsthésique*, caractérisée par l'absence des tubercules, par l'engourdissement des extrémités au début, par l'amincissement de la peau des doigts, l'apparition de taches blanchâtres à la peau des mains, la chute des ongles, puis celle des phalanges ; 3° la *lèpre rouge*, qui débute par des taches rouges à la racine des cheveux, puis aux tempes, au front, au nez, aux lèvres, et bientôt à toute l'étendue de la face.

L'auteur a vainement employé, contre ces trois variétés de lèpre, le guano et l'assacou.

d. Un quatrième document est fourni par M. J. Lépine, pharmacien de la marine. Son travail traite surtout de la guérison de la lèpre par l'*hydrocotyle asiatica*. Cette plante, à laquelle l'auteur attribue des qualités toniques, diurétiques et stomachiques, serait, d'après lui et si l'on en croit les observations cliniques rapportées dans son Mémoire, le véritable spécifique de la lèpre. L'*hydrocotyle* devrait cette précieuse vertu à une huile essentielle dont M. Lépine indique, dans son travail, le mode d'extraction et les principales propriétés physico-chimiques.

M. Gibert pense qu'il est prudent de ne pas se hâter de conclure, d'expérimenter encore et d'attendre que l'*hydrocotyle asiatica* compte plus de quatre années de succès pour le proclamer le spécifique de la lèpre.

M. le rapporteur propose : d'adresser une lettre de remercîments à M. d'Aquino-Fonseca, et de renvoyer son mémoire au comité de publication. (*Adopté.*) — De remercier aussi M. Jules Lépine, pour son intéressante communication, en le priant de poursuivre ses expériences et ses recherches cliniques sur les propriétés thérapeutiques de l'*hydrocotyle ;* de déposer honorablement son travail dans les archives de l'Académie. (*Adopté.*)

2° Rapport sur un mémoire de M. le docteur *Delenda*, de Sentani (Grèce), près Syra, ayant pour titre : *Coup d'œil sur la pathologie hippocratique, comparée à la pathologie grecque contemporaine.*

M. Gibert résume, dans les deux propositions suivantes, le travail de M. Delenda : les maladies endémiques et épidémiques décrites par Hippocrate se rencontrent encore dans le climat de la Grèce moderne ; les pyrexies sont fréquentes, et le génie intermittent, rémittent et pernicieux règne le plus communément ; le sulfate de quinine constitue le meilleur remède contre ces différents types fébriles.

Ces deux idées, qui dominent le mémoire de M. Delenda, ne sont pas nouvelles, dit M. Gibert ; elles ne sont que la confirmation des opinions exprimées par plusieurs médecins contemporains, et notamment par les médecins français qui, en Algérie, en Italie et dans quelques autres contrées, ont eu occasion d'observer des fièvres paludéennes analogues à celles dont on trouve la description dans les livres hippocratiques.

M. Gibert propose de déposer aux archives la communication de M. Delenda. (*Adopté.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE. — M. le docteur *Paul Broca* donne lecture d'un travail intitulé : *Remarques sur quelques phénomènes qu'on attribue à tort à l'inflammation.* — Après une esquisse rapide de la révolution opérée dans le monde médical par l'école physiologique, cette école « qui » ne brilla que d'un éclat passager, mais qui nous légua en mourant une » science régénérée, débarrassée à la fois des systèmes anciens et du » système nouveau, cette école qui règne toujours à l'insu de ceux qui » subissent son joug, sur une foule de points d'une importance secondaire. » M. Broca se propose de démontrer, « qu'il reste encore, particulière- » ment dans le domaine des faits qui sont du ressort de la pathologie » interne, un grand nombre de phénomènes qui ne sont nullement inflam- » matoires, et qu'on continue cependant à attribuer à l'inflammation. »

M. Broca définit l'inflammation, un état morbide qui commence par des troubles locaux de la circulation capillaire, qui continue par l'exsudation d'une lymphe coagulable ou plastique, qui aboutit à la formation du pus et qui peut, à chacune de ces périodes, avancer en passant à la période suivante, ou rester stationnaire, ou rétrograder par résolution.

Cela posé, l'inflammation peut-elle se développer dans les tissus qui ne possèdent pas de vaisseaux ? Il est évident que non. On a donc raison de dire que les cartilages diarthrodiaux, les poils, le tissu dentaire ne

pouvent s'enflammer, ce qui ne les empêche pas d'ailleurs d'être doués d'une vitalité réelle et d'être sujets à de nombreuses maladies. — Au nombre des tissus réfractaires à l'inflammation, M. Broca range encore les *ligaments*, qui dans l'arthrite sèche sont susceptibles de lésions variées nullement comparables à des phénomènes inflammatoires ; les *tendons*, qui ne sont pénétrés par aucun vaisseau, et dont la cicatrisation et l'exfoliation, au lieu d'être considérées comme des témoignages d'inflammation, auraient dû depuis longtemps servir à prouver que les phénomènes développés dans des tissus réfractaires à l'inflammation n'étaient pas de nature inflammatoire, comme on l'admet depuis longtemps.

L'artérite ou inflammation aiguë et chronique des deux tuniques internes des artères paraît à M. Broca tout à fait contestable aussi, puisque ces deux membranes sont dépourvues de toute trace de vaisseaux. Il rejette au même titre et pour les mêmes motifs la phlegmasie des milieux transparents de l'œil, et même celle de la cornée, si généralement admise. Dans la kératite, de l'aveu même des auteurs classiques, la vascularisation manque souvent ; et dans les cas où elle se manifeste, M. Broca soutient qu'elle est l'effet et non point la cause de la maladie de la cornée : or est-il logique de donner le nom d'inflammation à une maladie où les vaisseaux ne jouent qu'un rôle tardif, éventuel et accessoire?

Frappé du rôle immense que les chirugiens, soit dans leurs cures, soit au lit du malade, font jouer à l'inflammation, et des variétés infinies de formes qu'ils ont attribuées à ces protées pathologiques, M. Broca, accordant que la réunion des plaies, que l'ulcération des tissus, que la séparation des eschares sont le plus souvent accompagnées d'un travail inflammatoire plus ou moins intense, demande à ceux qui font dériver tous ces phénomènes de l'inflammation, s'ils ne prennent pas l'effet pour la cause, en attribuant à cette inflammation des phénomènes où elle n'intervient qu'à titre de complication. N'a-t-on pas vu quelquefois des plaies se réunir, des tissus s'ulcérer, des eschares se détacher, sans la moindre apparence d'inflammation?

De là l'auteur est conduit à prouver que les phénomènes de l'adhésion, de l'ulcération et de l'élimination peuvent s'accomplir d'une manière complète, sans que l'inflammation y prenne aucune part.

M. Broca admet que beaucoup d'*ulcérations* surviennent à la suite de l'inflammation ; mais un grand nombre d'autres aussi se produisent dans des parties qui ne sont nullement enflammées. — Les tumeurs cancéreuses, épithéliales, fibro-plastiques, s'ulcèrent ainsi fréquemment, sans inflammation préalable : l'inflammation qui se manifeste plus tard au contact irritant de l'air ou des pièces de pansement, est le résultat à peu près inévitable et non point la cause de l'ulcération. — D'après M. Broca, l'ulcération des plaques de Peyer, si commune dans les fièvres continues, se produirait aussi en général sans inflammation.

Dans les cas assez rares où l'inflammation peut être la cause de l'ulcération, l'auteur se demande si elle en est aussi l'agent. Plusieurs raisons le portent à repousser cette opinion : la principale, c'est qu'il faudrait admettre que l'ulcération peut se produire par deux mécanismes entièrement différents : tantôt l'inflammation, tantôt un trouble de nutrition indépendant de tout travail inflammatoire, ce qui est contraire aux idées reçues.

Dans la distinction classique de l'inflammation en *simple* et *ulcéreuse*, M. Broca découvre un aveu favorable à la doctrine qu'il soutient. Oui, dit-il, il est parfaitement vrai que l'inflammation *simple*, c'est-à-dire livrée à ses propres forces, ne donne pas lieu à l'ulcération des tissus. Pour que l'ulcération se produise, il faut qu'un second travail pathologique, bien différent de l'inflammation, vienne se joindre au premier.

Pour donner à cette distinction un point d'appui inébranlable, l'auteur prouve que l'ulcération peut se manifester dans des tissus où l'inflammation est impossible, et où elle ne peut intervenir ni comme cause ni comme effet, dans les cartilages articulaires, dans la cornée, par exemple.

Dans certaines affections articulaires, et en particulier dans l'arthrite sèche, on trouve fréquemment sur les couches diarthrodiales des pertes de substance dues à la disparition graduelle du tissu cartilagineux. — Ceux qui admettent que l'ulcération est toujours le résultat d'un travail inflammatoire préalable, reconnaissant d'ailleurs que les cartilages sont réfractaires à l'inflammation, ont invoqué tantôt la *décortication*, tantôt l'*usure* des cartilages, pour refuser le nom d'ulcères à ces pertes de substance. S'appuyant sur des arguments et des témoignages empruntés à l'anatomie pathologique, à l'investigation à l'œil nu et aux investigations microscopiques, M. Broca rejette la *doctrine de la décortication*, puisqu'on ne trouve souvent aucun lambeau cartilagineux dans la cavité articulaire ; et la *théorie de l'usure*, puisque les cartilages ont subi généralement des modifications profondes de structure qui ne sauraient provenir du frottement mécanique des surfaces. Puis, comment expliquer ainsi ces ulcérations marginales des cartilages, survenant à la suite d'une immobilité prolongée, c'est-à-dire en l'absence de tout frottement ?

Les ulcères de la cornée résultent d'un travail analogue à celui que produit l'ulcération des cartilages, et s'effectuent le plus souvent sans qu'il soit possible d'invoquer l'intervention directe des vaisseaux. Il est bien remarquable d'ailleurs que beaucoup d'auteurs rangent ce qu'ils appellent les *kératites ulcéreuses* dans la classe des *kératites non vasculaires*. Les vaisseaux qu'on voit assez souvent se ramifier à la surface ou même dans l'épaisseur d'une cornée ulcérée ne paraissent ordinairement qu'après l'ulcération ; et de plus il arrive très fréquemment qu'un ulcère de la cornée parcourt toutes ses périodes sans la moindre trace de vaisseaux.

M. Broca emprunte un nouvel ordre de preuves à ce qui s'observe chez les végétaux, où des pertes de substances, de véritables ulcérations, désignées par les horticulteurs sous le nom de *chancres*, surviennent souvent sans cause connue, mais souvent aussi se développent sous l'influence d'une action traumatique.

Après avoir conclu que le travail ulcératif n'est pas de nature inflammatoire, l'auteur admet que c'est un trouble particulier de la nutrition des tissus, un acte pathologique distinct de tous les autres, et qui mérite, dès lors, de recevoir un nom spécial, le nom pur et simple d'*ulcération*, à jamais substitué à la dénomination d'*inflammation ulcérative*.

Passant ensuite à l'étude de l'*élimination*, M. Broca établit l'analogie de ce travail morbide avec le travail ulcératif. L'un et l'autre ont pour conséquence de faire disparaître, d'une manière graduelle et insensible, une partie des tissus vivants ; et suivant l'auteur, l'élimination, aussi bien que l'ulcération, s'accomplirait sans le secours de l'inflammation. Pour établir ce fait, il invoque un argument tiré de l'étude du travail éliminateur dans les tissus privés de vaisseaux, et en particulier dans les cartilages articulaires.

Après avoir réfuté la théorie suivant laquelle on explique la séparation du séquestre cartilagineux par une sorte de dissolution chimique du tissu dans le pus qui le baigne, M. Broca résume les principaux résultats de ses recherches récentes sur la nécrose idiopathique des cartilages. La plupart des pièces pathologiques qu'il a décrites dans ce travail prouvent que le tissu cartilagineux est quelquefois le siége de mortifications partielles, qui se produisent tantôt à la suite de l'arthrite sèche, tantôt dans des articulations qui sont d'ailleurs parfaitement saines. Dans ces nécroses spontanées, les séquestres tantôt embrassent toute l'épaisseur du cartilage, tantôt n'en occupent que la couche superficielle, et d'autres fois sont limités à la couche profonde. Dans les séquestres superficiels, il n'y a ni décortication, puisque la séparation du séquestre n'a pas lieu au contact du tissu osseux ; ni dissolution chimique, puisque l'articulation ne renferme aucun liquide normal. On est donc obligé de reconnaître l'existence d'un véritable travail d'élimination tout à fait indépendant de la vascularité, et par conséquent de l'inflammation. M. Broca pense d'ailleurs que, même dans les tissus vasculaires, où la séparation des eschares est presque toujours accompagnée d'inflammation, celle-ci doit être considérée comme l'effet et non comme la cause du travail éliminateur.

L'auteur annonce, en terminant, qu'il réservera l'étude des plaies récentes et celle de l'*adhésion*, pour un autre travail qui suivra de près celui-ci. (*Comm.* : MM. Michel Lévy, Velpeau, Bégin.)

Pathologie interne. — M. le docteur *Bouyer*, de Fursac (Creuse), lit une note ayant pour titre : *Pneumonie aiguë sans fièvre ; avec quelques réflexions sur la valeur de la fièvre dans la pneumonie au point de vue du pronostic.*

Observation. — Bayle, soixante-six ans, tempérament lymphatique, sujet aux fluxions de poitrine. Le 9 mai, sueur abondante, suivie d'une suppression assez brusque de la transpiration cutanée ; le soir même, courbature, frissons, point de côté à gauche, soif, céphalalgie, mouvement fébrile qui disparaît entièrement au bout de trente-six heures, malgré la persistance de tous les symptômes locaux (crachats rouillés, dyspnée, fréquence de la respiration, anxiété ; matité, râles crépitants, souffle tubaire, bronchophonie).

Traitement. — 12 sangsues *loco dolenti*, cataplasmes émollients, tisane pectorale, diète.

Les jours suivants, même traitement, sauf les sangsues ; état général très satisfaisant, toujours apyrétique.

A partir du 13 mai, les symptômes locaux s'amendent, le râle de retour s'établit, et, dès le 15, le malade entre en convalescence.

Considérant que dans les diverses atteintes antérieures de pneumonie dont le malade avait été frappé, les symptômes s'étaient présentés avec un degré de gravité qui contraste singulièrement avec la bénignité relative de l'état général dans cette dernière pneumonie, M. Bouyer pense que la gravité et la longue durée des premières pneumonies chez le sieur Bayle tiennent à ce que, dans ces premiers cas, il avait fait une médecine trop active, à ce qu'il n'avait pas suffisamment compris la signification de l'élément *fièvre*, à ce qu'il s'était laissé guider trop exclusivement, dans la thérapeutique de cette maladie, par la considération de l'état anatomo-pathologique du poumon. (*Comm.*: MM. Blache, Grisolle, Bousquet.)

Chirurgie. — M. le docteur *Heurteloup* donne lecture d'un *Mémoire sur la section instantanée et simultanée de ce sous-ordre des obstacles ma-*

tériels à la miction qu'on appelle rétrécissements de l'urèthre perméables aux bougies, section nommée tout récemment guérisons instantanées et radicales, et sur un instrument très simple pour pratiquer cette section, quand on veut absolument la pratiquer.

L'auteur, après une critique de la note récemment présentée à l'Académie des sciences par M. Maisonneuve, conteste à ce chirurgien le droit de priorité qu'il s'est attribué relativement au procédé de *section instantanée et simultanée* des rétrécissements. Cette méthode employée, il y a déjà plusieurs années, par M. Heurteloup et par bon nombre d'autres chirurgiens, est tombée dans l'oubli depuis longtemps à cause de l'infidélité de ses résultats, de ses insuccès même et de ses dangereuses suites.

Après avoir exposé en peu de mots le procédé qu'il y a substitué, après avoir fait passer sous les yeux de l'Académie les instruments dont il fait maintenant usage, M. Heurteloup résume la pensée de son travail dans les propositions suivantes :

1° Il n'est pas besoin de bougie conductrice pour exécuter cette opération ; la bougie est plus souvent un obstacle qu'un conducteur.

2° Il est contre les lois de la plus naïve physique de prétendre faire servir de conducteur à un instrument rigide une bougie fine et molle.

3° Le mode de section d'avant en arrière de tous les rétrécissements, en tant que cette opération serait raisonnable, est vicieux, car il fronce le canal ; au lieu que celui d'arrière en avant l'étend.

4° Il n'est pas besoin, pour faire la section d'avant en arrière, d'une sonde cannelée ou canaliculée, dont l'usage est d'ailleurs incommode, difficile et souvent périlleux.

5° Le mode de dilatation du passage préliminairement fait au moyen d'un lithotome est essentiellement vicieux, à cause de la pression qu'exerce l'instrument sur les parois du canal.

6° Enfin la section instantanée et simultanée des rétrécissements de l'urèthre n'est pas une opération basée sur la saine chirurgie; car il n'est pas selon la raison de faire supporter à la partie saine de l'urèthre des incisions qui doivent être faites exclusivement sur les parties malades ; conséquemment, comparativement à la section isolée des rétrécissements, c'est un pas rétrograde.

(*Comm.*: MM. Larroy, Velpeau, Jobert, Malgaigne.)

PRÉSENTATION. — M. *Chassaignac* présente à l'Académie un jeune homme qu'il a opéré, il y a deux mois, d'un testicule encéphaloïde par le procédé de l'*écrasement linéaire*. Les parties sont en parfait état ; et l'opéré possède toutes les apparences de la santé.

La séance est levée à cinq heures moins vingt-cinq minutes.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 20 JUILLET 1855.

1. Suite de la discussion sur le traitement des pustules varioliques par les mercuriaux.
2. Communication d'un cas remarquable d'hystérie, par M. *Guibout*.
3. Lecture sur quelques points des maladies de l'utérus, par M. *Gariel*.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Sur une forme régnante de pneumonie chronique, par le docteur RICHARD PAYNE COTTON.

L'auteur de ce mémoire commence par faire remarquer que, depuis quelques années, le nombre des pneumonies aiguës va sans cesse en diminuant à Londres, et qu'à la place on observe de plus en plus des pneumonies chroniques, lesquelles constituent, sinon une maladie nouvelle, du moins une maladie peu observée et fort peu étudiée jusqu'ici.

Les débuts de ces pneumonies chroniques sont fort insidieux. Il y a rarement de la douleur au côté, peu de dyspnée, quelquefois une toux d'apparence spasmodique, une expectoration spumeuse ou muco-purulente, très rarement sanglante, peu de fièvre, quelques sueurs la nuit. Tout cela constitue un état de maladie mal déterminé, que les malades négligent souvent eux-mêmes ; mais au bout de quelques semaines tous ces symptômes s'accroissent, la toux et la dyspnée surtout, les sueurs nocturnes; et enfin, si la maladie doit se terminer fatalement, il se développe une fièvre hectique.

La sonorité de la poitrine à la percussion, d'abord légèrement altérée, fait place à une matité de plus en plus prononcée, et qui revêt à la fin un caractère de bois (*wooden*). La sensation de résistance à la percussion est tout à fait caractéristique.

Au début, le mouvement respiratoire est faible, ou rude (*harsh*), rarement bronchique. Quelquefois l'absence de tous bruits humides se prolonge beaucoup ; mais plus souvent il y a un râle sous-crépitant plus ou moins abondant et pouvant arriver à une fine crépitation. Çà et là s'entendent des râles sibilants ou sonores, tenant à une bronchite concomitante. Il y a une bronchophonie plus ou moins prononcée, et le frémissement de la voix et de la toux se développe proportionnellement. Dans deux cas où l'autopsie permit de reconnaître un état de ramollissement du poumon, la respiration était devenue par degrés bronchique et caverneuse, et les râles sous-crépitants, caverneux, avec gargouillements.

La maladie s'est terminée favorablement dans le plus grand nombre des cas, bien qu'il faille quelquefois longtemps pour que le poumon reprenne l'intégrité de sa structure et de ses fonctions. Cependant il n'en arrive pas toujours ainsi, et une terminaison fatale peut survenir de l'une des trois manières suivantes : ou le malade tombe dans un tel état d'affaiblissement qu'il cède sans résistance à la première maladie qui survient, ou bien il se produit dans la structure du poumon des changements qui entraînent un ensemble de symptômes analogues à ceux de la phthisie, ou bien enfin il se développe des tubercules pulmonaires.

L'auteur décrit ainsi les altérations anatomiques. Il suppose qu'au premier degré il n'y a qu'un état d'engorgement. Au second degré, le poumon tout entier est diminué de volume; son tissu est dense, ferme et résistant, paraissant comme s'il avait été le siége d'une exsudation albumineuse ou fibrineuse qui se serait contractée. Dans ce que l'on pourrait appeler le troisième degré, on trouve le poumon ramolli et infiltré d'une matière purulente épaisse. La plèvre ne paraît prendre que peu de part à ces altérations du poumon, et l'auteur ne paraît pas avoir rencontré d'épanchement, si ce n'est à un faible degré et par exception.

Il est rare que l'on ait à traiter activement la première période, ordinairement méconnue. Il faut donc presque toujours commencer par les contre-irritants. Les vésicatoires, les frictions révulsives, se placent en première ligne ; il faut en poursuivre l'usage avec persévérance. L'auteur ne conseille pas les sétons et les cautères, qui épuisent les malades, et souvent ne sont pas retirés sans inconvénient alors qu'ils ne sont plus nécessaires. Les mercuriaux ne sauraient être usités, s'il y a imminence de tubercules ; autrement, ils peuvent rendre de grands services, employés jusqu'à une légère salivation. La ciguë, la jusquiame, l'ipéca, peuvent être indiqués par certains symptômes particuliers. Quant aux antimoniaux, l'auteur redoute leur action dépressive, si ce n'est au début de la maladie.

Lorsque l'état chronique se prononce de plus en plus, il faut recourir aux toniques. La combinaison qui a le mieux réussi est celle de l'iodure de fer avec l'huile de foie de morue. Enfin il faut réunir autour du malade toutes les ressources de l'hygiène, et le soutenir par une alimentation restaurante, surtout aux périodes avancées de l'affection. (*Medic. Times and Gazette*, 31 mars et 14 avril 1855.)

— Tel est le tableau raccourci de la maladie que M. R. Payne décrit sous le nom de *pneumonie chronique*, et qu'il a rencontrée dans toutes sortes de conditions d'âge, de sexe et de genre de vie. On ne saurait nier qu'il ne dût paraître difficile de trouver, dans les écrits publiés journellement en France, les éléments d'une telle description ; car pour trouver à construire une pneumonie chronique d'après les observations existantes, il faut rassembler de côté et d'autre quelques observations éparses, où l'anatomie pathologique joue le plus grand rôle, et qui n'offrent nulle part le caractère d'une maladie régnante, *a* PREVAILING *form of chronic pneumonia*.

Remarques sur l'atrophie douloureuse de la mamelle, ou cirrhose de la mamelle, et sur le sarcome atrophique de cet organe, par le professeur VERNHER (de Giessen).

L'auteur a eu plusieurs fois occasion d'observer des tumeurs du sein analogues, en apparence, aux cancers de cet organe, mais dans lesquelles le microscope ne montrait aucun des éléments du carcinome, et qui ne présentaient qu'une atrophie du tissu glandulaire. Toutes ces tumeurs affectaient des femmes âgées de plus de quarante ans ; la maladie ne siégeait que d'un côté, et la mamelle envahie n'avait que très peu changé de volume. Au niveau du mamelon existait une saillie dure, bosselée, bornée au quart environ de la glande ; autour d'elle on ne sentait plus le tissu normal, mais seulement de la graisse. La mamelle semble évidemment resserrée dans un espace plus étroit ; elle était mobile sur les parties profondes, mais adhérait intimement à la peau amincie, surtout près du mamelon. Celui-ci était élargi, bosselé, quelquefois rétracté au fond d'une cavité infundibuliforme. La tumeur était parcourue de douleurs lancinantes, spontanées ou provoquées par les attouchements. L'état général était bon le plus souvent, quelquefois cependant troublé par la violence des douleurs ou par des accidents antérieurs à la maladie de la mamelle. En examinant ces tumeurs au microscope, l'auteur trouva la glande mammaire entièrement privée de graisse ; celle-ci était accumulée, au contraire, en notable quantité, à la périphérie de l'organe, remplissant ainsi le vide laissé par la mamelle rétractée. Le tissu de cette dernière était dense, d'un rouge pâle, vasculaire. A la surface de la coupe, on voyait un grand nombre de lignes jaunâtres, arborescentes, convergeant vers le mamelon. C'étaient évidemment les conduits galactophores dont les parois s'étaient épaissies. Nulle part on ne trouvait d'éléments hétéromorphes, tels que des cellules cancéreuses, non plus qu'un développement anormal des éléments normaux de la glande, tel qu'on l'observe dans les sarcomes et dans les hypertrophies incomplètes de la mamelle. Celle-ci semblait s'être tout simplement rétractée sur elle-même. Le professeur Vernher compare cet état à la cirrhose du foie ; il le considère comme purement local et curable par l'extirpation complète.

Cette affection se distingue du cancer fibreux atrophique, en ce que la tumeur reste bornée à la mamelle et mobile sur le grand pectoral ; en outre, l'adhérence avec la peau commence par le mamelon, et non par un point éloigné. Il ne se développe jamais de tumeurs secondaires ; le mal ne s'ulcère point, mais envahit la totalité de la glande à la fois. (*Henle's und Pfeuffer's Zeitschr. f. rat. Medic.*, t. V, 1er et 2e cah. ; — et *Allg. Medic. Centr. Zeit.*, 31 janv. 1855.)

VI.

VARIÉTÉS.

LE SCORBUT DANS LES CAMPS ET LES HÔPITAUX MILITAIRES DU NORD.

— Nous recevons de M. le docteur Maugin, médecin de l'hôpital civil et militaire de Douai, une lettre dont nous extrayons les passages suivants :

« J'ai reçu des camps du Nord, depuis le 13 juin, plusieurs centaines de scorbutiques, parmi lesquels j'en ai compté 76 atteints du scorbut à divers degrés. Ils nous arrivent par évacuations au nombre de 30 à 50 et quelquefois plus à la fois, et, à mesure que l'on nous annonce de nouvelles arrivées, nous sommes obligés d'évacuer à notre tour un certain nombre de malades sur d'autres hôpitaux ou sur des lieux où ils doivent faire leur convalescence. De nos 76 scorbutiques, 20 ont été dirigés, après quelques jours, sur l'hôpital de Cambrai. J'en ai donc gardé, parmi les plus malades, 56 dont une vingtaine sont retournés guéris aux camps de Boulogne et de Saint-Omer. Ceux qui me restent voient leur état s'améliorer chaque jour, à l'exception peut-être de trois ou quatre, dont le mal, sans faire de progrès, reste au moins stationnaire et ne me laisse guère d'inquiétude. Jusqu'ici, je ne crois pas qu'aucun des malades que j'ai perdus depuis le 13 juin appartienne à la catégorie des scorbutiques.

» Ne recevant les malades que plus ou moins de temps après l'invasion de la maladie, et lorsque presque tous les symptômes sont déjà développés, il m'est absolument impossible d'assigner l'ordre dans lequel ils se montrent.

» Toujours est-il que ces symptômes multiples forment un groupe ou un ensemble qui indique manifestement la maladie connue sous le nom de scorbut ou de cachexie scorbutique. Ce sont :

» 1° Des pétéchies ou taches de purpura, répandues en plus ou moins grand nombre sur le tronc, mais surtout sur les membres, et plus particulièrement sur les membres pelviens.

» 2° Des taches violacées ou brunâtres de 5 millimètres à 2 centimètres de diamètre, se montrant en nombre beaucoup moins considérable que les pétéchies, et presque exclusivement sur les membres. Ces taches sont tantôt plates et de niveau avec la peau, tantôt un peu saillantes vers leur centre et très légèrement coniques ; elles offrent quelquefois l'apparence de l'ecthyma.

» 3° Des ecchymoses profondes et diffuses des membres, plus rares aux membres supérieurs, où elles siégent le plus ordinairement à la partie inférieure et postérieure du bras, plus fréquentes aux membres inférieurs, où on les voit à la partie inférieure et interne des cuisses, le plus souvent aux mollets, et quelquefois vers les malléoles. Le tissu cellulaire qui en est le siége, et la peau qui les recouvre, sont plus consistants que de coutume, et acquièrent souvent la dureté du marbre, dont ils affectent les couleurs bariolées, variant du jaune au vert, au pourpre, au brun, etc.

» 4° Sous ces taches ecchymotiques, les muscles sont tantôt endurcis et contractés, tantôt flasques et ramollis, mais toujours douloureux et souvent même d'une sensibilité exquise. Non-seulement alors la marche est impossible, mais le moindre mouvement dans le lit devient l'occasion d'une vive douleur.

» 5° Les gencives sont sensibles, fongueuses, boursouflées au point de dépasser le bord libre des dents ; elles sont violacées, saignantes, ulcéreuses, et laissent exhaler une odeur repoussante.

» 6° Le teint est généralement pâle, terreux, tirant sur le jaune ; le visage est souvent bouffi, les lèvres pâles, ainsi que les conjonctives.

» 7° La respiration est plus ou moins anhélante ; les forces anéanties ; le cœur bat d'une manière normale ; le pouls, généralement, n'est ni plus ni moins fréquent que de coutume ; l'appétit est vif et soutenu, les digestions sont faciles et normales. Cependant, plusieurs malades ont été affectés de diarrhée intercurrente, et chez l'un d'eux elle persiste avec ténacité.

» La soustraction des sujets aux causes qui ont engendré et développé la maladie m'a paru le premier remède à lui opposer. J'ai cru devoir, de plus, les placer en grande partie dans des salles vastes, bien éclairées, bien aérées, élevées au-dessus du sol d'un ou deux étages, avec recommandation expresse à tous ceux qui en sont capables de se promener dans un jardin planté d'arbres et bien exposé au soleil.

» Le régime alimentaire m'a paru un puissant moyen de guérison. Je donne donc à la plupart de mes scorbutiques les trois quarts de portion de pain, avec bouillon et viande bouillie ou rôtie matin et soir ; plus, du vin à tous. Pour ceux dont les gencives sont plus malades et saignantes, je donne des potages aux herbes, des légumes frais, des œufs, du riz et des pruneaux.

» A ce régime j'ajoute, comme remèdes généraux, du vin antiscorbutique, du vin de quinquina, des préparations ferrugineuses (dont je n'ai pas retiré tout le bien que j'avais pensé), la limonade sulfurique, la tisane de scordium et l'alcoolé de cochléaria.

» Comme moyens locaux, je fais usage de cataplasmes émollients, d'eau végéto-minérale, de frictions sèches ou avec le liniment narcotique ou volatil camphré.

» Contre l'affection des gencives, j'emploie localement les gargarismes aluminés, ou au chlorate de potasse, ou bien aiguisés par

l'acide chlorhydrique. J'ai dû même réprimer les gencives trop fongueuses à l'aide de l'azotate d'argent.

» Ces divers moyens, employés simultanément ou successivement, ont généralement réussi à déterminer plus ou moins vite une amélioration marquée ; mais il est un point où le mieux semble s'arrêter, et où il faut un nouvel effort pour amener une franche guérison.

» Relativement à la contagion, j'ai recherché avec attention ce qui se passait sur les malades de notre garnison, couchés dans les mêmes salles où nous avons placé les scorbutiques venant de Boulogne et de Saint-Omer.

» Depuis cinq semaines que j'ai reçu les premiers scorbutiques étrangers, je n'ai observé qu'un seul fait intéressant à ce sujet et que je vais vous raconter.

» Un artilleur du 14e régiment, en garnison dans cette ville, est entré à l'hôpital pour une bronchite aiguë, il y a environ un mois ; sa bronchite s'est améliorée assez rapidement, et il devait quitter l'hôpital il y a un dizaine de jours, lorsque, le jour même de sa sortie, il se plaignit de douleurs aux gencives, que j'examinai sur-le-champ, et que je trouvai saignantes, fongueuses, et un peu ulcérées au bord. Bientôt il parut sombre, triste et abattu, et éprouva un peu de peine à se mouvoir. Je m'empressai de le soumettre au traitement antiscorbutique général et local, et aujourd'hui cet homme va bien ; il me demandait même ce matin à retourner à la caserne, ce que je lui accorderai vraisemblablement dans un jour ou deux.

» Je m'assurai d'une manière positive qu'il n'avait eu aucun rapport bien intime avec les scorbutiques étrangers, et que surtout il ne s'était servi pour aucun usage d'aucun de leurs meubles, effets ou ustensiles. Il est, du reste, couché à l'une des extrémités de la salle, n'ayant par conséquent aucun voisin à sa gauche ; mais il a pour voisin de droite un scorbutique, dont il est cependant séparé par l'espace de deux lits vides.

» Encore un mot, et je termine cette lettre déjà bien longue. Presque tous les scorbutiques qui nous ont été envoyés des camps de Boulogne et de Saint-Omer appartiennent aux régiments de ligne, quelques-uns et en petite quantité aux chasseurs à pied, et presque aucun aux armes spéciales. Le scorbut serait-il le résultat d'une infériorité de solde, et par conséquent de bien-être ? »

Douai, le 18 juillet 1855.

DES PRÉTENDUS AZTÈQUES. — Le passage suivant, que nous empruntons à l'*Ami des sciences*, complète la communication faite par M. Serres à l'Académie des sciences, au sujet des prétendus Aztèques arrivés à Paris, et dont nous donnons plus haut l'analyse.

» On accorde au garçon dix-neuf ans, quatorze ans à la fille. Ils sont très petits pour l'âge qu'on leur prête. Le premier a 30 pouces 6 lignes et pèse 25 livres ; la seconde a 25 pouces et pèse 18 livres. Leur peau est lisse et d'un bistre foncé ; leurs têtes, couvertes de cheveux noirs très crépus, non laineux, sont du volume de celle d'un enfant au moment de la naissance ; le nez, comprimé vers le haut, légèrement aplati vers la base, fait une saillie considérable ; le front est si oblique qu'il continue la ligne du nez ; les yeux, noirs, surmontés d'un sourcil très étroit et médiocrement fourni, brillent d'un éclat extraordinaire ; le maxillaire supérieur est très avancé, et à partir de cet os, la face fuit autant que le front ; la mâchoire inférieure est en arrière de la supérieure, et le menton est encore en retrait. Lorsque la bouche est fermée, non-seulement les incives supérieures recouvrent entièrement les inférieures, mais elles les dépassent d'une quantité sensible.

» Avec cela leur physionomie a de la douceur et de l'intelligence.

» Les dents et les mains sont des plus anormales.

» A la mâchoire inférieure, une grande dent figure les quatre incisives, et il n'y a point de place pour les autres. La main est remarquable par la brièveté du pouce et celle du petit doigt. Non-seulement le pouce est court, mais il est moins opposable que d'habitude ; le petit doigt, au lieu d'atteindre jusqu'à la deuxième phalange de l'annulaire, ne va pas jusqu'au milieu de cette phalange. De plus, les deux dernières phalanges de ce doigt paraissent réunies en une seule et tout à fait ankylosées chez le garçon. Chez la jeune fille, il y a des mouvements obscurs dans cette partie.

» Quelques traits empruntés textuellement à la note de M. de Saussure compléteront le portrait de cette singulière espèce.

» A propos de l'exiguïté des personnages, l'observateur dit : « Il est difficile de considérer cette réduction de la taille comme le résultat d'un arrêt de développement, à cause des proportions parfaites de la forme, qui est élancée et semblable à celle de l'âge adulte. » L'angle facial est de 60 degrés environ. Voici un détail très important : « Le front est bas, et n'offre aucune trace de dépression ; au contraire, sur le milieu s'étend une crête osseuse, verticale, peu visible, il est vrai, mais très sensible au toucher, crête qui se termine sous le cuir chevelu, vers le milieu du coronal, par une petite bosse osseuse ; les arcades sourcilières forment une saillie transversale.

» Au-dessous des orbites sont deux enfoncements très visibles dirigés obliquement de dedans en dehors et de haut en bas. »

— Un congrès scientifique sera tenu à Cuneo (États sardes), les 9, 10, 11 et 12 août prochain. La section médicale s'occupera : 1° De la transfusion du sang dans l'hémorrhagie, la cachexie et les névroses ; 2° des maladies qu'on observe dans les manufactures de soie, de coton, de papier, et de quelques établissements analogues ; 3° de l'emploi comme aliment de la chair des animaux charbonneux ; 4° de quelques questions d'enseignement médical.

— Les mutations suivantes viennent d'avoir lieu parmi les médecins principaux de l'armée : M. Souceleyer est nommé à l'hôpital de Lyon ; M. Scoutetten, à l'hôpital de Metz ; M. Goffres, à l'hôpital de Montpellier ; M. Aulagnior, à l'hôpital de Sedan.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ANNALES D'OCULISTIQUE DE BRUXELLES. — Juin 1855. Histoire des affections morbides de l'œil et de ses annexes, provoquées et entretenues par le séjour ou les atteintes d'animaux vivants, par *Carron du Villards*.

ALLG. MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 41 à 47. La vaccination et ses adversaires modernes, par *Hæser*. — Quelques mots sur la variole, la varioloïde et la vaccine, par *Borggreve*. — Notions sur les effets des eaux de Carlsbad, par *Leegen*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — T. XII, 2e cah. Remarques pratiques du domaine de la psychiatrie, par *Steinthal*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 22 à 25. Séjour de six semaines à Saint-Pétersbourg, par *Heyfelder*. — Cas de somnambulisme, par *Beigel*. — Rétrécissement du méat urinaire dans le phimosis congénital et après l'amputation de la verge ; moyen de le combattre, par *Weber*. — Broiement complet des deux jambes, amputation de la jambe droite, guérison, par *Schauenburg*. — Cas de grossesse abdominale, par *Stern*. — Cas de convulsions déterminées par l'inflammation catarrhale de la muqueuse de l'oreille moyenne, par *Erhard*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — T. V, 1er cah. De la prétendue activité de l'âme pendant la nuit, par *Büchner*. — De l'inoculation du principe contagieux comme préservatif dans certaines épizooties, par *Ritter*.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Mai et juin 1855. Contribution à l'étude des maladies des enfants, par *Tott*. — Quelques remarques sur la rougeole, par *Paasch*. — Sur l'insufflation des nouveau-nés, par *Küster*. — Sur l'alimentation des enfants sevrés ou qu'on se prépare à sevrer, par *Peacock*.

MEDICINISCHE ZEITUNG. — Nos 22 à 25. Empoisonnement par l'arsenic guéri par l'oxyde de fer hydraté, par *Strauch*. — Hydrophobie déterminée par le contact, sans plaie, de la bave d'un chien enragé, par *Morden*. — Abcès du larynx, par *Berger*. — Réduction des hernies étranglées, par *Berend*. — Trismus guéri par les inspirations de chloroforme, par *Sander*. — Abcès du cerveau, par *Leinweber*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE. — Juin 1855. Sur l'étiologie de la position normale de l'enfant, par *Kristeller*. — Sur l'emploi du chlorure de fer dans les hémorrhagies, par *Schreier*.

OESTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT F. PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 20 à 23. Amputation de la jambe gauche au milieu de la partie gangrenée ; succès, par *Breuner*. — Cas de grossesse extra-utérine ; terminaison heureuse, par *Mikschik*. — Mesures à prendre pour prévenir les effets funestes des vapeurs de phosphore dans la fabrication des allumettes chimiques, par *Lorinser*.

SCHWEIZERISCHES CORRESPONDENZBLATT. — 1855. Nos 1 à 6. Vues et but de la rédaction.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 21 à 25. Traitement du catarrhe de la conjonctive, par *Stellwag v. Carion*. — De l'usage externe de l'iode dans les maladies des femmes, par *Mikschik*. — La muqueuse intestinale et son système de vaisseaux absorbants, par le professeur *Brücke*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — Nos 22 à 25. La staphyloraphie rendue plus facile, par le professeur *Schuh*. — Sur la staphyloraphie au moyen de deux aiguilles immobiles, par *Friedinger*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 27 JUILLET 1855. — N° 30.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 19 au 25 juillet 1855.

156. ADAM, Armand, né le 14 décembre 1829 à Mauvezin (Gers). [*Altérations des solides et des liquides qui peuvent produire les hydropisies.*]

157. DELARUE, Charles, né le 7 mars 1826 à Saint-Saturnin-du-Bois (Charente-Inférieure). [*Observations recueillies à bord de* la Thisbé *pendant son mouillage dans la baie de Taihoaë, aux Marquises.*]

159. MARTIN-DUMAGNY, Louis, né le 7 octobre 1827 à Mauprévoir (Vienne). [*De l'asphyxie en généra'.*]

160. ESTEVENET, Jean-Théodore, né le 14 juin 1830 à Sainte-Dode (Gers). [*Des convulsions chez les enfants.*]

161. LORAIN, Paul-Joseph, né le 16 janvier 1827 à Paris (Seine). [*La fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né.*]

162. AYMÉ, Jean-Émile, né le 19 décembre 1829 à Requista (Aveyron). [*Aperçu sur l'influence de l'hérédité chez l'homme.*]

163. LECOQ, Jules, né le 30 septembre 1819 à Concarneau (Finistère). [*Quelques considérations pratiques sur la colique nerveuse (colique sèche, colique végétale, etc.)*]

164. GUBIAN, Claude-Louis-Joseph, né le 4 août 1830 à Lyon (Rhône). [*Sur un typhus pneumonique succédant au choléra (épidémie de Serves).*]

165. LAFOSSE, Nicolas-Isidore, né le 18 avril 1829 à Lignéville (Vosges). [*De l'action thérapeutique des eaux minérales de Contrexéville.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Exposition universelle.

AVANT-PROPOS.

Nous voici enfin dans le palais de l'Exposition, plus beau, certes, que le palais du Soleil, qui a fait tant d'honneur au laid et infortuné mari de Vénus ; nous voici dans ce champ clos où se heurtent, dans une mêlée gigantesque, toutes les forces de l'industrie, des sciences, des arts et de la richesse des nations. Si nous y arrivons un peu tard, ce n'est pas notre faute. Non qu'il nous soit venu à l'idée de punir par notre absence l'Administration, qui nous a refusé, comme à tous nos confrères de la presse, des cartes d'entrée libre ; ni que notre munificence ait reculé longtemps devant la requête du monsieur préposé à la garde du tourniquet ; mais le contingent de la médecine se faisait attendre, et il n'y a que peu de jours que les instruments de chirurgie alignent leurs redoutables phalanges sous les vitrines de l'Annexe. C'est pour nous le moment d'entrer.

Tout bon patriote sait ce qu'il faut regarder pour être fier d'être Français ; mais il y a mieux que cela ; on se sent fier d'être homme, fier d'être du XIXe siècle, quand on a devant les yeux tant de magnifiques fruits d'une civilisation vigoureuse et féconde. L'air et la terre, et l'eau, et le feu sont des esclaves du génie humain ; et, pour peu que l'imagination s'en mêle, on se figure voir, la nuit, à travers les avenues silencieuses du palais, dans les embrasures grillées, le long des colonnes de bronze, courir, voltiger, ramper, gnômes, sylphes, ondins et salamandres, effarés, ahuris, et se demandant jusqu'où cette audacieuse créature humaine portera ses entreprises sur les éléments. Et puis si, du milieu de ce sabbat, on prête l'oreille aux murmures du dehors, on entend comme un bruissement mystérieux dans les entrailles de la nature; c'est l'idée qui se hâte, entourée d'un cortège nouveau et étrange, la machine qui souffle, le fil électrique qui tressaille chargé d'une pensée invisible, la plaque qui fixe l'insaisissable lumière, le théâtre polyglotte, la régénération de peuples abâtardis. Oui, telle est la pensée qui vous saisit au plus fort de la bataille industrielle, une pensée de paix et d'union, d'assistance et d'enseignement mutuels. En vain heurte-t-on de temps à autre quelque instrument de destruction, quelque engin de guerre, les yeux ne s'y peuvent attacher ; on s'arrête comme fourvoyé, et l'on cherche son chemin. Les nations ne peuvent s'être donné rendez-vous pour se montrer leurs talents réciproques dans l'art de tuer ; et si une Minerve plane sur tout cela, elle a cer-

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 26 juillet 1855.

EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DES POUDRES NUTRIMENTIVES. — LES AZTÈQUES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PROPRIÉTÉS SPÉCIALES DU CHANCRE SYPHILITIQUE.

La plus grosse pierre que rencontre sur sa voie de progrès la médecine moderne, ce ne sont pas les difficultés intrinsèques de son œuvre : le chemin déjà parcouru en dépit de tout le prouve suffisamment ; ce ne sont pas non plus les oppositions suscitées au nom des faits et de l'expérience : les vraies et franches batailles ne sont jamais stériles. Cette pierre fâcheuse, cette *borne*, c'est la prévention. Il y a plusieurs espèces de préventions. Celle qui procède de l'esprit de réserve, qui se contente de se montrer exigeante envers les nouveautés sans se hérisser contre elles, et que retient seulement la crainte des déceptions,—celle-là, avec son fond de sagesse, n'est pas bien dangereuse, parce qu'elle se rendra tôt ou tard à l'évidence. Mais il est une autre espèce — et c'est la pire — dogmatique et magistrale, fruit de l'orgueil accouplé à l'ignorance, qui juge sans connaître, condamne par formules et dédaigne au lieu de raisonner. Voilà l'ennemi dangereux, parce qu'il satisfait aisément ceux qui n'en savent pas plus long que lui, et insupportable, parce que sa forme indéterminée et vaporeuse ne donne aucun moyen de le saisir. Combien n'a-t-on pas abusé de la banale distinction de l'estomac vivant et du creuset des laboratoires ! D'abord on a nié l'action chimique des liquides gastriques ; puis, quand cette action chimique est devenue plus claire que le jour, quand elle a été poursuivie jusque dans ses procédés les plus délicats, on s'est ravisé, et l'on a demandé *cui bono?* Et l'on a vu non-seulement des animistes, qui étaient ici dans leur rôle, mais encore des organiciens, jeter le sarcasme à la chimiatrie moderne. Des médecins qui rattachent à une plaque rouge ou à quelques follicules tuméfiés les symptômes les plus formidables, se moquent de l'alcalinité ou de l'acidité des humeurs, autant que des cellules ou des tissus fibroplastiques ; c'est-à-dire qu'ils voudraient faire abdiquer la médecine sur le terrain même où elle est le plus maîtresse, et où elle est le moins gênée par l'autorité occulte et supérieure de la vie. Car, s'il est un fait démontré aujourd'hui, c'est que, si l'estomac est l'appareil chargé de fournir les réactifs de la digestion, ces réactifs opèrent aussi bien, et de la même manière, dans un estomac mort que dans un estomac vivant, et dans un bocal que dans l'estomac. Et quand on sait de science aussi certaine les conditions chimiques de la digestion, il ne serait pas permis, si elles viennent à être dérangées, de chercher à les rétablir ; de porter dans la cavité stomacale l'ingrédient chimique qui y fait défaut, ou de neutraliser en partie celui qui y est en excès ! On ne détruit pas par là la condition morbide dont l'altération chimique est la conséquence. Eh ! non, sans doute ; mais ne dirait-on pas que ce bonheur de couper les maladies à la racine advient souvent à la pratique médicale ! Se douterait-on que nous en sommes réduits le plus souvent à nous en prendre aux effets, à des effets de seconde, de troisième, de quatrième, de dixième génération, faute de pouvoir mettre la main sur la cause primitive ! Les médecins dont nous parlons sont ou bien fiers, ou bien inconséquents. Ils ont surtout à nos yeux cet impardonnable tort de rapetisser les perspectives de la science, et d'entretenir dans les doctrines médicales un esprit d'exclusivisme étroit, hargneux et entêté.

Quand, l'an dernier, M. L. Corvisart a présenté à l'Académie de médecine son mémoire sur *les aliments et les nutriments*, et quand, plus tard, il a publié son travail relatif à *la dyspepsie* et à *la consomption*, ainsi qu'à l'emploi thérapeutique d'une *poudre nutrimentive*, nous nous sommes promis de ne donner notre avis sur les applications pratiques recommandées par l'auteur, qu'après les avoir soumises à l'expérience. La défiance visible, et peu dissimulée d'ailleurs, qui avait accueilli les publications de notre confrère, justifient cette précaution. Nous venons dire en peu de mots ce que nous avons vu.

Mais, d'abord, donnons quelques explications sur le principe et sur les moyens de la médication nutrimentive.

Toute substance alimentaire, azotée ou non, subit, au contact des liquides digestifs, des mutations qui ont pour effet de la rendre, non-seulement absorbable, mais aussi assimilable. Le moyen qu'on emploie pour s'assurer si une substance est assimilable ou non consiste à l'introduire dans le sang et à la rechercher dans l'urine. Si on ne l'y trouve pas, c'est qu'elle s'est incorporée à l'économie ; si on l'y trouve, c'est que l'économie l'a rejetée à la manière des produits excrémentitiels. La *diastase* du liquide salivaire, par une action qui commence dans la bouche et se continue dans l'estomac, transforme les aliments féculents en *dextrine* et en *glycose* ;

---

tainement dépouillé le casque et le bouclier, pour ne garder que la branche d'olivier, le compas et l'équerre. Dans cet ordre de vœux et d'espérances, l'Exposition universelle est un fait immense : elle accomplit dans l'ordre intellectuel et social la même œuvre que les télégraphes et les chemins de fer dans l'ordre physique ; elle rapproche et tend à confondre les idées, les connaissances, les découvertes, les mœurs, les habitudes, les institutions, et plus tard, peut-être, les destinées des pays les plus éloignés. Voilà les vrais instruments, les instruments pacifiques et sûrs du progrès.

Dans cette immense et si diverse représentation des Champs-Élysées, la médecine et les beaux-arts, ses très proches parents, ne jouent pas le rôle le moins élevé, quoique n'étant pas le plus généralement apprécié. Ils montrent, en effet, l'activité humaine sous ses manifestations les plus nobles. Sans doute les produits industriels ont leur grandeur ; ils peuvent même, jusqu'à un certain point, par l'accroissement du bien-être de l'individu, concourir obliquement à l'amélioration morale de l'espèce ; mais, en somme, ils ne s'adressent bien directement qu'à la partie matérielle et affairée de la vie. La médecine et les beaux-arts en touchent la partie affective et intellectuelle. Comme la peinture et la sculpture expriment ce qu'il y a de plus délicat, de plus exquis, de plus relevé dans la nature intellectuelle de l'homme, à savoir la conception idéale du beau, la médecine ne sort de la spéculation pure que pour se mettre au service des besoins les plus sacrés de la nature morale, pour soulager la douleur, porter la consolation, devenir l'auxiliaire de la philanthropie et le rouage actif des institutions charitables ; sans compter sa part si active dans l'œuvre des destinées sociales et de la civilisation. C'est cette haute mission qu'il importe de ne pas perdre de vue sous la forme vulgaire des produits, préparations chimiques, ou instruments tranchants, destinés à l'exercice de l'art.

Avant d'entreprendre l'examen détaillé de ces produits, disons quelques mots du caractère général de l'Exposition elle-même.

Une exposition universelle n'a pas la même signification qu'une exposition annuelle et locale. La répétition régulière, d'année en année, des produits du sol et de l'industrie dans un pays, implique la pensée de mesurer les mouvements successifs du progrès national. Il ne saurait en être de même dans un concours exceptionnel de toutes les nations. Là, les dates s'effacent, et le vieux peut être à sa place aussi bien que le nouveau. Le rendez-vous est ouvert à tout ce qui est bon, à tout ce qui est beau, à tout ce qui est utile. Il n'est même pas nécessaire qu'un produit, pour mériter d'être exposé, représente une découverte, une invention, même ancienne, et accuse un triomphe quelconque du génie humain sur la ma-

la *pepsine* et l'*acide* du suc gastrique transforment les corps albuminoïdes, fibrine, albumine, gluten, caséum, en une matière que M. Mialhe a proposé d'appeler *albuminose*. Ce sont ces substances immédiatement assimilables sans nouveau travail digestif que M. Corvisart a désignées sous le nom de *nutriments*, les *aliments* étant les substances brutes d'où les nutriments sont extraits. Mais en même temps il a cherché à établir que les nutriments sont plus nombreux qu'on ne l'a cru jusqu'ici, et, de plus, que le travail digestif n'est pas le seul agent de la transformation des aliments en nutriments. Enfin, il a pensé que le principe digestif, recueilli et conservé par un procédé pharmaceutique, pourrait être administré à certains dyspeptiques, et exercer alors sur les aliments la même action qu'on les voit accomplir dans des vases inertes. C'est seulement de cette dernière vue, toute pratique, et, nous l'avons dit, très rationnelle, qu'il doit être question ici.

Nous avons donné à six malades les *poudres nutrimentives* préparées par M. Boudault, et dont il a indiqué la formule dans un mémoire présenté à l'Académie de médecine (14 février 1854) (1). Nous n'avons pas fait usage de prises additionnées de strychnine ou de codéine et destinées à remplir certaines indications spéciales, comme d'activer les contractions stomacales ou de prolonger le séjour des aliments dans le ventricule, mais seulement des prises de *pepsine acidifiée;* et dès lors nous avons eu soin d'en limiter l'administration aux dyspepsies qui nous ont paru dépendre uniquement d'une insuffisance, en quantité ou en qualité, du suc gastrique. Le récit détaillé de ces faits ne pourrait trouver place ici; nous nous contenterons, pour le moment, du court exposé suivant :

(1) « Prenez un nombre suffisant de caillettes (4e estomac des ruminants), videz-les, retournez-les, et lavez-les par un filet d'eau froide ; raclez la membrane muqueuse, réduisez-la en pulpe, faites-la macérer dans de l'eau distillée pendant douze heures ; passez au filtre ; versez dans la liqueur quantité suffisante d'acétate plombique ; recueillez le précipité, faites-y passer un courant d'hydrogène sulfuré, filtrez de nouveau et desséchez rapidement à une température inférieure à + 40° th. c.; pulvérisez. La quantité de poudre qui, ajoutée à 15 grammes d'eau acidulée par 3 gouttes d'acide lactique, transformera 6 grammes de fibrine de veau fraîche et finement coupée dans un bocal agité de temps en temps et maintenu douze heures à une température de + 40 th. c., et donnera à la solution digestive les caractères (point de précipité par l'acide nitrique, la potasse, etc., après l'action de la chaleur de 100 th. c., qui peut donner un léger trouble dû à l'albumine caséiforme, etc...) indiqués dans le mémoire sur les aliments et les nutriments, formera une poudre nutrimentive, quel que soit le poids de cette dernière.

» L'énergie des ferments, quels qu'ils soient, ne se mesure point au poids, mais seulement à l'action fermentifère ; pour faire disparaître ce que cela peut offrir d'anomalie en pharmacie, on peut ajouter plus ou moins de gomme ou d'amidon suivant le cas, afin d'avoir, pour une poudre, un poids égal, 1 gramme, par exemple. »

1° Deux enfants du sexe féminin, l'une de cinq ans environ, l'autre de dix, pâles, de chairs molles, ayant été très chargées de tissu cellulaire dans leurs premières années, mais étant aujourd'hui en voie d'amaigrissement, se plaignaient souvent d'anorexie, de nausées *pendant les repas*, de pesanteurs gastriques survenant un peu après ; elles étaient sujettes à des ballonnements du ventre et à des alternatives de diarrhée et de constipation. Chez toutes deux, mais surtout chez l'aînée, nous avions épuisé, avec des succès médiocres et peu durables, la série des moyens ordinaires (toniques, purgatifs, poudres de fer, etc.), quand nous eûmes recours aux poudres nutrimentives (un *demi-paquet* à chaque repas), en ayant soin de composer presque exclusivement l'alimentation de substances albuminoïdes, comme on le faisait d'ailleurs depuis longtemps. Dès le lendemain, l'appétit était plus vif, la digestion plus facile ; et au bout d'une dizaine de jours, toutes les fonctions digestives étaient notablement améliorées. Le traitement ayant été suspendu, l'une des petites malades retomba dans son premier état ; la reprise du traitement y mit un terme en peu de jours. Depuis cette époque, qui date déjà de plus de six mois, le système gastro-intestinal, sans être absolument exempt des légères incommodités propres à cet âge, a fonctionné assez régulièrement pour n'exiger l'emploi d'aucun remède.

2° Un homme de trente-huit ans, lymphatique, ayant habituellement la face bouffie, est, depuis plus de huit ans, sujet à ce que l'on appelle vulgairement la *pituite*. Il vomit par intervalles de grandes quantités de mucosités filantes, semblables à de la salive. Il éprouve alors une invincible répugnance pour les aliments, de quelque nature qu'ils soient, et les nausées lui viennent en se mettant à table, à la seule vue des mets. De tous les moyens mis en usage, et l'énumération en serait longue, les deux seuls qui aient paru avoir quelque efficacité sont la noix vomique en poudre et les purgatifs salins répétés tous les deux ou trois jours pendant trois semaines. Encore la disparition des accidents était-elle rarement complète, et après plusieurs mois d'amélioration la pituite revenait ; parfois seulement elle était remplacée par une diarrhée séreuse d'une excessive abondance. A la dernière atteinte de cette affection, l'hypersécrétion étant alors stomacale et durant depuis environ un mois, nous avons eu recours à la pepsine acidifiée (un paquet à chaque repas) ; au bout de trois jours, les accidents avaient cessé. Reviendront-ils ? Cela est fort probable ; mais il restera toujours que l'effet thérapeutique a été cette fois plus complet et beaucoup plus rapide que par l'emploi des autres médications.

3° Chez une dame atteinte d'engorgement utérin, avec dégoût, nausées après les premières bouchées d'aliments, digestions pénibles, etc., l'usage d'une prise nutrimentive à déjeuner seulement a rendu ce repas plus agréable, exempt de répugnance et plus facile à digérer, tandis que le repas du soir a continué à être suivi de pesanteur. Le cinquième jour, la malade a cessé tout traitement, et les premiers accidents se sont reproduits presque aussitôt. Elle a quitté Paris, et nous ne savons ce qui est advenu

---

tière brute ou animée. Les nations se réunissent pour étaler en commun leurs richesses de tous genres, quelle qu'en puisse être l'origine, et se disputer en chaque genre la suprématie; c'est, comme nous avons dit, une bataille où l'on tire avantage de tout, d'un pli naturel de terrain autant que d'un ouvrage d'art, d'une force naturelle autant que d'une adresse acquise et calculée ; et le prix pourra récompenser quelquefois le hasard, comme, dans les jeux antiques, celui qu'on décernait à la beauté. Ainsi, un don spontané du sol, qui ne doit rien à la culture ; un minerai brut, mais précieux, qu'il suffit de ramasser ; les fruits quelconques d'une terre lointaine et mal connue, ou les productions d'un pays nouvellement conquis, peuvent compter et comptent en effet dans le bagage des exposants. Il n'y a que le vulgaire, l'objet dépourvu de tout mérite spécial, soit de qualité, soit de bon marché, qui devrait en être exclu. Nous aurons peut-être ultérieurement à utiliser cette remarque.

La médecine, quand on y réfléchit, n'expose pas. La partie de l'Exposition qui l'intéresse est fournie seulement par les diverses branches d'industrie qui lui procurent ses instruments d'étude et de pratique. Les vrais produits de la médecine ne sont pas des graines de ricin, du sulfate de cuivre ou des couteaux à amputation : ce sont des nez restaurés, des yeux extirpés, des seins enlevés, ou des pneumonies menées à bonne fin. Une exhibition de produits de ce dernier genre ne manquerait pas d'intérêt. On aimerait à voir M. X... et M. Z..., qui aiment à défier leurs confrères *au lit du malade*, traîner devant la commission impériale quelques douzaines de rhumatisants et de typhoïques couchés dans les beaux lits d'Osmont, et servis dans le vermeil de Froment-Meurice. De grands gaillards avec la moitié de la face enlevée, ou les deux cuisses amputées dans l'article, proprement rangés dans des vitrines, ne feraient pas non plus mauvais effet. Mais nous sentons que l'exécution d'un pareil projet ne serait pas sans rencontrer quelques difficultés. Nous nous contenterons d'ajouter, pour justifier nos remarques, que la médecine, qui est un art libéral, est sous ce rapport à l'état d'infériorité vis-à-vis de la plastique, qui n'expose pas seulement ses couleurs, ses palettes ou son marbre, mais bien les produits directs de son intelligence et de son habileté.

Dans le cercle où nous sommes restreints, nous possédons encore un vaste champ d'études ; si vaste même, que nous ne comptons pas promener le lecteur sur tous les points où le droit rigoureux de la science médicale nous autoriserait à le conduire. Afin de ne pas dépasser le but d'utilité que doit conserver notre revue, nous nous occuperons exclusivement, et dans un ordre que nous ne fixons pas irrévocablement, des catégories d'objets suivantes :

de sa santé. Nous devons dire qu'aucun autre digestif n'avait été employé avant les prises de pepsine, ce qui diminue un peu la portée de l'expérience.

4° Nous avons eu recours aux prises chez deux dames enceintes, âgées l'une de vingt-six ans, et l'autre de trente à trente-deux, ayant toutes deux de la répugnance pour les aliments, des tiraillements d'estomac et des vomissements pituiteux le matin. Chez l'une d'elles, qui en était au deuxième mois, les vomissements ont disparu pour ne plus revenir après trois jours de traitement (un paquet à déjeuner et à dîner); plusieurs autres moyens, tels que la précaution de manger au lit de très grand matin, l'emploi de la valériane, de l'assa-fœtida, de l'essence de menthe, avaient échoué antérieurement. Chez l'autre malade, au troisième mois de la grossesse, l'emploi des poudres n'a eu aucun effet appréciable; les vomissements ont disparu d'eux-mêmes vers le quatrième mois.

Tels sont les faits. Nous nous bornons à les soumettre à l'appréciation de nos confrères, non comme un élément suffisant d'appréciation, mais comme pouvant encourager à de nouvelles tentatives.

L'Académie de médecine a eu mardi dernier sa petite pièce : elle a assisté *gratis* à une exhibition des Aztèques, amenés à la séance par le *montreur* de ces bêtes de l'espèce raisonnable. Nous le disons sans détour, il est déplorable que des échantillons d'idiots puissent exciter à ce point l'intérêt public; qu'une spéculation ignoble et mensongère sur l'infirmité de deux pauvres créatures s'étale librement en face de tous; qu'elle s'introduise dans les académies pour y exécuter des gentillesses de foire dont la réclame tirera parti, et qu'elle en sorte, non avec la flétrissure qui lui serait due, mais avec des marques d'intérêt et des paroles de remercîment.

Nous venons de le dire, ces enfants ne sont rien autre chose que des idiots, et il nous paraît difficile qu'une dissidence réelle sépare, sous ce rapport, M. Baillarger et M. Ferrus. L'exiguïté des formes, l'absence de poils, le faible développement des organes génitaux, le retard de la dentition, tout cet ensemble qui constitue comme une prolongation des formes enfantines, se rencontre dans les Pyrénées et dans les Alpes, au milieu des populations de crétins : il y a donc, et c'est un fait dont on doit la connaissance précise à M. Baillarger, un rapport évident entre l'arrêt général du développement sans crétinisme confirmé et le crétinisme lui-même. Mais il y a aussi un arrêt de développement chez les idiots, et qui n'est plus qu'un élément pathologique accessoire devant les caractères propres et spécifiques de l'idiotie. Or, chez les faux Aztèques, la conformation du crâne et de la face est celle qui appartient exclusivement à la microcéphalie, et jamais au crétinisme simple. Il faut reconnaître seulement que les échantillons présentés à l'Académie sont assez remarquables par la régularité, la gracieuseté de leurs formes, et éminemment propres, par cela même, à l'exploitation dont ils sont l'objet.

M. le docteur Maunoury (de Chartres) vient de lire à la Société de chirurgie (séance du 11 juillet) l'exposé d'expériences très intéressantes, desquelles il tire, sous réserve d'expériences ultérieures, les conclusions suivantes :

1° Que le pus du chancre syphilitique, de même que la sérosité de la pustule charbonneuse, inoculé de l'homme aux animaux, est sans effet;

2° Qu'un chancre récent, exempt de médication, excisé en totalité ou en partie, paraît doué d'une propriété inflammatoire spéciale agissant sur les animaux;

3° Que le chancre introduit dans le tissu cellulaire de la région supérieure du cou d'un lapin produit de l'inflammation, une suppuration *suî generis* et un gonflement des ganglions cervicaux;

4° Que cette inflammation a pu être, dans un cas, assez étendue pour déterminer la mort d'un lapin;

5° Que le chancre ancien induré paraît avoir perdu cette propriété spéciale, puisque, introduit sous la peau, il ne détermine aucune inflammation suppurative;

6° Enfin, que dans certaines affections pustuleuses transmissibles des animaux à l'homme ou de l'homme aux animaux, ce procédé d'introduction sous la peau de la pustule excisée peut mettre sur la voie de nouvelles recherches et donner des résultats précieux.

Nous nous bornons aujourd'hui à cette simple mention. Nous nous proposons d'examiner la question avec les développements qu'elle comporte, ainsi qu'une autre question agitée dans la même Société, et qui est relative à la transmission de la syphilis par l'inoculation du virus vaccin.

A. Dechambre.

1° Instruments, appareils et pièces propres à l'enseignement et à la pratique de l'anatomie;

2° Instruments, appareils et ustensiles propres à l'enseignement et à la pratique de la chirurgie, de la médecine et de l'orthopédie;

3° Appareils et produits relatifs à l'hygiène, à la matière médicale et à la pharmacie;

4° Livres, cartes et plans.

Sous ces divers titres, nous espérons pouvoir résumer avec des développements suffisants tout ce qui peut réellement intéresser la science et la pratique médicales, et montrer en même temps combien est légitime et opportune la présence du journalisme médical au palais de l'Industrie.

A. Dechambre.

— Les plaintes qui se sont élevées en Angleterre au sujet du service médical de l'armée d'Orient portent leurs fruits. Le docteur Andrew Smith ne continue ses fonctions de médecin en chef de l'armée que jusqu'à ce que son successeur ait été désigné. C'est du moins ce qu'a déclaré M. Peel à la chambre des communes. Si M. Hall, l'inspecteur général du service de santé, n'est pas destitué, ce n'est pas la faute du comité d'enquête. Enfin, un chirurgien de la brigade navale de Balaklava, a été traduit devant une cour martiale, pour négligence dans son service, et condamné à une peine sévère. Nous devons constater que quelques journaux anglais prennent vivement la défense de notre confrère, et attribuent aux difficultés insurmontables du moment les faits qui lui sont reprochés; mais le *Medical Times* approuve fortement une sentence qu'il croit méritée, et dit avec raison qu'il n'est pas dans l'intérêt bien entendu du corps médical d'excuser l'oubli du devoir chez un de ses membres.

— Le docteur Archibald Arnott, qui avait été médecin de l'empereur Napoléon, à Sainte-Hélène, vient de mourir en Angleterre, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans.

— En avril, mai et juin, il n'est mort du choléra à Londres, que huit personnes : il en était mort onze dans la même période de l'année 1854. Aucun décès par la même cause n'est signalé dans les tables de mortalité de la même ville, pour la semaine du 7 au 14 juillet.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'ASSIMILATION DU SUCRE SOUS LE POINT DE VUE DE LA PATHOLOGIE, par GEORGE D. GIBB, docteur en médecine, médecin du West London Dispensary (1).

Il y a dix années, je découvris la présence du sucre chez un individu atteint de maladie de Bright, et ne présentant pas d'autres symptômes de diabète. Donnant à ce cas toute mon attention, j'examinai les différents liquides du corps sous leurs divers états pathologiques. Dans quelques-uns, le liquide de l'ascite, par exemple, je trouvai du sucre; dans d'autres, au contraire, il n'y en avait pas. J'arrivai néanmoins à cette conclusion intéressante, que l'élément du sucre, comme l'a avancé le docteur Prout, joue dans l'assimilation générale un rôle plus important qu'on ne le croyait ordinairement; mais je ne dus rien ajouter de plus à ce sujet.

Quelques années plus tard, en France, mon ami M. Cl. Bernard découvrit ce fait important que le foie est le siége de la fabrication du sucre et l'origine du principe de cet élément dans les autres parties du corps. Cette découverte était très précieuse, surtout appliquée à la physiologie et à la pathologie, non-seulement du foie, mais encore des autres organes, surtout pour ce qui regarde l'assimilation en général. Elle devenait nécessaire à l'explication de plusieurs points expliqués plus bas. Un certain nombre d'observateurs s'appliquèrent alors à résoudre un des problèmes les plus remarquables de la pathologie, savoir « la glycosurie. » Dernièrement, le docteur Goolden, médecin à l'hôpital Saint-Thomas, publia là-dessus un mémoire intéressant, où il démontre qu'il y a souvent une relation évidente entre les troubles cérébraux et la présence du sucre dans les urines. J'essayai de recueillir toutes les conditions pathologiques importantes ayant rapport à l'assimilation du sucre, et de savoir, par l'examen de quelques-unes, s'il n'était pas possible de les réunir toutes sous un seul chef. J'ai pris le titre ci-dessus, parce qu'il me semble le plus propre, sinon le plus utile au but que je me propose, jusqu'à ce qu'un autre trouve à le compléter. Comme je veux renfermer un sujet aussi étendu dans un cadre aussi restreint que possible, je me contenterai de citer les manifestations pathologiques qui y ont le plus rapport. Mais avant de commencer la pathologie, je dirai quelques mots sur la physiologie de l'assimilation du sucre.

Le foie, qui a toujours été regardé comme le siége de la formation du sucre, en contient, à l'état de santé, une certaine quantité. Ce sucre a pour origine le sang, qui, arrivant dans le foie par la veine porte, en sort par les veines hépatiques et cave inférieure, pour gagner les cavités droites du cœur, et se rendre de là, par les artères pulmonaires, dans les poumons, où il subit l'oxygénation. Ce fait, sur lequel il serait trop long de s'étendre, prouve la relation importante qui existe entre la formation du sucre et l'acte respiratoire. Mon ami le docteur Pavy a prouvé, par de nombreuses expériences, que la présence de la fibrine dans le sang est nécessaire à la décomposition du sucre. La formation du sucre dans le foie est tout à fait indépendante d'une nourriture féculente ou saccharifère, et commence, d'après M. Cl. Bernard, avant la naissance de l'individu.

Cependant, la quantité de sucre diffère dans les diverses classes d'animaux, comme je l'ai plusieurs fois prouvé. Elle est plus grande dans le foie où domine l'élément graisseux, par exemple, dans celui du veau marin, du marsouin, du canard, de l'oie, et de la plupart des oiseaux de mer. On le trouve en grande quantité dans le foie de la morue et autres poissons qui ont beaucoup de graisse. Ce fait, que j'ai noté et dont on ne peut nier l'importance, prouve le rapport intime qu'il y a entre la graisse et la présence du sucre; il sert aussi à élucider la question pathologique des dégénérescences graisseuses.

Le sucre existe aussi, dans le sérum du sang artériel, à l'état normal et en petite quantité; on le trouve également, quoique en quantité moindre, dans le sang veineux. Le docteur Pavy en a trouvé dans les veines jugulaires; il en existe également dans la veine porte, où, quoique peu abondant, il l'est néanmoins plus que dans les jugulaires. Le chyle du canal thoracique en contient: il y est amené par les lymphatiques du foie, qui le puisent dans le parenchyme saturé de cet organe. Il n'y en a pas dans le chyle venant directement de l'appareil digestif. La glande mammaire le secrète en grande quantité, sous le nom de *sucre de lait*. On le trouve de même dans le lait sécrété par les nouveau-nés mâles ou femelles, dans l'urine des femmes enceintes, où il peut être clairement démontré pendant toute la grossesse. Dernièrement on a démontré qu'il existait, comme élément normal, dans l'urine des vieillards (1).

Telles sont les circonstances normales dans lesquelles le sucre est rencontré dans l'économie animale: c'est ce que l'on peut appeler la *physiologie de l'assimilation du sucre*. Cet exposé nous permettra de comprendre les états dans lesquels les liquides ou les solides du corps renferment du sucre normalement ou anormalement.

Les conditions pathologiques forment une classe tout à fait à part, et amènent une des maladies les plus incurables de l'homme. Ces conditions, qui peuvent à la vérité être regardées comme symptomatiques, indiquent des dérangements constitutionnels si importants, que je crois pouvoir les renfermer sous le titre de *pathologie de l'assimilation du sucre*.

Diabète. — Le docteur Prout a bien établi que les organes qui, à l'état de santé, assimilent normalement du sucre, en deviennent incapables dans cette maladie. Les fonctions qui ont pour but de faire subir au sucre ses différentes transformations, sont accompagnées de la formation d'un sucre d'une autre nature. Dans le diabète, les fonctions *réduisantes* de l'estomac sont morbides, tandis que les fonctions *convertissantes* sont plus ou moins suspendues ou paralysées. Dans les estomacs des diabétiques, le sucre est en plus grande quantité, surtout après l'usage des végétaux, et il passe rapidement dans le système circulatoire. Le docteur Prout fait observer avec raison que le diabète n'est pas constitué, comme on l'avait dit, par la formation de sucre dans l'estomac, ce qui est normal, mais par la plus ou moins grande altération des fonctions convertissantes, et, par conséquent, dans la plus ou moins grande modification des fonctions assimilatrices.

Je pense que cette explication des premiers désordres de cette maladie est suffisante et ne souffre pas de contradiction. La découverte du sucre dans le foie, d'après la doctrine de Prout, n'est pas en opposition avec ce que je dis plus haut. Il a avoué, cependant, que, dans les périodes avancées du diabète, le sucre paraît être le résultat d'une assimilation secondaire, ce qui n'a jamais lieu dans l'état sain. M. Cl. Bernard a maintenant prouvé la dernière partie de cette assertion. On ne doit donc pas s'étonner, en voyant le sucre produit en aussi grande quantité dans l'estomac, de le retrouver dans le sang: c'est un fait qui, malgré les dénégations de certains auteurs, est maintenant bien établi. Le sang se charge d'une partie seulement du sucre formé; car on retrouve aussi ce principe dans les excréments, après une période de quelques heures, à l'état solide, et surtout cristallisé. Les différents émonctoires du corps enlèvent au sang son trop-plein de sucre: ainsi on le trouve dans les urines, dans l'expectoration des phthisiques (il y manque quelquefois), dans la salive, et même dans la sueur. Quoique ce dernier

(1) Ce travail a déjà été analysé succinctement dans la *Gazette hebdomadaire* (n° 26, p. 486); mais, en raison de l'intérêt si vif qui s'attache actuellement au rôle physiologique ou pathologique de la glycose dans l'économie, il nous a paru que nos lecteurs nous sauraient gré de le leur faire connaître plus complétement. C'est, d'ailleurs, notre intention d'accorder une large place à tout ce qui sera publié d'important sur ce grave sujet, et nous attendons avec impatience le résultat de nouvelles expériences que M. Figuier, dit-on, a entreprises.

L'un des mérites du travail de M. Gibb est de présenter le tableau raisonné des éléments de la question pathologique, à laquelle son travail est spécialement consacré

A. D.

(1) M. Reynoso et moi, qui avons énoncé ce fait les premiers, comptons reprendre prochainement nos expériences. A. D.

fait soit rare, il a été prouvé par Simon, Nasse, Magendie et autres. Le sucre est quelquefois tout aussi abondant dans la sueur que dans les autres sécrétions du corps. Il est difficile de se procurer un foie diabétique *immédiatement* après la mort ; je n'ai jamais trouvé de sucre dans ceux que j'ai examinés quelques heures après. J'ai d'abord douté de l'exactitude de mes expériences ; mais, en considérant que les mêmes moyens m'avaient servi à constater la présence du sucre dans d'autres foies et que j'avais une certaine habitude de reconnaître ce principe, je me suis convaincu que, dans le diabète, le foie ne contenait que très peu ou point de sucre. Cette découverte, tout à fait opposée aux idées de M. Cl. Bernard, est très importante. Pourrait-on s'expliquer ceci par un dérangement de l'assimilation secondaire, dérangement tel que, la veine porte apportant au foie une si grande quantité de sucre tout formé, cet organe n'a plus besoin d'en charger le sang qui traverse son parenchyme. C'est là évidemment une des causes du fait, et qui me semble expliquer aussi, sous quelques rapports, pourquoi le diabète amène si souvent des maladies de poitrine ; et cela, non pas parce qu'il apporte trop de sucre au poumon, mais bien parce que le sucre qu'il lui envoie ne vient pas assez directement du foie lui-même.

Je note ici que je n'oublie pas les expériences dans lesquelles du sucre de canne et de raisin, ayant été injecté dans les veines jugulaires, a été retrouvé dans les urines, ni celles dans lesquelles du sucre, introduit dans le système de la veine porte, et subissant par conséquent des modifications dans le foie, n'a pas été constaté dans les urines. Ces expériences prouvent clairement que le foie à l'état de santé absorbe exclusivement le sucre apporté du dehors ; mais quand ce principe devient en excès, comme dans le diabète, les fonctions particulières du foie sont plus ou moins paralysées.

Mon ami le professeur Beale, de *King's College*, qui a souvent analysé le foie et les reins dans les cas de diabète, m'assure n'avoir jamais trouvé de sucre dans ce premier organe ; et, dans un mémoire remarquable sur ce sujet, publié dans le *Medico-chirurgical Review*, il dit y avoir trouvé plus de graisse que dans l'état sain. Cet organe paraît alors famélique. Mes opinions se trouvent donc confirmées par celles du docteur Beale, et tout à fait contraires aux recherches de M. Cl. Bernard sur le foie. Il croit que la cause du diabète est dans une production excessive et anormale de sucre dans le foie, production attribuée à une trop grande action du grand sympathique. Pour moi, c'est le contraire. S'il en était ainsi, nous devrions observer le diabète comme lié aux dégénérescences graisseuses du foie, alors que cet organe renferme du sucre dans les mêmes proportions (comme je l'ai démontré autre part) que celles trouvées par M. Cl. Bernard dans les foies diabétiques ; mais, en mettant de côté l'existence de l'œdème, nous voyons qu'il est impossible de constater la présence du sucre dans les urines, et de reconnaître par conséquent l'existence du diabète.

Pour moi donc, le diabète ne serait qu'un résultat de la non-sécrétion du sucre par le foie, et, par conséquent, d'un dérangement de l'assimilation.

Ainsi, les principaux organes assimilateurs sont influencés d'une manière particulière, soit par une condition anormale de la bile sécrétée par un foie dépourvu de sucre, soit par une réaction nerveuse du foie sur l'estomac et les intestins, soit par l'action du suc pancréatique chargé de graisse (le docteur Hyde Salter a retrouvé ce dernier principe dans les cellules du pancréas d'un diabétique). Le suc pancréatique a pour but, à l'état de santé, de convertir l'amidon en sucre. Cette fonction se fait lentement et par gradation, et le sucre est absorbé comme il est produit. Dans le diabète, cette fonction peut être augmentée comme elle est produite. L'état graisseux du pancréas semblerait donc prouver directement ou indirectement l'influence des fonctions *convertissantes* de l'estomac, et, par là, de l'assimilation secondaire.

Je ne discuterai pas les idées du docteur Bence Jones, qui prétend que la digestion ne se fait plus normalement, et qu'il n'y a plus transformation de l'amidon en dextrine, de la dextrine en sucre, et formation d'acide carbonique et d'acide végétal. Ces idées n'ont rapport qu'aux effets de la maladie. Les signes trouvés à l'autopsie, et cités par plusieurs observateurs et par moi-même, viennent encore à l'appui de ma théorie. Quoi qu'il en soit, je ne me pose pas en autorité.

Prout, dans ses nombreuses expériences, a trouvé chez plusieurs individus des lésions organiques des viscères ; chez d'autres, tous les organes paraissaient sains. Selon lui, la diversité ou l'absence de ces lésions organiques ne se rattachent pas à la présence du sucre : elles seraient plutôt des affections concomitantes. En parlant des fonctions, il était porté à croire que, dans le diabète, le foie est toujours gravement attaqué. Cette supposition d'un observateur aussi exact et aussi expérimenté est d'une grande importance, surtout depuis la découverte de la propriété qu'a le foie de sécréter du sucre. Les lésions anatomiques que Prout a le plus signalées sont plutôt de nature chimico-mécanique que véritablement organiques. Il les rangeait en trois catégories : 1° hypertrophie et congestion des reins ; 2° turgescence des veines qui se terminent dans la veine porte, principalement les veines mésentériques, et afflux dans les organes assimilateurs de sang coloré et liquide ; 3° dans des cas plus rares, vascularisation de la membrane muqueuse de l'estomac et de la partie supérieure du canal digestif.

La première et la troisième catégorie procèdent naturellement de la maladie. Quant à la deuxième, elle prouve évidemment que la grande quantité de sucre apporté a obstrué le foie, et empêché la circulation en paralysant les fonctions.

Il résulte de preuves décisives que, dans le diabète, le foie est l'organe le plus intéressé, et qu'il subit une influence de la moelle allongée. Ceci est très important, et c'est avec confiance que je combats les opinions de M. Cl. Bernard, non sur le siége de la maladie, mais bien sur la nature des fonctions intéressées, lésions qui constituent l'étiologie de la maladie. On pourrait m'objecter que les urines cessent de contenir du sucre quelque temps avant la mort, et que le foie pourrait bien aussi ne pas en contenir. Mais j'ai démontré que la présence de ce principe pouvait être constatée assez longtemps après la mort, dans les urines ou dans un foie diabétique. Je citerai un cas où je l'ai rencontré dans un foie graisseux, onze jours après le décès, et déjà presque décomposé. Dans ce moment, l'urine d'un diabétique mort à l'hôpital Saint-Barthélemy (service du docteur Burrows, 8 déc. 1853) renferme du sucre. Cette particularité spéciale du sucre diabétique, que l'on ne trouve pas dans le sucre produit par des expériences pendant la vie, a été indiquée par mon ami le docteur Pavy. De plus, si le sucre existait dans le foie en aussi grande quantité que le veut M. Cl. Bernard, on devrait le découvrir facilement, même quelques heures après la mort. Or, cela n'est pas.

Pendant la publication de ces nouvelles idées, le docteur Pavy prétendait que ni M. Cl. Bernard, ni lui, n'avaient trouvé de sucre à l'autopsie dans un foie de diabétique. Ce fait est très important. Je suis pourtant porté à croire à l'existence de quelques rares exceptions ; exemple : les expériences du docteur Garrod.

Indépendamment de sa combustion dans le poumon, le sucre, assimilé à l'état sain par le foie, a encore pour objet la formation de la graisse. Je ne doute pas que, plus tard, on ne prouve qu'il y a une relation exacte entre la quantité de graisse et la quantité de sucre. Ce résultat constant de mes expériences m'a amené à conclure que le sucre est une des principales sources de la graisse dans les différentes parties du corps ; qu'il peut être converti en graisse, et que la graisse ne peut l'être en sucre. Je dois avouer que j'ai longtemps partagé avec d'autres une opinion contraire à celle-ci ; je m'empresse de la rectifier aujourd'hui. Le seul argument en faveur de la conversion de la graisse en sucre, est l'action du suc pancréatique pur et nouvellement formé, qui, d'après M. Cl. Bernard, émulsionne les huiles et les corps gras avec la plus grande facilité. Cette émulsion persiste assez longtemps, et les corps gras subissent une fermentation qui permet aux acides contenus de se séparer.

Relativement à la graisse et au sucre dans le diabète, il y a d'autres points qui peuvent jeter un jour sur ce point de pathologie. Dans un mémoire du docteur Beale (*British and Foreign medico-chirurgical Review*) sur la composition chimique et microscopique du foie et des reins dans le diabète, sous le rapport de la présence de la graisse, il trouve que la graisse est prédominante dans les reins,

et en moins grande quantité qu'à l'état sain dans le foie. Ainsi, dans les reins à l'état de santé, la graisse ne s'élève pas au-dessus de 4 pour 100 ; dans le diabète elle surpasse 25 pour 100. Sous un égal volume de rein et de foie sain, la graisse prédomine dans le premier, selon lui, tandis qu'à l'état normal c'est le contraire. En comparant à volume égal, il a trouvé que le foie sain contenait plus du double de matières graisseuses que le foie diabétique. Que signifient ces faits du docteur Beale? La graisse due à la circulation du sucre par les reins est un effet purement mécanico-chimique ; par le même effet, si le foie, à l'état sain, reçoit une quantité moindre de sucre, la graisse doit être notablement diminuée. Le docteur Hyde Salter a démontré que le pancréas devait une certaine quantité de sucre à la présence de globules huileux dans ses cellules.

Un des effets du diabète étant l'arrêt de la formation du sucre dans le foie, et ce sucre étant nécessaire à l'économie, il doit être le résultat d'une sécrétion morbide qui se fait principalement dans l'estomac, aux dépens d'aliments de toute nature. L'estomac doit cette propriété au voisinage de l'organe sécréteur par excellence.

Ainsi, la thérapeutique doit avoir pour but de soustraire le foie à l'influence du système nerveux, de ranimer ses fonctions, et, en même temps, de modifier l'action de l'estomac, action qui a été changée par la non-formation du sucre dans l'organe voisin.

La première cause du diabète, comme l'a si clairement établi M. Cl. Bernard, résidant dans une perturbation du système nerveux, je crois qu'elle est principalement due à la moelle allongée et au grand sympathique. Pour M. Cl. Bernard, la prédominance du sucre dans les urines diabétiques est due à l'action du grand sympathique sur le foie ; il a prouvé, par des expériences, que le pneumogastrique n'agissait que secondairement. Ainsi, la section de ce nerf produit un diabète artificiel. Le courant galvanique doit passer en haut par leurs extrémités centrales, et non en bas par leurs extrémités périphériques. Le galvanisme agissant sur la moelle allongée par l'extrémité supérieure du pneumo-gastrique, a une influence pareille à celle qu'une ponction, faite au centre nerveux, transmettrait par en bas le long du cordon spécial, et de là au foie par le splanchnique.

En terminant cette partie de mon mémoire, je dirai que les docteurs Bright, Copland et Wall (de Nottingham) regardaient le diabète comme dépendant d'un trouble du système nerveux, sans en préciser le siége. Le docteur Copland le place dans le grand sympathique, et l'on cite des exemples de diabète dans lesquels on a trouvé un développement anormal du grand sympathique, du pneumogastrique et des splanchniques.

(La suite prochainement.)

DE L'INCOMPATIBILITÉ DU CALOMEL ET DES ÉMULSIONS D'AMANDES; extraits d'un mémoire de M. le docteur DELIOUX, professeur de thérapeutique et de matière médicale à l'École de médecine navale de Brest.

Dans la confection du looch blanc, selon le Codex, il entre 18 grammes d'amandes douces et 2 grammes d'amandes amères. Ces semences contiennent des principes immédiats essentiels à connaître pour l'intelligence de la question.

Dans les amandes douces, à côté de 50 pour 100 environ d'huile fixe, nous trouvons une sorte d'albumine modifiée, nommée *émulsine* ou *synaptase;* c'est elle qui tient l'huile en suspension, qui l'*émulsionne.* Dans les amandes amères, à côté d'une proportion moindre d'huile fixe et d'une proportion plus considérable de synaptase, on trouve en sus, à 2 1/2 pour 100, un principe particulier, nommé *amygdaline.*

La synaptase a dans ses propriétés la plus grande analogie avec l'albumine ; comme celle-ci, elle est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, coagulable par la chaleur.

L'amygdaline est une matière blanche, cristalline, dont la saveur, un peu sucrée au premier goût, rappelle bientôt celle des amandes amères ; elle est très soluble dans l'alcool bouillant, peu dans l'alcool froid, insoluble dans l'éther.

Ces deux principes sont composés de carbone, d'oxygène, d'hydrogène et d'azote ; la synaptase, comme principe quaternaire et ne contenant point de soufre, se distingue par cette particularité de constitution de l'albumine. Isolément, ces principes immédiats n'ont pas d'action notable sur l'économie animale ; mais lorsque, dans certaines circonstances, ils viennent à réagir l'un sur l'autre, leurs éléments s'échangent et s'allient en groupes moléculaires nouveaux, parmi lesquels naissent deux produits d'une grande énergie toxique, savoir : l'acide cyanhydrique et l'huile essentielle d'amandes amères ou hydrure de benzoïle. Or, l'émulsion qui constitue la base du looch du Codex réalise les conditions favorables à ces phénomènes ; la synaptase, avec l'intermédiaire de l'eau, réagit à la manière d'un ferment sur l'amygdaline ; alors, comme résultats du dédoublement des molécules primitives, l'huile et l'acide apparaissent, indiqués aux sens par leur saveur et leur odeur spéciales.....

Étant établie l'apparition d'un principe cyanique dans l'émulsion d'amandes, qu'arrivera-t-il si l'on vient à y suspendre du calomel ?

Pour réponse, nous transcrirons textuellement M. Mialhe, qui a étudié avec une grande précision ce point intéressant de chimie appliquée à la pharmacologie :

« Il résulte incontestablement de mes recherches que, lorsqu'on fait réagir un excès d'acide prussique sur du mercure doux, et qu'on a soin d'aider la réaction par une agitation convenable, le calomel ne tarde pas à être entièrement décomposé. Il se produit d'abord de l'acide hydrochlorique, du bicyanure de mercure et du mercure métallique, ainsi que le démontre la réaction suivante :

$$Cl^2Hg^2 + Cy^2H^2 = Cl^2H^2 + Cy^2Hg + Hg\ ;$$

c'est-à-dire qu'un équivalent de calomel, en réagissant en présence d'un équivalent d'acide prussique, donne naissance à un équivalent d'acide hydrochlorique, à un équivalent de cyanure mercurique, et qu'un équivalent de mercure métallique est mis en liberté, et cela parce qu'il n'existe pas de cyanure de mercure correspondant au protochlorure.

» A cette réaction si simple en succède une autre qui, bien que très simple aussi, n'a pas peu contribué à cacher la véritable réaction que je viens d'énoncer. C'est qu'une fois que cette réaction primordiale est terminée, et même avant, l'acide chlorhydrique et le cyanure mercurique réagissent mutuellement, de manière à produire du bichlorure de mercure, et de nouveau de l'acide cyanhydrique ; mais cette décomposition n'est jamais que partielle, l'action décomposante de l'acide hydrochlorique ne tardant pas à être contre-balancée par l'affinité bien connue du cyanogène pour le mercure.

» Le produit définitif de la réaction est donc du bichlorure de mercure, du bicyanure de mercure, de l'acide hydrochlorique et de l'acide hydrocyanique ; plus, du mercure métallique. Enfin, ce mélange renferme, en outre, des traces d'ammoniaque et d'acide formique, provenant l'un et l'autre de l'action réciproque de l'acide cyanhydrique et de l'eau. » (*Art de formuler*, p. 46 *et seq.*, 1845.)

Et une action analogue se produira au contact de l'acide cyanhydrique et de tous les protosels de mercure.....

Les mêmes observations s'appliquent aux cas dans lesquels on introduit dans l'organisme les oxysels de mercure ; ils sont totalement décomposés par l'acide cyanhydrique ; ils sont transformés en entier, d'après M. Mialhe (*loc. cit.*), en bicyanure de mercure et en mercure métallique, l'oxacide mis en liberté n'ayant pas, en général, comme les hydracides, la propriété de décomposer en partie le bicyanure de mercure. Il faut s'en souvenir pendant la durée des traitements antisyphilitiques par la liqueur de Van-Swieten, ne pas prescrire conjointement aux malades l'un des liquides émulsifs mentionnés tout à l'heure, et moins encore mélanger à un looch la solution de sublimé corrosif ; ce serait infailliblement transformer celui-ci en bicyanure de mercure, sel sur les propriétés duquel on n'est point parfaitement fixé. La décomposition aurait moins d'inconvénient que pour les protosels, mais elle pourrait en avoir dans des conditions imprévues d'idiosyncrasie ; elle doit être évitée, n'eût-elle pour résultat que de transfigurer le médicament primitif et de conduire le traitement dans des voies toutes différentes de celles que l'on prétendait suivre.

En fin de compte, il existe entre les préparations mercurielles et les émulsions d'amandes une incompatibilité chimico-thérapeutique, déduite de considérations si sérieuses, que l'on doit poser comme règle absolue de ne jamais mettre en présence ces deux ordres de substances médicamenteuses au sein de nos organes. C'est avec intention que nous disons, d'une manière générale, les émulsions d'*amandes* : sans doute, ce sont les amandes amères seules qui fournissent les éléments de la réaction toxique ; mais, parmi les semences livrées par le commerce à la pharmacie, sous le nom d'*amandes douces*, il y en a presque toujours quelques-unes d'amères, et le triage complet peut en être considéré comme impossible ; ce mélange provient beaucoup moins de la fraude que de la nature des récoltes dans les semis d'amandiers : presque constamment au milieu des pieds de la variété *dulcis*, il en existe quelques-uns de la variété *amara*, et réciproquement.

Donc, éloignons l'amande du mercure : ce précepte est l'un des plus impérieux de la pharmacologie ; le médecin et le pharmacien doivent veiller de concert à son observation, et se le rappeler mutuellement si l'un des deux vient à l'oublier. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juillet 1855.)

Fœtus humain dépourvu d'encéphale et de moelle-épinière, ou fœtus amil-acéphale ; extrait d'un travail lu à l'Académie médico-chirurgicale de Turin, dans la séance du 2 mars 1855, par le professeur Defilippi, membre de l'Académie (1).

M. Defilippi reçut dernièrement du docteur Giovanni Melchiori, médecin et chirurgien en premier de l'hôpital de Novi, un fœtus humain tellement anormal, qu'il eût été impossible d'affirmer que ce fût un fœtus, si un fragment encore adhérent du cordon ombilical ne l'eût révélé. Les dimensions du fœtus étaient celles du tronc d'un enfant à terme. Ce fœtus était dépourvu de membres, et n'offrait qu'un seul moignon rudimentaire. Il n'y avait point, à l'extérieur, de différence entre les deux extrémités du corps, et il eût été difficile de déterminer celle qui correspondait à la tête, si une vésicule de forme ovale, et remplie d'un liquide séreux, ne l'eût représentée. Cette vésicule céphalique était placée dans le voisinage de l'une des extrémités et du côté de la face ventrale. A l'extrémité opposée, et, par conséquent, à celle qu'on peut appeler inférieure, existait un appendice représentant un pénis entouré de son prépuce.

Ce monstre était venu à terme, et la femme qui l'avait porté avait donné naissance, en même temps, à un autre enfant parfaitement conformé et jouissant d'une bonne santé.

Voici les principales particularités anatomiques révélées par l'autopsie.

Obs. — *Appareils de la vie organique.* — L'infiltration était générale ; la charpente osseuse du squelette était peu développée et ressemblait à celle d'un fœtus de cinq ou six mois. Le tube digestif commençait par un cul-de-sac qui paraissait correspondre au duodénum, et présentait à l'autre extrémité une terminaison également aveugle ; du reste, peu de circonvolutions et point de distinction bien nette entre le petit et le gros intestin.

Il n'y avait pas la moindre trace d'œsophage, d'estomac, de foie, de rate ni de pancréas. On distinguait dans la région lombaire, de chaque côté de la colonne vertébrale, deux masses aplaties qu'on reconnaissait bientôt pour les reins. Les uretères se rendaient dans la cavité du bassin et se terminaient dans une vessie rudimentaire.

Les capsules surrénales n'existaient pas.

Sous les reins, on remarquait deux corps arrondis qu'on reconnaissait facilement pour les testicules.

En ce qui regarde les organes de la respiration, on pouvait constater ce qui a lieu ordinairement dans les cas analogues, savoir l'absence complète des poumons et de leurs dépendances. La cavité thoracique était remplie par un tissu conjonctif lâche. Le thymus manquait également.

(1) *Giornale delle Scienze della reale Accademia medico-chirurgica di Torino*, 15 mars 1855, page 249.

Il n'existait aucun vestige de cœur. Les vaisseaux artériels n'ont pas été examinés. Quant aux veines, il y avait un gros tronc placé le long de la colonne vertébrale qui recevait le sang de la région thoracique : à ce tronc se réunissaient dans la région abdominale les veines mésaraïques, les veines rénales, et celles qui ramenaient le sang de l'extrémité inférieure du tronc. Il existait une véritable veine porte, laquelle, au lieu de se porter au foie qui manquait, se portait au rein droit (1).

Appareils de la vie animale. — La vésicule céphalique, dont nous avons parlé plus haut, contenait un liquide séreux jaunâtre. Il n'y avait dans l'intérieur de cette vésicule ni crâne osseux ni encéphale. Les parois de la vésicule, dans l'épaisseur desquelles on pouvait voir les bulbes pileux des cheveux, étaient doublées par une couche de tissu conjonctif (tissu cellulaire). Il existait en deux points deux petites plaques cartilagineuses sous-jacentes à la paroi de la vésicule. Ces points cartilagineux, vestiges du crâne primordial, appartenaient probablement l'un au sphénoïde, l'autre au maxillaire.

La colonne vertébrale était complète. Les côtes, qui s'en détachaient, limitaient une cavité thoracique peu développée. La cavité thoracique osseuse était incomplète par-devant, par manque du sternum.

Aucun vestige de membres supérieurs, ni de scapulum, ni de clavicule.

Le bassin existait dans sa forme et ses dimensions régulières ; il y avait aussi des fémurs difformes, et d'un côté un tibia qui faisait une légère saillie en dehors et qui correspondait au moignon dont nous avons parlé. Le squelette était principalement cartilagineux. On pouvait voir des points d'ossification dans les vertèbres, dans le sacrum et dans les fémurs.

L'encéphale ainsi que ses enveloppes faisant défaut, il était naturel de penser que les organes des sens devaient manquer ; ces organes étaient en effet absents. L'apparence à peu près normale de la colonne vertébrale avait fait supposer à M. Defilippi que cette colonne renfermait une moelle épinière ; mais lorsqu'il voulut la découvrir, il s'aperçut qu'il n'en existait pas trace. La dure-mère rachidienne représentait un canal vide, comprimé par un liquide séreux placé entre elle et les parois osseuses du canal rachidien. M. Defilippi fit tout son possible pour rechercher s'il n'existait pas quelques nerfs spinaux ; mais il lui fut impossible de trouver aucun vestige des fibres nerveuses du système cérébro-rachidien.

Il ne fut pas peu surpris de voir aussi que les muscles de la vie animale (qu'il s'attendait à rencontrer au moins dans le membre inférieur rudimentaire) manquaient absolument. Quelque multipliées qu'aient été les recherches de l'auteur, il ne lui a pas été possible de constater la présence d'une seule fibre musculaire striée.

Quant au nerf grand sympathique, les recherches de M. Defilippi lui ont fait reconnaître, le long de la colonne cervicale, l'existence du ganglion cervical supérieur, et dans la cavité thoracique trois ganglions bien développés, avec leurs cordons nerveux correspondants.

L'observation que nous venons de rapporter brièvement est d'un haut intérêt physiologique. L'absence complète du système nerveux cérébro-spinal concordant avec celle d'un grand nombre d'appareils de la vie animale, et aussi de la vie organique (organes des sens, muscles, poumons, foie, rate) ; d'un autre côté, le développement à peu près régulier du système du grand sympathique, concordant avec l'existence du tube digestif, des organes génitaux et des organes urinaires, ce fait, dis-je, est de nature à jeter quelque lumière sur la spécialité d'action des divers départements du système nerveux.

J. B.

(1) Probablement à la veine rénale droite. J. B.

III.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

De la leucémie, ou maladie caractérisée par l'augmentation des globules blancs du sang, par MM. Virchow et Bennett.

L'hématologie pathologique est devenue depuis vingt ans un champ d'études fréquemment exploré par les observateurs modernes. Liquide complexe et contenant en principe la plupart des éléments nécessaires au développement des corps, le sang a été fréquemment soumis à l'analyse chimique ; mais jusqu'ici le microscope avait à peine osé s'occuper des modifications que la ma-

ladie peut apporter dans les caractères physiques de ses éléments constitutifs. Cependant, M. Donné, dans un ouvrage bien connu des médecins français, avait donné la description de certaines lésions dont l'importance et la signification n'ont malheureusement pas été confirmées par des recherches ultérieures. Peu de temps après la publication de cet ouvrage, deux savants étrangers, MM. Bennett, d'Édimbourg, et R. Virchow, de Würzbourg, signalaient l'existence d'une maladie nouvelle, altération primitive du sang dont les caractères pathognomoniques, empruntés à l'examen microscopique de ce liquide, s'accompagnaient pendant la vie d'un cortége spécial de symptômes qui leur semblait justifier l'admission d'une nouvelle maladie, dont ils tracèrent l'histoire pathologique: c'est la *leucémie* de M. Virchow, la *leucocythémie* de M. Bennett. En 1845, les travaux de ces deux auteurs furent publiés, à peu de distance les uns des autres, en Allemagne et en Angleterre. Le premier mémoire que nous possédions en France sur ce sujet est celui de M. Bennett, inséré dans les *Bulletins de la Société de biologie de Paris*. L'année suivante, en 1852 (*Mémoires de la Société de biologie*, v. V, p. 5), nous avons lu devant la même Société la relation d'un fait de leucémie observé par nous dans le service de M. Rayer; et en 1853 MM. Robin et Charcot communiquèrent également un fait de même nature recueilli à l'hôpital de la Charité. C'est là à peu près tout ce que nous connaissons en France sur la leucémie. En Allemagne et en Angleterre, l'attention a été plus attirée sur ce sujet; aussi des travaux microscopiques, chimiques, cliniques, ont-il été publiés en beaucoup plus grand nombre que chez nous.

Ce qui nous a engagé à entretenir les lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* de cette question encore peu connue, c'est d'abord son intérêt, qui n'est pas à beaucoup près purement scientifique, mais qui est aussi pratique, puis un débat de priorité élevé entre MM. Bennett et Virchow, relativement à la découverte de cette nouvelle maladie. A l'époque actuelle, où la connaissance du siége des maladies, des organes et des éléments altérés préoccupe si généralement les médecins, il était intéressant de suivre les efforts des hommes qui essaient de jeter une lumière sur le champ malheureusement si obscur de l'hématologie pathologique. On sait qu'à toutes les époques, et surtout pendant le règne des doctrines humorales, on a reconnu une foule de maladies primitives du sang. Tout récemment encore, l'école moderne de Vienne faisait jouer un grand rôle en médecine aux *causes* du sang. En France, nous avons pu suivre les travaux chimiques d'hématologie, ceux de MM. Denis, Lecanu, Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier. Nous ne nous proposons pas ici d'examiner les progrès dont la médecine est redevable sur ce point à la chimie; ce sujet a été récemment traité d'une manière très complète dans la thèse de concours de notre confrère M. Tholozan (Concours de l'agrégation en médecine à la Faculté de Paris, 1853). Depuis quelques années, les recherches ont suivi une autre voie jusqu'alors moins explorée, celle de l'application des sciences physiques à l'histologie.

Au point de vue scientifique, doctrinal, la question des altérations primitives du sang est donc de la plus haute importance. Les cliniciens ne peuvent, avons-nous dit, y demeurer étrangers; car la science anatomique va leur donner la clef assez inattendue d'une forme de maladie, dont la cause, la marche et surtout la terminaison presque constamment fatale, demeuraient jusqu'alors entourées d'un profond mystère. Telle est, suivant nous, l'importance de cette altération du sang dont nous allons donner un court aperçu.

Dans l'avant-dernier feuilleton *sur les Universités d'Allemagne*, en parlant des travaux de M. R. Virchow, de Würzbourg, nous avons attribué à ce savant le mérite de la découverte de la leucémie. M. Bennett a réclamé à cet égard auprès de la rédaction de la *Gazette hebdomadaire*. Rendant toute justice à la valeur scientifique de cet observateur, nous avons soumis la question à une nouvelle étude, et à la fin de cet article nous dirons quelques mots des prétentions respectives qui ont soulevé entre les deux savants allemand et anglais une controverse un peu acerbe, dont le dernier produit, à notre connaissance, est le travail de M. Virchow, qui a pour titre : *Le professeur Bennett et la leucémie* (*Archiv. f. path. Anat.*, vol. VII, liv. 3 et 4).

Vouloir rechercher dans la leucémie un symptôme pathognomonique serait aussi irrationnel que dans la plupart des autres affections; ces groupes de lésions ou de symptômes, que nous nommons maladies, tirent leurs caractères le plus souvent de la coexistence ou de la corrélation d'un certain nombre de phénomènes qui, isolément ou dans d'autres rapports, peuvent se rencontrer dans des maladies très diverses. Les symptômes de la leucémie se divisent en deux catégories: les uns dépendent de l'hypertrophie simultanée ou isolée d'un ou de plusieurs organes glandulaires de l'abdomen: rate, foie, ganglions lymphatiques; les autres sont ceux d'une cachexie consécutive très prononcée. On peut voir dans l'ouvrage récent du professeur S. Vogel de Giessen (*Virchow's Handb. d. spec. Path. u. Therap.*, v. 1, p. 394, 1854) quelle est la fréquence relative de ces divers ordres de lésions. Sur dix-neuf cas de leucémie analysés par ce savant, on a trouvé seize fois une hypertrophie de la rate, treize fois une hypertrophie du foie, onze fois une hypertrophie des ganglions lymphatiques. Nous avions raison, par conséquent, de signaler l'hypertrophie simultanée de ces organes glandulaires. La rate acquiert quelquefois un volume considérable; on pourra voir, dans le fait que nous avons relaté dans les *Bulletins de la Société de biologie*, qu'elle atteignait presque en bas la ceinture osseuse du bassin et occupait la moitié du ventre. L'hypertrophie du foie n'est pas en général aussi monstrueuse. Quant aux ganglions lymphatiques, on les voit quelquefois hypertrophiés dans toute l'économie. M. Virchow nous a montré l'année dernière, à Würzbourg, une remarquable pièce anatomique de ce genre, qu'il a décrite, du reste, dans son mémoire. L'augmentation aussi considérable du volume de la rate, du foie ou des ganglions lymphatiques, entraîne à sa suite un épanchement de sérosité dans la cavité péritonéale ou dans le tissu cellulaire des membres inférieurs. L'amaigrissement survient et augmente rapidement; du côté du tube digestif, on observe quelquefois des vomissements, rarement de la constipation, plus souvent de la diarrhée. La dyspnée est plus ou moins considérable et causée soit par le refoulement du diaphragme soulevé par les viscères abdominaux hypertrophiés, soit par une bronchite, soit par un œdème pulmonaire, comme on l'a vu dans un certain nombre de cas. L'altération des forces, la cachexie, entraînent la manifestation d'hémorrhagies nasales, quelquefois même pulmonaires, des sueurs plus ou moins profuses; enfin on a signalé souvent une augmentation de la quantité des urates dans le sang.

Pourrait-on, avec l'aide seulement des symptômes que nous venons d'énumérer, reconnaître à coup sûr une maladie spéciale? Non, sans aucun doute. Le caractère principal est tiré de l'examen anatomique du sang; c'est précisément cette augmentation considérable de la quantité des globules blancs du sang, avec diminution relative des globules rouges. On sait, en effet, depuis longtemps que le sang, outre les globules rouges caractéristiques découverts par Leeuvenhoek, renferme d'autres éléments: les globules blancs, beaucoup moins abondants, plus volumineux et les globulins; or, dans la leucémie, le rapport de quantité des deux principaux éléments du sang, globules blancs et rouges, se trouve interverti. Sans avoir recours aux procédés de numération des globules de MM. Vierordt, Moleschott, Welcker, etc., ou à l'échelle de couleurs de M. J. Vogel, il suffit à un œil à peine exercé d'examiner rapidement une préparation microscopique, pour constater le changement si marqué de proportion de ces éléments constitutifs du sang. On avait, il est vrai, depuis quelque temps, indiqué déjà la prédominance de la quantité des globules blancs chez certains malades; mais jamais on n'avait déduit la signification du fait. M. H. Bennett publia en 1845 (*Edinb. Med. and. surg. Journ.*, vol. LXIV, p. 413) un fait intitulé : *Observation d'hypertrophie de la rate et du foie, dans lequel la mort fut causée par une suppuration du sang.* C'était déjà un pas dans la question, et ce cas, ainsi que celui du docteur Craigie, que mentionne M. Bennett, étaient bien propres à fixer l'attention des médecins. Le professeur de clinique d'Édimbourg insistait dans ce premier travail sur la présence d'éléments purulents dans le sang, bien que l'on ne trouvât dans les solides aucune trace de phlegmasie. Presque en même temps M. Virchow vint donner à ces faits une autre signification. Aux yeux du professeur

de Würzbourg, les éléments nouveaux signalés dans le sang n'étaient pas des globules de pus, mais uniquement des globules blancs du sang en excès. Suivant l'une des théories, il y avait donc là une *hémite* réelle, et, suivant l'autre, c'était simplement une altération des proportions relatives des éléments du sang. Depuis cette époque, M. Bennett abandonna sa première théorie, et dans ses écrits d'aujourd'hui, les globules sont présentés uniquement comme des globules blancs du sang. On voit la marche qu'a suivie cette découverte.

En raison de cette particularité de composition du sang, M. Virchow donna à cette maladie le nom de *leucémie* ou sang blanc. M. Bennett, pour éviter de confondre cette altération avec une autre connue sous le nom de sang blanc, de sérum chyleux ou gras, lui donna le nom de *leucocythémie*, c'est-à-dire sang à cellules blanches. Nous attachons peu de valeur à ces dénominations; M. Virchow a eu raison (*Archiv. f. path. Anat.*, vol. V, p 77, 1853) de signaler les fausses idées auxquelles cette expression peut conduire. En tout cas, le mot *leucémie* étant le plus ancien, c'est lui que nous avons adopté de préférence.

Examiné à l'œil nu, le sang et les caillots présentent, du reste, une coloration singulière plus ou moins brune, analogue à celle du chocolat, au lieu de la teinte rouge normale. Cette coloration spéciale avait frappé l'attention des observateurs longtemps avant qu'on eût recours pour l'examen du sang aux verres grossissants. Ainsi, nous avons cité dans notre mémoire deux exemples observés par M. Barth, et un de M. Nivet; M. Virchow, qui nous a donné un historique fort complet de la question, en cite même un cas emprunté à Bichat.

Est-ce à dire que l'augmentation de quantité des globules blancs du sang constitue un signe pathognomonique de la leucémie, exclusivement un phénomène qui lui soit propre? On aurait tort de le croire, et ceux-là même qui ont les premiers décrit cette maladie ne l'ont jamais entendu ainsi. L'augmentation relative des globules blancs du sang se retrouve dans un certain nombre d'états morbides. Ainsi, on l'a observée dans le typhus, dans le choléra (comme affection secondaire), dans l'état puerpéral, etc. Ce qu'il faut nommer *leucémie*, c'est l'altération du sang que nous décrivons ici, liée au cortége des accidents indiqués plus haut. Déjà, dans son premier mémoire, M. R. Virchow insistait sur ce point, ajoutant comme conditions propres à favoriser la prédominance des globules blancs dans le sang, les saignées, les hémorrhagies, l'abstinence, etc.

Nous avons vu M. Bennett décrire dans sa première observation, sous le nom de globules purulents, des éléments que M. R. Virchow reconnaissait être des globules blancs du sang. Le professeur d'Édimbourg, adoptant en cela l'opinion de micrographes plus anciens, ne semble attacher aucune importance à cette différence, tout en nommant toujours plus tard ces éléments globules blancs du sang. Il ne sera pas étonné que, nous autres médecins français, qui sommes encore partisans de la spécificité dans les produits pathologiques, nous établissions une différence entre les globules de pus et les globules blancs du sang; et cette opinion n'est pas à beaucoup près toute française. Nous avons lu le mémoire d'un compatriote de M. Bennett, M. Balman, qui indiquait le moyen de distinguer ces deux produits pathologiques; enfin, nous renvoyons, pour ces détails, aux travaux de notre savant ami M. Lebert. Non content de différencier ces globules blancs du sang de ceux du pus, M. Ch. Robin (*Bulletin de la Société de biologie*, vol. V, p. 18, 1853) a indiqué les caractères qui distingueraient ces globules de ceux qu'on observe à l'état normal dans le sang. Cette différence consisterait dans la présence d'un noyau volumineux occupant le centre des globules blancs du sang dans le cas de leucémie. On voit que les discussions n'ont pas fait défaut sur les caractères et les symptômes de cette remarquable affection.

On sait peu de chose jusqu'ici sur les causes qui en favorisent le développement. Les observations recueillies jusqu'ici ont néanmoins permis d'établir que la fièvre intermittente n'est pas un accident qui précède fréquemment la leucémie; elle apparaît le plus souvent chez des individus qui n'ont jamais été atteints de fièvres d'accès; c'est ce dont on pourra s'assurer en parcourant les faits publiés par MM. Virchow et Bennett dans leurs mémoires; et ceux de MM. J. Vogel (*Arch. f. path. Anat.*, vol. III, 1851), Uhle (même Recueil vol. V), etc.

Sans offrir de prédisposition marquée pour aucune époque de la vie, la leucémie a été observée aussi bien sur l'homme que sur la femme; peut-être un peu plus fréquemment dans l'âge adulte qu'aux autres âges de la vie.

Une fois développée, la maladie suit une marche lente; ainsi il est rare qu'elle dure moins de plusieurs mois; elle se prolonge même quelquefois plusieurs années. La terminaison, dans tous les cas connus jusqu'ici, a été constamment fatale. Le docteur Addinel Hewson (*Amer. Journ.*, octob. 1852) a rapporté, il est vrai, l'histoire d'un jeune homme de dix-sept ans atteint des accidents indiqués plus haut, et chez lequel les symptômes morbides disparurent en près de deux mois par un traitement au moyen du quinquina, du fer et des pilules mercurielles. Mais l'auteur ajoute que l'altération du sang n'avait pas complétement disparu, puisque les corpuscules blancs demeuraient toujours un peu en excès relativement aux globules rouges. Ce fait est le seul de guérison prétendue qui soit venu à notre connaissance.

Jusqu'ici on a vainement essayé par les toniques, les ferrugineux, etc., d'arrêter les progrès de la leucémie.

Telle est donc l'esquisse rapide de cette maladie dont MM. Bennett et Virchow se disputent aujourd'hui la découverte. On a pu voir déjà que nous persistons dans notre appréciation du point de vue historique. M. Bennett a décrit un fait qu'il a nommé suppuration du sang. Quelques mois plus tard, M. Virchow décrit la même altération et indique la véritable nature de ces globules, les analogues des globules blancs du sang. Rappelons que M. Bennett, dans ses travaux ultérieurs, ne parle plus de la suppuration du sang. C'est là, suivant nous, le point principal de la question, auquel M. Virchow a été conduit tout naturellement par le cercle d'idées qu'il parcourait alors dans ses recherches hématologiques. Quant au caractère acerbe que le professeur d'Edimbourg reproche à son confrère de Würzbourg, il ne faut pas l'exagérer. M. Virchow, comme tout homme dont la conviction repose sur des travaux sérieux, défend avec énergie, quelquefois avec entraînement, ses œuvres scientifiques. Quant à la violence, nous serions fâché de dire qui nous semble s'en être rendu coupable dans cette discussion.

Docteur LEUDET.

IV.

CORRESPONDANCE.

Projet de création d'hôpitaux-bâtiments mobiles.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Je veux d'abord vous remercier de l'empressement que vous avez mis à m'ouvrir les colonnes de votre estimable journal (t. II, n° 27). En vous communiquant la lettre écrite au ministre de la marine, je m'attendais bien que vous auriez quelques réserves à établir au sujet du projet qui y est exposé, de créer un service de *bâtiments-hôpitaux mobiles* destinés à recevoir à bord les soldats blessés ou malades. Ce projet m'occupe depuis fort longtemps; l'idée première m'en a été suggérée non pas seulement par des vues théoriques, mais aussi, comme je l'ai dit dans ma lettre au ministre, par des expériences dont j'ai été témoin et que j'ai faites moi-même. Vous ne vous étonnerez donc pas de mon insistance à en faire ressortir les avantages.

Vous reconnaissez, monsieur, que l'air de la mer, par ses qualités spéciales et la facilité avec laquelle on le renouvelle dans mon *bâtiment-hôpital mobile*, créerait aux malades reçus à bord une atmosphère plus saine que celle qu'on respire dans les hôpitaux ordinaires; mais, quant à l'exécution, vous ajoutez qu'il n'appartient qu'aux hommes de l'art de décider. J'ai consulté à ce sujet les

constructeurs les plus habiles du génie maritime, et je puis vous assurer, monsieur, qu'ils ne voient aucune difficulté sérieuse dans l'aménagement des entre-ponts tel que je l'ai indiqué, non plus qu'à l'établissement d'un ventilateur qui fournirait heure par heure, à tous les malades, le nombre de cubes d'air que la science prescrit; ils croient aussi que l'on peut facilement entretenir une température uniforme de 15 à 16 degrés centigrades. C'est tout ce qu'il faut pour créer aux malades et aux blessés une température parfaitement saine, et pour parer aux dangers de l'encombrement. Ainsi sur ce premier point, qui est le plus important, mon projet est inattaquable!

Mais vous craignez les fâcheux effets du mal de mer. Je vous prie de remarquer que cette indisposition est singulièrement diminuée, sinon totalement annulée, à bord d'un navire qui, n'ayant pas de but déterminé à atteindre, peut toujours subordonner sa direction à l'état de la mer, et diminuer ainsi à volonté le tangage et le roulis. Il y a d'ailleurs des manœuvres bien connues de nos habiles officiers de marine, et par lesquelles on peut réduire les mouvements du navire à une oscillation sans brusque secousse, et qui n'incommode nullement les malades. Et, en effet, on transporte chaque jour de Crimée à Constantinople un grand nombre de blessés ou malades. Interrogez les médecins chargés de ce service, vous les entendrez se plaindre des inconvénients de l'encombrement; aucun d'eux ne vous dira que ces malades aient eu beaucoup à souffrir du mal de mer. Et la raison en est bien simple, c'est que la position horizontale est le préservatif le plus certain que l'on connaisse contre cette indisposition.

D'autres que vous ont pensé que, pendant ces croisières d'une durée indéfinie et sans but distinct, les malades seraient pris d'ennui. Cette objection ne m'aurait pas été faite si l'on avait compris mon projet, ou plutôt si j'avais pu donner plus d'étendue à mes explications. Il n'entre certainement pas dans mon plan que l'on tienne toujours la pleine mer; au contraire, on doit toujours *atterrir* dans les ports voisins les plus salubres. Il faut remarquer surtout que les malades ne s'ennuient guère quand ils sont atteints de fièvres graves ou de toute affection qui les oblige à rester alités: ceux-là n'ont pas besoin de distraction. Quant aux blessés que leurs plaies en voie de guérison laissent debout, le spectacle des manœuvres d'appareillage et de mouillage, quelques descentes à terre, la perspective de sites nouveaux, leur rendront certainement le séjour à bord des *bâtiments-hôpitaux mobiles* plus agréable que ne le serait le séjour dans les salles et les cours de l'hôpital le mieux construit et le mieux administré.

En résumé, monsieur le rédacteur, je reste persuadé que l'exécution de mon projet est facile, et qu'il procurerait d'incontestables avantages aux braves soldats de terre et de mer qui dévouent leur vie au service de la patrie. C'est là le motif qui m'a décidé à répondre aux objections, d'ailleurs fort bienveillantes, que vous avez bien voulu me faire.

Agréez, etc. Dr ROCHARD.

Nota. Sans pouvoir naturellement nous prononcer d'une manière positive sur les résultats d'une expérience qui n'est encore qu'en projet, nous nous faisons un plaisir et un devoir de relever, au profit des vues de M. Rochard, le passage suivant de la correspondance de l'*Indépendance belge*.

(Vienne, 16 juillet.) « A Eupatoria, le choléra et le typhus sont à l'état épidémique; mais les malades transportés à bord d'un vaisseau-hôpital turc se relèvent promptement. »

A. D.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous adresser de très courtes observations sur la prétendue découverte anatomique de laquelle il résulte qu'une portion de la cloison interventriculaire ne renferme pas de fibres musculaires.

L'*Union médicale* du 16 juin publie un article dans lequel M. le professeur Hauska (de Vienne) décrit cette disposition particulière, en ayant soin d'ajouter qu'il ne l'a trouvée indiquée nulle part.

Sans vouloir contester à M. le professeur Hauska le mérite d'avoir fait de son côté la découverte en question, je viens dire qu'il n'est pas le premier à l'avoir faite, et voici ma preuve. Dans un excellent Manuel d'anatomie pathologique imprimé il y a plus d'un an, on lit, au chapitre des anévrysmes partiels du cœur (page 315 du manuel), le passage suivant:

« Si l'on prend en considération que, dans la partie supérieure de la » cloison interventriculaire, il est un point où la substance musculaire fait » défaut pour maintenir la séparation entre les deux cavités, on doit s'attendre à rencontrer plus fréquemment les anévrysmes dans ce point » que partout ailleurs; mais, dans les circonstances ordinaires, l'équilibre de la circulation suffit pour prévenir ce résultat. » (*A Manual of Pathological Anatomy, by C. Handfield Jones, M. B. F. R. S., et Edward H. Sieveking, M. D.*)

Je sais, de plus, que l'un des auteurs de ce manuel, le docteur Sieveking, médecin et professeur de l'hôpital Sainte-Marie, a déjà depuis longtemps observé et représenté dans un dessin la disposition anatomique que M. Hauska croit avoir signalée pour la première fois (1).

Veuillez agréer, etc. GUÉNEAU DE MUSSY.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

CHIRURGIE. — *Des heureux effets de la glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement*, par M. *Magne*. — L'auteur résume dans les termes suivants les résultats auxquels il a été amené:

1° La glace appliquée sur l'œil *immédiatement* après l'opération de la cataracte par abaissement, et renouvelée sans interruption pendant trois fois vingt-quatre heures, prévient l'inflammation consécutive.

Sur dix-neuf opérations de cataracte par abaissement, M. Magne a obtenu quatorze succès complets, quatre demi-succès (l'auteur désigne ainsi les cas dans lesquels le malade opéré ne possède pas un degré de vision convenable pour lire et pour écrire), un insuccès.

2° La glace, à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement, contribue au rétablissement de la vision d'une manière beaucoup plus efficace que les autres médications généralement employées.

3° Enfin, la glace, en s'opposant aux suites inflammatoires des opérations de cataracte par abaissement, avance singulièrement l'époque à laquelle l'opéré peut faire usage de l'œil qui lui a été rendu. (*Comm.*: MM. Velpeau, Cloquet.)

PHYSIOLOGIE. — *Mécanique humaine. Nouvelle étude de la théorie du saut*, par M. *Giraud-Teulon*. — Suivant l'auteur, le saut, chez l'homme, est *préparé* (premier temps) par la flexion, à un degré donné, des articulations des membres inférieurs.

Il commence (deuxième temps) par le déploiement de ces articulations, qui imprime au centre de gravité du corps un mouvement de bas en haut dans une certaine direction.

Tout d'un coup (troisième temps), en un certain instant du cours de ce mouvement, les gastrocnémiens et les muscles de la région postérieure de la cuisse entrent en contraction soudaine. Un nouvel état dynamique surgit alors, lequel a pour effet résultant la séparation instantanée du sol et du corps, et la projection de ce dernier dans un sens déterminé. C'est là le *saut proprement dit*.

Suivant l'auteur, l'antagonisme des muscles fléchisseurs et extenseurs de l'articulation fémoro-tibiale joue, dans l'accomplissement du saut, le rôle rempli dans le ressaut de la baguette élastique de Borelli par l'antagonisme des fibres de la surface rendue concave, réagissant contre celles de la surface convexe, ou plutôt contre la vitesse acquise. (*Comm.*: MM. Chasles, Delaunay, Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 24 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie: *a.* Une lettre invitant l'Académie à dési-

(1) Des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché de publier plus tôt cette lettre qui est entre nos mains depuis un mois.

gner les membres qui désirent assister au *congrès international de statistique* qui doit se réunir à Paris le 10 septembre prochain. — *b.* Un rapport de M. le docteur *Gaudet*, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. — *c.* Deux rapports de M. le docteur *Goyrand* sur le service médical des eaux d'Aix (Bouches-du-Rhône) pendant les années 1852-1853. (*Commission des eaux minérales.*) — *d.* Un rapport sur une épidémie de variole qui vient de régner dans les communes de Plobsheim, de Fegersheim et de Lipsheim (Bas-Rhin), par M. le docteur *Brouillet*.

2. Une série d'états de vaccinations.

3. Communications de : *a.* M. le docteur *Delarue* (mémoire sur une nouvelle méthode de traitement de hernies étranglées). (*Comm.* : M. Malgaigne.) — *b.* M. le docteur *Mathijsen* (une observation de fracture composée de la jambe traitée par un bandage plâtré bivalve). (*Comm* : MM. Gerdy, Robert, Malgaigne.) — *c.* M. le docteur *Leclere* (mémoire sur le le choléra et d'autres affections ayant quelque rapport avec cette maladie). (*Commission du choléra de* 1854.)

— M. *le président* annonce que M. le docteur *Bédor* (de Troyes), membre correspondant, assiste à la séance.

Lectures et Mémoires.

Chirurgie. — M. le docteur *Carathéodori*, professeur de clinique chirurgicale à Constantinople, donne lecture de *deux observations relatives à deux cas de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison des conditions exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau.* — Il est question, dans ce travail, de deux cas de pierre vésicale présentant des conditions exceptionnelles, l'un sous le rapport du volume de la pierre, et l'autre à cause des adhérences que cette dernière avait contractées avec les parois de la vessie.

Après avoir vainement tenté l'extraction de la pierre par le procédé prostatique de Dupuytren, M. Carathéodori imagina d'entamer une seconde fois la prostate dans son diamètre inférieur et vertical, en comprenant dans l'incision le sphincter de l'anus, selon le procédé de Sanson. Mais au lieu de faire l'incision du côté du rectum, l'opérateur aima mieux agir de dedans en dehors par l'ouverture déjà pratiquée. Pour cela, il a d'abord introduit un gorgeret dans le rectum, afin de protéger sa paroi postérieure ; il a porté ensuite un bistouri pointu à travers l'incision de la prostate jusqu'au col de la vessie, qu'il à perforée dans sa partie postérieure, en inclinant en bas la pointe de l'instrument, qui, une fois arrivé dans la cannelure du gorgeret, fut amené en avant et brisa tout ce qui se trouvait devant son bord tranchant.

Les deux malades opérés par ce procédé ont conservé pendant quelque temps, derrière l'anus, une fistule urinaire qui s'est progressivement rétrécie et a fini par s'oblitérer entièrement, grâce à l'emploi répété des cautérisations au nitrate d'argent.

En terminant son travail, M. Carathéodori discute ces deux questions : 1° Le chirurgien placé dans de pareilles circonstances doit-il ou non agir pour terminer immédiatement l'opération? 2° De quelle manière doit-il la terminer?

A la première question, l'auteur répond affirmativement. Selon lui, le chirurgien, en différant, s'expose à rencontrer des circonstances beaucoup moins favorables au succès de l'opération. Et d'ailleurs le malade peut succomber dans l'intervalle, soit d'épuisement nerveux, soit d'une phlébite promptement développée.

Quant à la manière de terminer l'opération, l'auteur pense que le succès a suffisamment justifié le procédé dont il a fait usage, et précédemment décrit. (*Comm.* : MM. Hervez de Chégoin, Amussat, Ségalas.)

M. *le secrétaire perpétuel* donne lecture d'une lettre adressée à M. *H. Larrey* par M. *Morris*, qui offre de présenter à l'Académie les deux *Aztèques d'Iximaya*.

Les jeunes Aztèques sont introduits et soumis à l'examen de la Compagnie. Placés sur la tribune, et invités par leur conducteur à saluer les assistants, ils poussent des cris mal articulés, et exécutent avec une incroyable vivacité quelques démonstrations d'une politesse tout à fait enfantine ; puis ils regardent avec curiosité les tableaux qui décorent la salle, et saisissent dans leurs mains les objets déposés sur le bureau. Ils se soumettent à l'examen des personnes qui les entourent avec la plus grande docilité, ou plutôt avec un tel air de distractions, qu'ils ne paraissent même pas se douter ni avoir conscience du studieux empressement dont ils sont l'objet.

M. *Morris* apprend à l'Académie que ces deux Aztèques sont originaires d'une contrée d'Amérique voisine de Panama. Au dire des personnes qui les ont recueillis, les individus de cette espèce sont assez communs dans cette partie du nouveau continent (on peut évaluer leur nombre à quatre ou cinq cents). Les parents des deux Aztèques vivent encore ; ils sont robustes et assez bien constitués.

Depuis près de cinq ans que les Aztèques ont été enlevés à leur pays, où ils étaient adorés comme des dieux, le petit garçon a conservé la même habitude extérieure ; la petite fille aurait grandi de quatre pouces et demi et augmenté en poids de quatre livres.

M. *le président*, au nom de l'Académie, adresse des remerciements à M. Morris, et annonce qu'une commission composée de MM. *Gerdy*, *Desportes*, *Duméril*, *Bourdon* et *Baillarger*, sera chargée de faire un rapport à l'Académie sur les *Aztèques*.

M. *Baillarger* raconte que, dans ses excursions à travers les Pyrénées et les Alpes, il a rencontré, à côté des crétins ordinaires, des individus plus rares, présentant des caractères particuliers qui se rapprochaient assez de ceux des jeunes Aztèques. Ce sont des enfants arriérés qui ont subi un arrêt de développement caractérisé surtout par une taille extrêmement exiguë, une dentition incomplète, et des organes génitaux pour ainsi dire atrophiés.

L'orateur fait passer sous les yeux de l'Académie l'image au daguerréotype d'un enfant de treize ans qui pesait quatre livres, et avait toutes les apparences d'un enfant de trois ans ; — d'un garçon de dix-sept ans et demi qui avait une taille de trois pieds, douze dents seulement, et l'appareil génital d'un enfant de cinq ans ; — d'une fille de dix-huit ans qui n'avait encore ni mamelle, ni poils, ni aucune des qualités d'une jeune fille de son âge, mais bien l'apparence et les goûts d'une petite fille de cinq ou six ans.

M. Baillarger rappelle que l'on fait voir en ce moment, sur les places publiques de Paris, un garçon de dix-huit ans, venu des Alpes, remarquable par l'exiguïté de sa taille et l'arrêt d'évolution de ses dents et de ses organes générateurs.

Il cite aussi l'exemple d'une jeune fille de dix-neuf ou vingt ans, qu'il a eue dans son service à la Salpêtrière : elle est dépourvue de mamelles, de poils, de tout ce qui caractérise la fille pubère ; dénuée de tout sentiment de pudeur, elle a les instincts d'une enfant de sept à huit ans.

Suivant M. Baillarger, les *Aztèques* ne sauraient appartenir à une espèce particulière de la race humaine.

Leur extrême mobilité, la pétulance irréfléchie de leurs mouvements, unies à la gracilité de leurs membres et à l'atrophie de toute leur personne, les font suffisamment rentrer dans la classe des *idiots*, à côté des crétins des Alpes et des Pyrénées, dont ils se distinguent pourtant par leur *microcéphalie;* car chez les crétins dont il est question, le volume de la tête est généralement assez développé.

M. *Moreau* fait observer un singulier trait de rapprochement entre les Aztèques et les individus dont parle M. Baillarger : c'est que, de même que les Aztèques étaient, dans leur pays, l'objet d'un culte religieux, de même, dans les Alpes et les Pyrénées, les crétins sont entourés d'un respect superstitieux, et considérés comme des êtres bénis.

M. *Ferrus* consent à ranger, avec M. Baillarger, les deux Aztèques dans la catégorie des idiots, en tant toutefois que le mot *idiotie* n'ait d'autre acception que l'absence plus ou moins complète, plus ou moins radicale, des facultés de l'entendement. Mais, de l'avis de l'orateur, ces deux désignations : arrêt de développement et idiotisme, sont beaucoup trop générales, beaucoup trop indéterminées. Les arrêts de développement signalés par M. Baillarger rentrent dans la classe des arrêts de développement consécutifs ou secondaires ; car ils peuvent être la suite de vices de conformation ou d'altérations pathologiques du cerveau fort différentes les unes des autres.

M. Ferrus pense que, chez ces deux individus, l'idiotie, de même que l'arrêt de développement des organes génitaux et de la dentition, est la conséquence de l'arrêt de développement primitif de la masse encéphalique ; et c'est essentiellement sur cette condition, sur les conséquences qu'elle entraine que doit porter l'observation.

Après avoir insisté sur la nécessité de séparer nettement le crétinisme de l'idiotie proprement dite, M. Ferrus estime que le crétinisme est encore plus éloigné que l'idiotie de l'état des Aztèques présentés à l'Académie. Suivant lui, aucune des épreuves daguerréotypées de M. Baillarger ne ressemble aux Aztèques quant à la conformation cérébrale. Ici, en effet, la microcéphalie est poussée à son dernier terme ; elle va presque jusqu'à l'anencéphalie, et pourtant elle diffère essentiellement de cette dernière forme, en ce que la partie antérieure de la masse cérébrale, réduite à ses plus rudimentaires éléments, n'est point portée en arrière (phénomène habituel), et que les soudures crâniennes paraissent complétement ossifiées.

M. Ferrus pense donc que ce sont là deux cas d'idiotie résultant d'un arrêt de développement primitif du cerveau, et il ne considère l'arrêt de développement des autres parties de l'économie que comme secondaire et consécutif à cette première déviation organique.

Il ne saurait exister, à son avis, ni races ni espèces de ce genre, à supposer même qu'elles se soient éteintes progressivement. Comment eussent vécu dans leur isolement les individus qui les composent ? Comment se seraient-ils perpétués? Si de tels êtres ont été adorés dans l'Inde, on ne saurait s'en montrer surpris : les idiots et les crétins, selon les

eux et les civilisations, ont inspiré le même fétichisme, et ils ont été confondus, à cet égard, dans leur dégradation, avec tant d'autres animaux auxquels l'ignorance rendait des cultes superstitieux.

M. *Gerdy* demande que l'on ne s'engage point dans une discussion anticipée, puisque l'Académie doit entendre bientôt un rapport sur les Aztèques.

Sur la proposition de plusieurs membres, le nom de M. *Ferrus* est ajouté à la liste des commissaires déjà nommés pour l'examen de cette question.

ENTÉROTOMIE. — M. *Maisonneuve*, chirurgien de la Pitié, présente un enfant auquel il a pratiqué, le 9 juillet, l'opération de l'entérotomie du côlon descendant, pour une imperforation de l'anus.

Ce n'est qu'après avoir vainement cherché l'intestin rectum dans la région anale, que M. Maisonneuve s'est décidé à pratiquer l'entérotomie lombaire d'après le procédé de M. Amussat.

Après avoir saisi, à travers l'incision de la paroi abdominale, une partie du côlon descendant, et avant d'y faire une incision, M. Maisonneuve eut soin de passer dans les tuniques intestinales deux fils entre lesquels il fit ensuite l'ouverture dont il fixa les bords aux lèvres cutanées de la plaie. L'enfant rendit immédiatement une grande quantité de méconium.

Les fils tombèrent le huitième jour, et aujourd'hui, seizième jour, l'enfant est vigoureux, et ne paraît pas éprouver de gêne de son infirmité.

La séance est levée à cinq heures moins vingt minutes.

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 13 JUIN 1855. — PRÉSIDENCE DE M. HUGUIER.

Compte rendu de la discussion relative au Mémoire sur un procédé nouveau d'uréthrotomie, *présenté dans la séance précédente par M. Maisonneuve.*

Suite. — Voir le t. II, n^{os} 24 et 25.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

M. *Robert*. Lorsque M. Maisonneuve a présenté à la Société de chirurgie l'uréthrotomie comme devant amener la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre, la Société tout entière s'est émue et s'est demandé sur quels faits notre collègue s'appuyait pour proposer une opération dont les résultats paraissent à un si haut point merveilleux et incroyables.

Pour ma part, j'adhère complétement aux objections qui lui ont été adressées, et je ne puis surtout admettre qu'une opération née d'hier puisse assurer d'avance une guérison radicale, lorsque tout le monde sait que le temps seul, et un temps fort long, est nécessaire pour sanctionner la cure des rétrécissements. Et d'ailleurs comment apprécier une opération dont M. Maisonneuve n'a point encore énoncé les principes? Lorsqu'il a parlé de l'uréthrotomie, a-t-il dit, en effet, dans quelles limites il entendait qu'elle fût faite? pratique-t-il une simple incision des tissus indurés? pénètre-t-il dans l'épaisseur des parois saines de l'urèthre ou veut-il qu'on les traverse complétement? Sur ces points importants, notre collègue a gardé le silence. Et cependant ne sait-on pas que, lorsqu'il s'agit de diviser des parties profondes et des organes importants, il est indispensable de poser d'avance des règles précises qui puissent diriger la main de l'opérateur?

Si donc je prends la parole dans cette discussion, c'est moins pour m'occuper du travail de M. Maisonneuve que pour défendre le rapport de la commission du prix d'Argenteuil plusieurs fois mis en cause, et dont les conclusions me paraissent avoir été mal interprétées par plusieurs de nos collègues.

On a en effet parlé de l'uréthrotomie en général, et l'on a paru croire que l'Académie avait sanctionné la méthode de M. Reybard comme applicable à tous les rétrécissements. Cette erreur est grave, et le rapporteur de la commission, plus que tout autre, tient à honneur de la réfuter. J'ai dit dans mon travail que cette méthode devait être réservée comme une ressource extrême applicable seulement à certains cas spéciaux, et notamment aux rétrécissements réfractaires à toutes les méthodes jusqu'ici connues.

Je demande donc à la Société de chirurgie la permission de faire connaître en deux mots et d'une manière bien précise comment, suivant moi, la question de l'uréthrotomie doit être envisagée.

La dilatation, comme on sait, est la méthode le plus généralement employée dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre. Tantôt elle est seule, tantôt elle est associée à des scarifications ou à des incisions plus profondes faites sur les tissus malades ; ces diverses opérations sanglantes ne sont à proprement parler que des adjuvants de la dilatation, qui reste toujours la méthode principale. Or tout le monde sait que ce traitement n'est que palliatif et n'a presque jamais qu'une efficacité temporaire. M. Reybard, mieux que tout autre, en a fait connaître la raison : c'est que, toutes les fois qu'il y a rétrécissement de l'urèthre, la membrane muqueuse est convertie en un tissu fibreux, rétractile, élastique, comme les tissus cicatriciels ; en un mot, elle n'existe plus, et aucun procédé de l'art ne saurait la reconstituer. Tous les chirurgiens connaissent si bien cette impuissance de la dilatation qu'après le traitement ils ne manquent pas de recommander aux malades d'introduire de temps à autre dans l'urèthre des bougies destinées à en prévenir le retrait. Précaution illusoire ou trop souvent négligée, car il n'est pas rare de revoir, soit dans la pratique civile, soit surtout dans les hôpitaux, des malades déjà plusieurs fois traités et guéris par la même méthode et qui viennent de nouveau réclamer nos soins.

Malgré ces inconvénients, la dilatation, il faut le dire, convient exclusivement à la majorité des cas, car elle peut être employée sans danger, et elle suffit pour conserver aux malades une intégrité fonctionnelle de l'urèthre à peu près compatible avec l'état de santé.

Mais il est des cas où elle est complétement insuffisante : je veux parler de ces rétrécissements durs, calleux, comprenant quelquefois toute l'épaisseur des parois de l'urèthre, rétrécissements sur la fréquence desquels M. Guérin a appelé récemment l'attention de la Société : on les observe surtout à la suite des déchirures du canal ou des inflammations blennorrhagiques violentes qui ont envahi à la fois la membrane muqueuse et le tissu spongieux de l'urèthre. Ils ont pour siége spécial la portion scrotale ou pénienne de ce canal, et en palpant celui-ci on les reconnaît facilement tantôt sous la forme des plaques ou d'anneaux circulaire, sous celle de noyaux olivaires ou fusiformes qui peuvent avoir jusqu'à plusieurs centimètres de longueur.

On sait que tous les moyens connus échouent le plus souvent contre les lésions de ce genre. La dilatation ne peut être employée seule : les scarifications, les incisions plus profondes même, quand elles ne dépassent pas de beaucoup les limites du mal, ne peuvent lutter contre la tendance de ce tissu fibreux à la rétraction, et cette tendance est parfois si rapide que, malgré l'emploi quotidien des bougies, on voit le canal devenir de plus en plus étroit jusqu'à ce que le cours de l'urine soit sérieusement menacé. J'en appelle ici à l'expérience de tous mes collègues, et je leur demande s'ils n'ont pas vu plusieurs fois des cas de ce genre, et si, comme moi, ils n'ont pas été désespérés de l'impuissance des procédés connus? C'est en présence de ces difficultés que le chirurgien est obligé de chercher des moyens plus puissants, même avec la pensée que ces moyens peuvent devenir la source d'accidents sérieux et même de dangers. C'est dans ces conditions qu'il faut, je pense, se placer pour apprécier à sa juste valeur l'uréthrotomie suivant la méthode de M. Reybard.

Voici, du reste, par quelle série d'idées le chirurgien de Lyon a été conduit à sa méthode.

D'abord il avait pratiqué sur la muqueuse uréthrale des incisions multiples suivies de la dilatation pour modifier la surface des rétrécissements. L'insuccès de ce moyen le fit recourir à des incisions plus profondes, à peu près comme celles que pratique aujourd'hui M. Civiale. Les résultats qu'il obtenait n'étant guère plus avantageux, il fut conduit à pratiquer de grandes incisions sur la muqueuse de l'urèthre, incisions comprenant toute l'épaisseur des parois de ce canal. Les bords de la plaie étaient simplement écartés, afin d'obtenir une cicatrice large, dont la surface venait augmenter le diamètre de l'urèthre. Les succès que ce chirurgien obtint par cette méthode le conduisirent alors à rechercher quelles étaient les causes qui avaient amené ces guérisons.

Ici nous allons voir M. Reybard venant apporter à sa nouvelle méthode opératoire l'appui de ses recherches expérimentales sur les animaux.

On ne peut s'empêcher de reconnaître tout d'abord qu'il existe, même à l'époque actuelle, une lacune regrettable dans l'anatomie pathologique des cicatrices. Je veux parler surtout de celles qui succèdent aux plaies des membranes muqueuses. On peut les comparer avec les plaies des parties profondément situées sous la peau. On sait, depuis les belles recherches de Hunter et de M. Jules Guérin, que la cicatrisation s'effectue dans ces cas d'une manière particulière : sans production de pus, sans formation de bourgeons charnus, et surtout sans la production de ce tissu fibreux de cicatrice dont les propriétés spéciales ont été si bien étudiées par Delpech.

Les plaies des membranes muqueuses offrent-elles ce même mode de cicatrisation? D'après les faits, peu nombreux il est vrai, d'observation de plaies de ces membranes, on peut l'admettre dans certains cas. Voyez en effet ce qui se passe dans les plaies simples de la muqueuse buccale, du vagin, et même à la suite des excisions de la conjonctive. Mais pour que cette cicatrisation soit régulière, il faut comme condition indispensable, l'absence de l'inflammation pyogénique.

Expérimentant sur les animaux, M. Reybard a vu qu'en pratiquant des incisions longitudinales à l'urèthre, si l'on maintient les bords de la plaie écartés pour les empêcher de se réunir, on obtient, dans les cas où l'inflammation n'est pas trop vive, une cicatrice que ce chirurgien a appelée cicatrice intermédiaire, et dont les propriétés de tissu sont des plus remarquables. Cette cicatrice est formée en effet par une pellicule mince, lisse, non différente par son aspect de la muqueuse uréthrale, reposant sur le tissu spongieux de l'urèthre et sur le tissu cellulaire qui l'environne, et ne présentant pas cette rétractilité caractéristique du tissu cicatriciel ordinaire. Cette cicatrice, en s'ajoutant aux parois de l'urèthre, en augmente l'étendue ; c'est ainsi qu'elle guérit le rétrécissement.

L'importance des propriétés de ce nouveau tissu a engagé la commission de l'Académie à répéter les expériences de M. Reybard pour en constater l'exactitude. Vous savez que le rapporteur, après avoir pratiqué l'uréthrotomie sur des chiens, a trouvé des résultats identiques avec ceux qui avaient été annoncés par le chirurgien de Lyon, et dont l'exactitude a été constatée de nouveau par la commission.

Mais, dira-t-on, peut-on conclure de ces expériences faites sur les animaux aux opérations que l'on a à pratiquer sur l'homme dans cette même région ? Si dans certaines expérimentations on a objecté la structure différente des organes, ici on agit sur des tissus dont les propriétés, les usages enfin sont tout à fait semblables. Du reste, une observation recueillie sur l'homme a montré que les résultats étaient identiques avec ceux que l'expérimentation avait produits sur les animaux.

La commission de 1846 a constaté sur l'homme le mode suivant lequel avait eu lieu cette cicatrisation.

J'invoque ici le témoignage de M. Gerdy, rapporteur de cette commission. L'examen des pièces pathologiques fut fait par A. Bérard. « Il » constata que l'urèthre présentait au niveau des plaies un aspect très » lisse, sans épanchement de sang, ni infiltration d'urine. Les plaies » anciennes semblaient cicatrisées, et la pellicule de la cicatrice était » mince et souple. Au niveau des parties incisées, l'urèthre avait acquis » des dimensions considérables. » (*Rapport de la commission* 1846.)

Ces résultats, fournis par l'anatomie pathologique acquièrent une grande valeur par leur concordance avec les faits cliniques que nous allons passer en revue.

L'observation, en effet, est venue à son tour démontrer la possibilité de la guérison radicale des rétrécissements.

Je me bornerai à rappeler ici les faits consignés dans les deux rapports faits à l'Académie de médecine en 1846 et en 1852, et qui se trouvent reproduits avec détails dans l'ouvrage de M. Reybard.

Parmi ces guérisons, les membres de la commission de 1846 ont constaté « celle d'un malade opéré dix mois auparavant : il conservait » l'urèthre aussi large qu'après l'incision, bien que depuis plus de six » mois il se fût abstenu de passer des bougies. » C'est M. Gerdy qui a constaté ce fait dans son rapport à l'Académie ; vous savez, Messieurs, quelle sévérité notre collègue apporte à l'examen des faits.

Mais le plus grand nombre de ces opérations a été pratiqué en présence des chirurgiens les plus honorables de Lyon, qui les ont contrôlées et ont constaté la guérison des malades, deux, trois et quatre années après l'opération : qu'il me suffise de citer les témoignages de MM. Bonnet, Barrier, Valette, Levrat et Brachet.

On peut donc regarder l'uréthrotomie comme une opération rationnelle, fondée sur les expérimentations chez les animaux, sur l'anatomie pathologique et sur l'observation clinique.

Mais nous ne prétendons pas que cette opération soit toujours couronnée de succès et qu'elle mette les malades constamment à l'abri de la récidive. Nous avons insisté sur ce fait dans notre rapport, et nous avons même posé les conditions de cette récidive. En effet, elle doit avoir lieu toutes les fois qu'une inflammation vive et suppurative s'est emparée de la plaie et y a amené le développement de bourgeons charnus.

Quant aux accidents qui peuvent survenir, ils sont certainement une objection que l'on peut adresser à l'uréthrotomie ; mais ils ne doivent pas la faire rejeter entièrement. Ne sait-on pas que les opérations les plus simples pratiquées sur l'urèthre n'en sont pas exemptes ? On a vu de simples scarifications être suivies d'abcès et même d'accidents mortels. Les incisions plus profondes, telles que les pratique M. Civiale, n'en sont pas plus exemptes, et M. Richard, ici présent, vous dira qu'il a vu succomber dans sa pratique deux malades aux suites de ce procédé d'uréthrotomie. D'un autre côté, lorsque tous les moyens ont échoué contre le rétrécissement, et que celui-ci tend à se reproduire avec rapidité, n'est-on pas autorisé à mettre en usage un moyen plus puissant, malgré ses dangers ?

C'est donc à la sagacité du chirurgien à limiter les cas où l'uréthrotomie doit être employée, et à en faire un usage très réservé.

Il est impossible maintenant que vos esprits puissent conserver l'idée que je regarde l'uréthrotomie comme une de ces ressources que l'on peut souvent appliquer au traitement des rétrécissements de l'urèthre, et je ne puis mieux faire que de reproduire ici l'opinion que j'avais formulée dans mon rapport à l'Académie en 1852.

« On ne saurait disconvenir, disais-je, que l'uréthrotomie ne soit une » opération sérieuse, qu'elle ne puisse provoquer de graves accidents ; » mais, d'un autre côté, qu'on se reporte au pronostic des rétrécisse» ments uréthraux auxquels cette opération peut être appliquée ; qu'on » se rappelle la série des infirmités et des souffrances qui empoisonnent » et abrégent la vie des malades, et qu'on juge si, dans de telles circon» stances, il n'est pas légitime de recourir à une ressource efficace, bien » qu'elle ne procure la guérison qu'au prix de quelques dangers. »

Pour conclure : Les études de M. Reybard sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urèthre, ses expérimentations sur les plaies de ce canal, ont conduit ce chirurgien à une idée thérapeutique nouvelle et rationnelle. Loin de moi la pensée que son procédé opératoire ne puisse être modifié et perfectionné. Mais ce chirurgien est le seul, jusqu'à ce jour, qui ait posé et résolu le problème de la cure radicale des rétrécissements anciens et indurés, et c'est à ce titre seul que l'Académie de médecine a couronné ses travaux.

Je vous demande pardon, Messieurs, d'avoir trop insisté peut-être sur des faits déjà connus de vous. J'ai tenu à honneur d'établir ici la pensée qui a dicté le rapport de la commission du prix d'Argenteuil, et de répondre ainsi à d'injustes critiques.

M. *Maisonneuve* se plaint de la vivacité avec laquelle sa communication a été attaquée dans les séances précédentes, et il s'étonne surtout que l'argumentation ait porté presque tout le temps à côté de la question. Il groupe néanmoins sous quatre chefs les reproches qu'on lui a faits, et se propose de répondre séparément sur chacun de ces points.

1° Un chirurgien a répété plusieurs fois que le travail de M. Maisonneuve n'était pas sérieux, car il ne s'agissait en résumé que d'un petit bout de bougie. On peut considérer, au contraire, comme très sérieuse une méthode qui permet d'obtenir instantanément la guérison d'un rétrécissement. Jamais jusqu'à ce jour on n'avait pu faire uriner sur-le-champ un malade affecté d'un de ces rétrécissements anciens, durs, calleux ; jamais, en un mot, on n'avait obtenu un de ces succès comme celui qui a été réalisé chez le malade du service de M. Velpeau. Un seul pas de ce genre montre que la méthode nouvelle a de la valeur.

2° Plusieurs membres de la Société ont accusé M. Maisonneuve d'avoir, dans sa première réponse, abandonné les opininions formulées dans son travail, ou de les avoir modifiées notablement. On a même paru le féliciter d'avoir changé de manière de voir. Il a été fort surpris de telles allégations. Il a dit, en effet, qu'il admettait les rétrécissements infranchissables ; mais où donc avait-on vu qu'il prétendait les franchir tous ? où donc a-t-il dit qu'il guérissait tous les rétrécissements ? On lui a contesté que ses cures fussent radicales. Mais il n'a jamais prétendu qu'il guérissait radicalement ; il n'y a pas un mot de cela dans son mémoire.

L'instantanéité, il ne la revendique pas davantage ; au contraire, puisqu'il a dit dans son mémoire que la science possédait déjà des moyens analogues. M. Maisonneuve renvoie ses contradicteurs à ce mémoire, dont il cite quelques passages ; ils verront que rien n'y motive les reproches qu'on lui a adressés. Il a voulu seulement montrer que sa méthode de cathétérisme était susceptible d'applications nombreuses, et préciser ces applications.

Il n'a donc rien à désavouer, rien à rétracter ; les opinions qu'il avait, il les conserve sans les modifier, sans y changer un mot. Il est possible qu'il se trompe, et que ses procédés soient mauvais ; mais c'est ce qu'il faut démontrer, au lieu d'invoquer une rétractation qui n'a jamais eu lieu.

3° M. Lenoir, dans un discours très bien fait, s'est attaché à montrer que la méthode de cathétérisme sur conducteur que M. Maisonneuve a imaginée il y a dix ans ne lui appartenait pas, et que depuis longtemps les principes en existaient dans la science ; il a cité les tentatives et les instruments de M. Amussat. Or, ce mode de cathétérisme, M. Maisonneuve le revendique énergiquement. Jamais on n'avait rien fait de semblable avant lui, et il a bien réellement inventé le cathétérisme sur conducteur. Cette opération a rendu et rend tous les jours les services les plus précieux. Il ignore si, dans les hôpitaux de Paris, il est d'un usage général ; mais il est adopté en grand par les praticiens de la ville et de la province. Avant cette invention, le cathétérisme amenait les plus funestes accidents ; tous les jours on faisait des fausses routes, et à Bicêtre, en particulier, on peut constater les bienfaits de la méthode de M. Maisonneuve.

L'instrument de M. Amussat n'a aucun rapport avec la sonde à conducteur. C'est une très longue sonde de baleine, qu'il fallait d'abord introduire, pour en introduire une autre ensuite. Mais, dans les cas de rétention d'urine, il fallait d'abord introduire la première sonde et passer à travers le rétrécissement ; or, c'est ce qu'on ne pouvait jamais faire.

M. *Lenoir*. Et la sonde de Murjolin ?

M. *Maisonneuve*. Il est possible que cette sonde existât ; elle existait,

Puisque M. Lenoir le dit : mais personne ne la connaissait, personne ne s'en servait. D'ailleurs, ce n'est pas là le cathétérisme sur conducteur. Cette méthode a encore un avantage immense, c'est de n'exiger aucun instrument spécial ; il s'agit uniquement d'une bougie et d'une sonde, qu'on trouve partout et au moyen desquelles on est toujours sûr de pénétrer. Bien des fois il a été appelé pour des rétentions d'urine, toujours il en a triomphé. Pour sa part il n'a jamais rencontré de prostates infranchissables. Il maintient donc son opinion, sans y rien changer, et sur la priorité de l'invention et sur les grands avantages de sa méthode de cathétérisme.

4° M. Lenoir demande encore si l'on est sûr d'introduire l'instrument quand la bougie filiforme a traversé l'obstacle. Oui, cette introduction est facile, car il y a très peu de différence de volume entre la bougie et l'uréthrotome. Cet appareil instrumental, a-t-on dit, n'est pas nouveau ; il consiste seulement dans l'articulation d'une bougie avec une canule. On trouve qu'il ressemble à l'uréthrotome de M. Ricord. Cela n'est pas exact. L'instrument de M. Ricord est bien différent : et la ressemblance fût-elle plus grande, ce dernier est tout à fait tombé en désuétude.

Certes M. Maisonneuve ne passe pas dans tous les rétrécissements, et il n'a pas la prétention de s'engager dans les uréthres oblitérés. Mais quand une fois l'obstacle est traversé par la bougie, l'uréthrotome à son tour s'engage constamment.

M. *Giraldès* demande à M. Maisonneuve s'il n'est jamais arrêté par l'ajutage lui-même, et s'il est vrai que pendant l'opération pratiquée sur le malade du service de M. Velpeau il ait rencontré une difficulté de cette nature. On lui a dit qu'à un certain moment de l'opération, M. Maisonneuve ne pouvait plus ni faire avancer, ni faire reculer la bougie et le conducteur dont l'ajutage était maintenu fixé dans le point rétréci.

M. *Maisonneuve* reconnaît que M. Giraldès est bien renseigné ; l'incident a eu lieu en effet. Il avait associé une bougie de M. Mathieu avec un conducteur métallique de M. Charrière. Il ne s'était pas aperçu que l'ajutage était volumineux. Comme la séance opératoire avait déjà duré longtemps, il eut un instant la velléité de remettre l'opération au lendemain, et s'aperçut en voulant retirer l'instrument, que celui-ci était retenu dans le point rétréci. Il ne savait pas la cause de cette difficulté, et il se décida alors à terminer l'opération : ce qu'il fit avec succès. Il reconnut sans peine alors la raison de l'incident.

Cela l'a engagé à prendre des précautions et à perfectionner les instruments. En rendant les ajutages plus solides, il ne craint plus de voir la bougie se séparer du conducteur et rester dans la vessie, et il le répète encore, l'introduction du conducteur n'offre jamais de difficultés sérieuses après le passage préalable de la bougie.

M. Maisonneuve a encore modifié l'incision, d'après le conseil de M. Michon. Il fait d'abord la scarification en haut, puis l'incision avec le lithotome en bas. M. Lenoir a fait de singulières objections au lithotome, et c'est probablement faute d'y avoir réfléchi. Cet instrument coupe par un tout autre mécanisme que tous les uréthrotomes connus. Ceux-ci coupent d'arrière en avant et d'avant en arrière ; aucun ne coupe réellement de dedans en dehors.

On a dit que la lame pouvait casser ; cette crainte est chimérique.

M. *Lenoir* a dit que la lame pouvait casser, parce que cela est vrai, et parce qu'en répétant les opérations, à l'amphithéâtre, il a vu trois ou quatre fois casser cette lame en essayant d'inciser longitudinalement l'uréthre sain.

M. *Maisonneuve* se tourmente peu de cette objection ; il affirme seulement que le lithotome introduit dans le point rétréci ne peut s'ouvrir sans couper l'obstacle ; c'est à mesure que celui est divisé que la lame fait de plus en plus saillie ; qu'il y ait un ou plusieurs rétrécissements, on les coupera tous sans diviser la muqueuse.

Une fois le lithotome introduit, on presse sur le ressort pour faire saillir la lame, et l'on incise en retirant l'instrument dans l'étendue de 2 à 3 centimètres.

Maintenant, M. Maisonneuve incise-t-il indistinctement tous les rétrécissements? Eh non, sans doute ! Il incise ceux qu'il convient d'inciser, et traite les autres comme il convient.

M. *Robert* n'hésite point à accorder à M. Amussat la priorité du cathétérisme sur conducteur, qui date de 1823. Il a vu, à cette époque, les instruments de ce chirurgien ; il en a même un chez lui depuis fort longtemps. M. Robert donne ici une courte description de l'appareil conducteur en question.

M. *Maisonneuve*. Passons sur l'instrument et sur la date. Comment M. Amussat l'introduisait-il?

M. *Robert*. Mais comme tout le monde peut le faire et l'a fait.

M. *Maisonneuve* affirme qu'il ne l'introduisait pas, qu'il ne l'avait jamais employé. Il demande à M. Robert s'il a vu M. Amussat mettre en usage son instrument, et s'il l'a employé lui-même.

M. *Robert* répond par l'affirmative. Il sait que M. Amussat s'en est servi, et lui-même l'a mis en usage. La Société de chirurgie ne peut laisser passer sans protester un fait de priorité si facile à trancher. L'instrument de M. Amussat est absolument semblable à celui de M. Maisonneuve ; on s'en sert de la même manière.

M. Maisonneuve articule deux instruments, l'un très mince, très flexible, l'autre très rigide ; qui dit que ce dernier ne viendra pas arcbouter contre l'obstacle comme le ferait l'extrémité libre d'un cathéter résistant ?

Combien de fois M. Maisonneuve a-t-il opéré ? Qu'il dépose donc enfin ses observations sur le bureau, afin qu'on puisse les examiner. Pour juger entre le procédé de M. Amussat et celui de M. Maisonneuve, il faut des documents. Le premier est tombé dans l'oubli : son auteur l'a trouvé très précieux autrefois, ce qui n'en a pas pour cela généralisé l'usage. Le second procédé est nouveau ; M. Maisonneuve, qui en est l'auteur, le trouve très bon ; mais dans trente ans personne peut-être n'en parlera plus. Il faut donc attendre un peu plus longtemps pour proclamer son excellence.

M. Maisonneuve prétend que seul le lithotome coupe exactement le rétrécissement de dedans en dehors : c'est une erreur. Parmi les nombreux instruments de M. Reybard, il y en a un entre autres muni de deux lames qui se déploient comme des ailes, et qui coupent d'une manière très analogue. L'opération de Maisonneuve ne constitue donc pas une méthode, c'est tout simplement un procédé dérivé de celui de M. Reybard. On verra plus tard, et quand les observations de M. Maisonneuve seront connues avec détails, si l'on doit donner la préférence à la modification légère dont il est l'auteur.

M. Robert a ouï dire qu'à l'hôpital Cochin deux malades étaient morts d'infection purulente à la suite d'opérations faites par M. Maisonneuve. Cela est-il vrai ?

M. *Maisonneuve* répond que oui ; mais que sa méthode n'en est pas responsable, parce qu'à cette époque il n'opérait pas comme maintenant.

M. *Robert* objecte qu'en résumé, et quel que soit le procédé employé, il s'agissait d'incisions intra-uréthrales suivies de mort. Dans toute cette discussion, il n'a pour but que de chercher la vérité, et il n'en fait nullement une question personnelle. Il désire ardemment le progrès ; si M. Maisonneuve en réalise un quelconque, il l'acceptera avec empressement ; il désire vivement et il appelle de tous ses vœux les perfectionnements ; mais encore une fois, pour savoir s'ils sont réels, il faut le contrôle du temps ; il faut examiner les faits, connaître les résultats, et ne point accepter comme tel tout changement apporté à la pratique usitée de nos jours.

Après de nouvelles observations de MM. Vidal, Gerdy et Giraldès, la discussion est renvoyée à une séance ultérieure ; mais nous arrêterons ici notre compte rendu, dans lequel se trouvent compris tous les éléments essentiels du débat.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE POUR L'ANNÉE 1856.

La Société rappelle qu'elle a mis au concours pour l'année 1856 la question suivante :

Des résultats définitifs des amputations des membres inférieurs. — Le prix est de 400 fr. — Les mémoires devront être rédigés en français ou en latin, et adressés, suivant les formes académiques, au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 mai 1856.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ POUR 1857.

Des plaies des os. — Les candidats n'auront pas à parler des fractures. Ils sont invités à s'occuper principalement des solutions de continuité produites sur le squelette par l'action de la scie ; néanmoins la Société accueillera avec intérêt les recherches qu'ils pourront faire sur les lésions des os par des instruments piquants ou tranchants. — Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1857.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ POUR 1858.

Des paralysies traumatiques. — Ce prix est de 400 fr. Les mémoires devront parvenir au secrétariat avant le 15 janvier 1858.

PRIX DUVAL.

La Société de chirurgie, après une donation de M. Duval, fonde, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 fr., en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse en chirurgie publiée en France dans le courant de l'année.

Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes qui ont traité le même sujet devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Seront admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

Les thèses soutenues depuis le 1er janvier 1855 jusqu'au 31 décembre de la même année seront seules admises au concours pour le prix de 1856.

Les candidats devront adresser *franco* deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société, rue de l'Abbaye, 3, avant le 15 janvier 1856, et indiquer dans la lettre d'envoi les hôpitaux où ils ont fait leurs études.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SÉANCE DU 27 AVRIL 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

(Suite et fin.— Voir les nos 24 et 27, t. II.)

DES MATIÈRES ORGANIQUES ET ORGANISÉES *des eaux sulfureuses des Pyrénées, et particulièrement de l'origine et de la formation de la substance connue sous le nom de* BARÉGINE.

M. le docteur Lambron, médecin aux eaux thermales sulfureuses de Bagnères-de-Luchon, n'a pu faire encore des recherches assez nombreuses pour qu'il lui fût possible de terminer le mémoire qu'il prépare sur ce sujet ; il donne simplement à la Société d'hydrologie une communication verbale de ses études, se réservant de lire, l'an prochain, à cette Société, un travail plus complet. On peut résumer ainsi cette communication.

Les anciens auteurs ne connurent de ces diverses matières que les dépôts formés au sein des eaux sulfureuses, et généralement désignés sous le nom de *matières concrètes*. En 1746, Bordeu n'admettait également qu'une seule substance qu'il appelait *matière grasse*, bien qu'il lui reconnût plusieurs formes et qu'il en comparât même les dépôts blanchâtres au blanc d'œuf. Mais, après les recherches chimiques de Lemonnier, en 1760, et celles de Bayen, en 1765, on distingua dans ces eaux deux substances, l'une tenue à l'état de *dissolution*, et l'autre à l'état de *dépôt*, particulièrement désignée sous le nom de *terre bitumineuse*, et dans laquelle, plus tard, Campardon et Buc'hoz reconnurent plusieurs couches : 1° une superficielle, constituée par un enduit blanc, savonneux, semblable à la pâte liquide dont on fabrique le papier ; 2° une sous-jacente, formant une couche légère, roussâtre dans certains endroits, verdâtre dans d'autres ; 3° une profonde, due à une boue noire, onctueuse, balsamique.

On ne savait de la composition de ces dépôts que ce que Bayen en avait dit : « La terre bitumineuse est composée de soufre au minimum d'oxy- » dation, mêlée à un détritus de plantes ou à une portion de matières » glaireuses. »

Vauquelin, en 1800, en étudiant les dépôts glaireux des eaux de Plombières, et Chaptal, en 1807, en analysant ceux des eaux d'Ax et d'Ussat, montrèrent également que ces eaux renfermaient une matière tenue en *dissolution* se retrouvant constamment dans le résidu de l'évaporation des eaux, et une matière simplement en *suspension*. Ces deux matières, selon ces chimistes, formeraient une seule et même substance, très analogue à l'*albumine* et à la *gélatine* animale ; donnant, comme elles, par la distillation, de l'ammoniaque et une huile empyreumatique fétide ; offrant les propriétés de la corne, et conséquemment de nature éminemment azotée.

Longchamp, en 1823, d'après ses travaux sur les sources de Baréges, considérant que la *matière grasse*, la *terre bitumineuse*, la *substance glaireuse......*, comparées au blanc d'œuf par Bordeu, à la pâte à papier par Buc'hoz, au frai de grenouilles par Lemonnier, sont des nuances d'une même substance, et ont toutes une origine commune, désigna cette substance multiforme sous le seul nom de *barégine*.

En 1827, Anglada admit bien aussi une origine commune à toutes les variétés de cette même matière ; mais il voulut consacrer par des noms différents les deux états sous lesquels on trouvait la substance pseudo-organique des eaux sulfureuses ; il appela *glairine* celle tenue en dissolution, et *glaires* celle à l'état de suspension ; distinguant avec raison cette substance de tous les composés primaires animaux : albumine, gélatine, etc., etc.

Il résulte, en effet, des analyses que M. Bouis fils a faites en 1852 sur les sources thermales sulfureuses d'Olette, que la glairine pure, non organisée, renferme en moyenne 8 pour 100 d'azote, tandis que dans les matières animales, dites protéiques, cette proportion est de 16 pour 100.

Jusqu'ici personne n'avait su reconnaître dans ces dépôts la présence d'une véritable plante. C'est à M. le docteur Fontan que revient cet honneur. Ce médecin montra, en effet, que la substance filamenteuse des eaux sulfureuses est un végétal, une conferve dont il donna une bonne description dans sa thèse inaugurale de 1837, et qu'il appela *sulfuraire*, en ce que cette plante paraît spéciale aux eaux sulfureuses, puisque, jusqu'ici, on ne l'a trouvée que dans cette espèce d'eaux minérales.

Aujourd'hui on reconnaît donc dans les eaux sulfureuses :

1° Une matière organisée, ou plante confervoïde ;

2° Une matière organique concrète ;

3° Une matière organique dissoute.

Les nouvelles études du docteur Lambron l'auraient conduit aux résultats suivants :

1° *Matière organisée.* — La *sulfuraire* est une plante qui, par sa composition chimique, tient des animaux. Les éléments azotés, qui entrent en si grande proportion dans sa composition, sont évidemment empruntés au milieu essentiellement chargé d'azote dans lequel ce végétal prend naissance. Nos eaux sulfureuses sont, en effet, abondamment pourvues de ce gaz ; de sorte que ce dernier paraît être aussi nécessaire que l'oxygène au développement de cette conferve. Le docteur Lambron s'est moins occupé de rechercher si la sulfuraire avait les caractères, les habitudes, les conditions de vitalité...... que M. le docteur Fontan lui a reconnus, que d'observer ce qu'elle devenait, et de suivre ses transformations au milieu des eaux, après qu'elle y a pris son développement plus ou moins complet. Ces recherches ressortent de ce qui suit.

2° *Matière organique concrète, plus spécialement connue sous le nom de barégine.* — Les matières concrètes, qui prennent des formes si variées, ne sont pas des dépôts de la matière tenue à l'état de dissolution.

M. Seguier fils, d'après quelques recherches faites, en 1836, à Luchon, avait déjà dit, dans une note lue à l'Académie des sciences, que ces dépôts lui paraissaient provenir de la décomposition de la sulfuraire. Mais ses expériences, faites sur de la sulfuraire abandonnée pendant douze à quinze jours dans un vase découvert, à moitié rempli d'eau et placé dans son appartement, c'est-à-dire dans des conditions et des milieux différents de ceux où vit cette plante, et où se dépose la barégine, n'étaient pas assez nombreuses et assez concluantes pour établir ce fait.

M. le docteur Atibert, médecin inspecteur des eaux d'Ax, admet aussi (dans son *Traité des eaux d'Ax*, 1853) que la barégine est le détritus de la sulfuraire, et non le support, le terrain qui donne naissance à cette plante ; mais son observation n'est pas suffisamment rigoureuse. En effet, il fit passer un filet d'eau sulfureuse sur une lame de verre qu'il soumettait à un fréquent examen microscopique, et vit se former quelques filaments de sulfuraire dont le nombre alla grossissant. Au bout de quelques jours, la plupart de ces filaments étaient décomposés en une couche de barégine qui contenait encore les granules de sulfuraire, lesquels résistent plus longtemps à la décomposition que leur enveloppe tubulée. Je partage complétement l'opinion de ce savant confrère : je suis certain que les choses se sont passées ainsi qu'il dit l'avoir constaté ; mais on peut lui objecter que le filet d'eau sulfureuse, en même temps qu'il a donné lieu à la formation de la sulfuraire, a pu déposer sur la lame de verre de la barégine.

La même objection doit être adressée à l'observation d'un ouvrier intelligent, attaché à la surveillance des galeries souterraines des sources de Luchon et nommé Ramos. Sur des rochers sur lesquels coulent des eaux sulfureuses, on voit de la sulfuraire se former au milieu du courant des sources, et de la barégine être rejetée sur les deux rives de chaque filet d'eau. Cet ouvrier assure avoir constaté bien des fois que c'est la sulfuraire qui se change en barégine, à mesure que cette plante meurt et se décompose. Mais cette opinion, dont les observations suivantes, personnelles au docteur Lambron, montreront la vérité, avait besoin d'une démonstration plus rigoureuse ; car, qui prouvait que l'eau, en coulant sur ces rochers comme sur la lame de verre, ne déposait pas de la barégine en même temps qu'elle donnait naissance à de la sulfuraire ?

M. Lambron a pris, dans le conduit de la source Bordeu, n° 2, une notable quantité de sulfuraire bien pure et bien vivante. Il l'a partagée entre plusieurs capsules de porcelaine et flacons de verre presque entièrement remplis d'eau sulfureuse, mais dont les uns étaient bouchés et les autres découverts ; puis il a placé le tout dans le conduit de la source n° 1 (41 degrés) de la galerie A de Bordeu. Certains de ces flacons et capsules furent disposés de manière à ce qu'un filet de cette source y pénétrât et y établit un léger courant ; d'autres plongeaient également dans l'eau de cette source, mais sans que cette eau pût y entrer. Ces vases, à l'exception de leur communication ou de leur non-communication avec l'eau sulfureuse, étaient donc tous placés dans les mêmes conditions de température et dans le même milieu ambiant.

Dans un espace de douze à quinze jours, il fut facile de suivre dans tous ces vases la transformation de la sulfuraire en barégine par une véritable décomposition de cette plante. Une portion des tubes qui constituent ce végétal forment une matière muqueuse, glaireuse, qui, par sa légèreté, vient nager à la surface de l'eau, et qui ne tarde pas à être entraînée hors des capsules, dans lesquelles avait été établi un léger courant. C'est cette matière qu'on a comparée au frai de grenouille, et qui ressemble beaucoup aux nuages muqueux que l'on trouve dans l'urine des personnes atteintes d'une légère irritation de la vessie.

Ces glaires paraissent dues à l'enveloppe extérieure des tubes de la sulfuraire. Quoique l'examen microscopique n'ait pas permis jusqu'ici de reconnaître si ces tubes étaient composés, comme ceux de certaines conferves, de deux tubes, l'un extérieur, l'autre interne, l'espèce de dissec-

tion produite dans les éléments de cette plante lorsqu'elle se décompose semble démontrer que les tubes de la sulfuraire sont également doubles. Une autre portion des filaments de la sulfuraire, celle qui paraît constituer les tubes intérieurs de cette conferve, se décompose en prenant d'abord l'apparence de la pâte à papier ou de morceaux de papier mâché. Douée d'une pesanteur spécifique plus grande que celle de l'eau sulfureuse, elle descend au fond des vases, entraînant avec elle les innombrables petits granules qui remplissent l'intérieur des tubes. A des époques plus ou moins avancées, cette pâte blanche se transforme en matière grise analogue à de la colle à demi dissoute. Lorsqu'elle est déposée sur des points où elle peut sécher, elle offre l'apparence d'une gelée de gélatine, et emprunte souvent diverses colorations aux corps sur lesquels elle repose. Dans les eaux de Luchon, qui contiennent du fer, elle prend souvent une couleur noire, par suite de la réaction des principes sulfureux sur le carbonate de fer, pour former du sulfure hydraté.

Outre les granules ou sporules auxquels elle sert de gangue, elle entraîne encore dans ses mailles des grains de sable très déliés, et sert d'habitation à de nombreux animaux infusoires. Ces dépôts renferment encore de notables proportions des principes minéraux des eaux, et surtout des silicates de soude, de la silice et de l'iode, ce qui les rend très précieux pour certains usages médicaux. Dans les vases bouchés, la décomposition est plus rapide, et même la sulfuraire ne se décompose pas seulement : elle se putréfie, et reprend l'odeur fétide de la chair pourrie.

Les granules ou sporules résistent à la décomposition de la sulfuraire, et même à la putréfaction de cette plante, comme à toutes les altérations que peuvent subir les matières concrètes désignées sous le nom de *barégine* ; aussi les retrouve-t-on et les reconnaît-on facilement dans tous les dépôts barégineux. Cette résistance aux agents de destruction peut expliquer la facilité avec laquelle la sulfuraire prend naissance dans presque tous les points du parcours des eaux ; car il suffit que ces sporules ou graines, entraînées pour la plupart sans être altérées, se trouvent placées de nouveau dans des conditions favorables de végétation, pour que cette plante se reproduise.

Ces études permettent d'expliquer :

1° Pourquoi la barégine est une substance *végéto-animale*. La sulfuraire, dont elle provient, est en effet un végétal dans la composition duquel entre une forte proportion d'azote, qu'il puise dans les eaux sulfureuses abondamment pourvues de ce gaz.

2° Pourquoi Anglada a eu raison de l'appeler matière *pseudo-organique*, puisqu'elle provient d'une plante en décomposition.

3° Pourquoi la barégine est très rare dans les sources très chaudes, chez lesquelles la sulfuraire ne peut vivre, et très abondante, au contraire, dans les sources de 30 à 45 degrés, dont la température est si éminemment favorable au développement de cette plante.

4° Pourquoi la sulfuraire et la barégine fournissent l'une et l'autre une énorme quantité de cendres et dans des proportions presque égales. En effet :

1 gramme de sulfuraire sèche a fourni 0gr,109mm de cendres.
1 gramme de barégine sèche — 0gr,127mm

La barégine formée de la sulfuraire décomposée, et qui a cédé à l'eau une partie de ses éléments solubles, devait, pour le même poids, renfermer une proportion plus forte de cendres.

5° Pourquoi M. Filhol, en traitant la barégine, ou glairine, par une solution bouillante de potasse caustique et par l'acide nitrique (qui produisait des acides oxaliques et xanthroprotéiques), a trouvé à cette substance des caractères semblables à ceux qui seraient fournis par un mélange de matières *albuminoïdes* et de *cellulose*. La sulfuraire, comme végétal, ne renferme-t-elle pas, en effet, ces divers éléments? Rien de plus naturel, par conséquent, que de les retrouver dans le détritus de cette conferve, etc., etc.

Suivant M. Lambron, la présence de la barégine dans une source sulfureuse puisée à son point d'émergence prouve, ou que celle-ci est mal captée, c'est-à-dire qu'on n'est pas arrivé encore à son véritable griffon, à sa sortie de la roche en place et intacte ; ou que dans son trajet souterrain elle se mélange à de l'air ou de l'eau froide ordinaire qui y pénètrent par les fissures que les roches présentent si souvent par suite des dislocations du globe.

6° *Matière organique à l'état de dissolution.* — Les eaux sulfureuses les plus claires, les plus limpides, même celles qu'on filtre à travers du papier joseph, donnent, lorsqu'on les fait évaporer lentement au bain-marie, un résidu offrant une teinte jaune et exhalant une odeur très sensible de bouillon. Ces caractères sont dus à une matière *azotifère* que, malheureusement, il n'a pas été possible de dégager des autres produits chimiques renfermés dans les eaux, de manière à connaître exactement sa composition. Cette matière est très peu abondante dans l'eau des sources bien captées. « Ce n'est qu'à *grand'peine* qu'on peut se procurer des » *traces* de glairine à leur point d'émergence, » dit M. Filhol, p. 172 ; de sorte que, pour les diverses études qui en ont été faites, on a puisé l'eau dans les conduits, à des distances plus ou moins éloignées des griffons, ou dans des sources mal captées, par conséquent dans des conditions où l'eau avait pu se charger de la portion soluble de la sulfuraire en décomposition.

N'a-t-on pas même prétendu que les minimes proportions de matière en solution qu'Anglada était parvenu à recueillir sur le filtre en crin par lequel il faisait passer les eaux, étaient de la sulfuraire ? En présence de cette difficulté à se procurer une quantité de matière dissoute qui pût permettre d'en faire l'analyse, les auteurs supposant, *à priori*, que la barégine n'est que la précipitation de la substance tenue en dissolution lorsque l'eau a subi le contact de l'air, ont pris tout simplement les matières concrètes pour faire leurs recherches, et considérant ces deux substances comme identiques, ils ont conclu de l'une à l'autre.

M. Lambron croit, au contraire, être fondé à dire que la substance dissoute dans les eaux bien captées et recueillies au sortir de leur griffon, est une matière azotée analogue à la matière organique renfermée dans nos eaux potables et à celle que les eaux de nos rivières laissent déposer sous forme d'un enduit gras sur la terre, les pierres ou toutes autres substances qui forment le fond de leur lit. Elle doit être distinguée de la matière végéto-animale, soluble ou concrète, provenant de la sulfurine en décomposition.

Nouvelle synonymie. — Pour sortir de cette confusion, et pour apporter un peu d'ordre et de clarté parmi ces diverses substances, ce médecin propose :

1° D'appeler *hydrose* la matière organique que l'on trouve dans les eaux sulfureuses, comme dans toutes les autres eaux.

2° Au lieu des noms de *barégine*, *glairine*, *glaires*, *pyrénéine*, qui sont ou trop génériques, puisqu'ils ne font pas même pressentir la nature de ces produits des eaux sulfureuses ; ou trop exclusifs, puisque ces substances végéto-animales ne se retrouvent pas seulement à Baréges et dans les Pyrénées, mais dans presque toutes les eaux sulfureuses ; de donner le nom de *sulfurine* aux matières insolubles et concrètes provenant de la décomposition de la *sulfuraire*, ce qui rappellera leur origine.

3° Et le nom de *sulfurose* à la partie de la sulfuraire décomposée qui se dissout dans les eaux ; ce qui montrera son analogie, d'une part, avec l'*albuminose*, en ce qu'elle est soluble comme elle ; d'autre part, avec la *cellulose*, dont elle offre plusieurs des caractères chimiques, et dont elle n'est peut-être qu'une variété provenant de la sulfuraire, véritable plante.

Les nouvelles recherches que M. le docteur Lambron se propose de faire, à la prochaine saison des bains, viendront élucider ces divers résultats, et confirmer, il l'espère, ce premier travail.

SÉANCE DU 4 MAI 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Des lettres de M. le docteur *Despine* (d'Aix, en Savoie), et de M. *Moride*, en remercîment du titre de membre correspondant.

M. le docteur *Herpin* (de Metz) est nommé membre correspondant national.

La discussion sur l'étude des matières organiques contenues dans les eaux minérales est continuée.

M. *Petit* a soumis à l'examen de M. Jules Haime de la matière verte recueillie dans la source de l'Hôpital, à Vichy, matière qui, sous l'influence du contact de l'air et surtout de la lumière solaire, apparaît en filaments très minces et légèrement nuancés de vert, bientôt réunis en pellicules, puis en flocons d'un vert olivâtre, flottant à la surface de l'eau ou adhérents aux parois du bassin, au fond duquel ils ne tardent pas à tomber.

Cette matière, examinée au microscope, à Paris, mais aussi fraîche que possible, avec un grossissement de 520 diamètres, a paru constituée par deux algues appartenant à des tribus différentes et qui n'avaient point encore été décrites. M. Haime a cru devoir rattacher ces deux algues aux *ulothrix* et aux *navicules*, et leur a donné le nom d'*ulothrix vichyensis* et de *navicula vichyensis*.

On remarque encore, parmi ces algues, outre certains éléments minéralisateurs, devenus insolubles, des corpuscules d'une extrême petitesse et d'une nature encore problématique, appelés *bacterium* et *vibrions*, que l'on a rangés jusqu'à présent parmi les animaux, en raison des mouvements dont ils sont doués, mais dont la nature animale paraît loin d'être démontrée aux yeux des naturalistes de nos jours.

D'où viennent ces matières organisées?

On sait que les algues, comme toutes les plantes agames, peuvent se reproduire, soit par germes, soit par sporules ou géminules, soit même par une simple fragmentation ou déduplication dont les limites échappent à nos moyens d'observation, et peuvent être tenues en suspension dans

l'atmosphère et transportées ainsi à des distances très éloignées. Il est donc probable que leur développement ne dépend plus alors que du milieu dans lequel l'air les dépose ; que si ce milieu ne convient pas à un germe, il y reste sans végéter, et que, dans le cas contraire, il se développe et donne naissance à un nouvel être entièrement semblable à celui duquel il s'est détaché.

Ne peut-on supposer, avec une grande vraisemblance, que les eaux de la surface du globe, en allant alimenter jusqu'à de grandes profondeurs, où elles s'infiltrent par une multitude de fissures, les sources d'eaux minérales, déposent dans ces dernières les corpuscules reproducteurs des plantes agames, lesquels, après avoir été entraînés au sein de la terre, reparaîtraient à sa surface avec ces mêmes eaux devenues minérales et thermales ?

M. Petit ne pense pas que la température des eaux de Vichy, laquelle ne dépasse pas 46 degrés, puisse être un obstacle à la reproduction de ces germes. L'examen au microscope de l'eau minérale n'a pas permis à cet observateur d'y reconnaître autre chose que des globules d'une matière organique vivante, c'est-à-dire qu'ayant une forme bombée, régulière, parfaitement intacte, réunissant les caractères auxquels on peut reconnaître que ces globules sont doués de la vie. On aperçoit bien dans ces eaux quelques autres corpuscules, mais qui ne sont évidemment que des parcelles de matières organiques mortes, sans doute entraînées dans le sein de la terre par les eaux de la surface.

M. Petit s'est encore assuré, avec le secours de M. Haime, que ces globules organiques se trouvent beaucoup plus nombreux et plus volumineux à la surface des bassins que près de leur émergence. Il leur a même vu, dans le premier cas, revêtir déjà une légère nuance verte. Cela ne semble-t-il pas une indication que la matière verte pourrait bien naître des globules de la matière organique latente?

Cette matière organique se retrouve dans l'eau distillée provenant des vapeurs condensées des eaux de Vichy ; mais elle s'y retrouve à l'état de matière morte, c'est-à-dire offrant des fibrilles n'ayant plus que l'aspect de squelettes de végétation, et des globules plus ou moins déformés, aplatis, comme déchirés dans quelques points, ayant plutôt l'apparence de cellules vides que de véritables globules ; ne présentant plus, enfin, aucun caractère qui puisse y faire supposer encore un reste de vie.

En résumé, ajoute M. Petit, s'il était vrai, ainsi que les faits et les considérations qui précèdent me portent à le croire, que la matière verte des eaux prend naissance dans les globules de la matière latente, comme les végétations qui constituent la première matière varient suivant la nature des eaux où elles se produisent, ne serait-on pas fondé à croire que toutes les eaux ne contiennent pas la même matière organique, et ne pourrait-on pas en déduire que chaque eau minérale a, en quelque sorte, sa vie propre, et qu'elle emprunte de sa matière organique des propriétés particulières ?

Le rôle que joue la matière organique des eaux minérales dans leurs applications thérapeutiques a été très peu étudié jusqu'à présent ; aussi nous est-il à peu près inconnu. Cependant cette matière mériterait peut-être une plus grande attention de la part des praticiens et des chimistes. Dans l'état si parfait de dissolution où elle se trouve dans ces eaux, n'intervient-elle pas dans les combinaisons qu'y forment leurs éléments minéralisateurs, et chaque espèce d'eau minérale n'emprunte-t-elle pas à la matière organique quelque chose de particulier, qui ajoute à son action ou qui la modifie ?

M. *Cazin* lit un travail *sur les matières organiques et organisées des eaux thermales sulfurées des Pyrénées, connues sous les noms de* glairine *ou* barégine *et de* sulfuraire.

Après un résumé rapide des faits principaux qui constituent actuellement l'histoire de ces productions hydrominérales, M. Cazin, recherchant les causes de l'obscurité qui règne encore aujourd'hui touchant les premières, l'attribue, en premier lieu, à ce que souvent les recherches n'ont été exécutées que sur des échantillons plus ou moins altérés, loin du lieu de leur origine, et dans l'ignorance des circonstances de leur apparition ; en second lieu à l'insuffisance des descriptions, et surtout à l'emploi de désignations communes pour des espèces différentes.

Abordant l'exposé des observations qu'il a faites lui-même sur ces substances, à Bagnères-de-Luchon, il s'occupe successivement, avec détails, après avoir rappelé et discuté la synonymie, de la matière organique en dissolution, pour laquelle il propose le nom de *sulfurhydrine*, de la matière organique concrétée, dont il décrit soigneusement deux espèces principales, auxquelles il donne les dénominations de *sulfomucose* et de *sulfodiphthérose*, fondées, comme pour la précédente, sur leur origine et sur leur caractère physique le plus saillant, de la substance organisée à laquelle il conserve le nom de *sulfuraire* heureusement imaginé par M. Fontan, qui l'a si bien étudiée et définitivement classée parmi les végétaux confervoïdes.

M. Cazin rend compte des nombreux examens microscopiques et chimiques qu'il a exécutés à Paris, sur des échantillons recueillis par lui-même. Il signale particulièrement dans la sulfodiphthérose un dépôt remarquable de soufre, se présentant sous forme de cristaux octaédriques et en même temps sous forme de cristaux prismatiques. En outre, une analyse opérée sur une quantité de matière, malheureusement trop petite pour qu'on pût arriver à un résultat absolument probant, l'autorise pourtant à conserver des présomptions relativement à l'existence vraisemblable de l'arsenic dans ces substances organiques, sinon dans l'eau minérale même où elles prennent naissance.

Arrivant aux applications thérapeutiques de ces matières, il constate leur altérabilité extrême, et affirme qu'employées en topiques, comme on l'a quelquefois pratiqué malgré leur odeur promptement infecte, elles doivent agir à la manière d'un excitant résolutif ou maturatif plutôt qu'à la façon d'un émollient.

En terminant, M. Cazin déduit des faits déjà acquis à la science, aussi bien que des observations et examens qu'il vient de rapporter, des considérations relatives à l'étiologie et à la nature réelle de ces productions organiques. Suivant lui, la sulfurhydrine est exclusivement propre aux eaux sulfurées de formation géologique, comme celles des Pyrénées, et elle est liée essentiellement à leur constitution intime initiale ; la sulfomucose est une modification de la sulfurhydrine, déterminée par une diminution de pression et surtout par l'action de l'air ; la sulfodiphthérose provient d'une sorte de déshydratation de la sulfomucose ; enfin, ni l'une ni l'autre ne sont, malgré des assertions contraires, des produits de la décomposition de la sulfuraire. Celle-ci, en effet, n'ayant besoin, à la rigueur, pour s'organiser dans un milieu aqueux, que de la présence du soufre, son élément phythogénique indispensable, se montre également dans des eaux émanant des terrains secondaires ou tertiaires, sulfhydriquées, sulfurées-calciques, où l'on ne rencontre aucune trace des premières substances.

Quelques réflexions sont présentées par M. *Reveil* sur la distinction qu'on doit faire entre les matières organiques et les matières organisées.

M. *Leconte* regarde le problème de l'origine des matières organiques comme insoluble dans l'état actuel de la science. Il expose l'analyse chimique qu'il a faite des conferves de Néris. (Voir au travail de MM. de Laurès et Becquerel.)

La discussion est close.

M. *Becquerel* appelle l'attention de la Société sur un fait signalé par M. Richond des Brus dans une publication sur les eaux de Néris, offerte à la Société. Il a été avancé que ces eaux *alcalisaient légèrement les urines quand elles étaient continuées en boisson pendant quelque temps à la dose de trois ou quatre verres par jour.*

M. Becquerel fait observer que deux circonstances peuvent rendre les urines alcalines : soit l'introduction de la soude dans l'économie, soit la décomposition de l'urée. Si l'on a trouvé les urines alcalines à Néris, ce n'est qu'en vertu de cette dernière condition ; car il n'y a pas dans ces eaux une quantité de soude suffisante pour neutraliser les acides de l'urine, même après une ingestion considérable. Il s'appuie, du reste, sur les expériences nombreuses faites avec M. de Laurès, et qui sont entièrement contradictoires avec l'observation de M. Richond des Brus.

M. *Leconte* confirme l'opinion de M. Becquerel sur les données de l'analyse chimique des eaux de Néris, et il fait remarquer, ainsi que M. Mialhe, que des conditions accessoires ont pu produire l'alcalisation des urines.

M. le président prononce la clôture de la session 1854-1855.

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

VI.

REVUE DES JOURNAUX.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le bicarbonate de potasse, par le docteur GARROD.

La congestion cérébrale, la pneumonie, le croup et toutes les affections diphthéritiques, spécifiques ou autres, la phlébite, l'artérite, semblent avoir trouvé un spécifique dans le bicarbonate de soude, dont les propriétés dissolvantes rencontrent dans toutes ces maladies la fibrine ou la lymphe, coagulable ou coagulée, à dissoudre. On sait qu'il y a un temps pour toutes les médications ; espérons que celui des alcalins se prolongera pour le grand bénéfice des malades.

Voici maintenant le tour du rhumatisme articulaire aigu. Ce n'est pas cependant un traitement nouveau. A plusieurs reprises dans le rhumatisme, comme on l'a vu faire également dans le choléra, on a fondé sur les alcalins des espérances qui ne se sont pas réalisées. On a même traité le rhumatisme par les acides. Il est vrai que, suivant le docteur Rogers, le traitement par le jus de citron est encore un traitement alcalin. Le jus de citron, dit-il, est un citrate acide de potasse; l'alcali est mis en liberté dans l'estomac, et va éliminer la matière morbide du système.

C'est le bicarbonate de potasse qu'un médecin distingué, le docteur Garrod, emploie dans le rhumatisme articulaire aigu. Sa méthode de traitement consiste à administrer le bicarbonate de potasse dissous (*diluted*), à la dose de deux scrupules, de deux en deux heures, jour et nuit, jusqu'à ce que les douleurs articulaires et la fièvre aient disparu depuis deux ou trois jours, ajoutant à cela des moyens locaux de déplétion (*local depletion*) sur la région du cœur, quand cet organe paraît atteint ou menacé. Voici quels ont été les résultats de ce traitement dans 51 cas de fièvre rhumatique (rhumatisme aigu) observés dans l'espace d'environ trois années.

Chez 20 malades, du sexe masculin, la moyenne de la durée *totale* de la maladie a été entre onze et douze jours; depuis l'application du traitement, entre six et sept jours. Sur 31 malades du sexe féminin, durée totale entre quinze et seize jours; depuis le traitement, entre sept et huit; ce qui fait, pour les 51 cas, une moyenne de treize jours et demi pour la durée totale de la maladie, de sept et demi pour la durée depuis le commencement du traitement.

Le bicarbonate de potasse administré à aussi hautes doses ne déterminait ni nausées, ni vomissements, ni purgation, enfin aucun symptôme d'irritation gastro-intestinale; l'urine, sans que la sécrétion parût s'en accroître, devenait fortement alcaline; la sécrétion de la peau était moins acide, quelquefois presque neutre.

Le docteur Garrod établit que le bicarbonate de potasse modère l'action du cœur, en réduisant beaucoup la fréquence du pouls, sans déprimer le système, comme font la digitale, le colchique; qu'il accroît *probablement* l'alcalinité du sang, diminue la coagulabilité de la fibrine altérée, et probablement encore détruit ou prévient les dépôts de la lymphe dans l'endocarde ou le péricarde. Enfin, l'influence de ce médicament se ferait sentir non-seulement sur la durée de la maladie articulaire, mais encore sur la disposition du cœur à subir l'influence morbide. Du reste, l'auteur ne rejette pas absolument l'emploi simultané de l'opium, du calomel ou des émissions sanguines, lorsque ces moyens paraissent formellement réclamés. Enfin, il n'a reconnu en aucune circonstance, et en suivant longtemps ses malades, aucun inconvénient à l'emploi prolongé du bicarbonate de potasse à haute dose. (*Dublin Medical Press*, 14 mars 1855.)

— Nous ne pouvons nous défendre de rappeler ici qu'il n'est pas une méthode de traitement du rhumatisme qui ne se soit présentée encore avec cette apparence engageante, quant à son innocuité propre, son action sédative à l'endroit du cœur, et la manière dont elle abrége la durée moyenne de la maladie. Faut-il même regarder comme très satisfaisante la moyenne de treize jours et demi obtenue par M. Garrod, durée qu'il ne faut pas entièrement imputer au traitement rarement appliqué dès le début de la maladie, mais qu'il faut prendre comme un résultat? Sans doute beaucoup de rhumatismes graves seront fort heureux de descendre à cette moyenne; mais beaucoup de rhumatismes légers ne l'atteignent pas. Cependant il est vrai de dire que c'est entre le second et le troisième septénaire que M. Chomel et M. Grisolle fixent la durée moyenne du rhumatisme articulaire aigu; mais on sait ce que valent les moyennes en fait d'appréciations thérapeutiques.

Nous ne dirons rien de la question théorique. M. Garrod est peu explicite à ce sujet, et il a raison. Lorsqu'on se sera assuré que le bicarbonate de potasse exerce sur la marche du rhumatisme articulaire aigu une action formelle et qui lui sera propre, il sera temps de raisonner sur la manière dont il s'accommode aux conditions pathologiques qui président à cette maladie, autant au moins qu'il est permis de les définir elles-mêmes. Faisons remarquer seulement que l'action du bicarbonate de potasse serait aux yeux de l'auteur, d'après ce qui précède, analogue à celle que M. Socquet attribue au chlorate de même base. (Voir GAZ. HEBDOMADAIRE, t. Ier, p. 927.)

Un cas de mort par le chloroforme pendant le travail de l'accouchement, par le docteur WOLF, de Chester (Massachusetts).

L'enquête qui se poursuit avec une extrême attention au sujet du danger ou de l'innocuité de l'inhalation des anesthésiques, dans les conditions déterminées par la prudence et l'expérimentation, donne un intérêt tout particulier aux faits qui constatent comme conséquence de leur emploi des accidents plus ou moins graves. De l'étude de ces faits doivent ressortir à la fin les contre-indications réelles et les règles pratiques de l'administration de ces agents. Le fait suivant, emprunté au *Journal de médecine de Buffalo*, décembre 1853, tire des circonstances dans lesquelles il s'est produit une importance toute particulière. En effet, si dans ce cas la mort, qui est survenue dans un état d'anesthésie fort peu prononcé et en pleine connaissance, doit être attribuée au chloroforme, elle aurait été déterminée par une espèce d'intoxication lente et progressive, fort éloignée de la sédération subite de toutes les forces vitales observée dans d'autres circonstances. Bien qu'on puisse ici élever des doutes sur la cause réelle de la mort, il faut cependant tenir grand compte de la conviction du narrateur, témoin oculaire d'une partie des faits, qui n'hésite pas à l'attribuer au chloroforme, après un examen comparatif sur place, à la vérité sans le contrôle de l'autopsie. Une autre particularité, qui mérite d'être remarquée, c'est que l'inhalation a eu lieu contre le gré de l'accoucheur, par le fait de la volonté opiniâtre de la patiente, qui se tenait elle-même sous le nez le flacon dont elle s'était emparée. Si, dans la grande ferveur des anesthésiques, bien des médecins ont dû être effrayés de l'insistance opiniâtre de quelques femmes à obtenir un flacon contenant de l'éther ou du chloroforme, ils ne tardaient pas à être rassurés en voyant avec quelle prudence elles en faisaient usage. On voit pourtant qu'il ne faudrait pas trop compter en pareil cas sur la sollicitude tutélaire de l'instinct de conservation.

OBS. — M. Wolf, appelé en consultation dans une ville voisine par ses amis les docteurs Freeland et Smith pour une dame d'environ vingt-cinq ans, d'une bonne santé et d'une forte constitution, en travail de son accouchement, et dans un état de danger imminent, bien qu'elle eût sa pleine connaissance, reçut de ses confrères les informations suivantes: Appelé environ trente heures auparavant, M. Freeland la trouva dans la période préparatoire d'un travail actif, qui, au bout de quelques heures, n'avait encore fait que peu de progrès; elle réclamait avec instance le chloroforme, qu'elle avait respiré dans son premier accouchement. Après avoir attendu encore quelques heures, le travail n'ayant pas sensiblement avancé, on lui fit une saignée de 15 à 20 onces. Une potion anodine contenant 40 gouttes de teinture d'opium lui procura un peu de repos. A son réveil elle se plaignit de douleurs dans l'abdomen et dans la région lombaire, et réclamait toujours le chloroforme; le pouls plein et fort n'excédait pas 100; langue humide et nette, action utérine assez lente; orifice utérin relâché, tête basse, bassin large; aucun mauvais symptôme d'ailleurs. Dans ces conditions, on crut pouvoir promettre une prochaine délivrance et l'on fit prendre une décoction de seigle ergoté. Mais l'accouchement ne se faisant pas, bientôt après le malade insista avec plus d'importunité encore pour avoir du chloroforme. M. Smith, mandé à cet effet, posa à son arrivée, sur une table en vue de la malade, un flacon contenant environ 2 onces de chloroforme; et pendant qu'il conférait avec son confrère sur ce qui s'était passé jusque là et sur ce qu'il y avait à faire, elle se fit donner le flacon et se mit à inhaler de temps en temps le liquide qu'il contenait, refusant absolument de le rendre. Quand ses médecins lui représentaient qu'en agissant ainsi elle nuisait au progrès du travail et exposait peut-être sa vie, elle leur répondait: « Maintenant mes douleurs sont tout à fait douces (*quite comfortable*), et je resterais sans peine douze heures dans cet état. »

Malgré un examen attentif, ils ne s'aperçurent d'abord d'aucun changement appréciable dans l'action du cœur ni dans les forces vitales; et, comme il s'était opéré un relâchement favorable dans les organes, que le chloroforme avait été mis de côté, ils restaient convaincus que l'action

de l'utérus, bientôt réveillée, triompherait des derniers obstacles. Mais peu après les choses prirent un autre aspect; et lorsque M. Wolf intervint à son tour, il y avait absence de toute douleur, extrémités refroidies, sueur froide, pouls fuyant, respiration sifflante, regard sans expression, en un mot, tous les phénomènes avant-coureurs de la mort, que les frictions, les applications chaudes, les stimulants actifs employés avant son arrivée n'avaient pu dissiper. Bien que mourante, elle était en pleine connaissance, et, dès qu'il fut en sa présence, elle lui demanda avec anxiété de lui prendre son enfant et de la sauver. La délivrer en ce moment était chose facile, ce qui fut fait sur-le-champ. L'enfant était mort; elle-même dix minutes après n'était plus qu'un cadavre.

Après un examen attentif des choses et mûres réflexions, M. Wolf déclare qu'il ne saurait rapporter qu'au chloroforme la cause de la mort de cette malheureuse femme. Elle ne peut être attribuée, selon lui, ni à la longueur, ni à l'intensité des douleurs; il n'y avait eu rupture, ni de l'utérus, ni du vagin, ni symptômes de congestion cérébrale, ni d'autres maladies. La malade, bien qu'ayant sa pleine connaissance, était pourtant insensible à la douleur, et sa mort semble ne pouvoir être imputée qu'à l'abolition de la force vitale par la fréquente répétition d'une anesthésie incomplète. (*The Amrcrican Journal of the Medical Sciences*, avril 1854.)

Note sur l'emploi des eaux de Vichy transportées, par le docteur MAX. DURAND-FARDEL.

L'auteur de cette note fait d'abord remarquer que si l'usage des eaux minérales près d'un établissement thermal constitue une médication qui ne peut être imitée ni remplacée, les eaux minérales transportées constituent, de leur côté, un médicament doué de certaines propriétés et qu'il se présente de fréquentes occasions d'utiliser.

Mais les eaux minérales transportées ne sauraient être considérées comme identiques avec celles que l'on boit à la source : le refroidissement, le contact de l'air, l'embouteillage imparfait, les variations de température, les exposent à des altérations multiples.

Les eaux de Vichy, en particulier. sont soumises à deux causes d'altération : l'altération par oxydation, et celle par perte d'acide carbonique. La première, prise dans sa forme la plus simple, détermine la précipitation, à l'état d'arséniate hydraté tribasique de sesquioxyde de fer, d'une portion de l'arsenic et du principe ferrugineux. Sous l'influence de la seconde, ces eaux abandonnent de la silice, des carbonates neutres de chaux, de magnésie, de strontiane, de manganèse, peut-être de protoxyde de fer, et enfin des traces de sulfates et de phosphates.

Cependant M. Bouquet a démontré, par des analyses faites avec l'exactitude qui lui appartient, que de l'eau de Vichy, soumise à des conditions d'altération excessives et qui ne sauraient se reproduire dans la pratique, conserve encore une grande partie de ses principes actifs ; de sorte que l'on peut être assuré, en la supposant soumise aux précautions exigées, d'y retrouver à peu près la totalité des principes médicamenteux qui la constituent, et que l'on recherche dans son emploi.

M. Durand-Fardel passe en revue les diverses circonstances où l'on peut avoir à recourir à l'eau de Vichy transportée, et les indications principales qu'elle peut servir à remplir. Il conseille de ne point recourir pour cet usage à l'eau de la source de l'*Hôpital*, qui s'altère le plus par le transport, et ne fournit, en général, à distance, qu'un médicament insignifiant ou désagréable. De toutes les sources de Vichy, celle qui convient le mieux pour le transport, c'est celle d'*Hauterive*, qui conserve d'une manière remarquable sa sapidité et son activité thérapeutique. Quelquefois même alors, trop active pour les estomacs ou les constitutions très susceptibles, il faut s'en tenir à l'eau de la *Grande-Grille*, dont on a fait jusqu'ici le plus grand usage à distance.

L'eau de Vichy transportée peut être prise aux repas, coupée avec du vin, ou avant les repas, comme on fait à Vichy même. Il faut se garder de la faire chauffer avant de la prendre; si l'on ne peut supporter l'introduction d'une boisson froide, il vaut mieux y ajouter un peu d'eau chaude. (*Bulletin de thérapeutique*, 15 mai 1855.)

Mort par une attaque de goutte aiguë, par le docteur MORRIS (de l'hôpital de Philadelphie).

La part que la goutte elle-même peut prendre à la mort des goutteux est un sujet fort difficile à éclaircir. On est presque toujours porté à attribuer à la goutte les accidents aigus que présentent les goutteux ; mais si le soupçon est légitime dans un grand nombre de cas de ce genre, la certitude est rarement possible à acquérir. L'observation suivante mérite donc d'être consignée, comme un exemple très vraisemblable de mort déterminée par une attaque de goutte irrégulière et viscérale. L'apparition soudaine et la marche rapide des accidents répondant parfaitement à l'idée d'une attaque de goutte, et l'absence de lésion anatomique appréciable correspondant aux graves désordres fonctionnels qui ont précédé la mort, bien qu'une telle circonstance ne nous paraisse pas nécessaire pour admettre la nature goutteuse de ces derniers, viennent encore à l'appui de cette manière de voir.

OBS. — Il s'agit d'un gentleman, âgé de cinquante-cinq ans' ayant une goutte héréditaire, menant depuis longtemps des habitudes régulières, mais mangeant beaucoup de viande et accoutumé à de vives préoccupations. Il avait deux fois par an une attaque de goutte, ordinairement aux pieds, et cédant au colchique et à une purgation. Trois ans avant sa mort, il eut une violente attaque de goutte aux intestins, avec douleurs atroces, constipation opiniâtre, fièvre considérable, langue chargée; de larges émissions sanguines et l'opium furent employés. Un mois avant la mort, il était survenu des accidents cérébraux aussi soudains, contraction convulsive d'un bras, contraction d'un sterno-mastoïdien, obtusion de l'intellect de la langue. Cela céda promptement à une saignée et un à cathartique.

Un mois après, il passe une nuit sans sommeil et sans pouvoir se réchauffer, et rend une quantité extraordinaire d'urine. Le lendemain matin, fièvre violente, céphalalgie intense, enduit épais sur la langue (*calomel et huile de ricin*). Le soir, augmentation de ces symptômes ; de plus un peu d'oppression et dysphagie (*saignée, sinapismes, poudre de Dower*). Le jour suivant, accroissement de la dysphagie et de la dyspnée semblant tenir à un état convulsif du diaphragme. C'est alors que l'idée de la goutte se présenta à l'esprit du médecin. On prescrivit en conséquence le *vin de colchique* à haute dose et des *ventouses scarifiées* vers les omoplates ; une toux spasmodique apparaît ; on insiste sur les *ventouses* avec des *vésicatoires* et le *mercure* uni à la *poudre de Dower;* il y eut quelques alternatives d'améliorations apparentes, puis d'exaspération de la dyspnée et de la toux convulsive avec violente douleur au côté ; du reste rien d'appréciable à la percussion ni à l'auscultation. Les phénomènes fébriles n'avaient pas cédé, lorsque, le troisième jour, le pouls s'affaiblit, les forces musculaires parurent s'épuiser, des vomissements survinrent. L'orthopnée était excessive. Cinq grains d'opium en douze heures n'avaient amené aucun engourdissement des facultés. Enfin la mort survint ainsi, comme déterminée par l'orthopnée incessamment croissante le quatrième jour.

On ne trouva à l'autopsie aucune lésion appréciable des muqueuses, ni des poumons, des plèvres, du cœur, du foie ou des reins. Il n'est pas question de l'examen du système nerveux. Le sang obtenu le premier jour par la saignée du bras avait formé un caillot rouge, concave et très dense. (Extrait du *Philadelphia Medical Examiner*. — *Dublin Medical Press*, mars 1855.)

Ovariotomie pratiquée avec succès, par M. A. MERCIER.

OBS. — La malade, âgée de vingt-huit ans, avait eu quatre enfants, le premier il y a dix ans, et le dernier il y a trois ans. Depuis un an un développement insolite de la fosse iliaque, formant une tumeur s'étendant des pubis à 2 pouces environ du rebord des côtes, se faisait remarquer, et les règles avaient cessé de paraître. Elle fut ponctionnée pour la première fois en juin dernier, et 6 gallons d'un liquide albumineux blanc et épais furent extraits. Le liquide se réaccumulait promptement, et elle fut ponctionnée six fois de juin en décembre, et chaque fois on retira de 5 à 6 gallons de liquide.

A la dernière ponction, qui eut lieu le 16 décembre 1854, M. Mercier proposa d'enlever la tumeur, et son avis fut agréé, la malade étant d'ailleurs dans de bonnes conditions pour l'opération, si ce n'est qu'elle était débilitée et anémique. Il y procéda le lendemain, assisté de ses confrères MM. Cantrelle, Weatherly, Wetzel et Stanford-Chaille. Soumise à l'in-

fluence du chloroforme, une incision de 9 pouces sur la tumeur, s'étendant du rebord des côtes au côté externe du muscle droit, fut pratiquée. Deux petites artères furent liées tout de suite, et l'effusion sanguine, pendant et après la division de la paroi abdominale, fut peu considérable. Ce fut avec quelques difficultés qu'il parvint à rompre avec les doigts les adhérences que la tumeur avait contractées avec la paroi abdominale, le foie, la fosse iliaque et l'épiploon. Près du pédicule, et dans l'étendue de plus d'un pouce, les adhérences étaient si fortes, qu'on dut avoir recours au bistouri. La tumeur, qui présentait extérieurement les apparences d'un ovaire très développé, était si grosse, que, pour la faire sortir de la cavité abdominale, il fallut pratiquer dans son épaisseur plusieurs incisions qui laissèrent échapper une assez grande quantité de fluide. Le pédicule fut embrassé par une forte ligature et coupé à un demi-pouce au-dessus. Les bords de la plaie furent réunis par cinq sutures embrassant peau, muscles et péritoine, et soutenus par des bandelettes agglutinatives et un bandage approprié, le tout laissant à la partie inférieure une ouverture suffisante pour l'écoulement des fluides. La tumeur avait 9 pouces de long, 6 de large, et ne pesait pas moins de 6 livres. D'une texture fibro-cartilagineuse, elle était composée d'une masse de petits kystes de différentes grandeur, agglomérés, contenant un liquide de couleur et de consistance de la glycérine.

La patiente, qui fut d'abord dans un état assez alarmant (douleur vive dans la région iliaque, quelques vomissements, pouls si fréquent et si faible qu'on ne pouvait le compter, absence de sommeil), commença à aller bien le quatrième jour, sans autre traitement qu'une mixture avec arnica et sirop de morphine, bouillon, et un lavement qui amena des évacuations bientôt suivies de soulagement. Rien ne vint ensuite troubler la guérison. Le septième jour, les lèvres de la plaie étaient réunies sur plusieurs points, les fils tombèrent; le treizième, l'écoulement séro-purulent, qui avait été assez abondant, commença à décroître. La guérison ne tarda pas à être complète par la cicatrisation de toute la plaie.

L'auteur fait observer que l'ovariotomie, pratiquée en France, pour la première fois, en 1776, a conservé, depuis, des adversaires et des partisans, malgré les faits déjà nombreux pour servir de base à un jugement motivé. Il rappelle qu'on a calculé que la durée moyenne de la vie est de quatre ans pour les femmes affectées de tumeur de l'ovaire, et que l'opération donne une mortalité d'environ 1 sur 3. 81 opérations auraient donné les résultats suivants: 15 fois extraction impraticable, à cause des adhérences; 5 fois il ne s'est pas trouvé de tumeurs; 6 fois les tumeurs n'appartenaient pas à l'ovaire. Dans les 15 cas où l'opération ne put être achevée, 6 fois la mort en fut la suite. De 81 cas, 61 seulement ont donné lieu à l'extraction de tumeurs, parmi lesquelles 55 étaient des tumeurs ovariques et 6 des tumeurs étrangères aux ovaires. Ces 61 cas ont donné 35 guérisons et 26 morts. Le résultat des 81 cas a été de 32 morts et de 49 guérisons. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, janvier 1855.)

De l'emploi de l'acétate de plomb dans quelques lésions chirurgicales, par M. Decondé.

Il faut enregistrer avec soin l'exposé de ces diverses applications que M. Decondé dit avoir été couronnées d'un succès constant; car elles portent justement sur des affections dont la médecine n'a pas encore trouvé, tant s'en faut, le remède souverain.

Relativement aux polypes vésiculeux des fosses nasales, l'auteur enseigne que le sel de plomb, porté à leur surface, amène l'atrophie et l'oblitération des vaisseaux qui les parcourent (les seuls qu'on rencontre dans ces productions) et détermine en même temps le retrait de la muqueuse sur laquelle ils se sont développés. Il les guérit donc et prévient, en outre, leur récidive, du moins sur les parties tombées.

Les attouchements sont faits de sept en sept jours environ, au moyen d'un pinceau plat chargé de cette poudre détrempée dans un peu d'eau. A mesure que les parties extérieures du polype sont flétries, on les écarte ou on les détache avec une pince pour pouvoir porter le sel plombique plus profondément et jusqu'à la base. M. Decondé a cité deux cas de guérison complète.

— Le lupus est également atteint avec succès par ce topique. Il convient de dénuder d'abord la surface malade à l'aide d'un vésicatoire, puis on applique une couche légère d'acétate neutre de plomb en poudre extrêmement fine. Après quinze ou vingt minutes, on l'enlève, on lave la partie, et on la recouvre de taffetas d'Angleterre. L'application doit être réitérée tous les jours ou tous les deux jours. Sept cas de guérison sont rapportés par l'auteur.

—Une autre affection moins incommode, mais tout aussi tenace, a été attaquée avec un égal succès par ce procédé. Mais ici le mode opératoire nous paraît plus compliqué. Pour guérir une verrue, il faut d'abord en enlever avec le bistouri les couches superficielles, puis appliquer sur la surface saignante de l'acétate plombique. Le sang ayant cessé de couler, on met une nouvelle couche du sel, qu'on maintient en place, au moyen d'un agglutinatif, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Au bout de ce temps, on l'enlève, et l'on reconnaît dans la surface blanchie que les points vasculaires ont le plus fortement subi l'influence plombique. On enlève la couche qui a été frappée d'insensibilité par l'action du topique, et l'on recommence une nouvelle application, qu'on répète encore un certain nombre de fois, jusqu'à guérison complète, ce qu'on reconnaît à la disparition des faisceaux vasculaires nourriciers de la base de la verrue, et à l'absence de toute dureté en ce point.

Voilà, sans doute, un traitement bien long et bien assujettissant pour une infirmité aussi légère. Mais quoiqu'il n'ait guère de chance, selon nous, d'être adopté à titre de méthode générale, on sera fort heureux de l'avoir à sa disposition dans certains cas de verrues ou de végétations rebelles ou récidivantes; cas d'autant plus embarrassants que la chirurgie est alors privée de tout moyen d'agir sur le mal local en s'adressant à l'ensemble de la constitution. (*Archives belges de médecine militaire*, mai 1855, p. 225.)

Cas de pharyngocèle, par M. Reeves.

L'auteur a-t-il eu affaire à une simple dilatation du pharynx ou plutôt à un abcès développé dans sa paroi et ouvert à l'intérieur de ce conduit? C'est ce que la description des symptômes, bien que très complète et fort soigneusement faite, ne permettra probablement pas plus au lecteur qu'à nous-même de décider avec sûreté.

Obs. I. — Un homme de cinquante-cinq ans souffrait de dysphagie depuis une dizaine d'années. Le premier indice du mal avait été une sensation qui le portait à faire des efforts comme pour dégager un corps arrêté dans le pharynx. Au bout de trois ans, il commença à rendre tous les huit à dix jours une cuillerée à café de mucus jaune. Un jour, après avoir mangé des groseilles, la gêne devint plus pénible, s'accompagna d'efforts incessants, et il ne put plus avaler aucun aliment solide. Néanmoins, il fut soulagé au bout de quelque temps en évacuant par la bouche quelques-unes de ces groseilles. La difficulté d'avaler resta la même qu'avant l'accident.

Les bougies tantôt passaient librement jusque dans l'estomac, d'autres fois ne pouvaient y arriver. En examinant à l'extérieur, on sentait sous le sterno-mastoïdien une tumeur molle s'étendant au-dessous du cartilage cricoïde dans la direction de l'œsophage. Elle était plus saillante à droite qu'à gauche. En pressant en même temps sur les deux côtés de cette tumeur, on faisait évacuer par la bouche environ trois cuillerées à café d'une matière pultacée. Immédiatement après, la déglutition devenait plus difficile. La voix était rauque, et il y avait de la toux.

Une bougie volumineuse pouvait aisément être introduite si l'on avait soin de diriger son extrémité de manière qu'elle glissât le long du côté gauche du pharynx. Mais si on la poussait de l'autre côté, sa pointe entrait dans le sac, où l'on pouvait la sentir, par l'extérieur, à deux travers de doigt au-dessous du cartilage cricoïde.

L'huile de foie de morue, la diète lactée, des lavements de bouillon, quelques instillations d'une solution de nitrate d'argent dans le larynx rendirent à cet homme de la force et de l'embonpoint. En pressant sur la partie inférieure du pharynx pendant la déglutition, il empêche les liquides qu'il avale d'entrer dans le sac, et lorsque les symptômes ont pris un certain degré d'intensité, il les soulage en évacuant, par une pression faite sur chaque côté, le contenu de la poche morbide. (*Monthly Journal of Medecine*, mars 1855, p. 223.)

Amputation du doigt par un anneau, par M. Slade.

Quoiqu'il n'ait rien d'intéressant que sa rareté même, ce fait, qui peut d'ailleurs se raconter en dix lignes, ne doit pas être soustrait à la curiosité de nos lecteurs.

Obs. — Un jeune homme, employé à la poste, voulant prendre quelque chose sur une tablette assez élevée, tomba, et, dans sa chute, un anneau d'or, qu'il portait au petit doigt de la main droite, rencontra un crochet aigu fixé au mur. Il resta donc comme suspendu pendant un moment par cet anneau. Enfin, une portion du doigt, séparée par cette pression, tomba par terre, et l'anneau demeura enfilé dans le crochet.

L'examen fait au bout de vingt minutes montra que le petit doigt avait été coupé à l'union de la troisième avec la deuxième phalange. Il n'y avait point d'hémorrhagie. La réunion immédiate fut tentée; mais il fallut, après deux jours d'attente, en venir à l'amputation, qui fut pratiquée dans la continuité de la première phalange. (*Boston Med. Journal* et *Dublin Medical Press*, 18 avril 1855, p. 255.)

Gastrotomie pratiquée pour une prétendue tumeur de l'ovaire, par M. H. Smith.

Cette histoire est un triste exemple des erreurs qu'on peut commettre en dépit de la prudence et de l'habileté les plus consommées. Elle contient aussi un sérieux avertissement de ne pas hasarder d'opération dont l'indication ne soit fondée sur d'autres éléments que sur un diagnostic sujet à contestation.

Obs. — Une femme de vingt-trois ans, dont la jeunesse avait été extrêmement orageuse (elle avait subi en peu d'heures les approches de treize hommes), mère de quatre enfants, et atteinte de syphilis, portait depuis plus de huit mois, dans le côté gauche de l'abdomen, une tumeur du volume de la tête d'un adulte. Elle était mobile, et se déplaçait un peu selon le côté sur lequel la malade s'inclinait. La percussion y constatait un son mat.

A part des hémorrhoïdes et une dysurie qui nécessita souvent le cathétérisme, cette femme n'éprouvait aucune incommodité résultant de sa tumeur. Elle était bien portante sous tous les rapports, mais désirait beaucoup être opérée, parce qu'on lui avait dit que sa tumeur était de même nature qu'une affection des suites de laquelle une de ses sœurs était morte.

Quatre médecins de l'hôpital de Philadelphie ayant déclaré qu'il s'agissait d'une tumeur de l'ovaire, et formulé l'avis de l'opérer, M. Smith fit une incision de 22 centimètres à la paroi abdominale, et alla à la recherche de la masse morbide; mais il ne trouva d'abord que l'épiploon graisseux et épais de près de 1 centimètre et demi. A ce moment, un mouvement de la malade fit sortir une masse d'environ *cinq mètres d'intestins (sic)*, adhérents entre eux par des liens annonçant l'existence d'une ancienne péritonite; et l'on reconnut que la tumeur n'était constituée que par cette masse; car après qu'on eut rompu ces adhérences, toute apparence de tumeur disparut. On fit la suture de la plaie, après avoir refoulé les intestins dans l'abdomen.

Heureusement la malade guérit sans accidents. (*Dublin Medical Press*, 18 avril 1855, p. 246, et *Philadelphia Medical Examiner*.)

De l'origine glandulaire des tumeurs adénoïdes du sein; de leur migration en dehors des limites de la glande, et de leur isolement consécutif, par M. Ollier.

Diverses opinions ont cours sur l'origine des tumeurs adénoïdes du sein. Tandis que M. Bérard, comme A. Cooper, les fait dépendre de la glande mammaire, M. Velpeau les différencie d'avec une véritable hypertrophie glandulaire. Quoiqu'on lui oppose le fait de l'existence dans ces tumeurs des culs-de-sac glandulaires caractéristiques, le professeur de la Charité, sans élever de dénégation absolue et définitive, fait remarquer que ce caractère n'implique point nécessairement que ces tumeurs se soient primitivement formées dans la glande elle-même.

M. Ollier, pour lever cette objection judicieuse, a étudié dans quelques cas le mode de progression et de migration de certaines parties des tumeurs mammaires. Il a pu les voir devenir mobiles, puis se détacher peu à peu, n'être plus unies à la glande que par une sorte de pédicule, puis enfin se séparer tout à fait. Dans ce dernier état, elles ont été extirpées, et M. Ollier a été à même d'examiner et de constater directement par le microscope leur texture caractéristique.

L'auteur avoue ne pouvoir se prononcer sur la nature des causes grâce auxquelles s'opère ce déplacement; mais il la comprend en la comparant au mouvement analogue par l'effet duquel on voit les corps étrangers des articulations, d'abord implantés sur la synoviale, s'en détacher graduellement et devenir ensuite complétement indépendants. (*Gazette médicale de Lyon*, 15 avri 1855, p. 144.)

De l'usage et de l'abus du mercure dans les chancres primitifs, par M. Parker.

Malgré les tendances antimercurielles que semble annoncer ce titre, l'auteur n'est point un adversaire du traitement antisyphilitique général, administré alors qu'il n'y a encore que chancre primitif. D'abord, il le donne contre le chancre induré; mais en avertissant que c'est seulement afin de guérir l'ulcération, et non pour prévenir les accidents constitutionnels ultérieurs : car, ainsi que beaucoup de praticiens, il ne croit pas à ce prétendu pouvoir prophylactique attribué aux spécifiques que les malades prennent à cette phase de l'affection.

Il est une autre indication assez singulière que l'auteur admet pour l'administration d'un traitement mercuriel. C'est lorsque, au bout de trente jours, un chancre primitif, induré ou non, n'est pas guéri et ne montre aucune tendance à passer à la période de réparation. Nous croyons, au contraire, nous, que c'est alors le cas de demander à une hygiène meilleure, à d'autres applications topiques, le moyen de cette lenteur (qui, du reste, après trente jours seulement, ne saurait être appelée extrême) mais qu'il faut, plus que jamais, s'abstenir alors du mercure dont l'action antiplastique entrave le travail de cicatrisation.

Parmi les remarques pratiques que ce travail contient se trouve l'indication du mode de pansement que l'auteur emploie avec avantage contre les chancres simples. Il les couvre d'un linge imbibé d'une solution de 5 ou 10 centigrammes d'acétate ou de sulfate de cuivre pour 30 grammes d'eau. Quelquefois il y ajoute des attouchements répétés tous les trois ou quatre jours avec un pinceau trempé dans une solution de 1 gramme de nitrate d'argent pour 8 grammes d'eau. (*Association Medical Journal*, 30 mars 1855, p. 293.)

VII.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres choisies d'Hippocrate, traduites sur les textes manuscrits et imprimés, accompagnées d'arguments, de notes, et précédées d'une introduction, par le docteur Ch. Daremberg, 2e édit., in-8 de 702 pp. Chez Labé.

Qui donc lit Hippocrate aujourd'hui? M. Piorry affirme que M. Bousquet, qui est de Montpellier, n'a pas lu Hippocrate; et M. Bousquet prétend que M. Piorry, le réformateur, ignore les œuvres immortelles du père de la médecine. M. Künholtz soutient que M. Malgaigne, qui sait le grec, n'a lu ni le *Pronostic*, ni les *Épidémies*, et M. Chrestien est obligé d'adresser à M. Malgaigne une quittance de libraire, pour prouver qu'il possède Hippocrate dans sa bibliothèque.

Sont-ce les élèves de l'école de Paris qui lisent Hippocrate, livrés comme ils sont aux labeurs de l'anatomisme, du chimisme et du microscopisme? Sont-ce les élèves de Montpellier, qui trouvent la médecine toute faite dans les livres de leurs maîtres? Sont-ce les praticiens, à qui les labeurs du métier permettent à peine de suivre de loin les évolutions incessantes de l'art contemporain? Sont-ce les savants, qui n'ont pas besoin, pour hérisser leurs livres de citations, de dépasser Haller ou Morgagni?

On lit Hippocrate cependant, et il ne faut pas désespérer du siècle; car M. Daremberg, qui, à côté du magnifique monument de M. Littré, publiait, il y a douze ans, en un petit et modeste format, une traduction des *Œuvres choisies d'Hippocrate*, se trouve aujourd'hui contraint de réimprimer son œuvre, mais cette fois augmentée et perfectionnée de tout ce qu'il a pu acquérir de critique et d'expérience, et élevée aux proportions d'un magnifique in-octavo. On lit donc Hippocrate, mais on ne le lit pas encore

assez. On ne le lit pas assez, parce qu'on ne sait pas suffisamment ce qu'on y doit chercher et ce qu'on y peut trouver.

Ce qu'il faut chercher dans Hippocrate, ce n'est pas une instruction pareille à celle que nous puisons dans nos livres modernes, si riches de faits, d'acquisitions certaines, de vérités dont le plus grand tort est de se livrer toutes nues et privées de la vie dont la pensée peut seule les animer. Ce ne sont pas des notions de pathogénie, des éléments de diagnostic, des ressources thérapeutiques, que l'on rencontre dans Hippocrate. Assurément sa merveilleuse lucidité avait pénétré, en bien des sujets, jusqu'au fond de l'observation et de l'analyse; et si, pour mieux étudier la valeur d'un signe séméiologique ou pronostique, tel que le frisson, la sueur, le délire, le décubitus, etc., on prend la peine de méditer ce livre immortel, on sera frappé du sens profond que ce génie perspicace avait su assigner à telle ou telle circonstance, muette pour tant de ses contemporains.

Mais ce n'est pas encore par là qu'Hippocrate peut nous être le plus utile; car on ne saurait le contester, nos ouvrages classiques ont fait leur profit de ces antiques observations. Si les traits lumineux que nous rencontrons à chaque page sous la plume du *divin vieillard*, ou de ses successeurs inspirés par lui, nous saisissent, comme des jets de lumière venant à percer la nuit d'ignorance où la médecine était alors plongée, ils ne nous enseignent pas précisément des choses nouvelles et inattendues. L'élève qui lit un manuel ou écoute une leçon de clinique ne s'en instruit pas moins, pour ignorer combien de générations se sont employées à nous transmettre ces notions, nouvelles encore pour lui.

Ce qu'il faut donc chercher dans Hippocrate, c'est la méthode, c'est la philosophie, c'est quelque chose de pénétrant et de divinatoire qu'il est injuste et prétentieux de comparer aux créations plus modernes.

Si Hippocrate eût vécu de nos jours, ce grand génie transformé n'eût point dit ces choses étonnantes, et eût marqué peut-être d'un sillon plus profond son passage dans l'humanité.

Ces temps d'ignorance relative, de crédulité nécessaire, d'erreurs inévitables, étaient éminemment favorables au développement des qualités qui nous frappent dans les *OEuvres d'Hippocrate*. A quelle puissance ne fallait-il pas que la méditation, la comparaison, l'analyse, l'induction, l'intuition enfin, s'élevassent, pour suppléer à tout ce monde de connaissances qu'il suffit aujourd'hui, pour s'approprier, d'yeux, d'oreilles et de mémoire! Mais croit-on que cet immense détail de l'encyclopédie moderne soit aussi favorable aux opérations de l'esprit, et n'absorbe pas, à leurs dépens, une part des forces de l'intelligence? Hippocrate, vivant au XIX^e^ siècle, eût usé peut-être, à l'amphithéâtre et à l'hôpital, à faire de l'anatomie, de la physiologie expérimentale, de l'anatomie pathologique, oui, de l'anatomie pathologique elle-même, de la chimie organique, de la micrographie, une partie des facultés qu'il put consacrer à un ordre d'études et d'idées plus large et plus généralisateur.

Mais, d'un autre côté, il faut bien le dire, Hippocrate n'eût certainement suivi la même méthode, partant des faits innombrables qu'il posséderait aujourd'hui, que procédant des idées abstraites qu'il était obligé d'accommoder au nombre restreint d'observations incomplètes possibles à rassembler alors; et l'oracle de Cos renierait sans doute lui-même ceux de ses adorateurs qui prétendent trouver en lui toute la médecine. On a voulu faire une relique de l'hippocratisme; et, comme toute religion, l'hippocratisme a ses fanatiques et ses intolérants; ce sont eux qui ont le plus contribué à éloigner les générations contemporaines de la lecture des anciens.

Ne quid nimis. Si l'on disait simplement: Ouvrez Hippocrate, et dans cette lecture attachante vous apprendrez comment, d'un petit nombre de phénomènes sûrement observés, l'esprit de généralisation peut déduire des vérités capitales; comment la puissance d'abstraction peut suppléer à ce que les faits n'ont pas encore découvert; quelle méthode fournit un guide sûr, parmi ces routes périlleuses où la généralisation et l'abstraction entraînent l'esprit humain; comment l'élévation des vues, la netteté du jugement, la clairvoyance de l'intelligence s'alliant à la dignité du caractère, à la noblesse du cœur, à la simplicité du génie, ont pu créer ce type sublime qui demeurera, en dépit des aveugles et des illuminés, l'éternel frontispice de la médecine; — si l'on disait simplement cela, la lecture d'Hippocrate n'occasionnerait ni éloignement ni déception.

Sachant quels enseignements y rencontrer, on ouvrirait le livre, tout prêt à se laisser pénétrer de ce beau langage qu'il n'est heureusement pas nécessaire de lire en grec pour l'admirer. Hippocrate ne serait plus alors le drapeau d'une école jalouse, qui prétend monopoliser et l'intelligence et la succession de ce grand homme, et rabaisse son vaste génie en l'enserrant dans les bornes d'une doctrine. C'est alors que, sous l'invocation de ce grand nom, cette fusion, proclamée depuis quelque temps avec non moins d'ardeur que la paix universelle, se réaliserait, par une communauté d'études et de sentiments, qui n'existera pas tant que les intelligences n'auront pas été coulées dans le même moule, mais par un hommage unanime rendu au génie.

Le lecteur nous pardonnera-t-il cette longue tirade hippocratique? Tous ne le feront pas, sans doute; mais il nous a semblé que l'on ne pouvait mieux parler d'un ouvrage fait pour vulgariser le goût et la connaissance de cette antique et grande époque de la médecine, qu'en exposant la véritable signification de cette étude rétrospective et sa véritable portée.

Le nom de M. Daremberg est trop bien connu et son autorité trop justement établie, pour que nous ayons à nous expliquer sur le mérite de sa traduction: il nous suffira d'exprimer qu'elle convient et suffit à beaucoup de bibliothèques dont le cadre ne saurait se prêter à l'œuvre monumentale de M. Littré.

DURAND-FARDEL.

Traité élémentaire d'anatomie, ou description succincte des éléments organiques qui composent le corps humain, par A.-L.-J. BAYLE. Sixième édition. 1 vol. in-32. Paris, chez LABÉ.

Ce petit livre a eu, on peut le dire, plus de succès qu'il n'est gros. Il a été traduit en allemand, en anglais, en espagnol, en italien, en *arabe* même; la contrefaçon belge qui en avait été faite à l'origine était arrivée à la cinquième édition dès 1827, et le voilà à sa sixième édition française. Tant de fortune tient à l'habileté, à la dextérité avec laquelle M. Bayle est parvenu à faire tenir toute l'anatomie descriptive en 500 pages de petit format. Le corps humain, dans le traité de M. Bayle, est une sorte de nain, de Lilliputien, de vrai *Aztèque*, où tout est réduit, mais où rien ne manque, et où toutes les parties ont gardé leurs proportions régulières. Notions générales sur les parties constituantes du corps et sur les systèmes organiques; description suffisamment détaillée et claire des organes, avec indication de leurs éléments de composition et de leurs usages; conseils pour les préparations cadavériques; tout ce qu'il y a de plus essentiel pour l'étude de l'anatomie humaine peut tenir, avec ce livre, dans la poche de l'étudiant. A. D.

VIII.

VARIÉTÉS.

ARMÉE D'ORIENT. — On lit dans la correspondance particulière du journal *la Presse*.

« Les évacuations sur Constantinople sont toujours très nombreuses. La pourriture d'hôpital cause des pertes assez sérieuses. Il faut l'attribuer à la difficulté du renouvellement de l'air qui est très difficile dans certains établissements, celui de Péra, par exemple; les pièces sont excessivement élevées, et les fenêtres prennent à peine la moitié de la hauteur; les miasmes s'amassent ainsi au-dessus du niveau supérieur des fenêtres, et infectent sans cesse et les salles et les malades. Les autres hôpitaux sont mieux partagés; ils occupent des casernes pour lesquelles les raisons hygiéniques ont été respectées.

» A ce point de vue, l'hôpital de Scutari (anglais) est hors ligne. Depuis qu'il est organisé, il soutient dignement la comparaison; je l'ai visité ce

matin même; cet établissement est admirablement tenu; il renferme en ce moment 1,200 blessés; entre autres, le général Codrington, qui est en voie de guérison.

» Le choléra ne cesse pas ses ravages, mais il ne les augmente pas. On me cite dans l'artillerie deux capitaines, MM. Cauvière et Vergely, morts de l'épidémie. Dans l'intendance, M. Valgalin, adjoint de 1re classe, mort à Kamiesch, et M. Chassagne, adjoint de 2e classe, mort, en mer, de Kamiesch à Constantinople.

» Les Piémontais sont toujours fort maltraités. Le chiffre officiel jusqu'à ce jour (7 juillet) atteint 1,300 hommes et 45 officiers. C'est énorme, si l'on pense que ces troupes ne sont pas encore allées au feu.

» Le changement de campement réussit peu; ils ont occupé récemment Kamara et Kadi-Keuï, le fléau les y a suivis. Aujourd'hui même sont arrivés à l'hôpital de Yèni-Yeuï, sur le *Governolo*, le comte la Pierre, commandant des bersaglieri, le comte Pettili, chef d'état-major général, etc. Le général Ansaldi, qui avait remplacé le général la Marmora dans le commandement de la 2e division, est mort à son tour. »

— Par décrets des 18 et 21 juillet 1855, l'Empereur a confirmé les nominations faites à titre provisoire au grade de chevalier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, par le général en chef de l'armée d'Orient, en faveur des médecins militaires dont les noms suivent :

Peyrussel, médecin-major, services rendus dans la journée du 7 juin. — Strauss, médecin-major, journées du 7 au 10 juin. — Lambe, médecin-major, blessé. — Saint-Supéry, médecin-major. — Rioublant, médecin-major, journée du 7 juin. — De Finance, médecin-major de 2e classe. — Courboulis, médecin aide-major de 1re classe, journée du 18 juin. — Carmouche, médecin-major de 2e classe, blessé le 18 juin. — Gouget, médecin-major de 2e classe. A suivi le bataillon jusque dans les tranchées. — Mercier, médecin-major de 2e classe. — Laforgue, médecin aide-major de 1re classe. — Lapeyre, médecin aide-major de 1re classe.

Choléra.

FRANCE. — Le bruit s'était répandu que le choléra sévissait à Marseille. Voici, à cet égard, quelques renseignements puisés à bonne source:

Depuis deux mois, au moins, quelques cas isolés se sont présentés à l'hôpital, ou, pour mieux dire, aux hôpitaux militaires et à l'Hôtel-Dieu: un ou deux sur des matelots provenant de la mer Noire, quelques-uns sur des militaires de la garnison arrivant de l'intérieur de la France, trois ou quatre appartenant à la classe ouvrière de notre ville.

Au commencement de ce mois, un professeur du séminaire a succombé en peu de temps à une atteinte malheureusement trop caractérisée.

Depuis lors, on constate un grand nombre d'affections diarrhéiques plus ou moins sérieuses, mais pas autre chose.

ITALIE. — Pas de documents nouveaux depuis notre dernier bulletin.

ESPAGNE. — A Madrid, le choléra suit, à travers les oscillations accoutumées, une marche progressivement ascendante. Il y a eu, du 6 au 13 juillet, inclusivement, 213 cas nouveaux et 116 décès. Le nombre total des cas était, à cette date, de 1,025, et celui des décès de 603. Toute la province de Madrid est envahie, mais avec moins d'intensité que la capitale.

La maladie a disparu d'Amurrio, Elciego, Villanueva de Valdegobia; elle n'offre qu'une très faible intensité à Berganzo, Ocio, Laguardia, Villabuena, Navarida, Samaniego et Leza; mais il sévit avec violence à Logrono, à Viana, à Pampelune (principalement dans la garnison) et aux alentours. A Casa-la-Reina, qui n'a que 300 habitants, il est déjà mort 160 personnes; à Ollauri, 70 décès sur 200 habitants; à Rodezno, 40 sur 200.

La Navarre continue à souffrir beaucoup; on signala la maladie dans la province de Cordoue; dans l'intendance de Sarragosse, où la petite ville de Barbastro est décimée.

A Grenade, le fléau va croissant. La journée du 1er juillet avait donné 206 malades et 70 morts; celle du 8 a donné 128 décès et 402 malades. L'émigration est considérable. Toute la province est gravement éprouvée.

Autequera est ravagée; Rociana, Villarasa, Moguer, la Palma et Bonares n'ont reçu que de faibles atteintes.

Dans l'intendance de Jaen, les localités envahies sont: Torredonjemeno, Martos, Bedmar, Fuen-Santa, Huelma, Villacarillo, Benatae, Santo-Tomè, Beas, Garciez, Alcaudete, Jamilena, Jabalquinto, Villa-Rodrigo; dans toutes, l'épidémie est bénigne.

Dans les montagnes de Cuença, une petite ville de 3,000 âmes, Mira, a perdu plus de 200 habitants dans les quatre premiers jours de juillet.

PORTUGAL. — Le choléra règne à Porto, mais il attaque jusqu'ici peu de personnes, et n'est pas très grave. Des commissions sanitaires ont été formées. Il règne avec violence dans le village de Saint-Jean de Pesqueira, où il a déjà amené 30 décès sur une population de 180 habitants. Enfin, il règne avec plus ou moins d'intensité à Bragance, Poyares, Regoa, Barqueiros, Sainte-Marthe de Penaguião, Cumiera, Guarda.

La fièvre typhoïde règne à Tedavia, où 60 cas ont été signalés en peu de temps.

ÉGYPTE. — Le choléra continue à exercer de grands ravages au Caire.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

IX.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 15 juillet. État de la thérapeutique concernant les vices de conformation congénitaux (*Anonyme*). — Incompatibilité du calomel et des émulsions d'amandes, par *Delioux*. — Fréquence actuelle de la constipation; ses causes; son remède, par *Saucerotte*. — Chorée guérie par les inhalations du chloroforme, par *Bouchard*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Juillet. Procédé pour doser l'arsenic dans les eaux minérales, par *Henry*. — Sur la nitro-glycérine, par *de Vrij*. — Analyse d'un calcul de bœuf, par *Nicklès*. — De l'hydrocotyle asiatique, par *J. Lépine*.

RÉPERTOIRE DE PHARMACIE. — Juillet. Analyses et extraits.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Juin. — Bains et douches d'acide carbonique, par *Herpin*. — Traitement de l'anus contre nature avec renversement irréductible, par *Gosselin*. — Mémoire sur la nécrose, par *Mayor* père.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 juillet. Emploi des vapeurs térébenthinées, par *Armand Rey*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 15 juillet. Valeur thérapeutique des bains térébenthinés, par *Teissier*. — Amputation sous-cutanée des membres, par *Diday*. — Sur la réduction de la luxation coxo-fémorale congénitale, par *Gillebert d'Hercourt*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Juin. Sur quelques cas de choléra, par *Giscaro*. — Laryngite sous-muqueuse chez un enfant épileptique, par *Ripoll*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 juillet. Médication purgative contre l'étranglement herniaire, par *Verdier*. — Nouvelle méthode de traitement des hernies étranglées, par *Larue*. — Observation confirmative de la théorie de M. Roche sur l'intermittence de la fièvre, par *Bruguier*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Juin. Emploi de l'acétate de plomb dans quelques lésions chirurgicales, par *Decondé*. — Difficulté du diagnostic des hernies, par *G. Dechange*. — Sur la résection de la tête de l'humérus, par *Binard*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 24e livraison. Résumé des travaux sur le choléra de 1853-54, par *René Vanoye*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N° 131. Traitement moderne des fractures, par *B. Hunt*. — Bruit de pot fêlé dans la bronchite chronique des enfants, par *John Cockle*. — 132. Ablation des tonsilles, par *L. Parker*. — Sur les maladies des jointures, par *le même*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 861. Luxation de l'extrémité acromiale de la clavicule avec fracture de l'omoplate, par *J. Pratt*. — 862. — Clinique (Perforation de l'œsophage; *calcification* de la pulpe dentaire dans la carie; obstruction intestinale).

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — Mai. Pathologie et traitement du *delirium tremens*, par *Girardeau*. — Inflammation des tissus muqueux et séreux, par *W. Williams*. — Sur la fièvre jaune, par *Byrd*. — Corne d'un volume remarquable calcvée sur la tête d'une négresse, par *Peyre Porcher*. — Perforation traumatique de l'estomac, par *C. Happoldt*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 262. Cas de lésion valvulaire et dégénération graisseuse du cœur, par *R. Hunter Semple*. — Troubles de la vision chez les femmes pendant l'allaitement, par *Taylor*. — 263. — Sur le mode de communication du choléra, par *J. Snow*.

THE LANCET. — Vol. II. Nos 1. Épidémie de furoncles, par *J. Reid*. — Ceinture abdominale après la délivrance, par *J. Gilmour*. — Clinique. — 2. Contribution à la philosophie de la zoologie, par *C. Knox*. — De l'élimination des poisons morbides, par *J.-G. French*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 27. Empoisonnement par la cantharidine, par *G. Lessona*. — Sur le choléra de Gênes, par *A. Pasquali*. — 28. Sur l'hydrothorax, par *Nicolis Ignazio*. — Avantages thérapeutiques de l'air des montagnes, par *G. Rotta*.

IL PROGRESSO (Genova). — Juin 1855. — Diagnostic différentiel de l'apoplexie et du ramollissement cérébral, par *Balestreri*. — Importance de l'extraction des corps étrangers dans les plaies d'armes à feu, par *G. Rosso*. — Clinique syphilologique, par *Parodi*. — Sur le choléra, par *Grassi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 27. Sur la miliaire qui a régné en 1854 à *Ponte à Cappiano*, par *C. Tempesti*. — Acétate de plomb contre l'ophthalmie égyptienne, par *S. Alessi*. — Revue ophthalmologique. — 28. Ophthalmie égyptienne, par *Alessi*. — Décollation du fœtus opérée par une sortie des deux bras hors de la vulve, avec impossibilité de pratiquer la version, par *Gallizani*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 3 AOUT 1855. — N° 31.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Circulaire aux recteurs, relative à l'obligation, pour les élèves des Écoles préparatoires, de suivre les cours de chimie et d'histoire naturelle des Facultés.

Monsieur le recteur, la nouvelle organisation des études adoptée pour les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie placées près d'une Faculté des sciences, ou d'une École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres, ne présenterait pas tous les avantages que nous espérons, si l'on négligeait certaines prescriptions dont l'importance ne vous aura certainement pas échappé, mais qui me paraissent tellement nécessaires, que je crois devoir entrer à cet égard dans quelques détails.

La suppression des chaires de chimie et d'histoire naturelle dans les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, loin d'avoir pour effet d'affranchir les élèves de ces établissements d'une étude qui forme le complément indispensable de leur instruction, et qui est d'ailleurs comprise dans le programme des examens, leur impose au contraire la salutaire obligation d'acquérir des connaissances plus étendues et plus approfondies, en suivant les cours de chimie et d'histoire naturelle des Facultés des sciences ou des Écoles préparatoires à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Cette suppression a permis en même temps d'instituer des chaires spéciales de pharmacie et de toxicologie, de matière médicale et de thérapeutique, et de donner ainsi à l'enseignement des Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie un caractère plus exclusivement professionnel.

Les Facultés des sciences et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie sont donc réellement appelées à se prêter un mutuel appui. Les élèves des Écoles de médecine sont devenus désormais des auditeurs sérieux des Facultés des sciences, et il vous appartient de leur faire sentir la nécessité d'en suivre assidûment les cours.

J'ai décidé, après avoir pris l'avis du Comité des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, qu'à dater de la prochaine année classique, les étudiants des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie seraient tenus de s'inscrire aux cours de chimie et d'histoire naturelle de la Faculté des sciences, lorsque ces deux cours ne seraient pas professés dans l'école à laquelle ils appartiennent. Les inscriptions dont il s'agit leur seront délivrées gratuitement, et les professeurs s'assureront, par des appels ou par tout autre moyen, de l'assiduité des élèves inscrits. Vous voudrez bien inviter d'ailleurs MM. les professeurs des Facultés à prendre en sérieuse considération, dans la rédaction de leurs programmes, les besoins particuliers de cette partie de leur auditoire. Il faut que les étudiants des Écoles de médecine trouvent dans l'enseignement de la Faculté, outre les théories élevées qu'il ne doit jamais négliger, ces connaissances élémentaires et pratiques qui sont une des nécessités de leur future profession.

Je vous prie d'adresser un exemplaire de la présente circulaire à chacun de MM. les directeurs des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie de votre ressort académique, et de veiller à ce que les prescriptions qu'elle renferme soient fidèlement exécutées.

Recevez, monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. FORTOUL.

Fait à Paris, le 24 juillet 1855.

Par une autre circulaire, en date du 22 juillet 1855, M. le ministre de l'instruction publique prescrit à MM. les recteurs de convoquer MM. les professeurs de Faculté, soit ensemble, soit séparément, pour délibérer sur les programmes de chaque cours, et les coordonner entre eux. Dans ces programmes, qui seront soumis au Comité de l'inspection générale, MM. les professeurs devront tracer le plan des principales parties de leurs cours et faire connaître approximativement le nombre des séances qu'ils ont l'intention d'y consacrer. Les programmes devront en outre laisser entrevoir la méthode et l'esprit qui présideront à l'enseignement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 26 juillet au 1er août 1855.

166. BONNET, César-Émile, né le 30 mars 1830 à Curvale (Tarn). [*Des irrigations continues dans le traitement des plaies.*]

167. LEROUX, Charles-Henri, né le 5 mars 1827 à Paris (Seine). [*Une année à l'hôpital de Loureine.*]

168. LEUDUGER-FORTMOREL, Georges, né le 7 août 1830 à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord). [*Considérations pratiques sur l'opération du recrutement et quelques maladies simulées.*]

169. SALOMON, Julien-Léon, né le 24 mars 1825 à Caragoudes (Haute-Garonne). [*Des émissions sanguines coup sur coup, comme méthode de traitement.*]

170. DELORD, Eutrope-Éloi, né le 30 novembre 1819 à Frayssinet-le-Gélat (Lot). [*Remarques sur la taille et la lithotritie.*]

171. Girou-Lanauze, Michel-Léon, né le 30 décembre 1823 à Monflanquin (Lot-et-Garonne). [*De la gravelle.*]

172. Bornet, Jean-Baptiste-Édouard, né le 2 septembre 1828 à Guérigny (Nièvre). [*Remarques sur quelques particularités de la reproduction par les sexes chez les animaux et les végétaux.*]

173. Pestel, Jules-Alexandre, né le 22 janvier 1829 à Châteauroux (Indre). [*De la saignée dans ses effets et ses indications thérapeutiques.*]

174. Denis, Pierre-Léonor-Édouard, né le 23 février 1830 à Surtainville (Manche). [*De l'emploi du chloroforme dans les accouchements.*]

175. Schneider, Philippe-Antoine, né le 3 juin 1831 à Thionville (Moselle). [*De la chlorose.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 2 août 1855.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : DE L'AVORTEMENT PROVOQUÉ. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : DISCUSSION SUR L'URÉTHROTOMIE. — LA SYPHILIS PEUT-ELLE ÊTRE TRANSMISE PAR LA VACCINATION? — ENCHONDROME DE L'ÉPAULE : TUMEURS CARTILAGINEUSES MULTIPLES DANS LE POUMON.

L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a entendu une longue dissertation sur l'*avortement médical*, par un confrère des départements qui est encore, ou paraît être, à cet âge heureux où l'on met volontiers des fanfreluches à son stylo et une rapière aux mains de sa critique. Sous ce costume juvénile, qui a fait plus d'une fois sourire les pères conscrits de l'endroit, il était néanmoins facile de reconnaître un talent distingué, qui se fortifiera en se modérant. Cette dissertation si travaillée de l'honorable M. Leménant change-t-elle, comme on voit bien qu'il s'en flatte, la face de la question? Ouvre-t-elle une voie de conciliation aux opinions dissidentes? Apporte-t-elle seulement une solution dont l'une ou l'autre de ces opinions puisse se déclarer satisfaite? On en jugera.

Après avoir réprouvé en principe, et au nom de la religion, la destruction d'un être humain dans le sein de la femme; après avoir invoqué l'article 317 du Code pénal, qui punit l'avortement, M. Leménant se ravise. Il interroge les casuistes, et il croit découvrir dans leurs textes que l'avortement n'est condamnable que s'il a l'un au moins de ces deux caractères: ou d'être commis dans une intention coupable (*malitiose*) ou d'être obtenu par le meurtre direct du fœtus (*de se occisivo*). Cela posé, et l'excellence de l'intention étant manifeste dès qu'il s'agit de sauver la mère, il semble qu'il reste encore, pour achever de rendre l'opération innocente aux yeux de la religion, de la pratiquer dans des conditions telles qu'il ne s'ensuive pas la mort du fœtus; et comme la première condition pour que le fœtus ne meure pas de l'opération est qu'il vienne au monde *viable*, on entend naturellement que l'avortement ne sera licite qu'à l'âge de la viabilité légale, ou à celui de la viabilité physiologique, vers six mois et demi. Mais pas du tout : si l'avortement pratiqué plus tôt, à quatre mois, par exemple, tarit la vie de l'enfant à sa source, ce n'est pas la faute de l'accoucheur; c'est la faute de l'enfant, qui avait le tort de n'être pas assez développé. Il a été tué, à la bonne heure, mais *par cause indirecte*; l'avortement n'a donc pas été *de se occisivus*. Et à travers ces défilés tortueux de la casuistique, l'auteur arrive à cette conclusion finale, que nous copions littéralement : « *L'avortement médical provoqué à une époque où l'enfant ne peut être viable, même physiologiquement parlant, peut être encore très licite, pourvu:* 1° *qu'il ait en vue le salut de la mère;* 2° *qu'il n'aggrave pas les conditions fâcheuses de l'enfant, ou, en d'autres termes, que la mort ne soit* qu'une conséquence indirecte, quoique forcée, *de l'avortement.*

Qu'est-ce que cela, sinon un acquiescement à la pratique la plus décidée et la plus radicale de l'avortement? Était-ce la peine d'anathématiser d'abord les gens au nom de la religion, pour les absoudre l'instant d'après au nom de la théologie? La théologie, sans les décisions du pape et des conciles, n'enchaîne en rien la conscience; elle n'est que l'expression d'opinions individulles et parfois contradictoires, comme il arrive précisément dans l'espèce. Celle qu'invoque l'auteur n'a d'ailleurs d'autorité que sur les catholiques, et voilà une question de conduite professionnelle jugée seulement au profit d'une secte religieuse! Mais si les théologiens ont compris la question comme vous le dites, ce n'est pas nous, partisans déclarés de l'avortement médical, qui avons besoin d'aller à eux; ce sont eux qui viennent à nous; car en dépit de toutes les subtilités, devant le bon sens et la conscience, le détachement de l'œuf *à une époque où le fœtus n'est pas viable*, non-seulement dans le sens légal, mais *dans le sens physiologique*, c'est la mort, la mort *directe* du fœtus, aussi directe que dans l'assassinat le mieux caractérisé, et il est dérisoire de prétendre qu'on n'aggrave pas sa position. Le fœtus, isolé de la circulation maternelle, est à l'instant privé des conditions essentielles de la vie, au même titre que l'homme est privé d'air par la strangulation, et c'est le *pabulum vitæ* qui leur fait défaut à tous deux.

Si la pensée que l'auteur nous reproche dans son travail avait la portée excessive qu'il lui prête et que dément l'ensemble du passage d'où elle est tirée, nous lui en ferions volontiers l'application. Nous avons écrit quelque part : « Celui qui puise dans la notion chrétienne de l'être humain l'idée de l'inviolabilité générale et absolue de la créature, qui ne veut la troubler à aucune époque de son développement, qui la respecte même avant qu'elle soit conçue, dans les éléments de sa future formation, celui-là n'a rien à demander à la science. » Et c'est, en effet, hors de la science que M. Leménant a trouvé le moyen de capituler avec la *notion chrétienne de l'être humain.*

A. Dechambre.

La Société de chirurgie vient de terminer, nous pourrions dire épuiser, la discussion sur les procédés uréthrotomiques de M. Maisonneuve. Ce n'est pas ici le lieu de revenir sur le plus ou moins de justesse des reproches qui se sont accumulés contre son mémoire. Évidemment, l'auteur, obéissant à l'entraînement habituel des inventeurs, avait élevé trop haut ses visées; et, malgré la diplomatique rédaction de son texte primitif, tout le monde avait compris que, explicitement ou implicitement, il ne formulait rien moins que la prétention de guérir *radicalement* et *instantanément tous* les rétrécissements de l'urèthre. De là une coalition non moins instantanée, non moins générale; de là naturellement aussi une ré-

sistance également véhémente de l'auteur, qui a pu heureusement masquer ses exagérations sous celles de ses adversaires, et parvenir à se justifier sans un mot de rétractation.

Nous ne nous arrêterons point au côté personnel de ce débat. Il nous suffit d'avoir montré d'une manière générale les causes de l'acharnement peu ordinaire qui a présidé à ses phases diverses. Sans doute aussi la multiplicité des problèmes soulevés simultanément a exercé sa part d'influence fâcheuse; car, à côté d'une question de perfectionnement instrumental, surgissait un procédé de cathétérisme, bientôt éclipsé par le parallèle entre la dilatation et l'incision, que venait interrompre encore la théorie du mécanisme des cicatrisations uréthrales.

Dans ce débat confus, cependant, quelques fruits apparaissent, clair-semés et couverts par l'importun ombrage des arguments personnels, mais dignes cependant d'être cueillis. D'abord personne n'a pu contester à M. Maisonneuve le mérite d'une combinaison instrumentale fort ingénieuse, facile à appliquer, et qui déjà a fait ses preuves cliniques; nous disons plus : ses preuves *à la clinique*, et à une clinique où c'est un honneur, souvent même assez périlleux, d'avoir pu se produire. Le malade instantanément dilaté devant les élèves, dans le service de M. Velpeau, est évidemment pour la nouvelle méthode un triomphe dont son auteur a le droit de se montrer fier. Nous ne discutons ni ne décidons, — qu'on veuille bien le remarquer, — ni si la dilatation graduelle n'eût pas été chez lui préférable ou suffisante, ni si la cure, ainsi obtenue, a des chances d'être définitive. Nous disons seulement que, dans les cas, — et il doit en exister, — où l'indication de dilater instantanément est formelle, l'opération imaginée par M. Maisonneuve donne le sûr et facile moyen de la remplir.

Une autre conclusion, à nos yeux non moins avantageuse, de cette discussion, c'est l'affermissement des anciennes et prudentes opinions sur le traitement des strictures uréthrales. — On ne franchit pas toujours un rétrécissement. — La dilatation doit, le plus souvent, être essayée avant tout autre moyen. — Les grandes incisions, plus dangereuses que les petites, ne conviennent que dans des cas exceptionnels. — L'incision une fois faite, il convient de continuer la dilatation. — Voilà tout autant de propositions qui semblent ne rappeler fort inutilement que des axiomes incontestés. Mais, sans nommer aucun de ceux qui en ont rendu la promulgation à nouveau si opportune, félicitons-nous de voir qu'ils aient, dans cette circonstance, acquis par la voie du *consensus omnium* force de chose définitivement jugée.

Faisons enfin un appel au zèle des honorables membres de la Société, pour les engager à entrer désormais dans l'application. Il n'en est aucun parmi eux à qui le rôle d'orateur puisse convenir exclusivement. Or la méthode de M. Maisonneuve a réussi entre ses mains. Comme moyen opératoire, et si l'on évite de la mésallier à d'autres produits mal défendus par leurs lauriers, elle paraît irréprochable. Qu'on en restreigne, si l'on veut, la sphère; qu'on se garantisse des illusions qu'un sentiment irréfléchi de paternité avait nourries sur sa valeur; mais que, dans les circonstances où elle est indiquée, on l'applique avec prudence. On ne la connaîtra bien, on ne pourra l'apprécier, on ne sera désormais admis à la critiquer, que si on l'a vue soi-même aux prises avec les difficultés et les obstacles. Qui sait même si un perfectionnement, vainement cherché par l'auteur lui-même, ne naîtra pas sous la main de celui qui, on ne peut le nier, aura toujours plus de sincère désir de voir réussir l'instrument dans une manœuvre opératoire que dans une séance académique? Si M. Maisonneuve a su, aiguillonné par les deux revers que M. Robert a racontés, corriger sa méthode, pourquoi renoncer à l'espoir de la voir dotée de perfectionnements sérieux, ou d'un champ plus large d'application, par la main de ceux-là même qui n'ont pu l'attaquer sans l'avoir étudiée, et qui connaissent trop bien les limites de cette partie de la chirurgie pour renoncer à l'armer de nouvelles ressources.

— La syphilis peut-elle être transmise par la vaccination? Telle est la question dont la Société de chirurgie vient d'être saisie par un savant rapport de M. Broca, sur le fait du docteur Hübner, dont nous avions déjà, il y a près de cinq mois (voy. *Gaz. heb.*, du 9 mars 1855), publié l'exposé très détaillé. Nous n'avons ici, ni à reproduire cette relation, ni à rentrer dans la discussion des circonstances y afférentes, fort lucidement établie à cette époque dans nos colonnes par M. le docteur Sée. Mais puisque l'occasion nous en est offerte, et avant que de plus hautes autorités soient engagées dans le débat, nous voulons formuler notre opinion sur le point en litige.

Une foule de considérations, très diverses d'origine, mais convergeant fatalement au même but, jettent sur cette malheureuse question une obscurité dont il serait difficile de prévoir le terme, et à laquelle chaque discussion nouvelle semble ne faire qu'ajouter un degré de plus. D'abord, l'opération de la vaccination passe pour tellement simple, que bien rarement on songe à examiner préalablement l'état général de l'enfant qui fournit le virus, et de celui ou de ceux qui vont le recevoir. A plus forte raison, se préoccupe-t-on très peu de la santé de leurs parents. De sorte que ce n'est jamais qu'après coup, et souvent fort longtemps après l'effet produit, qu'on va à la recherche de la cause. Trop souvent, par conséquent, les observations ne sont prises — et certes il y paraît dans plus d'une — que sous une inspiration rétrospective.

En second lieu, beaucoup de médecins n'abordent de tels problèmes qu'avec des préventions arrêtées pour ou contre le dogme de la transmissibilité des accidents syphilitiques constitutionnels, même des accidents congénitaux. Aussi à peine ont-ils constaté l'absence de chancres primitifs, qu'ils taxent d'erronés les faits les plus matériellement évidents (lisez le rapport du professeur Heyfelder); ou si, au contraire, ils acceptent les faits, alors c'est la doctrine qu'ils torturent pour les expliquer, et le chancre primitif, de gré ou de force, redevient encore le seul responsable.

Ajoutez à ces causes d'erreur le désir, louable dans son but, mais aveugle dans ses moyens, de sauver un confrère prévenu judiciairement; ajoutez-y encore ce zèle, que certains médecins croient très philanthropique d'exercer en faveur de la vaccine, en cherchant à l'innocenter, même par des dénégations mensongères, de tout ce qui pourrait détacher d'elle le public, et vous aurez une idée des raisons qui semblent condamner cette question à attendre longtemps encore une solution.

Si l'on veut n'envisager le sujet que d'une manière exclusivement scientifique, il convient de le dégager d'abord de tout ce qui le complique sans l'éclairer, de tout ce qui offre la prétention d'être un document sans en avoir en réalité la valeur. Ainsi, qu'un médecin ignorant ou peu attentif plonge sa lancette dans une pustule chancreuse ou ou dans celle d'un acné ou d'un ecthyma résultant d'une syphilis congénitale, je ne vois là qu'une erreur de diagnostic

dont il est juste qu'il porte la peine, même devant les tribunaux; et, loin de conformer aux nécessités de sa défense mes convictions doctrinales, je ne consentirai pas même à laisser la discussion s'entamer sur un fait dont le confrère, en moi, gémit, mais que le savant ne peut qu'oublier.

Si, d'autre part, un vaccin pur a été inséré sur des enfants voués d'avance, par leur origine, à une syphilis héréditaire, je ne m'étonnerai pas davantage de voir la piqûre de la vaccination agir comme cause d'évolution locale, ou bien le travail général de l'économie qui en est la conséquence agir (à l'instar de la dentition, du sevrage) comme cause d'évolution dans tout l'organisme. Les manifestations constitutionnelles peuvent éclater alors sur tous les points, et dénaturer la pustule locale au point de la convertir en une lésion vénérienne.

Cette possibilité est conforme aux lois pathogéniques les plus rationnelles. Bien plus, je la vois confirmée par une observation de M. Pitton, où l'on a constaté qu'un vaccin inoculé, dans la même séance, à plusieurs enfants, donna les résultats les plus satisfaisants chez tous, excepté chez un, âgé de quatorze mois, qui présenta, le sixième jour, sur le bras, puis sur la figure, et enfin sur tout le corps, des pustules phlyzaciées, lesquelles se convertirent en ulcérations taillées à pic. Et, comme pour ne laisser aucun doute sur ce fait, que le mal procédait ici du vacciné et non du vaccinant, la même observation porte que, quelque temps après, un frère de ce malheureux enfant ayant été vacciné à treize mois, les mêmes accidents survinrent; mais, cette fois, ils furent guéris par les antisyphilitiques.

Dans ce cas, il y a preuve par le nombre des autres enfants, chez qui le même vaccin resta inoffensif; preuve par l'événement identique dont fut victime un frère né plus tard dans des conditions héréditaires semblables; preuve, enfin, par la décisive influence, chez ce dernier, d'un traitement approprié. Aussi regardons-nous comme entièrement démontré ce fait que la vaccination peut être une cause d'évolution qui force un germe syphilitique héréditaire, même très en retard, à se développer.

Mais, s'il en est ainsi, qui ne pressent déjà la possibilité d'une méprise qui, dans de telles circonstances, est, pour ainsi dire, obligée? Un bouton vaccinal qui existe dans ces conditions parcourt deux périodes distinctes: celle qui précède le moment où il va développer le germe héréditaire, puis celle où ce développement a déjà eu lieu. N'est-il pas logique d'en conclure que le pus qu'on y aura puisé, à l'une ou à l'autre de ces deux périodes, aura des effets différents. Hier il pouvait préserver de la variole; demain il donnera la vérole!

Ainsi s'expliqueraient plusieurs cas jusqu'ici obscurs ou embarrassants. Nous n'entendons point appliquer cette interprétation à l'observation de M. Hübner. Là, au contraire, le mal — comme l'a bien fait entendre M. Vidal — paraît avoir procédé de l'enfant vaccinant. Mais ce fait même va nous montrer une autre cause d'erreur résultant également — mais en sens directement inverse — des prédispositions du sujet vacciné. Nous l'indiquons d'autant plus volontiers, cette cause, qu'on a puisé dans ses effets mal compris une objection contre le seul sens véritable que puisse avoir l'observation de M. Hübner. Comment, a-t-on dit, comment pouvez-vous croire que le sujet d'où provenait le vaccin avait une maladie syphilitique, puisque, sur les douze enfants vaccinés, deux non-seulement n'eurent pas la syphilis, mais encore servirent à vacciner d'autres enfants, lesquels n'éprouvèrent aucun accident?

A cette objection, notre réponse est toute prête : Si le même virus, puisé le même jour, chez le même sujet, dans le même bouton, a réellement laissé deux enfants indemnes, sur huit qui ont été infectés, soyez assurés que ces deux ont dû leur bonheur exceptionnel à quelque circonstance antérieure qui les rendait réfractaires; soyez assurés que, dans l'espèce, ils avaient déjà, soit par eux, soit par le fait de leurs parents, payé à la syphilis ce premier tribut qui garantit ultérieurement de ses atteintes, ou qui, du moins, rend alors leur effet plus mitigé ou plus *tardif*. (Cette dernière épithète contiendrait, en réalité, l'explication de ce qui arriva à l'un de ces deux enfants privilégiés, s'il est vrai que, comme le dit l'auteur, il eut, quatre mois après, des symptômes attribués à la syphilis. Mais ceci ne change rien aux conséquences de la thèse que nous soutenons; car la vaccine, comme on le voit, aurait eu, chez cet enfant, cinq ou six fois plus de temps qu'il ne lui en fallait, avant l'éclosion de la syphilis, pour se développer et parcourir ses périodes, régulière et inoffensive. Il n'y a donc rien d'étonnant qu'il ait pu, durant tout ce temps, fournir de bon vaccin.)

D'autres problèmes surgissent encore. Le bouton vaccinal peut-il conserver ses caractères normaux, malgré la coexistence de la syphilis constitutionnelle? Ne peut-il pas, notamment, les conserver lorsque la syphilis n'est que latente, c'est-à-dire quand le sujet n'est que sur le point d'avoir une poussée d'accidents secondaires? Et, dans ce cas, le pus contenu dans ce bouton peut-il encore être utilisé pour la vaccination? Mais les faits et les expériences capables de résoudre ou d'éclairer ce *desideratum* manquant encore, nous ne pouvons que le recommander à l'attention ainsi qu'à la prudence des observateurs.

Voilà, si nous ne nous trompons, la vraie manière d'envisager cette grande et difficile question. A ce point de vue, tout s'enchaîne dans l'ordre des faits, tout se comprend dans l'ordre de la théorie. Notre version n'a pas seulement l'avantage de dispenser les savants de toute argutie, d'hypothèses ou de dénégations pour le moins erronées. Elle contribuerait surtout au perfectionnement, à la sécurité de la pratique, en rendant le vaccinateur plus attentif à examiner d'abord, non-seulement l'état local et les caractères de la pustule, mais encore les conditions antérieures spéciales des deux sujets sur lesquels il va agir, ainsi que de leur famille.

P. Diday.

Un fait, extrêmement intéressant, a été mis sous les yeux de la Société de chirurgie, dans la séance dernière, par M. Richet, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine. Indépendamment de la rareté de la maladie, de la marche très exceptionnelle qu'elle a présentée, nous trouvons ici une occasion favorable de confirmer des opinions très explicitement émises autrefois dans ce journal même (1). Nous dirons donc quelques mots du fait et de la discussion qui l'a suivi.

Un homme était affecté, depuis quelque temps, d'une tumeur à l'épaule. M. Richet diagnostiqua un enchondrome. Il opéra. La masse morbide était volumineuse, mais bien circonscrite. Elle offrait tous les caractères extérieurs de l'enchondrome, et l'examen microscopique, fait isolément par MM. Robin, Broca, Follin, Verneuil, fut tout à fait confirmatif. C'était bien du tissu cartilagineux.

Les premiers jours qui suivirent l'opération furent heu-

(1) *Gazette hebdomadaire*, t. Ier, p. 477, à propos de la discussion sur le cancer.

reux ; mais, au bout de quelque temps, apparurent quelques phénomènes inquiétants du côté de la poitrine, ce qui fit penser, soit à une pneumonie métastatique, soit à des tubercules, sans que l'auscultation pût en décider. Le douzième jour, la mort arrive. On trouve le poumon farci de tumeurs très différentes de volume. Les unes sont grosses comme des pois ou des noisettes ; les autres atteignent jusqu'au volume d'une noix. On distribue de nouveau ces tumeurs, qui avaient absolument le même aspect que le dépôt cartilagineux principal de l'épaule, et les mêmes anatomistes retrouvent les mêmes éléments. Une note écrite de M. Broca, lue à la Société par M. Richet, ne permet aucun doute (1).

Voici, certes, une observation on ne peut pas plus concluante, et qui ne laisse rien à désirer. Elle prouve :

1° Que la maladie enchondromateuse peut être diathésique ; qu'elle peut se manifester à la fois dans le système osseux, où l'on conçoit bien son existence, et dans un viscère où son apparition est beaucoup plus singulière ;

2° Que la maladie est bien réellement diathésique, c'est-à-dire qu'elle s'est développée simultanément ou à peu près dans les deux points ; car, suivant la remarque de M. Broca, l'apparition des tumeurs pulmonaires ne peut être considérée comme une véritable récidive, en raison du petit nombre de jours écoulés entre l'ablation de la tumeur principale et l'autopsie.

Mais elle démontre des faits bien plus importants encore.

Müller, dans ses belles recherches sur l'enchondrome (1839); M. Lebert, dans son *Traité de physiologie pathologique* (1845), avaient cru que la tumeur cartilagineuse était toujours locale, toujours bénigne, incapable de généralisation. Ces auteurs, qui créaient à cette époque une science nouvelle avec des matériaux encore bien peu nombreux, étaient dans leur droit en tirant des faits qu'ils avaient à leur disposition cette conclusion provisoire.

Cette opinion, d'ailleurs, était bien proche de la vérité absolue, puisque M. Lenoir, qui a observé lui-même plusieurs cas de ce genre, et colligé ceux que les auteurs ont publiés, n'avait jamais vu, sur soixante cas environ d'enchondrome, le mal repulluler ni envahir ultérieurement des viscères intérieurs ou des tissus étrangers.

D'un autre côté, des faits rapportés par MM. Rokitanski, Paget, Virchow, tendaient à démontrer que l'affection qui nous occupe pouvait affecter la marche des maladies diathésiques, s'entacher de malignité, c'est-à-dire récidiver d'une manière opiniâtre, et même apparaître hors de la sphère de la récidive.

Le fait de M. Richet vient confirmer pleinement cette manière de voir.

Les corollaires sont faciles à déduire. Müller, M. Lebert, et nous tous qui avons adopté leur manière de voir à cet égard, aurions tort de considérer plus longtemps l'enchondrome comme un mal toujours local, toujours bénin. Seraient fautifs aussi ceux qui jugeraient l'enchondrome une affection essentiellement funeste. La vérité doit s'assimiler les deux ordres de faits, et conclure que la tumeur cartilagineuse est susceptible, à la manière de toutes les autres tumeurs, d'affecter la marche et la terminaison bénignes ; la marche et la terminaison malignes.

Est-il nécessaire pour cela d'admettre deux variétés d'enchondromes? Non, car il est impossible de prévoir sûrement l'issue de la maladie, et il y a peu d'utilité à établir des catégories quand on ne peut les distinguer par quelques caractères. Il n'y a donc qu'une classe d'enchondromes; mais ici se place bien la réflexion que nous faisions il y a quelques mois : « *Malignité* et *bénignité* sont deux mots qu'il faut conserver » avec soin dans la science et dans la pratique pour qualifier » les différences très notables que la même maladie peut pré- » senter dans sa marche, dans son pronostic; et il faut en te- » nir très grand compte dans le traitement. Mais, en re- » vanche, ces deux mots n'ont rien à faire dans l'édification » des cadres nosologiques. La malignité et la bénignité ap- » partiennent à l'immense majorité des maladies. A peine » existe-t-il une seule affection qui, dans certaines conditions, » ne soit exposée à passer d'une catégorie dans l'autre (1). »

Loin de rejeter (ce qui d'ailleurs serait impossible), loin d'argumenter captieusement (ce qui serait ridicule) des faits comme ceux de M. Richet, nous les accueillons avec empressement; car s'ils démentent des opinions formulées dans l'enfance de la science histologique, ils confirment, au contraire, des principes bien plus généraux, bien plus importants, sur lesquels s'appuie la réforme radicale que nous voulons introduire dans la classification des tumeurs.

La chute d'une assertion isolée n'est rien vis-à-vis du triomphe d'une doctrine. Or, nous abandonnons bien volontiers notre première croyance, et M. Lebert, le premier, a donné maint exemple de cette abdication, pour adopter la nouvelle marche dictée par les faits à mesure que ceux-ci se produisaient avec authenticité.

Si tout peut être bénin, si tout peut être malin, il ne reste plus au clinicien qu'à faire une échelle, une série pronostique, dont les deux extrêmes seront, si l'on veut, l'encéphaloïde et le lipome, et dont les intermédiaires seront les tumeurs fibro-plastiques, les epithelioma, les tumeurs érectiles, les exostoses, les enchondromes, les tumeurs fibreuses, les hypertrophies glandulaires, etc., etc.

Mais pour faire une échelle, une série, il faut d'abord délimiter nettement les espèces; car, pour classer, il est indispensable d'isoler ce qui doit être isolé.

Or, comment former ces espèces? S'appuiera-t-on sur les caractères physiques extérieurs, mollesse ou dureté, forme arrondie circonscrite ou diffuse, couleur noire ou couleur rouge, aspect sinistre ou agréable à la vue? Partira-t-on des symptômes : hémorrhagies, ulcérations, fongosités, ichor fétide, cachexie? Sera-t-on plus en droit de choisir la rapidité ou la lenteur de la marche, la récidive ou la non-récidive, la généralisation ou l'état local, la terminaison funeste qu'on ne peut prévoir, ou la guérison, ou l'état stationnaire qu'on ne peut affirmer d'avance? Non, mille fois non. Aucun de ces caractères ne peut servir de critérium. On le démontrerait sans peine à quiconque en douterait.

Que reste-t-il donc alors? La structure, la composition anatomique, seule assez constante pour servir de base. Si je ne me trompe, quand on cherche à faire une classification naturelle et qu'on a à sa disposition plusieurs caractères, on les subordonne les uns aux autres, et l'on part de ceux qui sont les moins variables.

Cela prouve-t-il que toute l'histoire d'une maladie réside dans son diagnostic anatomique? Point du tout, jamais nous ne l'avons prétendu : une telle manière de voir serait absurde.

(1) Pour plus amples renseignements, voir dans le *Bulletin de la Société de chirurgie*, août 1855, l'observation détaillée de M. Richet et le procès-verbal de la discussion.

(1) Voir, pour les développements, Lebert, *Mémoir. de la Société de biologie*, 1850, p. 145, et ses publications plus récentes. — Broca, discussion sur le cancer ; C. Robin, article TUMEURS, *Dictionnaire de Nysten*, 10e édition ; et nous-même, *Du molluscum* (*Mémoires de la Société de biologie*), 1854, p. 177.

Ce serait dire que toute l'histoire d'une fracture est faite, quand on a constaté qu'elle est oblique ou perpendiculaire; qu'elle siége au tiers supérieur d'un os, au lieu de porter sur la partie moyenne. Ceux qui nous prêtent de telles opinions nous accusent gratuitement d'ignorance ou d'ineptie.

C'est pour toutes ces raisons que le fait de M. Richet prête un appui solide à nos doctrines.

M. Broca, qui, dans la discussion dernière, a développé les mêmes idées, a posé cet ultimatum : « Ou il faut conserver les anciennes divisions, et appeler cancer tout ce qui est susceptible d'avoir une marche maligne — alors, si l'on est logique, l'enchondrome et les tumeurs fibreuses, etc., etc., seront des cancers, ce qui est inadmissible; — ou il faut abandonner ce point de départ, fonder les divisions sur la composition anatomique, et admettre désormais que toutes les tumeurs peuvent tantôt être locales, bénignes, compatibles avec la vie; tantôt diathésiques, générales, et plus ou moins rapidement mortelles — ce qui est à la fois facile, simple et vrai. » C'est à ce dernier parti que se sont arrêtés les anatomo-pathologistes de l'école de Paris.

Ar. Verneuil.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

De quelques faits pathologiques propres a éclairer la question de la production du sucre dans l'économie animale (1), par M. le professeur Andral. — Travail lu à l'Académie des sciences dans la séance du 23 juillet 1853.

Les découvertes sans nombre dont la physiologie est redevable aux expériences tentées sur les animaux vivants prouvent suffisamment toute l'importance et toute la fécondité de cette méthode d'investigation qui, depuis Galien jusqu'à nos jours, tour à tour abandonnée et reprise, a marqué par ses progrès divers ceux de la physiologie elle-même. Cependant il y a encore pour cette science d'autres sources de lumières; et sans parler ici des renseignements de toutes sortes que peuvent lui fournir, soit la simple observation de l'homme qui vit de sa vie normale, soit les recherches de l'anatomie comparée, qu'il me soit permis de rappeler qu'une autre source de lumière pour la physiologie, c'est l'observation de l'homme malade. Un fait physiologique, quel qu'il soit, ne me paraît pouvoir être regardé comme hors de toute contestation et avoir acquis toute la certitude désirable, que lorsque, repris tour à tour par l'expérimentation, par l'observation de l'homme sain ou malade, par l'anatomie comparée, il est resté inébranlable, et s'est présenté toujours le même. Il y aurait à écrire quelques pages qui ne seraient pas sans intérêt sur les avantages de chacun de ces moyens d'investigation, sur leur puissance et leur portée respectives, sur le parti que l'on peut tirer de chacun d'eux, sur la manière dont il est nécessaire de les contrôler l'un par l'autre. Aujourd'hui, je veux seulement, en me plaçant au point de vue pathologique, apporter quelques matériaux à l'étude de la question si intéressante de l'origine du sucre dans l'économie animale. Je vais, dans ce but, soumettre à l'Académie quelques observations relatives à ce sujet, que j'ai eu occasion de faire chez des diabétiques.

(1) On doit accueillir avec un empressement particulier les travaux qui tendent à transporter la question de la glycogénie du domaine de la physiologie dans celui de la pathologie. Des exemples de ce genre sont propres à faire comprendre à la génération actuelle comment les découvertes de la physiologie moderne peuvent et doivent aboutir au perfectionnement de la pratique médicale. C'est pour cette raison que nous publions concurremment la note de M. Andral et le mémoire de M. Gibb, dont on a pu lire une partie dans notre dernier numéro. A. D.

Je parlerai d'abord de l'influence exercée par la privation des aliments sur la quantité de sucre contenue dans l'urine de ces malades. A cet égard, j'ai observé ce qui suit :

Lorsqu'un malade, dont l'urine contient du sucre, cesse, par une cause quelconque, de prendre des aliments, j'ai vu, sans prétendre qu'il en soit ainsi dans tous les cas, le sucre de son urine diminuer ou disparaître. A l'appui de cette assertion, je citerai quelques chiffres, en rappelant, comme garantie de leur exactitude, que, dans tous les cas dont il va être question, l'extraction et le dosage du sucre ont été faits, sur mon invitation, par M. Favre, dont l'Académie connaît depuis longtemps le nom et les travaux.

Ainsi une femme, dont l'urine était analysée chaque jour, rendait chaque vingt-quatre heures, avec ce liquide, de 40 à 70 grammes de sucre par litre. Le régime à la fois abondant et excitant auquel elle était soumise amena chez elle une affection gastro-intestinale caractérisée par une perte complète d'appétit et de la diarrhée; on diminua d'abord ses aliments, puis on les supprima entièrement. L'urine, la veille du jour où le régime alimentaire fut rendu plus ténu, avait donné 54 grammes de sucre par litre : quarante-huit heures après, elle n'en donnait plus que 34 grammes; puis, après vingt-quatre autres heures écoulées, 28 grammes. La malade fut soumise à ce moment à une diète absolue : au bout de quarante-huit heures d'abstinence complète, il n'y avait plus dans l'urine un atome de sucre. L'amélioration des fonctions digestives permit alors de rendre quelques aliments; cependant le sucre ne reparut pas sur-le-champ. Ce ne fut que trois jours après la rupture de la diète absolue, que l'on commença à en retrouver dans l'urine : la première fois il n'y en avait que 20 grammes par litre; puis très rapidement sa dose revint à ce qu'elle avait été avant la suspension de l'alimentation.

Ainsi, tandis que M. Cl. Bernard montre dans ses expériences que le foie et les veines sus-hépatiques contiennent beaucoup moins de sucre lorsque les animaux ne prennent plus d'aliments, les faits donnés par la pathologie marchent dans le même sens; et, en montrant que la soustraction des aliments fait disparaître le sucre de l'urine, ils autorisent à admettre que si alors il n'y a plus de sucre dans ce liquide, c'est qu'il s'en forme au moins une quantité plus faible dans l'économie.

Mais ici une autre question se présente : c'est celle de savoir si, en l'absence des substances alimentaires susceptibles, pour la science du chimiste, de se transformer en matière sucrée, celle-ci n'en peut pas moins se produire, dans l'organisme, aux dépens des matières albuminoïdes prises exclusivement pour aliments. On sait que les expériences de M Cl. Bernard l'ont conduit à une solution affirmative de cette question; on sait qu'il trouve dans le foie et dans les veines sus-hépatiques une quantité considérable de sucre chez des chiens qui depuis longtemps n'ont pris que de la viande pour nourriture. Or, les faits pathologiques vont nous conduire à une conclusion analogue : ils nous apprennent, en effet, qu'en soustrayant de la nourriture des malades atteints de glycosurie toute espèce de matière sucrée ou amylacée, on peut bien à la vérité diminuer, momentanément du moins, la quantité de sucre que contient leur urine; mais, dans l'immense majorité des cas, on ne la réduit pas à zéro, ou du moins on ne l'y réduit que d'une manière passagère; et l'on peut même voir, avec un régime animal exclusif, la proportion de sucre dans l'urine aller croissant. Un des faits de ce genre les plus remarquables et en même temps les plus probants, en raison de la rigueur absolue avec laquelle le régime fut suivi, est celui d'une femme qui, dans la persuasion intime où elle était qu'un régime exclusivement animal pourrait seule la guérir, eut le courage de s'y soumettre pendant près de deux mois, sans en dévier un seul jour. Pendant ce temps, elle ne prit d'autre nourriture que de la viande bouillie ou rôtie, et elle ne but que de l'eau à laquelle on ajoutait une petite quantité d'alcool. Au bout de ce temps, elle dut abandonner ce régime, qui lui était devenu insupportable, et d'ailleurs elle n'était pas mieux. Au moment où elle commença à y être soumise, l'urine donnait 27 grammes de sucre pour un litre; pendant les premiers temps, la proportion de sucre diminua à ce point, qu'on n'en trouva plus successivement par

litre que 20, 15, 12, et enfin 10 grammes seulement; puis tout à coup, et sans qu'à coup sûr aucune infraction au régime eût eu lieu, la proportion de sucre s'éleva de nouveau. Nous la vîmes progressivement monter de 10 grammes à 15, 20, 30, 44 et 49 grammes par litre; il n'y eut pas d'ailleurs un seul jour où ce principe disparût complétement. En outre, ce qui est fort digne d'attention, c'est que pendant les premiers temps où l'on commença à mêler à la viande des œufs, du lait, un peu de pain ordinaire et des légumes, et qu'on remplaça l'eau alcoolisée par de l'eau vineuse, la quantité de sucre, contre toute prévision, se mit à diminuer de nouveau; on n'en trouva plus que 30, 26, 15 grammes par litre; puis au bout de quelques jours, le régime restant le même, elle augmenta, et, trois semaines après l'institution de ce régime mêlé, on trouvait dans l'urine 54 grammes de sucre par litre. De tout cela ressort un fait remarquable, c'est que, toutes les fois que chez cette diabétique, le régime est brusquement changé, soit qu'on lui enlève les féculents pour ne lui donner que de la viande, soit qu'on mêle de nouveau des féculents à sa nourriture, la quantité de sucre commence par diminuer momentanément, puis de nouveau elle s'accroît.

Il résulte de ce qui précède, et c'est là la conclusion principale sur laquelle je veux appeler l'attention, qu'une nourriture exclusivement composée de matières albuminoïdes n'empêche pas chez l'homme le sucre de se produire, comme cela a eu également lieu chez les animaux soumis aux expériences de M. Cl. Bernard. J'ajouterai que le fait dont je viens d'exposer quelques détails devant l'Académie, n'est pas pour moi un fait isolé et comme solitaire; j'en ai vu plusieurs autres semblables, et il n'y a pas encore longtemps que j'ai trouvé, chez un diabétique qui se nourrissait exclusivement de viande, jusqu'à 82 grammes de sucre par litre d'urine; et comme il rendait 8 litres d'urine en vingt-quatre heures, il s'ensuit que, dans cet espace de temps, il expulsait de son économie, et par conséquent il produisait, 656 grammes de sucre.

Si, comme il est permis de le déduire des expériences de M. Cl. Bernard, le sucre se forme dans le foie, et si le sang qui sort du foie chargé de sucre n'en contient plus lorsqu'il a traversé le poumon, on peut se demander si le sucre que l'on trouve dans l'urine et dans d'autres liquides des diabétiques provient, ou de ce que le foie malade en forme une quantité surabondante qui échappe à l'action du poumon, ou de ce que ce dernier organe, altéré lui-même, laisse passer intact le sucre qui y arrive avec le sang hépatique; mais on ne trouve dans le poumon des diabétiques aucune altération spéciale : seulement on y rencontre presque toujours des tubercules. A coup sûr ce ne sont pas ceux-ci qui produisent le diabète, car l'urine des phthisiques ne contient pas ordinairement de sucre; et, quant à la question de savoir si, dans les cas où la respiration est gênée, l'urine renferme du sucre, ainsi que l'a établi M. Alvaro Reynoso, c'est encore là un sujet à l'étude. On ne trouve pas non plus habituellement de sucre dans l'urine des individus atteints des différentes affections du foie décrites jusqu'à ce jour. Mais, tandis que le poumon ne présente rien de spécial chez les diabétiques, il m'a paru ne pas en être de même du foie. En effet, depuis la publication des travaux de M. Cl. Bernard, j'ai fait cinq ouvertures de corps de diabétiques; dans ces cinq cas, le foie ne présentait pas évidemment ses conditions anatomiques normales, et l'altération qu'on y reconnaissait était toujours la même : c'était une coloration d'un rouge brun tellement prononcée, que le foie, au lieu de présenter cette apparence de deux substances qu'on y retrouve toujours, l'une jaune et l'autre rouge, n'offrait plus, dans toute son étendue, qu'une teinte rouge parfaitement uniforme. Il y avait là évidemment tous les caractères anatomiques d'une hypérémie fort intense, et d'un autre aspect que les hypérémies ordinaires du foie; hypérémies qui, sous l'influence de causes très diverses, se produisent si facilement et si fréquemment dans cet organe. Ainsi, chez les diabétiques, le foie se fait remarquer par la très grande quantité de sang qui partout gorge son tissu. La constance de ce fait est une preuve de son importance; et si le foie sécrète du sucre, il est logique d'admettre que l'hypérémie du foie des diabétiques est le signe anatomique d'une suractivité survenue dans sa fonction glycogénique; et ici encore nous voyons la physiologie et la pathologie se contrôler et s'éclairer l'une par l'autre. Et qu'on ne dise pas que la nourriture substantielle et fortement azotée qu'on donne aux diabétiques est la cause de cette hypérémie; car parmi les cinq cas dont il vient d'être question, il y en a deux relatifs à des malades chez lesquels l'alimentation resta à peu près l'alimentation ordinaire, et chez ces deux malades cependant le foie présentait un aspect analogue. Que si toute congestion hépatique n'est pas suivie d'une augmentation dans la production du sucre, si, par exemple, elle a pour effet plus fréquent de répandre dans toutes les parties de l'organisme les matériaux de la bile, on trouvera peut-être la raison de ce que ces faits paraissent avoir d'étrange dans la différence du siége de la congestion. N'est-il pas possible en effet que, suivant que tel ou tel élément anatomique du foie, que tel ou tel ordre de vaisseaux capillaires de cet organe se sera plus spécialement congestionné, il survienne tantôt une altération de la sécrétion de la bile, tantôt une altération de la sécrétion du sucre, tantôt une modification de telle autre action organique dont le foie peut encore être l'instrument. Ce sont là des questions d'avenir dont il faudra demander la solution soit aux injections anatomiques, soit aux recherches microscopiques. Aujourd'hui, tout ce que je prétends établir, c'est que chez les diabétiques le foie ne présente pas anatomiquement son état normal, que l'altération qu'on y constate est toujours identique, et que ce fait, trouvé depuis la découverte de la fonction glycogénique du foie, peut à son tour en devenir une des preuves.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TRANSMISSION CROISÉE DES IMPRESSIONS SENSITIVES DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE. — Mémoire présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 23 juillet 1855, par le docteur E. BROWN-SÉQUARD, lauréat de l'Académie des sciences, ex-professeur de physiologie à Richmond (États-Unis), etc.

C'est un fait bien connu que lorsque une altération, produisant une hémiplégie de la sensibilité, siége dans un des côtés latéraux de l'encéphale, cette hémiplégie existe dans le côté du corps opposé au côté où l'altération se trouve. Il en résulte que si les impressions sensitives, faites sur une moitié latérale du corps doivent monter jusqu'à l'encéphale pour être perçues, il faut qu'elles passent de cette moitié du corps à la moitié de l'encéphale du côté opposé. Il y a donc à chercher dans quelle partie du centre cérébro-rachidien se fait ce passage des impressions d'un côté à l'autre. Et si l'on admet que la transmission s'opère par les fibres ou les tubes nerveux, il y a à déterminer quelle est la partie du centre cérébro-rachidien, où les fibres sensitives se portent d'un côté à l'autre. Il y a, en d'autres termes, à chercher quel est le lieu de l'entrecroisement des fibres sensitives.

Si l'on ne veut pas admettre que la transmission se fasse par des fibres nerveuses, la question peut être posée dans les termes suivants : où se fait dans le centre cérébro-rachidien l'entrecroisement des éléments nerveux, par lesquels s'opère la transmission des impressions sensitives?

Il paraît certain que, dans les nerfs, la transmission des impressions sensitives s'opère par ou dans des fibres ou tubes nerveux, mais il n'en est pas ainsi dans les centres nerveux. Là un autre élément conducteur (et peut-être n'est-il pas le seul), la cellule nerveuse, coexiste avec les tubes. On est loin encore de bien savoir quels sont les rapports des fibres sensitives avec les cellules; on ne sait pas si la transmission ne pourrait pas s'opérer d'une cellule à une cellule voisine, lorsque ces deux parcelles élémentaires ne sont pas en contact l'une avec l'autre. On ne sait pas non plus si la matière grenue, qui est intermédiaire aux cellules, et si semblable à la matière même de ces éléments, n'est pas douée aussi, au moins en partie, du pouvoir de transmettre l'action nerveuse. Bien que très improbables, ces modes de transmission ne paraissent pas être impossibles, et pour ne pas sembler trancher par une pure assertion, une question non décidée, nous nous servirons, en général, des mots, *éléments conducteurs des impressions sensi-*

tives (1), au lieu de ceux-ci : *fibres sensitives*. Nous devons déclarer cependant qu'il y a grande probabilité que la transmission s'opère dans la moelle épinière, la moelle allongée et le reste de l'encéphale, par des fibres qui s'abouchent avec des cellules ou qui servent de communication d'une cellule à une autre. La notion qui a eu un si grand succès en France, pendant les quinze dernières années, à savoir, que les transmissions ne s'opèrent que par des fibres, et que les cellules n'y concourent nullement ; — cette notion est en opposition formelle avec les faits physiologiques les plus positifs.

De ce qui précède il résulte qu'au lieu de nous demander où s'entrecroisent les fibres sensitives, nous poserons ainsi la question : Où s'opère l'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions sensitives dans le centre cérébro-rachidien ?

L'objet de ce mémoire est de tenter de donner la solution de cette question.

Il est singulier qu'une question aussi importante que celle-là n'ait pas été l'objet de recherches spéciales de la part d'aucun des biologistes éminents qui, de nos jours, ont fait faire tant de progrès à la physiologie et à la pathologie du système nerveux : ceux-là même qui ont traité des questions connexes à celles dont je m'occupe ici n'ont pas émis d'opinion formelle à l'égard de la décussation des conducteurs des impressions sensitives. Ainsi, par exemple, M. Flourens, dans son remarquable *Mémoire sur la délimitation de l'effet croisé*, parle à peine de la sensibilité. Ni Lallemand, ni M. Serres, ni M. Magendie, ni M. Andral, n'ont émis, que je sache, d'opinion positive sur le siége de cette décussation. Le silence gardé en France, à cet égard, l'a été aussi en Angleterre et en Allemagne. Charles Bell, cependant, après avoir changé d'idée relativement à la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, émit sans preuve aucune, et en se fondant seulement sur quelques particularités anatomiques, l'idée que les fibres sensitives s'entrecroisent dans une grande partie de la longueur du plancher du quatrième ventricule (2). En France, un physiologiste distingué, M. Longet, a tenté d'être plus précis que ses devanciers. Nous le louons d'avoir essayé, au moins, de résoudre la grande question qui nous occupe, mais nous ne pouvons éviter de montrer que, guidé par une théorie erronée, il a dû être et il a été conduit à une solution fausse. L'entrecroisement des fibres sensitives venues des différentes parties du corps se fait, suivant M. Longet, à l'extrémité antérieure de la protubérance, là où quelques anatomistes disent que s'entrecroisent les pédoncules antérieurs du cervelet. Les cordons postérieurs de la moelle épinière étant, suivant ce savant physiologiste, les seules voies de transmission des impressions sensitives, il s'ensuit qu'il en est de même pour les corps restiformes, qui sont en grande partie la continuation de ces cordons, et, comme la majorité des fibres des corps restiformes se portent au cervelet, on a conclu que les fibres sensitives venues du tronc et des membres se rendent en majorité au cervelet. Or, M. Longet, n'admettant pas que le cervelet soit un centre de perception des impressions sensitives, a été contraint d'imaginer que les fibres sensitives, après leur entrée dans le cervelet, traversent cet organe, d'arrière en avant, pour en sortir avec ses pédoncules antérieurs, et s'entrecroiser à l'extrémité antérieure de la protubérance.

Je vais faire voir que cette théorie ne s'accorde aucunement avec les faits.

1° Si la théorie était vraie, on devrait trouver la sensibilité perdue ou notablement diminuée dans les cas d'absence ou d'altération considérable du cervelet. Or, il n'en est pas ainsi, en général, ainsi que le démontrent les faits pathologiques, observés chez l'homme, et rassemblés par M. Serres et par M. Andral. Non-seulement la sensibilité quelquefois n'est pas perdue, mais encore elle est exagérée. Les vivisections démontrent aussi que l'ablation du cervelet laisse persister la sensibilité, ainsi que l'ont vu MM. Flourens, Serres, Magendie, Bouillaud, Gerdy, et Longet lui-même.

2° Il est évident que si les fibres sensitives qui passent à travers le cervelet, d'après M. Longet, ne s'y entrecroisent pas, et que ce n'est qu'après en être sorties qu'elles font leur décussation, on devra trouver, quand il y a paralysie de la sensibilité, dans une moitié du corps, par suite d'une lésion du cervelet, que cette lésion se trouve sur le côté même où existe l'anesthésie ; or, ce n'est pas ainsi qu'il en est d'ordinaire. L'action du cervelet est en général croisée pour la sensibilité comme pour le mouvement.

3° Si les vues de M. Longet étaient exactes, toute altération de la protubérance, sur une de ses moitiés latérales et en arrière de la partie antérieure de cet organe, où l'on suppose que l'entrecroisement s'opère, devrait produire une paralysie de la sensibilité sur le côté correspondant ; or, c'est l'inverse qu'on observe : l'anesthésie existe dans la moitié opposée du corps.

4° J'aurais certes pu me borner, pour montrer que la théorie de M. Longet n'est pas exacte, à faire voir que la donnée qui lui sert de base est complétement fausse. C'est ce qu'il est facile de prouver. A l'exception des fibres de la racine bulbaire du nerf trijumeau, les corps restiformes, d'après l'opinion de M. Longet, contiennent toutes les fibres sensitives venues du tronc et des membres, et passant par la moelle allongée pour se rendre aux centres de perception dans l'encéphale. Ainsi donc, les fibres sensitives des corps restiformes montent de la moelle épinière à l'encéphale, et si nous les coupons transversalement, nous devons trouver que la sensibilité persiste dans le bout encéphalique et qu'elle est perdue dans le bout de ces corps en rapport avec la moelle épinière. Or, c'est l'inverse que l'on trouve. Si nous coupons transversalement les cordons postérieurs dans toute leur épaisseur, au niveau du bec du *calamus*, c'est-à-dire là où ils cessent d'exister et où ils se continuent avec les corps restiformes, on trouve que la surface de section supérieure est insensible, et que les corps restiformes, au moins au voisinage de la section, ont aussi perdu leur sensibilité. L'animal, pourtant, n'est pas devenu insensible, et, tout au contraire, il paraît être souvent dans un état d'hyperesthésie ; de plus, la face inférieure de la section est sensible, et, en arrière d'elle, les cordons postérieurs et les racines postérieures sont très sensibles, et en apparence quelquefois plus qu'à l'état normal. J'ai cherché quel est alors l'état de la sensibilité dans les diverses parties normalement sensibles de l'encéphale, et j'ai trouvé : 1° que les corps restiformes, dans une étendue d'au moins 5 millimètres, à partir de la surface de section, sur des lapins et des chats, paraissent absolument insensibles ; 2° qu'il semble y avoir quelques traces de sensibilité au voisinage de l'insertion des nerfs pneumogastriques et glosso-pharyngiens ; 3° que la sensibilité est complétement perdue sur la partie interne des corps restiformes, jusqu'à l'endroit où ils contribuent à former les pédoncules cérébelleux moyens ; 4° que là où s'insèrent les nerfs trijumeaux, la sensibilité existe ; 5° que les pédoncules cérébelleux moyens jusque dans le cervelet sont sensibles ; 6° que la face supérieure de l'extrémité antérieure de la protubérance et les tubercules testes sont sensibles.

Il importe de faire remarquer que, bien que sensibles encore, les diverses parties que je viens de nommer le sont notablement moins qu'à l'état normal, et que, de plus, dans une certaine étendue, au devant de la section, les corps restiformes paraissent avoir complétement perdu leur sensibilité. Sur des chiens et des cochons d'Inde, j'ai obtenu des résultats analogues à ceux-là ; mais l'hémorrhagie étant plus considérable, dans cette expérience, chez ces animaux que chez les lapins et les chats, j'ai expérimenté plus souvent sur ces derniers animaux.

Il ressort clairement des résultats de cette expérience : 1° que la sensibilité si vive des corps restiformes, à l'état normal, dépend de fibres se dirigeant de ces corps vers les cordons postérieurs, et non des fibres allant de ces cordons aux corps restiformes ; 2° que l'opinion d'après laquelle les corps restiformes sont l'agrégation des fibres sensitives du tronc et des membres montant vers le cerveau n'est pas exacte, et qu'il semble, au contraire, qu'aucune de ces fibres ne s'y trouve ;

(1) Nous devons dire que chez les animaux, nous ne pouvons rien savoir, quant à la voie de transmission des impressions, que ce qui concerne les impressions douloureuses ; de sorte qu'en parlant d'impressions sensitives, il sera toujours sous-entendu que nous ne parlons que des impressions douloureuses.

(2) *The nervous System of the human Body*, by sir Ch. Bell, 3e édit. London, 1844, pag. 231-40.

3° qu'il n'y a plus de fondement à l'hypothèse d'après laquelle le siége de l'entrecroisement des fibres sensitives, dans le centre cérébro-spinal, serait à l'extrémité antérieure de la protubérance et formé par les fibres sensitives du tronc et des membres, ayant passé par les corps restiformes et à travers le cervelet.

Quand je découvris, en 1849, que la transmission des impressions sensitives se fait d'une manière croisée dans la moelle épinière, tout le monde admettait que les éléments conducteurs des impressions sensitives s'entrecroisent dans l'encéphale et non dans la moelle épinière. Physiologistes et pathologistes étaient d'accord à cet égard, et ils attribuaient à Galien l'honneur d'avoir démontré que la moelle épinière n'a pas d'autre croisée. Ils n'avaient pas remarqué que Galien (1), dans le récit de ses expériences, ne dit pas un seul mot de la sensibilité. Haller (2), qui s'est contredit formellement à ce sujet, puisque tantôt il déclare que la moelle épinière a une action directe, tantôt qu'elle a une action croisée, ne parle pas non plus de la sensibilité.

Enfin, dans leurs recherches sur l'action croisée, Lorry, Fodéré, M. Flourens, M. Calmeil et quelques autres physiologistes, se sont bien plus occupés de la paralysie du mouvement et des convulsions que de la sensibilité. J'exposerai plus loin les résultats de leurs recherches.

La théorie que j'ai proposée relativement à la transmission croisée des impressions sensitives dans la moelle épinière s'appuie sur un grand nombre de faits expérimentaux ou pathologiques. Je me bornerai, dans ce mémoire, à l'exposé des résultats des vivisections, et je réunirai bientôt, dans un second mémoire, les faits pathologiques.

Il est certain que si les impressions sensitives se transmettent entièrement ou en grande partie, d'une manière croisée dans la moelle épinière, on devra trouver, après la section transversale d'une moitié latérale de cet organe, la sensibilité persistant en arrière et du côté de la section, et perdue ou diminuée du côté opposé et en arrière de la section C'est effectivement ce qu'on trouve, et ces résultats ont été constatés par beaucoup de membres de la Société de biologie, dès l'année 1849, ainsi que le constate le compte rendu du mois de décembre de cette année, où l'expérience suivante est consignée.

Exp. I. — Dans la séance du 1er décembre, nous avons montré un cochon d'Inde sur lequel la moitié latérale *droite* de la moelle avait été coupée, sous les yeux de quelques membres de la Société. La section existait à la hauteur de la dixième vertèbre dorsale. L'animal avait perdu beaucoup de sang ; l'opération, faite dans une demi-obscurité, avait été longue et très douloureuse. Dans de telles circonstances, il arrive ordinairement quo l'on trouve les deux membres postérieurs paralysés du mouvement volontaire et de la sensibilité, pendant quelque temps, après l'opération : c'est ce qui eut lieu dans ce cas. Mais, au bout de cinq ou six minutes, le mouvement volontaire revint dans le membre postérieur *gauche*, et la sensibilité dans le membre postérieur *droit* (le côté de la section). Environ douze minutes après l'opération, la sensibilité était extrême dans le membre postérieur *droit* et nulle dans le membre postérieur *gauche*. L'autopsie fut alors faite, séance tenante, par M. Cl. Bernard, et la Société reconnut que la moitié latérale *droite* de la moelle était coupée transversalement à la hauteur indiquée (3).

Depuis six ans, j'ai fait cette expérience en présence d'un nombre très considérable de médecins et de physiologistes de toutes les parties de l'Europe et des États-Unis, et toujours j'ai obtenu les résultats suivants :

1° Exagération de la sensibilité en arrière et du côté de la section.

2° Diminution notable et quelquefois perte de la sensibilité en arrière de la section du côté opposé.

Schœps, Van Deen et Stilling avaient parfaitement vu que la sensibilité ne se perd pas en arrière et du côté de la section d'une moitié latérale de la moelle épinière, mais ils n'avaient pas observé le fait capital qu'elle diminue du côté opposé et en arrière de la section, et qu'elle s'exagère du côté de la section. Aussi n'avaient-ils pas été conduits à admettre que la transmission des impressions sensitives se fait d'une manière croisée dans la moelle épinière. Ils avaient conclu, du fait de la persistance de la sensibilité en arrière et du côté de la section, que la transmission des impressions peut se faire en tous sens dans la moelle épinière, de sorte qu'une moitié latérale de cet organe pourrait parfaitement suffire pour la transmission des impressions faites sur les deux côtés du corps. J'avais moi-même, en 1846 (1), après avoir constaté l'exactitude du fait expérimental rapporté par ces physiologistes, admis leur explication, et ce n'est qu'après avoir découvert les deux faits nouveaux, que j'ai mentionnés, que j'ai été conduit à admettre la transmission croisée. Il me semble incontestable que si la sensibilité, loin d'être diminuée du côté d'une hémisection de la moelle épinière, y est exagérée, et que si la sensibilité est notablement diminuée du côté opposé, c'est que la transmission pour la partie du corps en arrière et du côté de la section se fait par le côté opposé de la moelle, et que toute la quantité de transmission, qui ne se fait plus pour la partie du corps en arrière et du côté opposé à la section, se faisait avant l'opération par le côté de moelle opéré. Mais l'expérience suivante va démontrer clairement que la transmission des impressions sensitives faites sur la partie où la sensibilité est exagérée s'opère par le côté opposé de la moelle.

Exp. II. — Sur un animal ayant déjà subi la section de la moitié latérale *droite* de la moelle épinière, au niveau de la deuxième vertèbre lombaire, je m'assure que la sensibilité est exagérée dans le membre postérieur du côté de la section, et alors je coupe l'autre moitié latérale de la moelle, au niveau de la troisième vertèbre cervicale. Cela fait, je trouve la sensibilité du membre postérieur *droit* perdue, ou au moins excessivement affaiblie et presque nulle.

Si je fais l'inverse, c'est-à-dire, si je coupe d'abord la moitié latérale *gauche* de la moelle, au niveau de la troisième vertèbre cervicale, je trouve que la sensibilité des deux membres *gauches* est exagérée, tandis que celle des deux membres *droits* est diminuée. Alors, si je coupe la moitié latérale *droite* de la moelle à la hauteur de la deuxième vertèbre lombaire, je trouve : 1° que le membre postérieur *gauche*, dont la sensibilité était exagérée avant cette seconde section, est devenu insensible ou très peu sensible ; 2° que le membre postérieur *droit*, qui avait déjà perdu notablement de sa sensibilité après la première section, devient tout à fait insensible, ou à bien peu près, après la seconde ; 3° que le membre antérieur *gauche* continue d'être extrêmement sensible ; 4° que le membre antérieur *droit* conserve, en apparence, le même faible degré de sensibilité qu'après la première section.

Certes, ces faits pourront paraître suffisants pour démontrer que la transmission des impressions sensitives se fait principalement, sinon entièrement, d'une manière croisée, dans la moelle épinière; mais ceux que je vais rapporter paraîtront peut-être encore plus probants.

(*La suite à un prochain numéro.*)

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 23 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Médecine. — *De quelques faits pathologiques propres à éclairer la question de la production du sucre dans l'économie animale*, par M. *Andral*. (Voir aux *Travaux originaux*).

Physiologie. — *Recherches expérimentales sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière*, par M. *Brown-Séquard*. (Voir aux *Travaux originaux*.)

(1) *De locis affectis*, lib. III, cap. XIV, et *De Anatomicis administrationibus*, lib. VIII, sect. VI.

(2) *Elementa physiol.*, t. IV, p. 326, 327 et 334.

(3) *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie*, 1849, t. I, p. 193.

(1) Voyez ma dissertation inaugurale, *Recherches sur la physiologie de la moelle épinière*. Paris, 3 janvier 1846, in-4°, p. 26, 28 et 29.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 31 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics adresse à l'Académie : — *a.* Un rapport de M. *Kremmerer*, médecin à Saint-Martin (île de Ré), sur une épidémie de suette variolique qui a régné dans la commune de Loix, en novembre et décembre 1854 et janvier 1855. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un mémoire sur le choléra et ses causes, par M. Gonzalez, de Paralda (Pyrénées-Orientales). — *c.* Un rapport de MM. *Culman* et *Rudolphi* sur une épidémie de choléra qui a régné dans les communes de Forbach et dans le canton de Crestenguin. — *d.* Un rapport de M. le docteur *Bonnans* sur l'épidémie cholérique de 1854, aux Cabanes et dans la haute Ariége. — *e.* Un rapport de M. le docteur *Jobert* sur l'épidémie cholérique de 1854 dans le département de l'Ariége. — *f.* Un rapport de M. le docteur *Lafontaine* sur l'épidémie de choléra qui a sévi dans le département de l'Ariége en 1854. (*Commission du choléra de 1854*). — *g.* Un rapport de M. le docteur *Lemaire* (de Dunkerque) sur le service des bains de mer de cette ville pendant l'année 1853. — *h.* Un rapport de M. *Carlotti* sur le service médical de l'établissement de Pietra-Paula (Corse). (*Commission des eaux minérales.*)

2° Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements du Calvados, de la Nièvre et de la Gironde. (*Commission de vaccine.*)

3° Communications de : — *a.* M. *Lepage*, pharmacien à Gisors. (Faits pour servir à l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde.) (*Comm.*: MM. Chatin et Guibourt.) — *b.* M. *Crioli* (Note sur les conditions atmosphériques qui accompagnent l'invasion du choléra). (*Commission du choléra de 1854.*) — *c.* M. le docteur *Lélut* (Lettre suivie d'observations sur l'emploi qu'il a fait, dans son service, du *remède de Larnage* contre l'épilepsie). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *le Président* annonce que M. *Folch* (de Barcelone), M. *Mirault* (d'Angers), et M. *Vrolik* (d'Amsterdam), membres correspondants, assistent à la séance.

Lectures et Mémoires.

AZTÈQUES. — M. *Gaultier de Claubry*, sous l'impression de la lecture d'un article des *Débats* touchant les Aztèques et leur origine, croit devoir inviter les membres de la commission à se tenir sur la plus grande réserve, et à n'accepter qu'avec une certaine défiance les renseignements qui lui sont fournis par les guides de ces êtres curieux.

— M. *Piorry* fait passer sous les yeux un volumineux atlas contenant un grand nombre de figures qui sont tirées des bas-reliefs et des statues trouvées au milieu des ruines des villes détruites du Mexique. La plupart de ces images offrent une ressemblance frappante avec les prétendus Aztèques présentés dans la dernière séance. M. Piorry, pensant que l'étude de ces figures pourrait jeter quelque jour sur l'origine des deux monstres américains, met l'atlas à la disposition de la commission.

— Sur la proposition de divers membres de l'Académie, M. *Danyau* est ajouté à la liste de la *commission des Aztèques.*

EAUX MINÉRALES. — M. *Gibert* donne lecture de deux rapports : — 1° L'un, sur un mémoire de M. le docteur *Baizeau*, intitulé : *Influence des eaux minérales sulfureuses sur la syphilis.* — 2° L'autre, sur une note de M. le docteur *Colomiès* (de Toulouse), relative au *traitement de la stomatite mercurielle par les sulfureux.*

Après avoir rappelé sommairement les faits soumis à l'Académie, en 1853, par M. le docteur *Pégot* (de Bagnères-de-Luchon), M. Gibert résume de la manière suivante les résultats d'études entreprises sur le même sujet par M. Baizeau :

1° Les eaux sulfureuses ne guérissent pas la syphilis, mais elles font souvent disparaître les *syphilides.* Elles modifient avantageusement quelques autres accidents syphilitiques; mais il en est aussi qu'elles aggravent, surtout quand ils n'ont point été combattus d'abord par un traitement spécifique suffisant.

2° Ces cas déterminent quelquefois l'apparition d'éruptions syphilitiques chez des sujets atteints de syphilis à l'état latent.

3° L'iodure de potassium, administré à l'intérieur, concourt très efficacement à la guérison, dans les cas où le vice syphilitique n'ayant pas été suffisamment combattu, les eaux sulfureuses, employées seules, seraient plus nuisibles qu'utiles.

Cette dernière proposition est appuyée sur plusieurs observations qui montrent, chez des sujets atteints d'accidents consécutifs, l'action des eaux impuissante ou même donnant lieu à des phénomènes d'irritation, tant qu'on n'a pas fait intervenir concurremment l'usage du remède spécifique.

On a cherché de nos jours à expliquer l'action adjuvante des eaux sulfureuses administrées concurremment avec les mercuriaux, ou employées seules à la suite de traitements mercuriels, par une influence chimique exercée sur le mercure par les sulfureux qui le rendent soluble, et facilitent d'une part l'absorption du métal, et de l'autre en provoquent l'élimination.

Quelle que soit l'explication, le fait clinique subsiste, et, d'ailleurs, cette manière de voir n'est plus applicable aux cas où l'on n'a employé, comme remède spécifique, que l'iodure de potassium.

— M. le docteur *Colomiès* (de Toulouse) a adressé à l'Académie un mémoire sur l'emploi du sulfite de soude comme moyen soit curatif, soit même préservatif, de la stomatite mercurielle, dans lequel l'action chimique qu'exercent les sulfites sur les composés mercuriels, sert de base à l'indication thérapeutique.

M. Colomiès emploie la solution de 30 grammes de sulfite de soude dans 1000 grammes d'eau, administrée à la dose d'une demi-tasse à café, matin et soir. Suivant l'auteur, l'usage de ce remède permet d'administrer impunément le mercure dans des cas où déjà la salivation s'est manifestée.

M. Gibert fait remarquer que, dans les observations, d'ailleurs en petit nombre, rapportées par l'auteur du mémoire dont il a été chargé de rendre compte, on signale deux faits qui tendent singulièrement à réduire l'efficacité curative et surtout préservative attribuée au composé sulfureux.

Quoi qu'il en soit, et bien qu'aujourd'hui la salivation soit un accident rare, vu la préférence généralement donnée de nos jours à la méthode de traitement dite *par extinction*, le travail de M. Colomiès n'en contient pas moins des recherches cliniques intéressantes sur l'emploi des sulfureux, et notamment du sulfite de soude considéré comme agent propre à combattre ou même à prévenir jusqu'à un certain point les accidents d'intoxication mercurielle. C'est aux praticiens à préciser, dans une expérimentation thérapeutique plus complète et plus étendue, le degré d'énergie qu'on peut raisonnablement lui attribuer.

M. le rapporteur propose, en terminant :

D'adresser des remercîments et des encouragements à M. le docteur Colomiès ;

De remercier aussi M. Baizeau de son intéressante communication ;

Enfin, de conserver ces deux mémoires dans les archives de l'Académie.

Ces conclusions sont adoptées.

CHIRURGIE. — M. le docteur *Basado* (de Malaga) donne lecture d'un travail intitulé : *Observation suivie de quelques considérations sur une maladie compliquée des voies urinaires.* Le cas est relatif à un homme de trente-cinq ans affecté d'un double rétrécissement de l'urèthre d'origine blennorrhagique, suivi de catarrhe de la vessie, d'abcès rénal, de formation de calculs fixés dans la partie prostatique de l'urèthre. Lithotritie. Quelque temps après, nouveaux calculs, et, plus tard, exacerbation de la maladie du rein droit, coïncidant avec la disparition de la gravelle. Cancer présumé de cet organe.

Après avoir rapporté les détails de cette observation, l'auteur insiste sur les difficultés que présente le diagnostic des abcès rénaux, et sur la confusion facile du psoïtis avec cette grave affection. Puis, s'appuyant de l'autorité de M. Civiale, il fait ressortir les complications souvent redoutables qui accompagnent le cathétérisme dans les cas de calculs développés dans le tissu prostatique, et l'obscurité, l'incertitude des signes fournis par la sonde, relativement à la nature précise de l'obstacle, à son volume, à son siége exact.

M. Basado considère comme fréquente la coïncidence des calculs vésicaux avec l'état cancéreux du rein. Selon lui, le cancer serait même la conséquence de l'affection calculeuse.

L'auteur termine son travail par un diagnostic différentiel du cancer et des tubercules rénaux. (*Comm.*: MM. Civiale, Gimelle, Bégin.)

PATHOLOGIE INTERNE. — M. le docteur *Prosper de Pietra Santa* donne lecture d'une *Note sur la non-existence de la colique de cuivre.*

Des faits rapportés dans son travail, l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Un individu peut vivre dans une atmosphère chargée de poussière de cuivre sans altération appréciable de sa santé.

2° L'ingestion de la poussière de cuivre donne lieu à quelques légers accidents.

3° La colique de cuivre, telle qu'elle est décrite par les auteurs du XVIIIe siècle, et plus près de nous par MM. Blandet, Michel Lévy et autres, n'existe pas.

4° Les phénomènes énoncés par ces autorités doivent se rapporter à d'autres causes ayant agi contemporainement sur l'organisme.

5° Le liséré pourpre des gencives, signalé par M. Cordigan comme un trait particulier de l'empoisonnement cuivreux, n'a pas la constance et la généralité qu'il lui attribue (*Comm.*: MM. Guérard, Grisolle, Bouvier.)

MÉDECINE LÉGALE ET OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur *Leménant des Chénais* lit un mémoire ayant pour titre : *Études sur le principe de l'avortement provoqué*. Vivement impressionné par la grave question de l'*avortement provoqué*, qui a soulevé tant de luttes, animé tant de controverses, provoqué tant de contradictions, et allumé, au sein même de l'Académie, en 1852, un débat acharné, après lequel tout est demeuré encore douteux, incertain, litigieux, l'auteur résume la discussion académique, rappelle les conclusions de M. Cazeaux, et trouve la cause de tant d'opinions contradictoires et de tant d'incertitude dans ce que l'on est parti d'un principe erroné qui ne pouvait amener que des conséquences fausses ou des raisonnements illogiques. Ce principe, c'est la volonté de la mère à se soumettre ou non à l'opération césarienne.

Aux arguments opposés déjà à ce principe par M. Bégin, M. Leménant ajoute une longue réfutation des quatrième et cinquième conclusions du rapport de M. Cazeaux ; et, d'accord avec M. Bégin, « si l'avortement provoqué, dit-il, ne devait s'appuyer que sur une base aussi arbitraire et aussi contestable que *le droit de faire un choix, de prononcer un arrêt de vie et de mort*, je le dénierais au médecin. »

Il faut, ajoute l'auteur, dans une discussion aussi grave, éviter tout ce qui peut paraître arbitraire, craindre ce qui n'est pas la justice même, sans qu'il soit besoin d'admettre, avec M. Dechambre (GAZ. MÉDICALE, 1852, page 183), que « celui qui puise dans la notion chrétienne de l'être humain l'idée de l'inviolabilité générale et absolue de la créature; qui veut ne la troubler à aucune époque de son développement; qui la respecte même avant qu'elle soit conçue, dans les éléments de sa future formation, celui-là n'a rien à demander à la science. »

M. Leménant pense, au contraire, que la religion n'a jamais été un obstacle à la science : elle veut ce que veulent la raison et la justice, ni plus ni moins ; elle veut que, dans la question actuelle, l'avortement médical soit juste.

Puis, établissant que cette question ne pouvait trouver de solution devant l'Académie, placée dans des termes tels que l'on voulait argumenter d'un fait particulier et *malheureusement choisi* à la généralité, au lieu de s'attacher uniquement au principe, abstraction faite de tout cas particulier, l'auteur entre dans le développement de ses idées relativement au principe de l'avortement provoqué.

Les académiciens et les théologiens s'accordent sur la définition de l'avortement : *L'avortement, c'est l'accouchement avant terme* (Dictionnaire de Trévoux). — *Abortus est præmatura ejectio fœtus quem mulier in utero gestat* (Théologie).

Est-il permis de provoquer l'avortement dans un but médical ? Telle est la première question que se pose M. Leménant. Il interroge les lois divines et les lois humaines. L'article 317 du Code pénal est formel.

Les théologiens et les pères de l'Église répondent : *Quicumque malitiose in se vel altero procurat abortum, peccat graviter* (saint Liguori). — *Nunquam licet procurare directe abortum, etiam ad servandam vitam matris, præsertim si fœtus sit animatus* (Carière). Ce passage de Carière est suivi d'une interprétation où est développé, à l'avantage de l'avortement médical, le mot *directe*. De ces textes, il résulte pour M. Leménant: 1° Que ce n'est pas l'avortement en lui-même qui est condamné, mais le *meurtre direct* de l'enfant. 2° Que ce n'est que dans le cas où l'avortement provoqué signifie commettre *directement un meurtre* que les théologiens l'ont condamné d'une manière positive. 3° Qu'une confusion regrettable et qu'il importe de détruire a fait employer comme synonyme de meurtre le mot *avortement*, ce qui est contraire à la vérité et au bon sens.

De cette confusion, suivant l'auteur, naissaient toutes les difficultés, les répugnances, les scrupules. Il est donc essentiel de se pénétrer de cette vérité : c'est que, dans le cas actuel, l'avortement, loin d'être *de se tendens ad occisionem fœtus*, signifie au contraire *vie et salut*.

Ici l'auteur compare l'accouchement prématuré artificiel avec l'avortement médical. Suivant lui, les principales différences portent sur ce fait, que, dans l'accouchement prématuré artificiel, on agit à une époque où la viabilité de l'enfant est *légalement* admise, et que dans l'avortement médical cette particularité n'existe point.

M. Leménant cherche à démontrer que, comme l'accouchement prématuré artificiel, l'avortement provoqué n'avait pas toujours, *mais pouvait avoir en vue* le salut de la mère et de l'enfant. Il établit que dans aucun cas l'avortement ne peut être considéré comme *de se occisivo* en dehors d'une *intention spéciale et mauvaise*, puisque ce n'est pas le fait de l'avortement en lui-même qui tue, mais bien le défaut de développement du fœtus, et les accidents qui en sont la conséquence.

La principale preuve que l'auteur invoque à l'appui de cette assertion, c'est la possibilité de voir des avortons de six mois, cinq mois, quatre mois et demi même, se développer et parcourir une longue carrière, ainsi qu'il en cite de nombreux exemples empruntés à l'histoire ancienne aussi bien qu'aux auteurs contemporains.

Que si ce n'est pas l'avortement qui tue, ce n'est pas l'avortement médical qui peut être condamné. En effet, il est admis par tous les théologiens et les législateurs, qu'une opération, quelle qu'elle soit, est licite : 1° quand elle donne l'espoir fondé de sauver presque sûrement ; 2° quand, remède incertain, elle est pratiquée en face d'une mort certaine ; 3° quand, remède incertain en face d'une mort incertaine, elle expose même le patient à une mort anticipée. La viabilité possible d'un avorton excessivement jeune, la grande résistance de ces petits êtres sont autant de motifs qui font rentrer l'avortement dans le cadre des opérations licites définies plus haut.

M. Leménant, poursuivant toujours l'idée de conserver un avorton à la vie, voudrait qu'au lieu de se borner à pratiquer l'opération césarienne sur une femme morte dans un état avancé de grossesse, on prît l'habitude, on se fît même un devoir, une obligation sacrée, d'extraire le fœtus après la mort de la mère, quelle que soit l'époque récente de la gestation.

L'auteur discute ensuite la question de l'avortement provoqué, appliqué dans le cas où le fœtus n'est pas et ne peut pas être viable, c'est-à-dire, quel que soit le terme de la grossesse.

S'appuyant sur ce principe, qu'*il n'est fait, dans cette circonstance, aucun dommage à l'enfant, sa position n'étant nullement aggravée par l'avortement, dont le but direct sera de sauver la mère*, M. Leménant conclut par l'affirmative.

Invoquant à l'appui de sa thèse l'autorité des théologiens, il cite les opinions de M[gr] Bouvier (*Institutions théologiques*, 1836, p. 436, art. 4), de M. Vernier (*Theologia praticca*, p. 413, art. 352) ; de Carière lui-même, qui dit que dans le cas où l'avortement est une planche de salut pour la mère, celle-ci doit accepter l'opération, *alioquin forct sui homicida*.

L'auteur, en terminant, résume ses opinions dans les propositions suivantes :

L'avortement étant simplement l'accouchement avant terme, ne doit point être confondu avec le féticide direct, qui n'en est qu'une forme viciée par une intention mauvaise.

2° Les théologiens, comme les législateurs, en parlant de l'avortement, n'ont jamais entendu condamner autre chose que le féticide direct, puisqu'ils admettent qu'*indirectement* il n'est pas défendu de causer la mort de l'enfant pour sauver la vie de la mère, quand ce moyen est le seul possible.

3° L'avortement provoqué à une époque où l'enfant peut être, physiologiquement parlant, viable, ne saurait être un féticide, puisqu'il peut être, au contraire, un moyen de salut pour la mère et l'enfant.

4° L'avortement médical, provoqué à une époque où l'enfant ne peut pas être viable, physiologiquement parlant, peut être encore très licite, pourvu : 1° qu'il ait en vue le salut de la mère ; 2° qu'il n'aggrave pas les conditions fâcheuses de l'enfant, ou, en d'autres termes, que la mort de ce dernier ne soit qu'une conséquence indirecte, quoique forcée, de l'avortement. (*Comm.* : MM. Cazeaux, Depaul, Moreau, *rapporteur*.)

PRÉSENTATIONS. — M. le docteur *Duclos* présente à l'Académie un fœtus *anencéphale*, dont la masse encéphalique était remplacée par une énorme tumeur fibreuse. On trouve sur ce sujet le bulbe rachidien, les nerfs crâniens, et les racines des plexus cervicaux et brachiaux.

M. *Jobert* (de Lamballe), *président*, montre à l'Académie la troisième, la deuxième, et la moitié de la première phalange du petit doigt provenant d'un malade de son service. Ce doigt, qui a été brusquement arraché par une morsure de cheval, conserve encore dans toute leur longueur les tendons fléchisseurs et extenseurs qui lui appartiennent, et qui ont été déchirés au niveau de leur insertion aux fibres charnues.

M. *Larrey* rappelle que des cas assez nombreux de ce genre ont été cités par feu le baron Larrey, son père.

M. le docteur *Maisonneuve* présente un vieillard de soixante ans auquel il a pratiqué avec succès l'ablation d'une énorme tumeur fibro-plastique occupant toute la moitié latérale droite du col.

Le même chirurgien montre à l'Académie un jeune homme de Rudez qu'il va prochainement opérer d'une tumeur volumineuse qui envahit toute la moitié gauche de la face, en se prolongeant jusque dans la région du pharynx.

La séance est levée à cinq heures.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Du traitement de la pneumonie.

Depuis longues années, les méthodes thérapeutiques ont presque toutes choisi pour critérium de leur efficacité les effets

curatifs obtenus dans le traitement de la pneumonie. Sans vouloir remonter bien loin, nous citerons immédiatement, comme preuve, le travail de M. J.-P. Teissier sur les résultats de l'homœopathie dans le traitement de l'inflammation aiguë du poumon. Loin d'exagérer les avantages de telle ou telle médication, M. Dietl (*Archives génér. de médec.*, juillet 1852 et janvier 1853) a cherché à démontrer que la pneumonie, abandonnée à elle-même, guérissait mieux par l'expectation simple que par un traitement quelconque. Presque à la même époque, M. Vigla lisait à la Société médicale des hôpitaux de Paris un rapport sur un mémoire de M. Laboulbène, contenant cinq observations de pneumonie aiguë traitée par le régime. M. Ruehle (*Günsb. Zeits.*, III, 5, 1852) vantait également, la même année, les avantages de l'expectation ; enfin, l'année dernière la *Gazette hebdomadaire* (t. I, p. 728) donnait l'analyse d'un travail de M. Duhamel (de Boulogne) sur le même sujet. Ajoutons que M. Thierfelder a recueilli, dans le service de son maître le professeur Wunderlich (de Leipzig), de nombreux matériaux qui tendent pour le moins à rassurer contre les dangers de la temporisation.

Voici coup sur coup trois mémoires qui se rattachent plus ou moins directement à cet ordre de recherches.

1° **De la valeur de l'expectation dans le traitement de la pneumonie,** par le docteur J.-T. Metcalfe.

Ce travail renferme onze observations de pneumonie traitées par l'expectation. Malheureusement, ces faits curieux sont relatés trop succinctement. L'auteur insiste spécialement sur le pronostic, en général peu grave, de la pneumonie, et l'inutilité d'une thérapeutique active. On voit que les idées professées aujourd'hui par l'école médicale de Vienne ont trouvé des partisans en Amérique comme en Angleterre. (*New-York med. Times*, mai 1855.)

2° **Remarques sur l'histoire, le diagnostic et le traitement de la pneumonie,** par le docteur C.-H.-F. Routh.

M. Routh, dans le travail qu'il a présenté à la Société médicale de Londres, a principalement eu pour but de déprécier le traitement par les émissions sanguines. La théorie prouve, dit-il, que les saignées ne font pas baisser le chiffre de la fibrine du sang ; bien qu'elles diminuent la fièvre, elles augmentent la durée de la convalescence, elles ne font pas disparaître les accidents locaux ; enfin, elles affaiblissent les forces du malade et l'exposent à de gands dangers. Ce sujet, traité d'une manière théorique, occupe toute la première partie du travail ; la deuxième est consacrée à la démonstration pratique. Avant de déterminer statistiquement un résultat thérapeutique, l'auteur cherche quelques points de repère. Quelle est, en général, la mortalité dans la pneumonie ? Cela varie beaucoup, suivant les auteurs. Des chiffres empruntés aux différents médecins, et consignés dans ce travail, font varier le chiffre de la mortalité de 3,4 pour 100 d'après M. Trousseau, à 13,1 pour 100 d'après M. Dietl, à 17,3 (M. Bouillaud), 18,1 (M. Grisolle) 31,4 d'après les résultats de la pratique de MM. Walshe, Taylor et Peacock. Ce sont là de bien grandes différences. A quoi les attribuer ? Beaucoup de ces statistiques sont incomplètes, et surtout basées sur un nombre de faits trop restreint, d'où l'impossibilité de catégoriser, de réunir les cas analogues. Nous ne reviendrons pas, avec M. Routh, sur l'influence bien connue qu'exercent l'âge, le sexe et les complications intercurrentes sur l'issue de la maladie. En tenant compte de ces circonstances, on a, par les émissions sanguines, une mortalité très considérable, de 14 à 20 pour 100 ; par l'émétique seul, de 13 à 20 pour 100 ; enfin, l'expectation simple aurait donné une mortalité de 7 à 12 pour 100.

M. Routh, après avoir longuement énuméré et discuté ces résultats statistiques, propose une médication simple. Elle peut se résumer ainsi : la teinture d'aconit à petites doses ; des révulsifs cutanés, ventouses sèches, vésicatoires, ventouse de Junod, le calomel à petite dose, l'émétique à dose très minime, 1/4 à 1/2 grain. Quand la fièvre a cessé, si la convalescence n'est pas rapide, on donne l'huile de foie de morue. L'auteur proscrit la diète absolue, et conseille de donner au malade un peu de bouillon pendant tout le cours de la maladie, pratique qui est, du reste, suivie par beaucoup de médecins des hôpitaux de Paris, en tête desquels nous nommerons M. Gendrin. (*Associat. Med. Journ.*, 8 juin 1855.)

— Nous renvoyons, pour les remarques que suscite ce travail, à celles que nous avons émises déjà sur le même sujet (t. I, p. 728). Ces résultats statistiques ne nous inspirent qu'une médiocre confiance. Il est trop difficile d'apprécier quel était le degré moyen de gravité dans les cas traités par la saignée et dans ceux où la saignée a été rejetée. Rien ne témoigne, dans la pratique journalière, de ces effets désastreux des évacuations sanguines.

3° **De la fièvre synoque péripneumonique,** par M. Marrotte.

Sans vouloir analyser longuement le mémoire de M. Marrotte, dont la première partie est seule publiée, nous avons cru devoir signaler ce travail important. En effet, il nous fait connaître un certain nombre de pneumonies dont la gravité serait en général légère, et qui auraient une tendance naturelle à se terminer spontanément d'une manière heureuse. On voit qu'au point de vue pratique le travail de M. Marrotte peut être rapproché des deux précédents, et que la thérapeutique expectante, dans la pneumonie, pourrait trouver là une justification, mais une justification exceptionnelle, et c'est là sans doute, c'est dans la diversité des indications que gît tout le problème.

« La synoque péripneumonique n'est qu'une variété d'une espèce pathologique que j'appellerai volontiers synoque accompagnée... » dit l'auteur ; et ailleurs : « Il existe une maladie identique par ses causes, son début, ses symptômes généraux, son type, sa durée, ses terminaisons critiques et même par son traitement, avec la fièvre synoque simple, dont elle ne diffère que par la présence d'une affection tout accessoire : la pneumonie locale. Cette sorte de pneumonie présenterait les phénomènes critiques habituels à la synoque : herpès, selles, etc. » Nous attendrons, pour entretenir nos lecteurs de ces idées doctrinales, la fin du mémoire de M. Marrotte. Ce que nous avons hâte de signaler, ce sont dix observations de pneumonie terminées par la guérison. De ces dix malades, huit furent soumis à l'expectation simple, deux au traitement homœopathique ; l'une de ces dernières observations étant empruntée au livre de M. J.-P. Teissier, l'autre à la thèse inaugurale de M. Grand-Mottet. (*Archives gén. de méd.*, juillet 1855, p. 1.)

Du rhythme des battements du cœur du fœtus, par le docteur Fleetwood Churchill.

L'étude des battements du cœur du fœtus et son application à l'obstétrique est presque née en France. Sans parler ici des titres de M. Mayor (de Genève) à la priorité de cette découverte, on ne peut nier que ce ne soit au mémoire de M. Kergaradec que nous sommes redevables de nos premières notions sur ce sujet. Il y a quelques années, M. Depaul publiait un traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale ; des travaux du même genre sont dus également à Maygrier, Lenormand, Fodéré, Ulsamer, Lau, Haus, Désormeaux, Gardien, Ritgen, Carus, Fergusson, Nægele, Bodson, Dubois, Monod, Winkel, Kennedy, Hohl, Montgomery, Kilian, etc.

On a donné aux battements du cœur du fœtus des dénominations diverses : ainsi, M. Mayor les a désignés sous le nom de *doubles battements du cœur du fœtus;* M. Kergaradec les décrit en se servant des désignations différentes de *doubles pulsations, battements du cœur, pulsations fœtales;* M. Stolz, de *pulsations redoublées.* Nous conserverons le terme de *doubles battements du cœur du fœtus.* Suivant M. Depaul, le rhythme des battements est le suivant : on entend deux bruits séparés par un court intervalle, mais parfaitement distincts. Le premier est plus fort et plus sonore que le second ; d'après M. Naegele fils, le deuxième bruit pourrait être affaibli au point de ne pouvoir être perçu. Suivant M. Depaul, l'intervalle qui sépare les doubles pulsations les unes

des autres est un peu plus grand que celui qui existe entre le premier et le deuxième bruit. En résumé, d'après M. Depaul, qui professe l'opinion généralement admise, le rhythme des battements du cœur serait à peu près le même chez le fœtus que chez l'adulte. M. F. Churchill est arrivé, par ses recherches, à des résultats un peu différents, et que voici en résumé :

1° Le nombre des doubles battements du cœur du fœtus se répète de 110 à 160 fois par minute : en moyenne 136 fois.

2° Le premier bruit est plus faible et moins distinct, le deuxième fort et très distinct. Le premier se propage dans une petite étendue ; le deuxième est perçu, au contraire, sur une assez grande étendue de l'utérus.

3° Immédiatement après la naissance, le premier et le deuxième bruit deviennent égaux, d'une force pareille.

4° Les battements du cœur restent les mêmes jusqu'à un an et demi après la naissance ; puis ils se modifient et présentent le caractère de ceux de l'adulte, le premier bruit étant le plus fort et le second le plus faible.

Si la question du rhythme des battements cardiaques est encore douteuse chez l'adulte, on comprend facilement que la rapidité de la succession des battements chez le fœtus doit en rendre la solution plus difficile encore. Nous avons donc donné ces résultats de M. Churchill, sans vouloir nous en porter garant, et pour appeler l'attention des observateurs. (*Dublin Quarterly Journal*, n° 38, mai 1855.)

Névromes multiples du nerf périnéal gauche, par le docteur G. PASSAVANT.

M. Houel a publié, il y a peu d'années, dans les *Mémoires de la Société de chirurgie de Paris* (t. III, fasc. 3, 1853), un fait intéressant de névromes multiples, précédé d'un exposé complet des observations analogues connues dans la science. Nous ne reviendrons pas ici sur ce travail de notre confrère. M. Passavant, en faisant connaître un cas de même espèce, rappelle plusieurs autres observations moins généralement connues en France : ce sont deux cas de Schiffer (*Medic. Jahrb d. Oest. Staats*, t. IV et VI, Vienne, 1818, 1822) ; un cas de Wutzer (*Heckers Annal. d. gesammt. Heilk.*, t. III, p. 404, 1836); un cas de Bischoff (Thèse de Knoblauch, *De neuromate et gangliis accessoriis veris*, Francof., 1843); trois cas de Smith (*A Treatise on the Pathology, Diagnosis and Treatment of Neuroma*, Dublin, 1849); enfin, un cas de Stromeyer (*Handb. d. Chir.*, t. I, p. 413).

Nous transcrivons ici un court résumé de l'observation du docteur G. Passavant.

OBS. — Sur le cadavre d'un homme de cinquante-huit ans, mort de phthisie pulmonaire, on remarqua, sous la peau de la région périnéale, un grand nombre de petites tumeurs que la dissection fit reconnaître pour des névromes plus ou moins volumineux situés sur le trajet du nerf périnéal gauche. Les renseignements que l'on obtint sur ce malade apprirent que jamais il n'avait accusé aucune douleur dans la région périnéale, d'où l'on peut conclure que ces tumeurs étaient indolores. Les tumeurs périnéales, dont le nombre dépassait cent, variaient de forme et de volume, les unes pouvant être comparées à une petite noisette ou un haricot, les autres ne consistant qu'en une légère tuméfaction du nerf. Isolées, par places, elles se rencontraient ailleurs en grand nombre, pressées les unes contre les autres, au milieu du tissu cellulaire de la région ; elles manquaient complétement dans l'épaisseur des muscles, de même que sur le trajet du nerf périnéal droit. Chacune de ces petites tumeurs était entourée par une capsule de tissu cellulaire d'autant plus épaisse qu'elles étaient plus volumineuses ; de petits filaments grêles établissaient un rapport de continuité entre la capsule enveloppante et le tissu même du névrome. La matière contenue offrait une couleur variant du blanc au blanc rougeâtre ; elle était plus ou moins ferme dans quelques-unes, résistante et dure comme une tumeur fibreuse ; dans d'autres, plus molle et même presque gélatineuse. Le nerf était situé sur un de ses côtés, et rarement enveloppé par elle, ce que l'on observait cependant sur quelques-unes des tumeurs les moins volumineuses. La tumeur, de même que son enveloppe, était formée par du tissu cellulaire ; et, quand le nerf y était fermement adhérent, on observait en outre, au milieu de fibres nombreuses de tissu cellulaire, quelques tubes nerveux plus ou moins variqueux. Toutes les branches du nerf périnéal gauche, sur lesquelles les tumeurs manquaient, étaient volumineuses. Cette augmentation d'épaisseur était due au développement exagéré du névrilème. Le rameau bulbaire du nerf était variqueux, et offrait un aspect analogue à celui des veines dilatées. Nulle part on ne trouvait dans les névromes de corpuscules ganglionnaires.

M. Passavant, d'après l'examen de cette pièce, cherche à établir des degrés de développement et d'évolution du névrome. La maladie débuterait, selon lui, par de petits épanchements de matière plastique dans l'épaisseur de la gaîne du nerf, épanchements qui se consolideraient peu à peu pour former les tumeurs dures et fibreuses généralement connues. (*Virchow's Arch. f. Path. Anat.*, t. VIII, livr. 1, p. 40, 1855.)

Epidémie d'ergotisme gangréneux observée à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1854 et 1855, par le docteur BARRIER.

L'ergotisme gangréneux n'avait été observé, depuis plusieurs années, que d'une manière tout à fait sporadique à l'Hôtel-Dieu de Lyon ; mais, depuis un an, cet établissement a reçu une trentaine de malades atteints de cette espèce de gangrène, et venant, pour la plupart, des départements de l'Isère, de la Loire, de la Haute-Loire, de l'Ardèche ; quelques-uns du Rhône et des autres départements limitrophes. L'épidémie semble, à en juger par les cas soignés à l'Hôtel-Dieu de Lyon, avoir frappé plutôt les hommes que les femmes. L'âge des malades a varié de douze à soixante ans. Le plus grand nombre des malades étaient déjà, antérieurement à la débilité due à la gangrène, dans un état de faiblesse constitutionnelle ou acquise, qui a dû constituer une prédisposition fâcheuse. La gangrène s'empara surtout des pieds et des mains, pour remonter de là vers le tronc. Aucun malade n'a eu la tête ni le tronc atteints de mortification ; chez la plupart, la gangrène a détruit un pied entier ou presque entier ; chez quelques-uns, un orteil seulement ; chez d'autres, les deux membres inférieurs ont été sphacélés jusqu'auprès du genou ; chez un enfant de quatorze ans, la maladie ne s'est arrêtée qu'au milieu de la cuisse. Moins fréquente aux membres supérieurs, la gangrène a le plus souvent compromis un ou plusieurs doigts ; elle a parfois gagné, mais rarement dépassé, le poignet. L'examen local a paru démontrer, dit M. Barrier, que l'artérite, primitive ou consécutive, existait chez presque tous les malades. Nous regrettons bien vivement que l'honorable chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon n'ait pas mis à profit ces cas pour nous donner une description un peu complète de l'artérite. La gangrène était en général sèche ; il y eut cependant quelques cas de gangrène humide. Chez la plupart des malades, le chirurgien s'est borné à attendre l'élimination spontanée des parties gangrenées, en régularisant autant que possible les moignons qui présentaient des saillies osseuses ou des lambeaux trop inégaux. L'amputation de la jambe fut pratiquée deux fois au lieu d'élection : un des malades guérit, l'autre succomba. Cette épidémie présente la plus grande ressemblance avec celle de 1814, qui a été décrite par le docteur Janson, de l'Hôtel-Dieu de Lyon. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1855, n° 10.)

Traitement de la chute du rectum par l'application de l'acide nitrique concentré, par M. AICKIN.

Le procédé, devenu populaire en Angleterre, de M. Houston, pour le traitement des hémorrhoïdes par l'acide nitrique, a été l'origine de celui-ci. Nous ne savons si M. Broxholm, qui l'a déjà employé (voir GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. II, n° 18, p. 347), a la priorité sur M. Aickin ; mais les indications données par celui-ci relativement à l'emploi du moyen sont plus précises que celles de son confrère. Il avait, dit-il, remarqué que, à la suite de cette application, il se forme souvent un rétrécissement de l'anus. Cet effet, qui dans ce cas est un accident, devient, au contraire, un avantage, un moyen de guérison, comme agent curatif du prolapsus rectal. Voici comment M. Aickin en tire parti :

Il introduit dans l'anus un spéculum à deux valves ; puis, prenant un morceau de bois de la grosseur d'un pinceau ordinaire, et enveloppé à l'une de ses extrémités, dans l'étendue d'un pouce, d'un linge fortement serré, il le trempe dans de l'acide nitrique

concentré. Il le porte alors entre les valves écartées du spéculum, dans une longueur de près de 2 centimètres, et l'y laisse appliqué environ dix secondes. Il termine en introduisant un morceau de glace du volume du pouce, préalablement débarrassé de ses aspérités et enveloppé de linge, et retire le spéculum.

Grâce à l'effet de la glace, la douleur cesse en trois ou quatre minutes, et le malade en est ensuite complétement exempt. On peut, en cas de résultat insuffisant, réitérer cette application deux ou trois fois, de quinze jours en quinze jours, sur d'autres points de la circonférence de l'anus.

Les moyens propres à prévenir le retour de la maladie doivent principalement avoir pour but de régulariser les fonctions digestives dont le trouble est la cause la plus ordinaire de cet état. Indépendamment du régime et de l'usage de doux laxatifs, qui viennent en première ligne, l'auteur insiste sur l'utilité de lavements, de 180 à 200 grammes, d'eau froide donnés tous les jours peu de temps avant l'heure de se mettre au lit. (*Dublin Medical Press*, 11 avril 1855, p. 225.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de toxicologie médicale, chimique et légale et de la falsification des aliments, boissons et condiments, par M. Galtier, professeur particulier de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie. 3 vol. in-8. Paris, Chamerot, libraire, 18, rue du Jardinet.

La toxicologie est, à proprement parler, une science moderne. Émanation de la chimie, elle en a suivi les progrès rapides, les merveilleux développements, et est arrivée, dans le court espace d'une soixantaine d'années, à des limites presque voisines de la perfection.

Toutefois, à côté des traités importants que cette étude a fait naître, ceux, entre autres, d'Anglada, de Christison, d'Orfila, de Devergie, peut-être y a-t-il place encore pour quelque publication utile. M. Galtier nous en fournit la preuve ; non qu'il ait prétendu à des découvertes expérimentales : renfermé dans sa modeste sphère d'éducateur, il n'a songé, depuis quinze ans qu'il professe avec distinction, devant un nombreux concours d'élèves, la matière médicale et la toxicologie, qu'à scruter les données de cette double branche, à en mûrir les conquêtes incessantes, et à perfectionner ses moyens d'enseignement.

Mais, pour être l'historien d'une science, il n'est pas nécessaire d'avoir soi-même directement contribué à l'enrichir. Aux yeux du lecteur, qui cherche un guide et des lumières, l'essentiel est que celui qui s'attribue cette mission, connaissant exactement tous les points du sujet, soit en mesure d'en opérer le classement judicieux, d'en soumettre à une discussion fortement motivée les difficultés et les doutes, d'en tracer un exposé clair, complet, méthodique. Personne, à cet égard, plus que l'auteur, n'offre de garanties sérieuses.

Son ouvrage, en effet, porte l'empreinte des qualités que nous venons d'énumérer. C'est là son caractère spécial, distinctif. Les trois tomes qui le composent répondent, d'ailleurs, à deux aspects principaux de la toxicologie. Dans le premier et le second, chaque agent est tour à tour envisagé dans sa triple signification chimique, médicale et légale. Le dernier, prenant un essor plus élevé, et donnant à la question une expression plus abstraite, représente au contraire un ensemble systématique de règles applicables non plus à tel ou tel poison déterminé, mais à l'empoisonnement en lui-même, étudié dans toutes ses afférences, comme le serait un état morbide dans un traité de pathologie clinique. Plus particulièrement appelé à former le toxicologue, ce volume est, si l'on veut, ou le principe, ou le complément des autres, dont il peut aisément se détacher.

Avant d'entrer en matière, M. Galtier, dans une courte introduction, après avoir distingué les poisons des virus, venins, miasmes, etc., établit quelques indications propres à faciliter les constatations toxicologiques, et concernant entre autres la nature solide, liquide ou gazeuse des substances délétères, leur provenance, leur présence dans les aliments, les déjections ou les tissus, leur classification, les traitements réclamés par les accidents qu'ils occasionnent, les réactifs à l'aide desquels on parvient à les déceler, les pièces légales du ressort de l'expertise, certificats, rapports, consultations médico-judiciaires, les précautions à observer pour les autopsies, enfin les textes législatifs relatifs à cette partie de la jurisprudence criminelle.

M. Galtier, acceptant la grande division admise par les toxicologistes, traite, dans le premier volume, des poisons inorganiques : métalloïdes, acides, alcalins, salins métalliques. Le deuxième, consacré aux poisons organiques, végétaux ou animaux, contient, en outre, des articles spéciaux sur l'intoxication par les substances alimentaires et gazeuses.

Pour l'examen de chaque agent, le procédé est invariablement le même. Conformément au mode précité, l'auteur fait d'abord connaître l'origine du poison et de ses composés, son rang dans la nomenclature, ses propriétés physiques et chimiques ; puis, passant aux effets, il ne se contente pas d'énoncer les symptômes et les lésions, mais il en discute longuement et avec soin la valeur comparative, afin d'isoler nettement les différents groupes toxicologiques, soit des groupes voisins, soit des états morbides similaires.

La découverte du corps du délit, les opérations que nécessite cette recherche, ont été surtout, ainsi que la thérapeutique elle-même, l'objet de développements étendus, des détails les plus circonstanciés. Les descriptions particulières se terminent enfin par deux paragraphes qui, sous les titres de *Questions médico-légales* et de *Faits pratiques*, viennent heureusement les compléter, et en constituer, pour ainsi dire, autant de petites monographies. Dans l'un sont signalés, sinon toujours éclaircis, les problèmes que peut soulever la variété toxique. L'autre consiste dans une sorte de bilan historique des cas qui se sont produits, et dont l'analyse raisonnée comporte le plus utile enseignement, soit comme exemples à suivre et écueils à éviter, soit comme indication des voies par lesquelles l'élément délétère peut ou s'introduire ou s'absorber.

Ce cadre, on le voit, n'admet ni omission ni insuffisance. Tous les documents y prennent sans effort leur place naturelle dans de justes proportions, et laissant même en saillie, là où ils manquent, les *desiderata* de la science.

Parmi les différents chapitres, nous mentionnerons, comme méritant, par l'importance de leurs développements, une attention spéciale, ceux relatifs à l'arsenic, au phosphore, au cuivre, au plomb, aux solanées vireuses, aux cantharides, aux boissons alcooliques, aux aliments altérés, aux substances gazeuses et anesthésiques, aux contre-poisons, aux sophistications.

Quant au troisième volume, embrassant de haut et traitant synthétiquement toutes les questions fondamentales de la toxicologie, les quelques lignes dont il a été l'objet au début de cette analyse le caractérisent déjà suffisamment. Les généralités qu'il renferme se rencontrent sans doute dans les ouvrages *ex professo ;* mais, incomplètes et éparses, nulle part elles ne forment, comme dans celui de M. Galtier, un tout compacte et coordonné, un enseignement doctrinal, une science, en un mot, ayant, pour répéter les propres conclusions de l'auteur :

1° Sa PHYSIOLOGIE : les connaissances relatives à l'absorption, au séjour ou à l'élimination des poisons.

2° Son ÉTIOLOGIE : les procédés d'investigation pour déceler les plus petites traces toxiques dans les organes.

3° Sa PATHOLOGIE : les données concernant les effets et le mode d'action des intoxications, les lésions, le pronostic.

4° Sa THÉRAPEUTIQUE : les moyens de retarder l'absorption des poisons, de les neutraliser, d'en combattre les suites.

5° Sa CLASSIFICATION, qui ne semble imparfaite que parce qu'elle ne peut reposer à la fois sur les deux objets qui la constituent : l'impression sur les fonctions, et l'analogie chimique ou naturelle.

6° Son DIAGNOSTIC : les éléments pour distinguer l'empoisonne-

ment de toute autre forme morbide, pour apprécier l'espèce de poison, pour favoriser la solution des différents problèmes.

De ces remarques découle manifeste l'utilité du livre de M. Galtier. Un plan rationnel et exactement suivi, des démonstrations toujours appuyées sur des preuves nombreuses et convaincantes, une heureuse fusion des doctrines et des faits, tels sont les titres qui le recommandent à la confiance des médecins et notamment de ceux qui font des questions toxicologiques une étude spéciale. On consultera surtout avec beaucoup de profit un long appendice final où l'auteur a pris soin de résumer et de commenter un choix varié des rapports les plus intéressants, correspondant, autant que possible, à toutes les situations créées par les expertises. Rien de plus favorable, en effet, que cette transformation du précepte en action, pour confirmer les principes, féconder l'application, et communiquer au jugement cette maturité qui prépare les bonnes décisions.

DELASIAUVE.

Traitement préservatif et curatif du choléra asiatique par l'acide sulfurique dilué et les bains salés, par le docteur EM. LEPETIT, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers. Broch. in-8 de 154 pages, Paris, chez Victor MASSON.

En annonçant cette brochure, nous ferons tout d'abord un aveu : c'est que notre expérience sur la question thérapeutique qui y est traitée n'est pas fort étendue. Nous pouvons même reconnaître que, sous un certain rapport, elle est tout à fait nulle ; car si nous avons vu employer et employé nous-même l'acide sulfurique contre les diarrhées séreuses, les diarrhées ulcéreuses, les diarrhées atoniques de longue durée, le choléra épidémique, ce n'a pas été sous le mode d'administration et avec l'ensemble des moyens adjuvants recommandés par l'auteur. Notre inexpérience paraîtra peut-être excusable, si l'on veut bien remarquer que la médication est assez neuve en France. Non qu'elle y ait été précisément apportée par M. Worms en 1849, comme le dit le regrettable Fabre, par une de ces erreurs historiques trop communes dans son récent ouvrage sur le choléra, et contre lesquelles le respect dû à sa mémoire ne doit pas nous empêcher de prémunir le lecteur. Sans tenir compte des deux observations de Lazare Rivière, exhumées par le docteur d'Auriol (de Toulouse), les expériences de Thomson sur l'emploi de l'acide sulfurique contre la diarrhée aqueuse et le choléra datent de plus de trente ans, et avaient provoqué, même chez nous, des essais isolés. Mais il est vrai de dire que MM. Worms et Lepetit sont les seuls qui, en France, aient rendu publics les résultats d'une expérimentation suivie et régulière. M. Worms donne l'acide sulfurique dilué en boisson, à la dose de 20 *grammes* par litre d'eau, et les malades en usent, pour ainsi dire, à discrétion. Si le pouls est filiforme, il administre 4 grammes d'acide nitrique fumant et autant d'eau distillée de menthe en potion. M. Lepetit, de son côté, attache une très grande importance à ce que l'acide sulfurique soit pris comme M. Worms fait prendre l'acide azotique dans certains cas particuliers, c'est-à-dire sous un faible volume, par petites doses répétées à des intervalles réguliers, sous forme de potion, enfin (1). Il recommande, en outre, d'employer concurremment les bains très chauds et chargés de sel (500 grammes de sel commun *par seau d'eau*). C'est précisément de cette médication particulière de M. Lepetit que nous n'avons aucune expérience personnelle; et nous commettrions dès lors une injustice si nous étendions jusqu'à elle la médiocre idée que l'essai de l'autre médication nous avait donnée jusqu'ici du traitement du choléra par l'acide sulfurique. Nous parlons du choléra confirmé et grave ; car c'est spécialement sur ce terrain que la science et la pratique appellent des médications nouvelles. L'acide sulfurique, en limonade ou en potion, a fait merveille contre la *diarrhée cholérique*, et M. Lepetit a compté 393 applications *sans un seul revers*; mais tant d'autres remèdes ont eu un succès égal ou plus brillant encore, qu'il faut nécessairement admettre, ou que ces diarrhées guérissent toutes seules, ou que beaucoup de remèdes, divers en apparence, jouissent d'une égale efficacité. Il n'en est pas de même en ce qui concerne le choléra asphyxique et cyanique. Là il est plus aisé à un médicament de faire ses preuves ; la maladie est de soi si redoutable, qu'on verra bientôt s'il peut quelque chose contre elle. Encore faut-il se méfier énormément des statistiques où les cas ne sont pas soigneusement catégorisés suivant les symptômes qui sont le témoignage le plus manifeste et la mesure la moins trompeuse de la gravité de l'affection.

Or, nous devons le reconnaître, parmi les résultats, personnels ou d'emprunt, qu'a rassemblés M. Lepetit, il en est de fort remarquables. Le docteur Jonon, chirurgien de marine de 1re classe, a traité à bord du *Trident*, pendant les mois de juillet, août et septembre 1854, de Cronstadt à Ledsund (îles d'Aland), 2 cas de *choléra foudroyant*, 15 cas de *choléra asiatique grave*, et 41 cas de *cholérines;* dans tous, la potion à l'acide sulfurique a fait presque seule les frais du traitement ; deux malades seulement sont morts : ce sont ceux qui avaient été atteints d'une manière foudroyante. M. Lepetit, renvoyant à un travail publié en 1853, ne donne pas ici de statistique qui lui soit propre ; mais il raconte avec détails un certain nombre d'observations où des symptômes cholériques de la plus haute gravité ont disparu après l'administration de la potion acide et des bains salés. La statistique de M. Jonon et les observations de M. Lepetit sont, avec quelques faits dont la relation lui a été adressée par M. Millet (de Tours) et Guilhaud fils (de Ruffec), des éléments d'appréciation très sérieux. Nous ferons remarquer seulement que M. Millet, qui n'a pas négligé l'emploi des bains salés, a administré l'acide en limonade, et que MM. Jonon et Guilhaud, s'ils ont donné l'acide en potion, se sont abstenus de bains salés. Dans ces diverses expérimentations, la méthode de M. Lepetit n'a été rigoureusement suivie que par lui-même. Néanmoins, elle est encore restée, entre les mains des autres expérimentateurs, différente de la méthode anglaise, qui est constituée uniquement par l'emploi de la limonade sulfurique en boisson. Cette différence suffit-elle pour expliquer les insuccès de la méthode anglaise dans plusieurs services des hôpitaux de Paris, comme paraît le croire M. Lepetit (page 34 de sa brochure)? C'est ce que nous n'oserions décider.

Quoi qu'il en soit, l'opuscule de notre habile confrère, par le soin sévère avec lequel sont rassemblés et appréciés tous les éléments de la question, par les expériences nouvelles qu'il apporte, est fait pour pousser les praticiens à de nouvelles investigations en dépit des déceptions qu'ils paraissent avoir éprouvées jusqu'ici.

A. DECHAMBRE.

(1) Pour un enfant de 3 à 6 mois : eau, 116 grammes ; acide sulfurique médicinal, 6gr,30.
De 10 à 15 ans : eau, 230 grammes ; acide sulfurique, 1 gramme.
A 25 ans et au-dessus : eau, 250 grammes ; acide sulfurique, 2gr,70.

VI.

VARIÉTÉS.

ARMÉE D'ORIENT. — On nous écrit de Constantinople à la date du 23 juillet :

« Le choléra et les affections typhoïdes ont tour à tour sévi dans les camps en Crimée, et dans nos hôpitaux à Constantinople. Les fièvres typhoïdes présentaient généralement un caractère ataxique très marqué, qui dénotait un empoisonnement miasmatique avec altération du sang. L'économie tout entière était manifestement infectée, et les symptômes généraux de la maladie prédominaient sur les symptômes locaux.

» La fièvre typhoïde, accompagnée de nombreuses pétéchies et de plaques rouges répandues sur tout le corps, s'est montrée principalement pendant les mois de février et de mars ; un assez grand nombre de confrères y ont succombé. On a presque constamment observé que le traitement antiphlogistique trop énergique avait des résultats fâcheux ; tous les malades qui étaient copieusement saignés mouraient rapidement, tandis que la médication expectante et antiseptique (par les acides végétaux et minéraux, le chlore liquide, etc.) était presque constamment suivie de succès. Je parle ici *ex professo*. Appelé à soigner beaucoup de malades, et victime moi-même du mal épidémique, j'ai bien pu comparer les effets des différentes médications.

» Le choléra s'est déclaré vers le commencement du mois de mars à Constantinople, où il a envahi principalement les faubourgs de Péra et Galata, habités par les étrangers. Sa durée n'a pas été longue. Son apparition avait coïncidé avec l'arrivée des troupes françaises au camp de *Maslak*, qui est à une heure de Péra; il s'est retiré en même temps qu'elles.

» Dans le choléra de Crimée, les troupes sardes ont été les plus éprouvées; mais nous avons la satisfaction d'apprendre que la maladie est à peu près éteinte sur tous les points; on en rencontre bien encore quelques cas, mais tellement isolés, qu'il suffirait, pour les expliquer, des différentes conditions susceptibles d'agir sur le tube gastro-intestinal, telles que la chaleur, les privations, les fatigues et le manque de soins hygiéniques, etc.

» Jamais saison ne s'est montrée plus salubre à Constantinople et dans ses environs. Absence complète de toute espèce d'épidémie et de toute maladie prédominante; la mortalité a considérablement diminué. Nous n'osons pas nous flatter que cet état puisse durer longtemps, car nous approchons du mois d'août et de l'automne, qui traînent d'ordinaire après eux une suite d'affections, telles que les fièvres intermittentes, les dysentéries, les apoplexies, etc. Les longues pluies de l'hiver dernier, la masse d'eaux stagnantes que l'on rencontre encore dans les prairies et les endroits bas, doivent faire présager surtout l'apparition de fièvres intermittentes. En attendant, nous jouissons des bienfaits de l'heure présente.

» Chez les blessés qui arrivent de la Crimée, les vastes plaies déterminées soit par les instruments de guerre, soit par la main du chirurgien, ont de la peine à se cicatriser; la gangrène et la pourriture s'emparent aisément des tissus dénudés; ce résultat funeste est dû aux fortes chaleurs qui règnent dans nos contrées depuis quelque temps déjà; le thermomètre est monté jusqu'à 32° cent. à l'ombre. Les Sardes occupent le village de Yenikoy, situé dans une position très salubre sur le Bosphore, à peu de distance de Thérapia. Les baraques qu'ils y ont construites ne suffisant pas, les Anglais leur ont cédé la moitié de la caserne de Sélimié, à Scutari, pour y placer leurs malades. On a signalé quelques cas de choléra parmi les soldats turcs du contingent fourni par la Porte aux Anglais: la malveillance s'était plu à donner à ce fait de vastes proportions; mais, dès à présent, cette petite explosion est éteinte. »

Ozone et choléra. — M. le docteur Th. Boeckel, qui s'occupe avec tant de zèle de la question de l'ozone, écrit ce qui suit dans le n° 7 de la *Gazette médicale de Strasbourg*: « Pendant les quatre premiers jours de juillet, l'ozonoscope a marqué trois fois *zéro* la nuit; et, sur quatre cas de choléra qui sont venus plus directement à ma connaissance, trois ont éclaté entre minuit et six heures du matin. »

Choléra. — Le choléra s'étend en Italie et menace de couvrir encore une fois la Péninsule. Les localités les plus maltraitées sont: Ancône, Fano, Forli, Sinigaglia, Trieste, Vicence, Trévise, Brescia. — A Ancône, sur 30,000 habitants, il y a eu, *en moins d'un mois*, 2,300 cas, dont 1,000 décès. Ce chiffre est du 15 juillet. — Dans la province et la ville de Trévise, du 21 avril au 10 juillet, on a compté 3,050 cas, 1,305 décès et 698 guérisons. L'épidémie décroît à Venise; elle est presque éteinte à Pesaro. On ne signale aucun cas à Naples.

Les îles Ioniennes, l'Archipel et la Grèce paraissent jusqu'ici exempts du fléau.

A Madrid, du 14 au 20 juillet inclusivement, 259 cas nouveaux et 135 décès. Le nombre total des cas est de 1,279, et celui des décès de 738. Comme l'Italie, l'Espagne est envahie à peu près dans sa totalité. Dans la Grenade, déjà si éprouvée, la violence de l'épidémie augmente encore, et l'émigration de la capitale est considérable. Le mal gagne de proche en proche dans la province de Malaga: il a frappé Cartama, Torrox, Velez-Malaga, etc., et augmenté ses ravages à Antequera. Il occupe toute la province de Logrono; il règne à Pampelune, à Barcelonnette. Calatayud, près Saragosse, a été décimée: heureusement un mouvement de décroissance s'est prononcé; mais l'aspect de la ville, dit-on, est lamentable.

Enfin, quelques cas de choléra se sont déclarés à Liége et à Malte.

La *Gazeta medica de Lisboa* annonce que, à Porto, ce n'est pas le choléra, mais le typhus (sans doute la fièvre typhoïde) qui fait des ravages. Le nombre des sujets atteints de cette dernière affection est si considérable à l'hôpital de la Miséricorde, qu'il a fallu installer deux salles supplémentaires. La mortalité est de 1 sur 5. Le nombre des cholériques à l'hôpital et en ville est très faible.

Le typhus sévit également, et avec intensité, à Braga. En d'autres endroits, tels que Codim, Castêdo, Cumieira, Elvas, Campo-Major, c'est le choléra qui prédomine.

— Un concours est ouvert pour l'admission aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires de Paris. Ce concours commencera simultanément à Paris, Strasbourg et Montpellier, le 16 août prochain. Les conditions d'admission sont déterminées par l'article 2 du décret du 13 novembre 1852, modifié par les décisions en date des 22 août et 1er mars derniers.

Académie royale de médecine de Belgique. — Une des questions que l'Académie a proposées, pour le concours de 1855-1856, est ainsi conçue: « Quelles sont les indications et les contre-indications des évacuations sanguines dans les maladies fébriles? »

La Compagnie, statuant sur une demande d'explications faite sur cette question, a décidé, dans sa séance du 30 juin dernier, sur le rapport de sa deuxième section, qu'il faut entendre par *maladies fébriles* toutes les affections où il y a fièvre.

L'Académie a également décidé que les mémoires écrits en langue flamande seront admis à prendre part au concours.

Le Secrétaire, D. Sauveur.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Association des médecins du Rhône. Assemblée générale annuelle du 3 mai 1855. In-8 de 54 pages. Lyon, chez Savy.

Essai sur l'accouchement physiologique, par le docteur *Mattei*. In-8 de 500 pages, avec 10 fig. Paris, chez Victor Masson. 7 fr.

Essai sur la névralgie intercostale, par le docteur *Lecadre*. Gr. in-8 de 32 p. Paris, chez J.-B. Baillière.

Essai sur les déformations artificielles du crâne, par le docteur *L.-A. Gosse*, de Genève. 1 vol. in-8, avec 7 planches. Paris, chez J.-B. Baillière.

Étude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé dans le traitement de diverses maladies, selon les procédés de M. *Émile Tabarié*, par le docteur *E. Bertin*. In-8 de 276 pages. Paris, chez J.-B. Baillière. 3 fr. 50

La Coupe de ciguë, ou la Vérité sur la mort de Socrate après 2000 ans, par *Marmisse*. In-18 de 36 pages. 1 fr.

Leçons sur les parties intéressées dans les opérations qu'on pratique sur l'œil et sur la structure de la rétine faites en 1847 à l'hôpital royal ophthalmologique de Moorfields à Londres, suivies d'un mémoire sur l'humeur vitrée, par *W. Bowman*, traduites et annotées par *A. Testelin*. Paris, chez Victor Masson. 3 fr.

Quarante années de pratique chirurgicale, par le professeur *Ph.-J. Roux*, t. II (Maladies des artères). In-8 de XL—476 pages. Paris, chez Victor Masson. 6 fr.

Supplément au traité de gymnastique orthopédique et médicale, de *Chr. Heiser*. In-8 de 22 pages, avec 10 figures. Paris, chez Victor Masson. 1 fr.
Prix du volume avec le supplément, 6 fr.

De l'hydropisie et de la tympanite utérines en dehors de la gestation, par le professeur *Teissier*, de Lyon. In-8 de 22 pages.

Des principes généraux de la clinique médicale. Discours prononcé à l'ouverture du cours de clinique médicale, le 12 avril 1855, par le professeur *Teissier*, de Lyon. In-8 de 39 pages.

Traitement des hydropisies asthéniques par la préparation de noix vomique, par le professeur *Teissier*, de Lyon. In-8 de 13 pages.

Ces trois brochures sont extraites de la *Gazette médicale de Lyon*.

Chirurgische Klinik. Beobachtungen und Erlaeuterungen im Gebiete der Chirurgie, par *H. Friedberg*. Vol. I. In-8. Iena, chez Mauke. 10 fr. 75

Handbuch der speciellen Arzneiverordnungslehre (Traité de matière médicale spéciale), par *L. Posner* et *G.-E. Simon*. In-8. Berlin, chez Hirschwald. 13 fr. 50

Lehrbuch der Physiologie des Menschen, par *C. Ludwig*, de Zurich. In-8 avec fig., 1er vol. (Fonctions de relations), 1852-1853, 460 pages; 2e vol., 1re livraison (Nutrition, chaleur animale), 1855, 288 p. Leipzig, chez Winter. L'ouvrage sera complet en 1855. 22 fr.

Physiologische Studien (Recherches physiologiques), par *J. Czermak*. 2e partie. In-8. Vienne, chez Braumüller. 2 fr. 75

Ueber die Selbststeuerung des Herzens. Ein Beitrag zur Mechanik der Aortenklappen, par *J. Hyrtl*. In-8. Vienne, chez Braumüller. 2 fr. 75

The Half-Yearly Abstract of the Medical sciences, par les docteurs *W.-H. Ranking* et *C.-B. Radcliffe*. Vol. XXI, janvier à juin 1855. In-18 de 380 pages, cartonné. Londres, chez John Churchill.

The Obstetric Memoirs and Contributions, par le professeur *James Y. Simpson*, édité par les docteurs *Priestley*, d'Edinburgh, et *H.-R. Stover*, de Boston. T. Ier, 1 vol. gr. in-8 de XVI—857 pages, avec 33 figures, cartonné. Edinburgh, chez Adam et Charles Black.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 10 AOUT 1855. — N° 32.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par un décret en date du 8 août 1855, rendu sur la proposition de S. Exc. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. GERHARDT, docteur ès sciences, pharmacien de première classe, a été nommé professeur titulaire de chimie à la Faculté des sciences et à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 9 août 1855.

NON-ABSORPTION DES MÉDICAMENTS DANS LE CHOLÉRA ALGIDE. — THÈSES DE PARIS : DE L'AVORTEMENT MÉDICAL. — MESURE RELATIVE AUX PRÉSENTATIONS DE MALADES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — LETTRES SUR LE VITALISME.

La question de la non-absorption des médicaments dans le choléra algide n'a pas fait de progrès sensibles depuis l'époque où nous signalions ce qui manquait aux expériences pour forcer toutes les convictions (GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. Ier, p. 826). Ce qui leur manquait et leur manque encore, c'est la preuve *directe* du non-passage des substances médicamenteuses dans les humeurs où les porterait inévitablement l'absorption : par exemple, dans la sueur, les urines, etc. Dans sa thèse si justement remarquée, et que nous avons publiée en partie, M. Duchaussoy établissait que, chez les cholériques, l'injection d'un médicament ou son insertion sous la peau, n'était suivie d'aucun effet physiologique appréciable; il restait à démontrer que cette absence d'effet tenait au défaut d'absorption. La brochure qu'il a publiée récemment *sur les injections veineuses dans le traitement du choléra*, et qui, à de certains égards, est tout à fait digne du premier travail, ne comble pourtant en aucune manière la lacune que nous signalions et qui a été fort bien aperçue aussi par M. Abeille (GAZETTE DES HÔPITAUX du 21 juillet).

Mais, d'un autre côté, ceux qui s'élèvent contre une théorie

FEUILLETON.

Exposition universelle.

PRODUITS CHIMIQUES, MATIÈRE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Lorsque après avoir visité une première fois les nombreux produits chimiques, pharmaceutiques et naturels, exposés au palais de l'Industrie, on essaie d'en donner une appréciation générale et d'établir, à leur égard, un parallèle entre l'exhibition de Londres et la nôtre, entre les expositions de nations étrangères et celle de France, l'insuffisance d'un examen superficiel fait bientôt sentir la pesanteur du fardeau et l'énormité de la tâche.

La première impression qu'on éprouve est en effet intraduisible. On est ébloui par le nombre et la variété des objets disséminés sur une surface de terrain qu'on a à peine le temps de parcourir; on aperçoit beaucoup de choses, mais en réalité on ne voit rien. Particulièrement à l'annexe principale, le brouhaha, les conversations, le piétinement des visiteurs, le souffle des machines, le tintement des cloches et surtout des barres de fer forment un étourdissant charivari, où le système nerveux le plus merveilleusement trempé finirait par tomber en crise, tout aussi bien et plus sûrement peut-être que sous l'influence du baquet de Mesmer et de son harmonica.

Toutefois, dans cet examen superficiel, dans ce jugement porté à vol d'oiseau, ce qui impressionne désagréablement tout d'abord et nuit singulièrement à l'étude des produits qui nous occupent, c'est leur dissémination dans les annexes et contre-annexes, nécessitée par l'insuffisance du local principal Il faut aller bien des fois visiter ce vaste labyrinthe avant d'en connaître tous les détours, et alors même qu'on s'est habitué à sa disposition, on ne revient pas complétement de l'impression défavorable éprouvée d'abord; disons même que, pour ceux qui ont pu admirer le féerique palais de Hydo-Park, le palais des Champs-Élysées semble lourd, mesquin, étriqué. Comparativement, il est moins éclairé; on s'y sent moins à l'aise; on y respire plus difficilement. Si même nous nous bornions à comparer les deux expositions sous ce rapport, la comparaison serait pour nous presque injurieuse; mais si nous pénétrons dans l'intérieur du palais, et si, simplement, nous énumérons les objets marquants qui s'y trouvent exposés, nous sommes forcés de reconnaître que, pour avoir été moins spontanée, notre exposition n'en est que plus complète et plus grandiose peut-être que celle de Londres. La France, soit par timidité, soit par délicatesse, — nous ne voudrions pas croire que ce fût par insuffisance

aussi vraisemblable, pour ne rien dire de plus, que celle de M. Duchaussoy, devraient ne pas s'exposer aux mêmes reproches. En s'en tenant également à la recherche des effets physiologiques, ils ouvrent aisément la porte à l'objection, comme le leur fait bien voir M. Duchaussoy, et ils se condamnent à accumuler observations sur observations là où une seule expérience chimique pourrait suffire. C'est une remarque que nous recommandons plus particulièrement à M. le docteur Thomas, qui, après avoir combattu à son début la doctrine de la non-absorption, vient encore de lui opposer un nouveau fait devant l'Académie des sciences (voir au compte rendu des Sociétés savantes). La cholérique dont il rapporte l'histoire a présenté, dit-il, des symptômes de *narcotisme* une demi-heure après l'application de 3 centigr. de morphine sur la surface dénudée de la peau. Quels étaient ces symptômes? Une *dilatation extrême des pupilles, quelques spasmes ou convulsions légères aux mains.* Eh bien, il y a tout d'abord à faire observer que la morphine absorbée n'amène d'ordinaire ni spasmes ni convulsions, et que, loin de dilater les pupilles, *elle les resserre*. L'élargissement de la pupille est, au contraire, un phénomène qu'on observe assez souvent dans le choléra, surtout à la période où en était arrivée la malade de M. Thomas; quand *le corps est froid, recouvert d'une espèce de sueur glacée et poisseuse;* quand les yeux *sont à demi ouverts, ternes, enfoncés dans les orbites*, etc.

Au reste, la question de la perte ou de la conservation de la faculté d'absorption chez les cholériques algides et même cyanosés ne saurait se poser en termes absolus. On peut affirmer *à priori* que les degrés du pouvoir absorbant ne se mesurent pas rigoureusement sur les degrés du refroidissement et de l'état bleu; et tout ce qu'on peut avoir la prétention d'apprendre, c'est si la perte d'une fonction de laquelle dépend indirectement l'action thérapeutique, est un fait *ordinaire* dans le choléra algide et cyanique. Or, c'est ce que permettent de croire les observations et expériences publiées jusqu'ici.

— Presque en même temps qu'elle était portée devant l'Académie de médecine par la lecture de M. Leménant (1), la question de l'avortement provoqué était en cause également à la Faculté, où elle formait le sujet d'une excellente thèse, soutenue sous la présidence d'un professeur qui a contribué à répandre la pratique médicale de l'avortement, — l'honorable M. Velpeau. Le travail de notre nouveau confrère, M. Gardelle, où beaucoup de jugement s'allie à beaucoup d'érudition, passe en revue les conditions diverses qui peuvent autoriser l'accoucheur à provoquer la sortie prématurée du fœtus, soit à l'âge de la viabilité, soit plus tôt; mais ici nous ne voulons relever qu'un passage relatif au fœticide, dans les cas de rétrécissement du bassin.

(1) Cet article était écrit quand nous avons reçu, trop tard pour la publier aujourd'hui, une lettre de M. Leménant. Nous lui donnerons place dans notre prochain numéro.

Posons d'abord les termes de la difficulté : 1° ou le bassin a moins de 67 millimètres dans son plus petit diamètre: on ne doit alors compter ni sur les changements qui peuvent survenir dans les symphyses, ni sur la ductilité de la tête du fœtus; l'enfant n'atteindra pas vivant l'époque habituelle de la viabilité; l'embryotomie sera impossible avec un tel degré d'étroitesse; la symphyséotomie elle-même ne permettra pas l'extraction de l'enfant, et l'opération césarienne deviendra nécessaire; 2° ou le bassin a de 67 à 85 millimètres; et alors on peut attendre l'âge de la viabilité pour tenter l'accouchement prématuré artificiel. Si cette tentative échoue, reste la ressource de la céphalotomie, qui est alors praticable. Or, voici comment s'exprime l'auteur sur l'un et l'autre de ces deux points :

1° Rappelons que, pour une étroitesse au-dessous de 54 millimètres, la céphalotomie est impossible, et que la mort même du fœtus n'est pas une contre-indication de l'hystérotomie; que, pour les rétrécissements de 54 millimètres à 67 millimètres, les difficultés de cette opération sont telles, qu'elles exposent la mère à des dangers presque aussi sérieux que ceux de l'opération césarienne, ce qui rend cette dernière préférable. C'est ainsi que nous l'avons vu juger dernièrement encore par M. le professeur Dubois. Une femme étant entrée, au terme de sa grossesse, à la Clinique, avec un rétrécissement évalué à 6 centimètres au plus, M. Dubois se décida à pratiquer l'opération césarienne; l'enfant fut retiré vivant, et la mère ayant succombé le lendemain, l'autopsie, qui fit reconnaître un rétrécissement de 54 millimètres, confirma le pronostic de M. Dubois : la céphalotripsie eût été impossible. (Voir les détails de ce fait, *Gazette hebdomadaire*, t. II, n 16, p. 297)....

2° Nous supposons le cas où l'on a pu procéder à l'accouchement prématuré dans les rétrécissements de 85 millimètres à 67 millimètres, ou bien encore le cas où, avec une étroitesse moins grande du bassin, le volume insolite ou l'irréductibilité de la tête de l'enfant vient rendre infructueuses les manœuvres les plus fatigantes; dans ces cas, lorsqu'une judicieuse temporisation ou de nouvelles tentatives ont montré l'inutilité du forceps et de la version

réelle, — ne s'était présentée au *steeple-chase* industriel du *Crystal-Palace* qu'avec un bagage assez restreint; les exposants anglais, en cela peu jaloux de nous imiter, ont fait, au contraire, tous leurs efforts pour donner de leurs importants produits une exposition complète et qui fait honneur à la fois à l'Angleterre et à la France. Mais de même que l'Angleterre comptait à Londres le plus grand nombre de produits exposés, de même aussi la France, au palais de l'Industrie, est, de toutes les nations, la mieux représentée. Particulièrement en ce qui concerne les produits chimiques, on peut dire qu'elle occupe le premier rang, et cela avec une supériorité vraiment incontestable, dont nous avons d'autant plus le droit d'être fiers qu'il y a vingt ans à peine nous étions tributaires de l'étranger pour un grand nombre de produits que, aujourd'hui, grâce aux efforts persévérants de nos industriels, nous sommes en mesure de livrer nous-mêmes au commerce, et à des prix bien inférieurs. Obtenir des produits plus purs et à meilleur marché, tel est le double but vers lequel on peut constater que le progrès a marché, constant et rapide, en comparant seulement nos expositions de 1844, de 1849 et celle de cette année. Toutefois, pour constater ce progrès et juger des produits chimiques en les appréciant à toute leur valeur, il est nécessaire de tenir compte de quelques considérations générales que nous exposerons sommairement.

Beaucoup de corps se présentent toujours, même dans leur plus grand état de pureté, sans forme géométrique appréciable. Selon l'expression consacrée, ils sont amorphes : tels sont les carbonates de fer, de magnésie, de chaux; tels le précipité blanc, le sous-nitrate de bismuth, les oxydes de fer artificiels, etc., etc. Tous ces corps, ne pouvant être obtenus que sous la forme pulvérulente, sont par cela même éminemment faciles à adultérer; car la fraude, dans ce cas, ne peut être reconnue, le plus souvent que par l'analyse du produit.

D'autres corps, et ils ne sont pas moins nombreux que les premiers, sont susceptibles de cristalliser, et n'affectent la forme cristalline que lorsqu'ils sont purs. Ces derniers produits ne peuvent donc être que très difficilement falsifiés, car la simple exploration à la loupe, ou même à l'œil nu, ferait immédiatement reconnaître la sophistication.

Ainsi l'état cristallisé des produits chimiques est réellement une garantie sérieuse de leur pureté, et c'est toujours sous cette forme qu'on doit s'efforcer de les obtenir.

Nous félicitons donc les manufacturiers des efforts qu'ils font pour obtenir cristallisés tous les corps qui en sont susceptibles; mais l'excès en tout nuit, et nous applaudissons moins volontiers à la tendance générale qu'ont aujourd'hui tous les fabricants, notamment les Français, à donner

pelvienne, si l'enfant est mort, on n'hésite pas : tous les accoucheurs procèdent aussitôt à la céphalotomie. S'il a résisté à la longueur du travail et aux manœuvres employées, la céphalotomie est de même décidée; mais deux méthodes sont en présence : dans l'une, qui est encore suivie par quelques accoucheurs, et que M. Stoltz a défendue encore en 1852, on ne renonce pas à sacrifier l'enfant; mais, reculant devant l'*horreur* d'un fœticide actif, on lui donne le temps de mourir avant de faire l'opération; si bien que, lorsque cette mort *naturelle* peut être dûment constatée, la vie de la mère est très compromise. Dans l'autre méthode, que nos maîtres ont heureusement fait prévaloir, on ne prolonge pas une temporisation devenue inutile et qui peut être fatale à la mère; la céphalotomie est alors sans danger, parce qu'on n'a pas laissé la mère s'épuiser dans les efforts d'un travail sans résultat. Cette femme, qu'on a sauvée au prix de son enfant, pourra plus tard donner le jour à des enfants vivants, par le bénéfice de l'accouchement prématuré artificiel. Le professeur d'accouchements à l'École de Marseille, que nous avons vu concourir à la vulgarisation, dans la pratique française, de l'accouchement prématuré, M. Villeneuve, a longtemps partagé cette manière d'agir; mais, plein de regrets pour les quelques céphalotomies qu'il a opérées, sans avoir la certitude de la mort de l'enfant, et qui sont pour lui la cause de *bien des remords*, il a tout récemment proposé, pour le problème que nous venons d'étudier, une solution que nous ne pouvons passer sous silence. M. Villeneuve *se hâtera de pratiquer à l'avenir l'opération césarienne* (*Gaz. des hôp.*, n° 45). Une telle proposition prouve une bien grande confiance dans l'hystérotomie. Cependant, dit M. Villeneuve, *si les consultants sont d'avis de temporiser, je ne me déciderai à pratiquer la céphalotomie que longtemps après que tous les signes certains de la vie fœtale auront disparu.* M. Villeneuve connaît tous les dangers de cette temporisation; aussi, *lorsque la mort se fera trop longtemps attendre*, le professeur *déclinera sa responsabilité*... « Si la femme meurt à la suite de cette expectation obligatoire, ajoute-t-il, la mort de cette femme est un fait moins grave, au point de vue social, que l'infraction du principe divin. » Nous déclarons que, en acceptant cette expectation, nous croirions ajouter à un fœticide bien réel, quelque passif que nous ayons été, toutes les circonstances aggravantes d'un homicide par omission.

— A la dernière séance de l'Académie de médecine, M. Malgaigne a exprimé le désir que le conseil d'administration prît des mesures pour que la faculté accordée aux médecins étrangers à la Compagnie de présenter des malades, opérés ou non, fût ramenée dans des limites convenables, où elle ne pût pas servir d'autres intérêts que ceux de la science et de la pratique. D'un autre côté, M. le président a fait savoir que le conseil s'était déjà préoccupé des abus signalés par M. Malgaigne et avait pensé qu'une commission pourrait être chargée d'examiner, séance tenante et dans la bibliothèque, l'opportunité des présentations. Cette mesure, contre laquelle on n'a rien objecté, va sans doute être appliquée immédiatement. C'était peut-être la meilleure qu'on pût proposer; mais il faut s'attendre à ce qu'elle rencontre, dans l'exécution, pour des raisons de plus d'une sorte, d'assez grandes difficultés. Son efficacité dépendra beaucoup du caractère plus ou moins ferme des commissaires. Son rôle sera d'ailleurs fort délicat. Il est facile d'établir un usage : il l'est moins de préciser un abus; et il nous a semblé, par exemple, que tous les motifs dont M. Malgaigne a appuyé sa proposition n'étaient pas également acceptables. Il peut être et il est souvent fort désirable que des sujets justiciables de la médecine opératoire soient présentés *avant* l'opération; peut-être même serait-il bon que ce fût la règle; car la première objection qu'on entende ordinairement élever contre la valeur des guérisons produites devant les corps savants, c'est que la maladie n'avait pas été préalablement constatée.

M. Malgaigne a également fait entrevoir, sans prendre à cet égard la responsabilité d'une proposition formelle, qu'il conviendrait d'exiger des exhibiteurs une note écrite qui fixât le sens et le but de la présentation, et pût, s'il y avait lieu, devenir l'objet d'un rapport. Cette ouverture a été unanimement accueillie, et il y sera probablement donné suite.

Au reste, nous sommes, pour notre compte, fort aise de voir l'Académie s'engager dans cette voie ; nous souhaitons même que, conformément à un autre avis de M. Malgaigne, elle ne s'arrête pas en chemin, et que, après avoir supprimé les abus de la fin des séances, elle déracine aussi ceux du commencement, dont la correspondance offre de si nombreux et si insignes échantillons.

— Nous signalons à l'attention du lecteur les *Lettres sur le vitalisme* qui sont en cours de publication dans ce journal, et dont la dernière paraîtra incessamment. Au milieu de la confusion qui règne aujourd'hui sur la conception scientifique et sur la définition même du vitalisme, il était bon que la question fût posée une fois, en termes précis, par un médecin qui en a fait l'étude de toute sa vie. Les lettres de M. Chauffard seront pour nous une occasion de fixer plus nettement encore que nous n'avons pu le faire dans une occasion récente les doctrines et les principes de la GAZETTE HEBDOMADAIRE.

A. DECHAMBRE.

comme échantillons de leurs produits d'énormes masses formées de monstrueux cristaux. Nous insistons particulièrement sur ce fait, parce qu'il nous a semblé que l'on s'extasie trop facilement à la vue de ces productions, qui n'ont en réalité que le mince mérite d'avoir été obtenues avec de grandes quantités de matières, ou par des procédés simples, faciles et qui, aujourd'hui connus de tous, n'ont plus même le mérite de la nouveauté.

Cet engouement pour les gros cristaux va aujourd'hui tellement croissant, qu'on fera bientôt cristalliser les corps à grands frais, sans utilité et par cela seul que, sous cet état, ils flattent l'œil plus agréablement. C'est presque même ce qui arrive aujourd'hui pour le bismuth, qui, comme on le sait, a sur les autres métaux, y compris l'or, l'argent, le platine et son léger camarade l'aluminium, l'avantage de cristalliser par voie de fusion et sans trop de difficulté.

Aussi, victime à ce titre de la faveur générale, combien ce métal n'a-t-il pas été tourmenté par nos fabricants de produits chimiques? Chaque exposant a voulu avoir son bismuth cristallisé gros, celui-ci comme le poing, celui-là comme la tête. En temps ordinaire il cristallise en trémies ou en petits cubes : eh bien! on l'a presque obligé à s'allonger en prismes quadrangulaires. Un pharmacien de Paris, M. Dorvault, l'a même tellement torturé — pauvre bismuth! — qu'il est parvenu à en façonner de pièces et morceaux une coupe gigantesque capable d'empoisonner de dépit tous les concurrents qui seraient tentés d'entrer en lice avec lui.

Sérieusement, nous demandons quel avantage présentent ces productions exceptionnelles, ces blocs de bismuth ou ces montagnes de cristaux gigantesques, et nous n'en voyons guère d'autre que celui qu'on pourrait avoir à les briser — car il faudra bien en venir là — lorsqu'on voudra s'en servir.

Ces grandes masses cristallines nous intéresseraient cependant, si elles étaient toujours le produit d'une fabrication en grand, et si les manufacturiers pouvaient livrer leurs produits au commerce d'après les échantillons exposés; mais on sait fort bien qu'il n'en est rien, et que tel qui aura exposé une magnifique montagne d'alun, de cyanure jaune ou rouge de sel de fer ou autre, ne se fera aucun scrupule de livrer à son magasin des produits souvent bien inférieurs.

Toutefois, nous devons, pour rester justes, ouvrir une liste d'honorables exceptions pour les industriels qui ont eu le bon sens — je dirais presque l'honnêteté — d'exposer deux sortes d'un même produit; l'une obtenue exceptionnellement, véritable objet de luxe destiné seulement à fixer l'attention; l'autre, de plus modeste apparence, mais vraiment com-

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LE TRAITEMENT DU CATARRHE VÉSICAL PAR LES INJECTIONS DE NITRATE D'ARGENT CONCENTRÉES, par le docteur L.-Aug. Mercier.

Il n'est pas rare de voir les catarrhes de vessie résister aux divers traitements rationnels ou empiriques avec une déplorable opiniâtreté; ce sont principalement ceux dans lesquels la muqueuse est noirâtre et fongueuse. On a alors essayé de modifier les surfaces malades à l'aide de moyens plus actifs, et dont l'expérience avait déjà sanctionné l'efficacité contre des inflammations externes.

Depuis bien longtemps on avait porté le caustique dans l'urèthre pour y détruire des rétrécissements; mais, plus tard, des hommes de mérite ont eu l'idée de l'employer dans le seul but de modifier l'état morbide de la muqueuse qui tapisse ce conduit. « Dans l'application du caustique à l'urèthre enflammé, j'ai, dit Ch. Bell, procédé par une analogie rigoureuse. Nous appliquons le caustique sur l'œil pour modifier sa sensibilité et son irritabilité, non pour produire une eschare, et nous ramenons sa surface à l'état sain, même lorsqu'il y a ulcère de la cornée. Nous appliquons le caustique en solution sur les ulcères les plus douloureux, et, en diminuant ainsi leur sensibilité, nous enlevons l'inflammation. J'en ai fait autant dans la bouche, dans la gorge, jusque dans la trachée, et j'ai diminué ainsi l'inflammation, la toux et le spasme. » (*On Diseases of the Urethra*, etc., 3ᵉ édit., 1822, p. 99.) Lallemand, ayant vu que, dans les inflammations chroniques et rebelles de l'urèthre, « la surface muqueuse est boursouflée, mollasse, peu résistante, et les cryptes muqueux, ainsi que les follicules de la prostate, considérablement augmentés, » eut aussi l'idée de recourir au nitrate d'argent, qu'il n'avait jusque-là dirigé que contre les rétrécissements. « J'avais pour moi l'analogie, dit-il aussi; car on l'emploie tous les jours avec succès à l'extérieur dans des cas de même nature. » (*Observat. sur les malad. des organes génito-urinaires*, 1825, p. 366.) Lallemand n'est venu, comme on voit, qu'après Ch. Bell; mais il alla plus loin, et il appliqua la cautérisation à la cure du catarrhe vésical. « Depuis plus de quinze ans, a-t-il écrit en 1842, j'emploie la cautérisation contre les inflammations chroniques de la vessie, et le succès a dépassé mon attente sous tous les rapports; car je craignais, comme tous les praticiens, les premiers effets d'un pareil agent sur une membrane muqueuse constamment baignée par l'urine, et j'avais été souvent rebuté, comme eux, par l'opiniâtreté désespérante de ces maladies. Cependant j'ai vu depuis lors la cautérisation guérir, promptement et sans retour, les neuf dixièmes des catarrhes vésicaux, dont la plupart avaient résisté pendant des années à tous les efforts de l'art; et ceux qui n'ont pas guéri complétement ont éprouvé au moins une amélioration notable..... J'ai vu des malades qui souffraient depuis quinze ou vingt ans, dont les urines contenaient un dépôt de matière glaireuse et même purulente, guérir aussi promptement que les autres..... Il arrive souvent qu'une seule cautérisation suffit pour amener la guérison, quoique celle-ci se fasse attendre quinze ou vingt jours. J'ai rarement été obligé de la répéter trois ou quatre fois..... Après la cautérisation, il suffit de prescrire des bains prolongés, des lavements et des boissons abondantes; car l'inflammation s'apaise avec une grande rapidité, et je n'ai pas rencontré un cas sur trente où j'aie dû avoir recours à des émissions sanguines. Quant à des accidents inquiétants, je n'en ai pas vu un seul exemple sur le grand nombre de malades que j'ai opérés. » (*Des pertes séminales*, t. III, p. 425 et suiv.)

Ainsi, voilà un traitement parfaitement formulé, et qui laisse peu à désirer sous le rapport de l'innocuité et de l'efficacité. Cependant on peut lui adresser quelques reproches.

1° Lallemand se servait de sa sonde à cautériser l'urèthre. Cette sonde doit nécessairement être assez volumineuse pour contenir une suffisante quantité de nitrate, et alors elle ne pourrait franchir un rétrécissement. On sait aussi qu'elle est peu courbée; par cela même elle est difficile à introduire toutes les fois qu'il y a spasme des parties profondes et surtout dans les cas si communs où il existe une valvule ou une tumeur sur le bord postérieur du col de la vessie. On est donc exposé à des tâtonnements pénibles, à des fausses routes, et quelquefois même il faut renoncer à l'opération, ainsi que nous en verrons un exemple dans l'observation de M. Daniel.

2° Arrivé dans la vessie, qui doit être préalablement vidée, l'instrument ne peut être promené sur sa surface sans frottements douloureux, sans excorier la muqueuse, surtout quand elle est mamelonnée. J'en ai eu la preuve en voyant Lallemand lui-même opérer. Il ne serait peut-être même pas impossible que son extrémité s'introduisît dans une hernie de la muqueuse vésicale, et y occasionnât des désordres.

3° Lallemand se servait d'un porte-caustique s'ouvrant sur sa convexité, et, s'il était obligé de revenir à une seconde cautérisation, il en employait un qui s'ouvrît sur la concavité. Il ne touchait donc chaque fois qu'une étendue très limitée de l'intérieur de la vessie. D'ailleurs, s'il atteignait la paroi postérieure dans le premier cas, et l'antérieure dans le second; il n'agissait dans aucun cas sur les parois latérale et inférieure. Il dit bien « qu'il reste toujours assez d'urine pour dissoudre le nitrate d'argent et le répandre sur toute la surface muqueuse. » Je crois, en effet, que c'est la seule manière d'expliquer ses succès; mais il ne faut pas oublier non plus que ce caustique ne peut se dissoudre dans l'urine sans être immédiatement décomposé et sans perdre considérablement de son action; de sorte qu'on a des parties fortement cautérisées et d'autres qui le sont à peine.

4° Lorsque la muqueuse est mamelonnée, ce qui est le plus or-

---

merciale, et sur laquelle on lit cette étiquette : *Livré au commerce à tant le kilo.*

Il existe d'ailleurs au Palais de l'industrie deux catégories d'exposants de produits chimiques. A la première catégorie appartiennent les fabricants qui ne préparent que quelques produits, quelquefois même un seul, mais dans des limites de fabrication presque impossibles à dépasser : ce sont ceux que l'on pourrait appeler les spécialistes. Dans la seconde catégorie viennent se ranger les fabricants, ou plutôt les marchands, de produits chimiques, qui préparent seulement les produits que le commerce ne peut leur livrer, et qui complètent leur collection en achetant aux spécialistes ceux pour lesquels ces derniers leur font une concurrence insoutenable, et que conséquemment ils n'ont aucun intérêt à fabriquer.

Au nombre des fabricants spécialistes, qui presque tous mériteraient d'être mentionnés, nous citerons plus particulièrement MM. Coignet et Brunier (de Lyon), pour le cyanure jaune de potassium et de fer; M. Camus (de la Gare d'Ivry), pour le sulfate et l'acétate de cuivre ainsi que pour l'acide acétique : M. de la Cretaz (du Havre) pour les chromates de potasse jaune et rouge; M. Forgeois-Duhamel (du Petit-Montrouge), pour le sulfate de fer. M. Cournerie (de Cherbourg), pour ses produits iodés et bromés (iode, iodure de potassium, bi-iodure de mercure, bromure de potassium, etc.), a droit à une mention exceptionnelle : son exposition est certainement la plus belle collection de produits spéciaux qui soit au Palais de l'industrie. Après M. Cournerie, il faut immédiatement citer, pour les mêmes produits iodés, M. Tissier.

Pour n'indiquer que les produits principaux, mentionnons rapidement l'acide tartrique de MM. Weil (de Strasbourg) et Papety (de Marseille), le carbonate de soude des soudières de Chauny, le magnifique alun et les cyanures jaune et rouge des mines de Bouxviller (Alsace), et enfin les produits ferro-manganeux qui constituent aujourd'hui une classe de sels que la médecine tend à mettre à profit, et dont un pharmacien de Lyon, M. Burin du Buisson, s'est presque approprié la spécialité. M. Burin du Buisson a aussi exposé des sels ferreux et des sels manganeux purs; ces derniers surtout nous ont paru fort beaux, mais quelques fabriques en exhibent aussi qui ne craindraient pas la comparaison; c'est donc seulement pour ses produits ferro-manganeux que nous plaçons ici M. Burin du Buisson comme spécialiste.

Parmi les fabricants de produits chimiques non spécialistes, nous avons été surtout frappé des expositions de MM. Rousseau, Wittmann, Véron et Fontaine, Robiquet fils, Thibournery, Ménier et Dorvault.

M. Rousseau a exposé plusieurs produits remarquables par leur pureté,

dinaire quand la vessie est ainsi enflammée et vide, on ne touche que les mamelons ; les anfractuosités ne pourraient être atteintes que lorsque l'arrivée d'une certaine quantité de liquide a écarté les parties contiguës, et, en attendant, le caustique se trouve complétement éteint : à plus forte raison n'agira-t-il pas dans les hernies muqueuses qui sont parfois l'unique, et souvent le principal siége de l'altération.

M. Daniel, de Cette, ayant à soigner un homme de trente-deux ans, que des ulcères syphilitiques du prépuce, des pertes séminales et un catarrhe de la vessie avaient réduit à un véritable état d'anéantissement, essaya de le traiter par la cautérisation ; mais « il ne put jamais introduire d'algalie dans l'urèthre, bien qu'une sonde élastique volumineuse arrivât dans la vessie sans la moindre difficulté. Forcé de renoncer à la cautérisation directe des orifices des conduits éjaculateurs », il injecta dans la vessie 125 grammes d'eau distillée contenant 1 gramme 70 centigrammes de nitrate d'argent, et il obtint une amélioration sensible. Un mois après, il injecta 50 centigrammes de ce sel par 32 grammes d'eau ; plus tard encore, 80 centigrammes par 32 grammes, et son malade fut radicalement guéri de ses ulcères, de son catarrhe et de sa gonorrhée. Pendant ce traitement, qui dura trois mois, on avait administré 60 bains mercuriels en augmentant graduellement de 4 à 250 grammes de sublimé (*Journ. des conn. méd.-chir.*, mai 1852).

Sans connaître ce fait, mais encouragé par la pratique de M. Lallemand, par l'innocuité des injections caustiques dans l'urèthre et aussi par celle d'injections peu concentrées que j'avais faites dans la vessie, j'arrivai à des doses plus fortes : j'en ai publié un exemple en 1844, p. 279, de mes *Rech. sur les valv.* Mon injection, faite dans la proportion de 50 centigrammes de sel par 30 grammes d'eau distillée, eut, en trois jours, le résultat désiré. Il s'agissait d'un malade qui, à la suite de chaudepisses et d'excès de toutes sortes, était affecté d'une valvule musculaire du col vésical, d'une sensibilité excessive, avec ténesmes violents, de la vessie et du rectum, et qui rendait à chaque instant plus de pus que d'urine. La division de l'obstacle avait rendu la miction plus facile et fait cesser le ténesme; mais le catarrhe et l'irritabilité de la vessie qui avaient diminué d'abord, s'étaient reproduits. Page 318 du même ouvrage, j'ajoute, en parlant de la cystite chronique : « Il y aurait avantage à injecter 30 ou 60 grammes de solution de nitrate d'argent, à dose plus ou moins caustique, qu'on laisserait une demi-minute, une minute même, et qu'on remplacerait immédiatement par une solution albumineuse dont l'effet serait de neutraliser le caustique non éteint qui pourrait encore se trouver dans la vessie. *La propriété qu'a le nitrate d'argent de coaguler l'albumine des tissus ne lui permet pas d'agir profondément, même à un état de grande concentration.* D'ailleurs l'injection que je propose de faire aussitôt après sa sortie ne lui en laisserait pas le temps. On a appliqué, sans inconvénient, à la surface même de l'œil, des solutions contenant plus d'un dixième de nitrate. Cette méthode est plus facile que celle de M. Lallemand, et elle procurerait au moins l'avantage d'agir sur toute la surface malade. On a vu plus haut les bons effets que j'ai obtenus d'une solution de 50 centigrammes par 30 grammes de liquide ; je n'hésiterais pas actuellement, dans un cas, bien entendu, où la muqueuse serait seule enflammée, à élever la dose du caustique à 75 centigrammes, et même plus. »

L'année suivante, M. Debeney, qui avait publié d'importants travaux sur les injections caustiques dans l'urèthre (1), fit connaître quatre observations de catarrhe vésical guéri par le nitrate d'argent en solution concentrée. Ses remarques sur la préférence qu'on doit accorder au nitrate liquide sur le nitrate solide, sur l'impossibilité où il est, même très concentré, d'agir profondément, etc., sont les mêmes que les miennes. Il existe néanmoins une différence dans notre manière de voir.

M. Debeney se sert d'une solution de 4 gram. de nitrate cristallisé par 30 gram. d'eau distillée; il en remplit l'urèthre, ferme ensuite le canal en pressant l'extrémité du gland entre le pouce et l'index gauches, puis il remonte par une pression graduée vers la racine de la verge avec les deux premiers doigts de la main droite, jusqu'à ce qu'il ait lieu de croire que tout a passé dans la vessie.

Cette manœuvre est peu sûre : les liquides ne franchissent que très difficilement la région membraneuse, et bien des fois il ne doit en pénétrer que très peu dans la vessie ; aussi dans la quatrième observation l'effet fut-il tellement nul, que M. Debeney fut obligé d'injecter 45 grammes de sa solution directement dans la vessie avec une sonde. Ainsi, d'une part, l'urèthre n'admet que très peu de solution, et cette quantité ne pénètre qu'en partie dans la vessie; d'autre part, cette petite quantité séjourne dans la région spongieuse jusqu'à ce que les pressions aient fini par la pousser plus loin ; elle traverse ensuite les régions membraneuse et prostatique ; elle agit par conséquent sur elles, et certainement, si concentrée qu'elle soit avant d'être introduite, elle n'a plus que bien peu d'action lorsqu'elle arrive à la vessie. En somme, elle y arrive en trop petite quantité pour s'insinuer dans les anfractuosités de la muqueuse et pénétrer dans les cellules, et elle est déjà trop altérée pour que, malgré le mucus et la petite quantité d'urine qu'elle y rencontre, elle conserve encore quelque activité. Il est probable que M. Debeney n'aurait pas aussi bien réussi s'il eût eu affaire à de vieux catarrhes consécutifs à des dysuries prolongées, et compliqués par conséquent de cellules, etc. Et de plus, les

(1) Ces injections avaient été préconisées auparavant par Carmichael, chirurgien en chef de l'hospice des vénériens de Dublin ; il les faisait dans la proportion de 50 centigrammes par 30 grammes d'eau. Il paraît même qu'elles ont été conseillées vers le commencement du siècle dernier, dans le vagin et l'urèthre, contre les écoulements virulents. Seulement, au lieu du nitrate d'argent, c'était le deutochlorure de mercure qu'on faisait dissoudre dans la proportion d'*un gros pour 4 onces d'eau*. (V. Astruc, *Maladies vénériennes*, trad. franç., édit. de 1755, t. II, p. 396.) Cette préparation, que j'ai employée, a des effets à peu près semblables à ceux du nitrate d'argent ; elle m'a paru seulement plus douloureuse. Toutefois, mes essais ne sont pas assez nombreux pour avoir une opinion bien arrêtée sur la valeur comparative de ces deux sels.

---

entre autres les acides chromique, gallique et pyrogallique ; mais ce que l'on admire surtout dans sa vitrine, c'est sa collection de métaux *rares*, notamment l'aluminium, dont M. Sainte-Claire Deville a donné ailleurs un échantillon plus que suffisant pour en apprécier les qualités générales, et, à côté de l'aluminium, un énorme bocal plein de lingots de sodium d'un éclat argentin magnifique.

M. Wittmann s'est distingué particulièrement par ses tartrates de potasse, de potasse et de soude, et par sa crème de tartre soluble, en écailles légères d'un blanc brillant ; l'hyposulfite de soude, le phosphate de soude, l'acide benzoïque, le cyanure de potassium, le chlorure de zinc et l'acide pyrogallique méritent aussi d'être notés.

MM. Véron et Fontaine nous ont donné de très belle alizarine, et surtout du chlorure de baryum qu'il nous semble n'avoir retrouvé ailleurs ni aussi blanc ni en aussi beaux cristaux ; nous ne leur adresserons pas le même compliment pour leur acide pyrogallique, inférieur en blancheur, et conséquemment en pureté, à celui de MM. Rousseau et Wittmann.

La vitrine de M. Thibournery renferme, outre de fort beaux sulfates de quinine dont il fait, comme on sait, une spécialité, un échantillon de cyanure de potassium en larges plaques d'un blanc mat qui, s'il ne renferme pas de carbonate de potasse, est de qualité vraiment supérieure.

MM. Robiquet fils, Dorvault et Ménier ont exposé à la fois des préparations chimiques et pharmaceutiques. Nous rendrons compte de ces derniers produits en nous occupant, dans un prochain article, des produits pharmaceutiques Pour le moment, parmi un bon nombre de substances de très bel aspect, sans doute, mais qui en réalité n'offrent rien d'extraordinaire, puisqu'on les retrouve pour la plupart plus belles encore chez plusieurs exposants, il faut cependant remarquer la *codéine* et le superbe picrate de potasse de M. Robiquet, l'acétate d'ammoniaque de M. Ménier, ainsi que ses iodures iodurés de quinine et iodurés de strychnine, et son bi-iodure de mercure sublimé. M. Dorvault, en outre du bismuth dont nous avons parlé, a exposé aussi du bi-iodure de mercure cristallisé, que l'on trouve magnifique avant d'avoir vu celui de M. Cournerie (de Cherbourg), avec lequel, sous tous rapports, aucun échantillon ne rivalise.

Pour justifier la place que nous avons assignée à la France à l'égard des autres nations, il nous reste à rechercher et à comparer les différents produits venus de l'étranger, et qui, à quelque titre que ce soit, méritent d'être signalés. C'est par là que nous voulons continuer cette revue.

HÉBERT,
Pharmacien en chef de l'hospice de la Salpêtrière.

pressions qu'il exerce sont-elles donc sans douleur ? Et si la région spongieuse est saine, comme elle l'est souvent en pareille circonstance, pourquoi la cautériser plus que tout le reste ?

Dès le principe, voici la conduite que j'ai tenue, sauf quelques petites modifications qui m'ont été dictées par l'expérience.

Je ne me sers pas d'une injection aussi chargée ; mais j'en injecte une plus grande quantité. Je l'ai déjà dit : passé un certain degré de concentration, il importe peu que l'injection soit plus ou moins chargée, puisqu'il se fait immédiatement une coagulation superficielle qui sert, pour ainsi dire, de barrière au caustique, quelle que soit l'activité qui lui reste encore; aussi ai-je porté les proportions jusqu'à 3 et même 5 grammes par 30 grammes de liquide, sans autre résultat appréciable que celui d'une dose moitié moindre; et il m'arrive rarement aujourd'hui de dépasser 1 gramme 50 centigrammes pour la même quantité d'eau distillée.

D'un autre côté, lorsque le catarrhe a succédé à de vieilles dysuries, j'en injecte de 60 à 100 grammes à la fois, parce que cette quantité me semble nécessaire pour déplisser la muqueuse, et surtout pour pénétrer dans les cellules.

Enfin, presque toujours je laisse sortir la première injection au bout de quelques minutes par la sonde, et j'en fais immédiatement une seconde pour le cas où la muqueuse de la vessie, tapissée par une couche épaisse de mucosités visqueuses, n'aurait pas subi suffisamment l'impression du liquide injecté.

Quant au procédé que je suis, deux cas doivent être distingués : le catarrhe vésical existe seul, ou bien il est compliqué d'un catarrhe uréthral. Je ne parle pas des complications de néphrite ; car, quoique je n'aie pas encore vu d'accidents graves être alors la conséquence de ces injections, la crainte de faire passer cette inflammation à l'état aigu fait que je m'abstiendrais alors, si j'en avais la certitude.

Lorsque le catarrhe est simple, j'introduis une petite sonde courbe de 2 millimètres de diamètre jusque dans la vessie ; je fais quelques injections d'eau tiède pour laver cet organe ; je pousse ensuite, à l'aide d'une seringue de verre, une ou deux injections nitratées, que je laisse sortir après un séjour de trois ou quatre minutes; enfin, je lave de nouveau à l'eau tiède et je retire la sonde.

Quand le canal est malade en même temps, c'est presque toujours sa partie profonde qui est la plus affectée. J'introduis la sonde et je lave la vessie. J'ai soin de noter, pendant que le liquide s'écoule, le point où les yeux correspondent au col de cet organe, et, lorsque tout est sorti, je retire l'instrument de manière que ses yeux descendent dans la région membraneuse.

Une particularité trop peu connue, c'est que toute injection qu'on fait en deçà du point où la région membraneuse traverse l'aponévrose moyenne du périnée revient autour de la sonde, tandis que toute injection qu'on fait au delà va dans la vessie, même quand celle-ci est distendue, même quand il y a rétention d'urine par obstacle au col, circonstance dont mes travaux sur la structure et l'occlusion de cet orifice donnent seuls l'explication.

Pendant que d'une main je maintiens la sonde dans cette position, de l'autre je fais l'injection avec beaucoup de lenteur, pour qu'elle ait le temps d'agir sur la partie profonde du canal. Si je me dispose à en faire une seconde, je repousse la sonde dans la vessie et je donne issue à la première ; puis je retire de nouveau l'instrument, je pousse une nouvelle quantité de liquide, et alors j'agis différemment, suivant que le malade urine ou n'urine pas librement. Dans le premier cas, je retire complétement la sonde, et le liquide ne tarde pas à être vivement rejeté par le canal. Dans le second, je repousse la sonde dans la vessie, j'en fais sortir l'injection, et j'y pousse de l'eau tiède. Si, dans ce dernier cas, j'ai besoin d'agir sur la région spongieuse, je ramène la sonde en deçà de la région membraneuse, et je fais une nouvelle injection, pendant qu'un aide ou le malade lui-même presse le méat urinaire sur la sonde. Tout cela, avec un peu d'habitude, demande pour ainsi dire moins de temps à faire qu'à expliquer.

La solution revient toujours décomposée, sous forme de liquide assez épais, laiteux ; mais elle ne tarde pas à devenir noire au contact de la lumière. Elle a cela de désagréable qu'elle noircit tout ce qu'elle touche. Il est donc prudent de mettre des gants ; et comme il arrive assez fréquemment que le ténesme de la vessie la rejette entre le canal et la sonde, il est bon que le malade soit debout et que le chirurgien se mette, non pas en face de lui, mais de côté ; il faut prendre, en un mot, toutes les précautions pour que, si l'injection vient à être rejetée, on ne soit pas atteint, ni rien qui ait quelque valeur. Si, nonobstant, cet accident arrivait, il est utile de se rappeler qu'une solution d'iodure ou de cyanure de potassium enlève les taches produites par le nitrate d'argent. Sous ce rapport, la solution de sublimé est bien moins désagréable.

Le premier effet de cette injection est une douleur brûlante, principalement dans le trajet de l'urèthre. Je l'ai déjà dit (*Rech. sur les valv.*, p. 314), la vessie est moins impressionnable que le canal. Les besoins d'uriner deviennent incessants, impérieux ; mais une cautérisation du col en produit presque de semblables. Je recommande alors au malade de rester en position horizontale et d'uriner sur le côté. En général, cet état d'angoisse n'est pas de longue durée ; au bout de 10 à 15 minutes, il diminue graduellement ; après une heure, il est très supportable, et, dans la soirée, il est presque nul. J'ai vu nombre de malades qui le préféraient à l'agacement, au malaise indéfinissable qu'ils éprouvaient auparavant. D'ailleurs ce premier moment peut être singulièrement adouci par un bain entier ou un bain de siége bien chaud dans lequel le malade se plonge immédiatement : le sentiment de chaleur extérieure masque en grande partie celui qu'on ressent au dedans. Je n'ai jamais vu ces injections nécessiter des évacuations sanguines, et, souvent, dès la première nuit, les besoins d'uriner sont moins fréquents que la nuit précédente.

D'abord les urines sont rendues troubles et blanchâtres, et le dépôt brunit à la lumière ; ce qui prouve la présence d'une certaine quantité de nitrate. Au bout de quelque temps, les dernières gouttes arrivent sanguinolentes, et quelquefois même, surtout quand le malade se livre sans retenue aux besoins d'expulsion, l'exhalation sanguine est assez abondante. Mais on peut être tranquille : je n'ai jamais vu cette exhalation atteindre des proportions inquiétantes ; nous verrons même, dans un mémoire subséquent, que c'est un moyen d'arrêter un certain nombre d'hématuries. En général, dès le lendemain, les urines ont repris une limpidité qui étonne. C'est surtout quand ce liquide était auparavant alcalin et glaireux que le changement est sensible. Souvent une seule injection ne suffit pas ; néanmoins, il est extrêmement rare que le dépôt revienne à son premier état ; l'urine redevient neutre ou même acide, et la sécrétion repasse à l'état puriforme ou tout au plus à l'état de pus non décomposé.

Pendant les trois ou quatre premiers jours, je mets les malades à l'usage de boissons abondantes, mais simplement adoucissantes et mucilagineuses, jamais diurétiques. Ce temps écoulé, j'en fais diminuer la quantité pour ne pas entretenir une sécrétion trop active qui fatiguerait les organes, et, lorsque toute irritation a cessé, s'il reste encore quelques traces de sécrétion muqueuse, j'ai recours aux préparations de térébenthine, de goudron, de cubèbe et même de copahu, préparations qui ont alors une efficacité tout autre qu'auparavant.

Tant que l'urine s'éclaircit graduellement, je me borne à ces moyens ; si l'amélioration s'arrête, j'ai recours aux injections térébenthinées, opiacées ou légèrement astringentes ; et si, malgré cela, le catarrhe devient stationnaire, à plus forte raison, s'il reprend de l'intensité, ce qui arrive quelquefois, je reviens à l'injection de nitrate. Presque toujours la deuxième injection est sensiblement moins douloureuse que la première, et la troisième que la seconde, ce qui annonce que la muqueuse perd graduellement de sa sensibilité morbide.

(*La suite à un prochain numéro.*)

LETTRES SUR LE VITALISME, par le docteur EM. CHAUFFARD, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon.

Suite. — Voir le t. II, n° 29.

Deuxième Lettre.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Bien des médecins, pour qui la philosophie des causes expérimentales, uniquement fondée sur les rapports de causalité, était lettre morte ou inconnue, ont cru qu'il fallait tendre à pénétrer la constitution même de l'organisme comme on pénètre celle d'une machine inférieure et créée par nous ; qu'il fallait expliquer la vie comme on explique le mouvement d'un mécanisme à notre portée. Pour eux, il n'y avait d'autre différence entre l'étude de l'homme et celle de ces machines, entre la vie et le mouvement, que la différence du plus au moins, laquelle était immense sans doute, mais ne devait pas arrêter l'esprit d'investigation. Il fallait à chaque explication de la vie reconnue fausse et incomplète substituer une explication meilleure. L'histoire nous montre, en effet, chaque explication tenue à son tour pour la vraie et dominer la science pendant un temps, puis s'éteindre épuisée, pour reparaître encore sous une autre forme.

La forme sous laquelle ont été présentées ces conceptions de la vie peut certainement être et a été très variée ; mais les conceptions elles-mêmes se ramènent facilement à quelques points fixes, en dehors desquels aucune nouvelle conception n'est possible ; car prétendre donner le mode de production de la vie, c'est nécessairement admettre la vie comme un résultat ; or, la vie étant considérée comme résultat, on est réduit à ces deux alternatives : ou la vie est le résultat de l'action d'un principe, d'un agent immatériel sur la matière organique, ou elle provient de l'arrangement particulier de la matière organisée, et est une propriété de cette même matière. Aucune autre explication n'est possible, parce qu'on ne peut rien inventer en dehors des substances simples et composées ; on est donc forcé ou de combiner les deux substances, ou de s'en tenir à une seule, et dans ce dernier cas on n'a pas le choix. Si un philosophe a pu nier les corps, ce n'a été et ce ne sera jamais un médecin.

Les systèmes qui font de la vie le résultat de l'action d'un être simple sur la masse organisée peuvent être, en général, désignés sous le nom de systèmes animistes, quelle que soit d'ailleurs la notion qu'on se fasse de l'être simple, qu'on l'appelle âme intelligente, âme sensitive ou inférieure, archée, principe vital, etc.

L'animisme pur, franc, hardi, attribuant réellement tout pouvoir et toute détermination organique à la substance simple, n'est plus guère aujourd'hui dans les développements logiques qu'il comporte. Je n'en parlerais donc que pour mémoire, étant obligé de me restreindre à ce qui est vraiment actuel, si je n'avais à signaler, outre les conceptions à moitié animistes de l'école de Montpellier, une tendance nouvelle à l'animisme chez les médecins qui d'ailleurs établissent et défendent leur science dans les données exclusives de l'organicisme. Mais avant de parler de ces sortes d'animistes, voyons sommairement les explications ou théories de la vie fournies par le matérialisme médical.

On peut appeler systèmes matérialistes ceux qui font de la vie le résultat de l'arrangement particulier de la matière organisée, ou une propriété de cette même matière ; et, en effet, dans ces systèmes la matière vivante est centre et cause de son existence. Peu de médecins avouent hautement une pareille conception de la vie ; beaucoup la professent sans se rendre un compte exact des notions philosophiques d'où elle découle ; il en est enfin qui reniant cette philosophie, qui, comprenant parfaitement tout ce qu'elle a d'infime et de faux, n'en soutiennent pas moins avec un aveuglement singulier l'application en l'étendue entière de la médecine, ne sachant peut-être dégager celle-ci de tous ses enlacements profonds avec l'idée systématique qu'ils repoussent. Rien donc de plus commun que de voir méconnues les prémisses doctrinales, et acceptées toutes les conséquences. Et pourtant, rien de plus aisé, en prenant pour point de départ les notions matérialistes de la vie énoncées ci-dessus, que d'en faire sortir rigoureusement toute la médecine organique moderne, son génie et ses caractères propres, le genre de ses découvertes et ce qu'elle a laissé perdre de la vraie science, le bien et le mal enfin qu'elle a réalisé. La médecine moderne, en effet, cherchant en l'organisme même la raison de tous les faits vitaux, hygides et morbides, a soumis ce dernier aux plus laborieuses et patientes recherches. Les organes ont été fouillés dans leur plus intime structure, observés dans leurs moindres fonctions, dans leur dépendance ou indépendance mutuelles ; tout point, toute fibre du corps humain ont été interrogés dans leur organisation et dans leurs usages. On a démonté l'organisme, pour ainsi parler, pièce à pièce et jusque dans ses molécules élémentaires. Ce même travail a été poursuivi sur l'homme malade ; pas un dérangement, pas une altération ou produit morbide, pas une exhalation anormale qui n'ait été analysée jusqu'aux plus extrêmes limites où pouvaient atteindre nos sens armés de tous les secours fournis par les sciences physiques. Considérable travail, et qui eût été glorieux et fécond s'il eût été accompli et vivifié sous l'influence des saines doctrines, et si, par conséquent, l'application n'en eût pas été dénaturée, frappée de stérilité, par cela qu'elle s'opérait aux dépens d'autres et majeures vérités médicales! Mais, à cause même que ces recherches sur la matière organique étaient regardées par la médecine moderne comme le fondement exclusif de la science, il est certain qu'elles ont été conduites et soutenues avec plus d'ardeur et d'opiniâtreté. Faible dédommagement de tout ce qu'en même temps nous perdions d'autre part!

En effet, tous les dogmes vitalistes ont été sacrifiés alors ; ils répugnaient absolument à ces notions de la vie : ainsi l'activité permanente et nécessaire de l'organisme ne pouvait s'allier avec l'idée comprise sous le nom de *résultat*. Car si la vie est le résultat nécessaire de l'organisation de la matière organique ou de certaines propriétés spéciales et inhérentes à la substance organisée, les manifestations variées de la vie, normales ou anormales, dépendent du jeu naturel ou troublé des parties et organes, ou de la manifestation et de l'exercice libre ou entravé des propriétés dites vitales, tout comme le mouvement et les manifestations des automates de Vaucanson tenaient au jeu libre et facile des parties constituantes de la machine. Mais rien en cela ne ressemble à une détermination active et spontanée. Ainsi les phénomènes vitaux ne sont plus des actes à juger dans leurs causes, dans leurs tendances, leur but, leurs rapports, mais la conséquence forcée des propriétés de tissus et du jeu des organes. Par suite, la tendance active à la conservation n'est plus le but premier des actions et réactions enchaînées de l'organisme ; celui-ci ne subsiste que par le plus ou moins d'énergie solide et durable de ses propriétés vitales, de l'arrangement de ses propriétés constituantes. Enfin les relations incessantes et nécessaires avec le monde extérieur, que nous avons vu être une condition essentielle de l'étude des actes vitaux, ne devient plus ici qu'une condition accessoire ; car, en principe, l'organisme est centre et cause de tout ce qui essentiellement se rapporte à lui, trouve en lui sa raison d'être suffisante, et par conséquent n'a pas à chercher en dehors de lui une condition nécessaire de son existence. Ainsi les trois dogmes principaux de la médecine vitaliste ne sont plus guère que fantômes, et, au lieu de constituer la science, y méritent à peine une faible mention, ou même en sont bannis. Il y a pourtant à cet égard une remarque à faire, comme à l'égard de toute vérité fondamentale méconnue : c'est que ceux qui sont le plus hostiles à ces vérités les reconnaissent parfois un instant, soumis en quelque sorte par l'évidence, par d'invincibles clartés qui reparaissent sans cesse à leurs yeux. Mais dès lors ces hautes vérités sont murmurées comme de vaines paroles, car on pense et l'on agit sous l'empire des idées contraires. On ne perçoit rien de leur valeur, de leur action sur la science entière, et l'on s'étonne qu'il soit attaché par quelques-uns tant d'importance à d'aussi inutiles notions, lesquelles n'ont trait à aucune recherche ni sur les fonctions ni sur la structure et les lésions des organes. C'est qu'il faut vivre en union parfaite et soutenue avec une vérité

pour en prendre pleine possession, pour la voir gagner et féconder tout un ordre de faits, et chacun en particulier.

Voilà donc trois grandes écoles médicales : l'école vitaliste, pour laquelle la vie est une loi, une succession ordonnée d'actes, doctrine à juste titre nommée vitalisme, parce qu'elle étudie et juge la vie en dehors de toute conception arbitraire, de toute hypothèse plus ou moins probable. On peut aussi lui donner le nom d'hippocratisme à cause des merveilleuses lueurs qui en jaillissent dans les livres du maître. C'est la seule école fidèle à la philosophie de causalité qui est celle d'observation, à la méthode vraiment expérimentale. Les deux autres écoles, que l'on peut appeler toutes deux ontologiques, par cela qu'elles s'occupent toutes deux de la constitution de l'être, sont : l'école animiste, pour laquelle la vie résulte de l'action d'une âme ou être simple sur le corps, supposition qui lui a mérité le nom d'animisme, vu la prépondérance naturellement attribuée à l'être simple qui domine et régit la substance composée ; enfin l'école matérialiste, qui fait de la vie un résultat de la structure ou des propriétés du corps organisé, système appelé plus spécialement en médecine organicisme, à cause que la contemplation et l'étude exclusive des organes, tissus, humeurs du corps, en font tout le sujet. Toute doctrine, tout système médical, quelles que soient les formes que leur aient imprimées le temps et le génie des hommes, peuvent être ramenés sous ces trois expressions principales, pourvu toutefois que chaque doctrine ou système soit logiquement assis dans la vérité comme dans l'erreur, n'accepte que ce que contiennent les notions premières qui lui servent de point de départ, et repousse toute inconséquence, volontaire ou non.

Mais cette rigueur dans le vrai comme dans le faux, la fidélité aux convictions mêmes de la pensée, sont qualités rares à l'esprit humain, qui n'est que trop souvent abîme de contradictions, en médecine surtout. Examinons rapidement les principales de ces opinions formées de pensées et de discours contraires.

Je signalerai à peine ces organiciens de fait et sans réserve, qui, dès qu'il s'agit de philosophie médicale, font un incroyable mélange de toutes les notions, ou plutôt de tous les mots de la langue doctrinale, sans comprendre plus l'idée qu'ils veulent formuler que les mots qu'ils emploient. Ceux-là finissent par déclarer que tous les médecins, même les plus opposés, ont été et sont vitalistes, parce qu'ils ont admis les uns un principe vital, des forces vitales, les autres des propriétés vitales ; parce que les maladies sont par tous reconnues vitales, les fonctions vitales, les organes vitaux ; que par conséquent les définitions sont vitales, les descriptions vitales. Enfin le mot vital, mis après chaque expression générale de la science, leur tient lieu de toute exposition dogmatique, et leur paraît la marque incontestable que l'on professe et comprend la doctrine vitaliste.

Mais d'autres opinions ont été formulées, qui réclament une plus sérieuse attention. Ainsi parmi les médecins voués au plus pur organicisme, les uns croient pouvoir professer l'oubli et l'inutilité de tout ce qui est examen philosophique, doctrine médicale de la vie, et pensent que la science se doit réduire à l'observation nue, au pur signalement des phénomènes. D'autres croient pouvoir allier une science organicienne dans tous ses développements à une déclaration d'animisme dans le principe, déclaration qu'ils prennent d'ailleurs pour une profession de foi vitaliste.

Il y a à dire, contre les premiers, que la phénoménalité seule est impuissante à constituer une science ; il faut donner, d'une ou d'autre manière, la raison d'être des phénomènes, afin que les phénomènes aient une signification, expriment une réalité. Cela est si vrai, que personne, même parmi ceux qui l'enseignent, ne se borne à observer des fantômes, des apparences phénoménales. En fait, chacun en opère inévitablement la coordination ou la systématisation, en les rattachant ou à une doctrine, ou à quelques idées systématiques. Ainsi, prétend-on, il est inutile d'établir la doctrine de la vie, de chercher à faire de cette notion la notion fondamentale de la science; mais aussitôt on définit soit la maladie en général, soit telle maladie particulière. Or, je l'ai déjà dit, qu'est-ce que la maladie, sinon une forme de la vie? Ce que l'on affirme de l'une ne se doit-il pas affirmer de l'autre? Si l'on soutient que la maladie résulte de l'altération des solides et liquides et des troubles fonctionnels, n'est-ce pas avancer du même coup que la vie résulte de l'organisation de ces mêmes solides et liquides, et des propriétés fonctionnelles de cette matière organisée? Voilà donc le point de départ déterminé, quoi qu'on en ait. Ne vaut-il pas mieux l'avouer, le reconnaître d'avance, que d'y être forcément ramené?

En second lieu, quelques médecins ont admis l'action primordiale d'un être simple, d'une puissance immatérielle sur l'organisme, et considéré la vie comme le résultat de cette action ; en même temps, ils ont envisagé la maladie comme le résultat simple des altérations et des troubles de l'organisme. En sorte que l'être naissant, se développant, vivant, obéirait dans toutes ses évolutions à l'action d'un principe ou être simple, et que, malade, l'action de ce principe ne s'est plus ou n'importe plus, et que dans le substratum organique seul se trouverait la raison d'être de tous les faits morbides! Ainsi, l'explication du fait de la vie encourrait toutes les objections que l'on peut adresser aux conceptions animistes : celle d'abord d'être une supposition, une hypothèse pure, quelque probable qu'on la juge ; celle ensuite d'aborder l'inabordable, de décider les questions impénétrables, la constitution élémentaire et primordiale des choses. D'un autre côté, la pathologie, exclusivement assise sur les lésions et les troubles organiques, aurait à subir tous les reproches adressés à l'organicisme pur. Notions contradictoires, d'ailleurs, et qui se repoussent : on n'a pas droit à définir la vie d'une façon et la maladie à l'opposé. L'homme malade est, avant tout, vivant ; la maladie, je le répète, est une forme de la vie ; il faut que de la notion de cette dernière, on arrive à la notion de l'autre, qu'elles s'affirment l'une l'autre au lieu de se nier réciproquement. Il faut donc que l'idée et les attributs de la vie se retrouvent dans l'idée et les attributs de la maladie. Mais, dira-t-on, on ne saurait concevoir la lésion d'un être simple, d'un principe vital; et rien n'est plus vrai; on est donc réduit, pour comprendre la maladie, que l'on croit renfermée dans l'idée lésion, à la placer dans la lésion de la substance organique. Le médecin vitaliste aurait à répondre, à cela, qu'il ne lui appartient pas de justifier et de défendre les conceptions animistes. Mais pourtant celles-ci peuvent réclamer une autre interprétation, et invoquer l'activité du principe simple, reconnu par elles. Et c'est même là la supériorité que peut avoir l'animisme sur l'organicisme ; l'activité vitale y trouve, en effet, un refuge dans une portion, et la plus importante par cela, de l'agrégat humain. Qu'il me soit permis de citer ici ce que j'écrivais dans un *Essai sur les doctrines médicales* publié en 1846 : « Les conceptions animistes, hardies, comme on le sait, jusqu'à croire pénétrer la constitution élémentaire de l'organisme, sembleraient, par cela seul qu'elles font de la vie un résultat, anéantir l'activité de l'être vivant. Si la vie est un résultat obtenu par l'union de deux substances, il devient évident que les diverses manifestations de la vie, que les formes diverses de ce résultat tiendront exclusivement à l'altération subie par l'une ou par l'autre substance qui constituent l'organisme. Mais si l'on se rend un compte plus exact des hypothèses de l'animisme, on verra que, s'il y a deux substances, elles sont telles, que l'une, toute supérieure, est nécessairement active de sa nature : c'est la substance simple, âme, principe vital. On ne peut, en effet, la concevoir autrement qu'active. Qui dit principe vital altéré, lésé, exprime une impossibilité. Comment un être simple, c'est-à-dire sans parties visibles ou invisibles, peut-il être altéré? L'altération n'appartient-elle pas exclusivement à la substance composée? Le principe vital des animistes est donc essentiellement actif; mais, en revanche, le reste de l'organisme, tels qu'ils le conçoivent, est absolument passif. » Dès lors la maladie peut être considérée non plus comme lésion, mais comme réaction du principe vital. Cette réaction se détermine par et à travers l'organisme, sous l'influence de toutes causes agissant sur ce dernier. Maintenant, comment, par l'organisme, les impressions se transmettent-elles au principe vital et déterminent-elles sa réaction? Question qui me paraît de même nature que celle de savoir comment l'être simple peut agir dès le germe sur la substance composée, et conduire son développement; questions qui reviennent à celle du mode d'union de l'âme et du

corps, qui certainement intéressent le médecin animiste, vu qu'il se met en regard de pareils problèmes dès la première de ses affirmations, mais qui sont, au contraire, profondément nulles et oiseuses pour le médecin vitaliste, lequel est en dehors de toutes ces rêveries ontologiques. C'est même, à nos yeux, la ruine de tous ces systèmes qu'ils donnent pour base à la médecine des fictions extra-médicales, en sorte que notre science perd son autonomie, ne trouve plus en elle ni sa raison d'être ni sa certitude. Et encore, si en dehors de la médecine, dans le domaine métaphysique, ces notions pouvaient être sûrement établies! Mais je crains bien que là aussi il n'y ait beaucoup à contester. Quoi qu'il en soit, tenons-nous bien éloignés de pareils sujets de discussion, où les médecins et leur science ont toujours fait écueil.

Résumons en quelques mots tout ce qui précède : En dehors de la doctrine vitaliste pure, nous avons trouvé l'animisme et l'organicisme, puis l'indifférence en matière de doctrine, enfin une prétendue alliance de l'animisme comme point de départ, comme explication de la vie, et de l'organicisme comme développement de la science, comme pathologie médicale. Il nous reste à parler de l'école fondée par Barthez, école célèbre qui comprit les principes premiers du vitalisme, mais les présenta dans l'application défigurés sous la livrée de l'hypothèse, et qui obscurcit ainsi la gloire qu'elle aurait pu acquérir et les services qu'elle aurait pu rendre. Car il est une remarque à faire : lorsqu'un homme ou une école soutiennent des opinions considérables, professent des dogmes élevés où se combinent des vérités pures et positives et des erreurs ou des hypothèses plus ou moins contestables, celles des deux qui feront le plus de chemin sont certainement les dernières, par les séductions qu'elles exercent sur les intelligences, et les entraînements de l'imagination. Voyons, en quelques mots, la doctrine de Barthez et de ses disciples, reçue communément aujourd'hui comme doctrine de l'école de Montpellier.

Barthez proclama en médecine, après d'autres certainement, mais avec plus de sévérité qu'aucun avant lui, la méthode expérimentale de Bacon. Il établit soigneusement la distinction des causes signalées dans notre précédente lettre, et montra clairement que toute notion vraie ne pouvait découler que du seul ordre de causes qu'il nomma expérimentales. Il montra que l'on devait uniquement rechercher les lois des phénomènes, et non le mode de production des phénomènes, l'action nécessaire des causes qui les produisent. D'après ces principes, il y avait à établir d'abord la vie comme une loi primordiale, et à en étudier ensuite les caractères ou lois secondaires. Au lieu de suivre rigoureusement cette voie, Barthez, en étudiant l'unité incontestable des actes vitaux, les range tous sous une cause qu'il appelle principe vital. Ainsi donc voilà la vie présentée comme résultant de l'action d'un principe vital, espèce d'âme imaginée par Barthez spécialement pour les phénomènes vitaux. Voilà dès lors transgressées les lois de la philosophie expérimentale; voilà formulée la constitution primordiale de l'être humain!

Je sais bien que Barthez proteste contre ces conséquences, et croit leur échapper en disant que son principe vital n'est pas un être substantiel, mais une simple abstraction propre à classer les phénomènes et les actes vitaux. Écoutons-le : « Je n'ai jamais affirmé, comme on me l'a fait dire, que ce principe soit un être existant par lui-même, et distinct de l'âme et du corps de l'homme. » Et ailleurs : « Il ne m'importe qu'on attribue ou que l'on refuse une existence particulière et propre à cet être que j'appelle principe vital. » Mais comme la pente est rapide, et dans cette dernière phrase quelle contradiction! Donner à la fois le nom d'être au principe vital, et permettre qu'on le lui refuse! Et si on le refuse, comment qualifier alors le principe vital? Ce n'est plus un être, ce n'est pas une abstraction. En effet, quoi qu'en dise Barthez, l'expression *principe vital*, essentiellement concrète, présuppose toujours un être substantiel; et, malgré les réticences de l'auteur, la foule des médecins l'avait ainsi compris. Ceux-ci se sont peu arrêtés, en général, aux subtilités philosophiques alléguées pour justifier cette conception particulière du principe vital. C'est qu'en vérité les notions que l'on prétend poser comme le fondement des sciences ne doivent pas avoir besoin d'être justifiées, ni subtilement expliquées, ni détournées de leur sens ordinaire; elles veulent être affirmées dans la forme commune qui leur est appliquée, et c'est toujours ainsi qu'elles le sont. D'ailleurs, à part ces réserves faites brièvement, Barthez use du mot principe vital dans le sens que le mot emporte avec lui; il paraît même attaché à le définir, à bien préciser l'être substantiel qu'il suppose, à le séparer de tout autre, à empêcher qu'on ne le confonde avec tel ou tel : « On manque, dit-il, aux règles de la méthode philosophique, lorsqu'on assure à présent qu'une seule âme, ou un seul principe de vie, produit dans l'homme la pensée et les mouvements des organes vitaux. Cependant, on ne doit pas affirmer qu'il soit impossible que la suite des temps n'amène la connaissance de faits positifs qui sont ignorés aujourd'hui, et qui pourront prouver que le principe vital et l'âme pensante sont essentiellement réunis et confondus dans un troisième principe plus général. » Purs rêves d'ontologie; et les disciples n'ont fait que progresser encore dans cette voie! Ainsi donc, Barthez donne, en réalité dernière, à son principe vital une existence concrète, existence qu'il avoue parfois être de convention, mais, en définitive, affirmée comme existence. Qu'en est-il résulté? Une théorie animiste, mais sans franchise et obscure, et qui aux yeux de beaucoup de médecins a rangé le vitalisme, malheureusement trop uni au nom de Barthez, parmi les hypothèses et les fictions qui encombrent le domaine de la médecine doctrinale. Barthez, en personnifiant ainsi, quoique vaguement, un principe de vie, crut donner de l'aisance à son langage; il ne fit que l'obscurcir au plus haut point. La langue médicale ne peut que perdre de sa clarté en sacrifiant à une supposition quelconque. Écoutons Frédéric Bérard : « Le mot de *principe vital* répand, dit-il, dans ce langage, une très grande obscurité; il détourne l'attention des phénomènes et de leur comparaison analytique. Si l'on donnait une nouvelle édition des *Éléments de la science de l'homme*, en retranchant complétement cette expression et lui substituant celle de *force vitale*, en se servant même de celle-ci aussi peu que possible, et en se contentant d'exprimer tout simplement les différentes classes des phénomènes, la doctrine de Barthez deviendrait, par cela seul et sans autre changement, aussi claire dans l'exposition qu'elle est inébranlable dans les dogmes. » Jugement profond du plus vrai philosophe qui ait appartenu à l'école de Montpellier, et que celle-ci, adonnée aux faiblesses de Barthez, a longtemps méconnu après l'avoir longtemps éloigné. Frédéric Bérard avait nettement compris toute la sévérité de la doctrine vitaliste; il ne voulait pas seulement qu'on supprimât le mot *principe vital*, il redoutait même l'emploi du mot *force vitale*. C'est qu'en effet, quoique ce mot n'exprime aucune entité positive et n'indique que la raison des phénomènes et actions vitales, que l'action elle-même considérée abstractivement, cependant ce mot est encore trop voisin de l'existence d'un être simple et actif, puisqu'il n'est peut-être que celui-ci agissant, pour qu'il n'y ait pas danger à l'employer souvent. N'aurait-on pas à craindre qu'on ne finît par céder à la tentation de rapporter la force à une existence que l'on supposerait en être le point de départ, et qu'on ne se servît du mot force vitale comme on se serait servi de celui de principe vital? C'était donc là le vrai perfectionnement à apporter à la doctrine médicale de Barthez : proscrire ce qu'elle avait d'hypothétique, supprimer le mot et la chose de principe vital. C'est précisément l'inverse de ce qu'ont fait les disciples de ce grand médecin; ceux-ci n'ont cherché qu'à apporter de prétendus perfectionnements à cette hypothèse du principe vital, en établissant, par exemple, un double dynamisme régnant sur l'agrégat matériel, et en fixant les caractères séparés de chacun des deux principes constituant le dynamisme double. On le voit, c'est toujours le côté faux, ou, mieux, la fiction, que l'on embellit, et la vérité que l'on néglige.

N'y a-t-il cependant aucune expression qui, sans emporter l'existence d'un être distinct, substantiel, propre à notre existence composée, et par conséquent sans les inconvénients attachés à ce genre d'expressions, pût rendre l'unité des actes vitaux, leur harmonie convergente dans l'état de santé et de maladie, leur tendance et leur direction plus ou moins libre ou entravée, leurs évolutions diverses quoique réglées? Un pareil mot, sagement employé, avec réserve et jugement, ne serait-il pas une vraie conquête pour

la science? A cela je répondrai que depuis deux mille ans Hippocrate a légué aux médecins le souverain mot de nature, et que ce mot a été et sera le seul que les médecins vitalistes puissent avouer comme résumant fidèlement toute leur pensée, l'étude de leur vie entière, comme étant la synthèse large et vivante de leur observation. Pour comprendre la simplicité de cette admirable expression, voyez comment Hippocrate l'emploie, et essayez de lui substituer, dans les aphorismes où elle se trouve, celle de principe vital : « La nature, dit-il, est le médecin des maladies. » Voudrait-on dire : Le principe vital est le médecin des maladies? Et encore : « Il faut conduire où tend la nature, et, si elle est opprimée, la soulager. » Préférerait-on : Où tend le principe vital, et, s'il est opprimé, le soulager ! Qu'on lise Sydenham, Baillou, tous les grands hippocratistes, qui usent tant et si bien ordinairement du mot nature. Citons encore cette première et célèbre phrase de Baglivi : « Le médecin est le ministre et l'interprète de la nature ; quoi qu'il tente et fasse, s'il n'obéit à la nature, il ne saurait gouverner la nature. » Dans cette belle pensée, quelle figure ferait le principe vital? Entendons enfin Bordeu, parlant « de ce petit nombre de sages, vraiment initiés dans l'art de guérir, instruits de son étendue, pénétrés de son importance, de ses lois sacrées et invariables, amateurs décidés de la belle nature. » Ici ce serait outrager la pensée, que de songer à changer ce mot large et souple de nature contre celui de principe vital. C'est que ce dernier est une expression toute roide, renfermée en d'étroites limites, qui vous met inévitablement en face d'un être à part, et ne saurait trouver place là où convient le langage de l'abstraction. Que les médecins de Montpellier l'abandonnent donc ; qu'ils le condamnent comme mauvais en principe et mauvais en application ; qu'ils reprennent le mot hippocratique de nature : c'est la grande abstraction qui contient le vrai, le beau, le bon dans leur art, comme aussi dans tous les autres arts. En remontant ainsi jusqu'au père de la médecine, ils rajeuniront leur vitalisme, ils le purifieront, et réussiront à le répandre, sans propager, même malgré eux, des erreurs d'autant plus fâcheuses qu'elles sont plus près du vrai ; ce qui fait qu'en s'éloignant d'elles beaucoup aussi s'éloignent de la vérité, que l'on ne sait pas assez en séparer.

Je termine ici, monsieur, cette trop longue lettre. Je croirais perdre de l'utilité que peut acquérir ce travail, si je n'esquissais les principales inductions du vitalisme relatives à la maladie, comme je l'ai fait pour celles relatives à la vie. Je vous demande donc d'en faire le sujet d'une nouvelle et dernière lettre.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 30 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Zoologie. — M. *Duméril* donne lecture de la première partie d'un mémoire ayant pour titre : *Prodrome d'une classification des poissons d'après la méthode naturelle.* Dans ce travail, qui sert d'introduction au mémoire qui sera lu dans la prochaine séance, l'auteur expose les principes qui l'ont toujours guidé dans l'étude des sciences naturelles.

Médecine. — *Réfutation de l'opinion des médecins qui soutiennent que la puissance absorbante de la peau et des muqueuses est éteinte dans la période algide du choléra*, par M. *Thomas.* — L'auteur s'attache à prouver que l'opinion qu'il combat, désolante pour le médecin qu'elle condamne à l'inaction au moment du plus grand danger, n'est en aucune manière justifiée par les faits. Il annonce, en effet, avoir, depuis 1832, recueilli grand nombre d'observations qui prouvent que la puissance d'absorption persiste chez des cholériques déjà depuis longtemps glacés. Il n'en rapporte d'ailleurs qu'une seule, dont voici l'analyse succincte.

M^me T..., âgée de vingt et quelques années, au *summum* de la période algide. Application du vésicant de Gondret sur le centre épigastrique. Au bout de huit minutes, phlyctène complète. Application de 3 centigrammes d'acétate de morphine sur la peau dénudée. Frictions énergiques et prolongées sur les membres. Une demi-heure après l'application de la morphine, dilatation considérable des pupilles, légères convulsions des mains. Substitution d'un emplâtre simple à l'emplâtre saupoudré de morphine. Suppression rapide des accidents narcotiques ; sommeil ; retour du pouls, de la chaleur ; réaction franche et graduelle. Convalescence et guérison. (*Comm.*: MM. Andral, Rayer, Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 7 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Un mémoire du docteur *Vigil y Mora*, accompagné d'une boîte qui renferme des *mouches* qui, d'après le système de ce médecin, produiraient la *larve cholérique.* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b.* Un rapport de M. le docteur *Bellety*, médecin inspecteur des eaux de Sail-les-Bains (Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1853. — *c.* Un rapport de M. le docteur *Morineau*, médecin inspecteur des eaux de Bilazais pendant l'exercice de 1853. (*Commission des eaux minérales.*)

2° Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements du Cher, de la Charente, du Pas-de-Calais, de Maine-et-Loire, d'Indre-et-Loire. (*Commission de vaccine.*)

3° Communications de : — *a.* M. le docteur *Marchessaux* (réclamation de priorité au sujet du travail récemment lu à l'Académie par M. Roux (de Brignoles), *sur les tumeurs enkystées du cou.* — *b.* M. le docteur *Marc d'Espine* (Projet de classification des causes de mort physiologiques, accidentelles et morbides). (*Comm.*: MM. Jolly, Isid. Bourdon, Guérard.) — *c.* M. le docteur *Jacquot* (Études sur les maladies des pays chauds ; fièvre gastro-rhumatique). (*Comm.*: MM. Mêlier, Gérardin, Michel Lévy).

— M. *Guérard*, au nom de M. *Galtier*, dépose sur le bureau un *Traité de toxicologie générale et spéciale*, dont l'auteur fait hommage à l'Académie.

— La parole est accordée successivement à MM. *Robert* et *Malgaigne*, à l'occasion du procès-verbal.

Arrachement des doigts. — M. *Robert*, à propos du fait rapporté à la dernière séance par M. Jobert, rappelle plusieurs cas d'arrachement des doigts, empruntés aux *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*; il cite aussi l'exemple d'un homme qu'il a traité dans son service, pour un arrachement du pouce avec rupture des tendons fléchisseurs et extenseurs au niveau de leur origine à la masse charnue, et l'observation, plus remarquable encore, d'un malade de M. Huguier, dont la main, séparée de l'avant-bras au niveau du poignet, conservait encore dans toute leur longueur les tendons de tous les muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts.

M. Robert croit pouvoir établir comme une loi que, dans les arrachements brusques des membres, les tendons des muscles demeurent intacts et se détachent de la masse charnue au niveau de leur union avec les fibres musculaires.

Le contraire semble s'observer dans les cas où la rupture est le résultat d'une contraction musculaire exagérée ; ici c'est le tendon qui se brise dans sa continuité, comme cela s'est vu assez souvent pour le tendon d'Achille, et surtout pour le tendon du plantaire grêle.

D'où vient que le tendon résiste dans les ruptures par arrachement et se rompt à la suite des contractions musculaires brusques et violentes? M. Robert explique ces phénomènes contraires par la différence des conditions physiologiques dans lesquelles se trouve le muscle au moment de l'accident. Dans les cas d'arrachement, le muscle est dans un état passif, il est dans le relâchement ; il n'a pas le temps d'entrer en contraction pour réagir contre la force qui tend à le déchirer : il cède au point le plus faible sans doute. Dans les cas de rupture tendineuse par contraction musculaire, les fibres charnues sont dans une tension énergique : elles tirent d'une manière brusque, instantanée sur le tendon, qui cède dans un point de sa longueur. Les observations de rupture d'un muscle au niveau des fibres charnues sont rares ; cependant M. Robert a pu observer la rupture du corps musculaire du biceps.

M. Robert insiste sur l'innocuité de ces lésions, circonstance remarquable qu'il a pu constater dans les cas qui lui sont particuliers, et qui a été signalée aussi dans les faits rapportés par Morand, par MM. Huguier et Jobert.

Motion d'ordre. — M. *Malgaigne* entretient l'Académie des *présentations* que les médecins étrangers à la Compagnie ont coutume de faire à l'issue des séances. Il craint bien qu'ici l'abus ne soit près de l'usage. Quel intérêt peuvent avoir pour l'Académie, quel intérêt pour la science,

des faits presque toujours incomplets qui ne peuvent être soumis ni à l'épreuve de la discussion, ni au contrôle d'une commission? Que si un chirurgien veut faire connaître un procédé nouveau, une méthode qu'il vient d'imaginer, une maladie rarement observée, une lésion insolite, qu'il le fasse connaître ouvertement, régulièrement, en pleine séance; qu'il vienne lire une note, un mémoire qui ne craindra pas le jugement d'une commission!

Mais que sont, la plupart du temps, les *présentatations après la séance?* Des opérations qui n'offrent pas d'ordinaire le mérite de la nouveauté, qu'on vient étaler ici comme des succès, succès éphémères que le temps prend trop souvent le soin de démentir! Ce sont encore des malades *qu'on va opérer*, et qu'on s'engage à montrer plus tard à l'Académie; comme s'il était possible de répondre des chances d'une opération! Ne sont-ce pas là de véritables *annonces;* et le bureau de l'Académie doit-il dégénérer en bureau d'*exhibitions?*

M. Malgaigne voudrait donc que l'Académie prît à ce sujet une détermination plus conforme à sa dignité, et surtout à celle des médecins étrangers qui usent du droit de présentation.

M. Malgaigne exprime encore le regret de voir souvent confondre dans la même commission des remèdes sérieux, présentés par des hommes graves, des médecins, avec des recettes absurdes imaginées par des empiriques, des ignorants, des gens étrangers à l'art, qui abusent de la voie ministérielle pour accabler l'Académie de leurs ridicules et souvent dangereuses inventions.

— M. *Moreau* et M. *Larrey* appuient la proposition de M. Malgaigne.

— M. le *Président* répond que, relativement à la première question, le bureau s'est occupé déjà de lui donner une solution conforme aux vues de M. Malgaigne. Il s'agirait de soumettre le cas qui ferait le sujet d'une présentation à l'examen préalable d'une commission qui apprécierait s'il y a lieu de faire une communication ou une présentation à l'Académie.

Lectures et Mémoires.

Eaux minérales. — M. O. Henry lit un rapport sur l'eau acidule gazeuse bromo-iodurée de la source de Bondonneau (Drôme). L'eau de cette source est minéralisée par l'acide carbonique libre tenant en dissolution quelques carbonates terreux, alcalins et ferrugineux; mais elle contient, en outre, certains éléments capables de lui donner des propriétés spéciales. On y reconnaît la présence de l'*arsenic*, à l'état d'arséniate, sans doute, et particulièrement celle de l'iode et du brome en combinaisons salines; ces deux substances s'y trouvent même en proportions fort notables, qui paraissent supérieures à celles indiquées jusqu'ici dans la plupart des eaux minérales de la France.

M. le rapporteur conclut qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée pour l'exploitation de cette source. (*Adopté.*)

— M. *Poggiale* donne lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches sur la composition de l'eau de la Seine, à diverses époques de l'année.* L'auteur expose d'abord divers résultats obtenus par les chimistes qui ont fait avant lui l'analyse des eaux de la Seine; il signale les dissidences de ces analyses, et les rattache principalement aux variations que l'on remarque dans ces eaux, comme dans celles des autres rivières, suivant les époques de l'année.

Puis il examine : 1° *Les matières tenues en suspension* dans l'eau puisée au pont d'Ivry, en plein courant, et conclut de ses recherches : Que la proportion *maximum* de ces matières s'est élevée de 0,118 par litre, et que le *minimum* a été de 0,007; — que, d'une manière générale, leur quantité est proportionnelle à la hauteur de l'eau; — que les chiffres les plus élevés ont été obtenus pendant l'hiver, à la suite des pluies abondantes.

2° *Les gaz en dissolution.* A cet égard, il établit : Que leur proportion, et particulièrement celle de l'air, est susceptible de grandes variations; — que la quantité d'air et d'acide carbonique est plus considérable en hiver qu'en été; — que l'eau est moins riche en oxygène pendant l'été que pendant l'hiver; — que les chiffres de l'acide carbonique ne sont pas exactement proportionnels à la quantité de carbonate de chaux et de magnésie; — que, généralement, la proportion des gaz croît en même temps que le volume de l'eau; — que l'eau de la Seine contient, en moyenne, pour 1000 grammes, 0^{lit},023 d'acide carbonique, 0^{lit},009 d'oxygène, et 0^{lit},020 d'azote; — que la proportion d'oxygène est, en moyenne, de 31,03 pour 100 parties d'air.

3° *Les principes fixes et les matières organiques.* La proportion des matières solubles contenues dans l'eau de la Seine atteint généralement son *maximum* lorsque la hauteur de ce fleuve est entre 2 et 3 mètres, et elle décroît au-dessus et au-dessous. Le *maximum* de principes fixes a été de 0^{gr},277, et le *minimum* de 0^{gr},190 par litre. D'une manière générale, l'eau de la Seine est plus chargée de substances solubles en été qu'en hiver. La moyenne de 21 analyses donne un résidu de 0^{gr},241.

La proportion de carbonate de chaux et de magnésie est généralement plus élevée en été qu'en hiver; elle est en raison inverse de la hauteur de l'eau.

Les quantités de sulfate de chaux et de chlorures alcalins ont présenté moins de variations, mais toujours dans le même sens.

On a obtenu plus d'acide silicique pendant les fortes crues de la Seine. L'eau de Seine contient une proportion notable de matières organiques qui augmente considérablement pendant l'été.

L'auteur a trouvé de 0,00009 à 0,00037 d'ammoniaque pour 1 litre d'eau, et a remarqué que la quantité d'alcali augmente par les pluies, la fonte des neiges, et paraît être en rapport avec la quantité des matières organiques. (*Comm.:* MM. Bussy, H. Gaultier de Claubry, Chevallier.)

Physiologie. — M. le docteur *Gosselin* donne lecture d'un travail portant pour titre : *Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil.* (Nous rendrons compte de ce mémoire dans un prochain numéro.) *Comm.:* MM. Velpeau, Jobert, Cloquet.

La séance est levée à quatre heures et demie.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveaux cas de convulsions puerpérales et d'éclampsie chez l'enfant, guéries par les inhalations de chloroforme.

Ce ne serait pas le moindre service rendu par le chloroforme, s'il réalisait les espérances que les observations suivantes font concevoir, tant est réellement limitée l'efficacité des meilleurs moyens dirigés contre l'éclampsie des femmes grosses et celle des enfants. Nous avons déjà signalé les premiers succès attribués aux inhalations de chloroforme dans ces maladies (Gaz. hebd., t. I, n° 19), en faisant des réserves justifiées par un engouement qui ne tendrait à rien moins qu'à faire du chloroforme une espèce de panacée.

La répétition des mêmes succès peut toutefois faire espérer que tout n'est pas illusion dans cette voie, et si cette répétition n'est point encore une démonstration, c'est au moins une présomption qui doit être prise en considération. Nous n'examinerons pas si les phénomènes produits par le chloroforme sur les centres nerveux, et consécutivement sur la circulation et la respiration, n'ont pas quelque analogie avec ceux que produit l'éclampsie elle-même; ce serait opposer des raisonnements à des faits. Notre rôle, pour le moment, doit se borner à faire connaître les faits, et autant que possible tels qu'ils sont racontés, afin qu'ils puissent servir de base à une appréciation rigoureuse lorsqu'ils seront suffisamment multipliés, et en attendant servir de guide aux praticiens qui pourront se trouver conduits à avoir recours aux mêmes moyens dans des conditions plus ou moins analogues.

Obs. I. — *Convulsions puerpérales après la délivrance, traitées avec succès par les inhalations de chloroforme.* — Le docteur Beatty était appelé en toute hâte à dix milles de Dublin, le 29 septembre 1852, pour une dame qu'il avait déjà assistée dans trois accouchements. Au moment où il entrait dans la chambre (quatre heures de l'après-midi), elle était saisie du plus violent accès de convulsions. Il ouvrit immédiatement la veine, et retira 20 onces de sang. Les convulsions s'apaisèrent, mais la malade resta sans connaissance.

Frappé du gonflement extraordinaire des extrémités et de la face, M. Beatty apprit du médecin qui lui donnait ses soins que durant les deux derniers mois l'œdème, qui avait commencé par les pieds et les jambes, avait successivement gagné les cuisses, les extrémités supérieures et la face. Le travail, commencé de bonne heure dans la matinée, se termina vers midi par la naissance d'un enfant très difforme qui ne vécut pas. Presque immédiatement après l'expulsion de l'enfant, elle se plaignit de maux de tête et de vertiges; ses idées et ses paroles présentaient de la confusion, ce qui avait fait décider l'appel de M. Beatty. Aucun mouvement convulsif n'avait précédé l'attaque dont il fut témoin à son arrivée, mais les symptômes précurseurs restaient aussi menaçants. Comme elle ne reprenait pas connaissance après la saignée, on devait s'attendre à un autre accès, qui eut lieu effectivement environ un quart d'heure après. Nouvelle saignée de la même quantité; froid sur la tête, préalablement débarrassée de ses cheveux; tartre émétique à haute dose, arrivant difficilement dans l'estomac, dans l'état où elle restait. Moins d'une demi-heure après, nouvel

accès. On juge l'état grave, et ne pouvoir porter plus loin les émissions sanguines, vu l'état du pouls, qui était petit, fréquent et faible. Le chloroforme apparut comme une dernière ressource. Il y eut recours immédiatement avec l'effet le plus décidé sur l'accès, qui se calma plus rapidement que les précédents; le sommeil paraissait plus naturel qu'avant, la malade avait un air moins stupide, bien que rien n'annonçât encore que la connaissance revenait. M. Beatty s'assit à côté du lit pour veiller au retour des accès. Aussitôt qu'ils apparaissaient, il appliquait le chloroforme, qui y coupait court. Cela arriva plusieurs fois, à des intervalles graduellement plus prolongés entre les attaques. Au bout de deux ou trois heures, la malade rouvrit les yeux, regarda autour d'elle, mais toujours sans connaissance, incapable de répondre aux questions. De cet état de stupeur, elle passa graduellement à un état de manie, comme cela arrive assez souvent à la suite de l'éclampsie.

Le chloroforme fut du plus grand avantage contre cette nouvelle affection. Il calmait la malade, qui, tenue sous son influence, tombait bientôt dans le sommeil; lorsqu'elle se réveillait, elle se livrait aux mêmes violences, et on la calmait avec le remède qu'on avait sous la main. De cette manière, elle fut tenue douze heures sous l'influence du médicament, et au bout de ce temps elle était en état de reconnaître ses amis. Elle se rétablit lentement, mais complétement. (*The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, mai 1854, t. XVII, p. 356.)

Obs. II. — *Convulsions puerpérales après la délivrance, traitées avec succès par les inhalations de chloroforme.* — Madame H..., âgée de dix-huit ans, accouchée le 15 septembre 1854, après un travail naturel et aisé, est prise, entre deux ou trois heures après la délivrance, d'accès convulsifs revenant toutes les vingt ou trente minutes. La description qui en est donnée ne laisse pas le moindre doute sur leur caractère éclamptique et même sur leur gravité, par la mention de la perte de la connaissance et du sentiment, dès le début, dans leurs intervalles. Il y avait environ neuf heures que les convulsions avaient commencé, quand le docteur S.-R. Dowler vit la malade. Les premiers médecins appelés avaient employé la saignée, le froid sur la tête, les sinapismes aux jambes, qu'ils avaient fait suivre de l'administration de l'opium et des autres antispasmodiques, le tout sans en retirer aucun avantage.

N'étant pas convaincu qu'on eût retiré des émissions sanguines tout ce que l'on pouvait en obtenir, la piqûre de la veine fut rouverte, et à peine une pinte de sang était retirée, qu'on s'aperçut à l'affaiblissement du pouls que l'on ne pourrait porter plus loin la dépression des forces vitales. Après un court délai, on vit que les attaques avaient augmenté en force et en fréquence, et les symptômes semblaient annoncer une terminaison funeste, si l'on ne parvenait pas à trouver un moyen puissant d'arrêter la marche de la maladie. On se décida pour le chloroforme, et il fut appliqué immédiatement après un violent accès. La respiration devint moins stertoreuse et moins gênée, et les symptômes les plus alarmants ne tardèrent pas à se dissiper. Elle fut maintenue sous l'influence de l'anesthésique depuis cinq heures du soir jusqu'à minuit. La sensibilité était revenue au bout de quelques heures, et les accès convulsifs n'avaient pas reparu. Après le retour de la sensibilité, il y eut encore quelques tressaillements musculaires et de la jactitation, qui cédèrent à quelques légères applications du remède dans la matinée du lendemain. Il y eut pendant environ deux jours de la dépression des forces, un peu de trouble dans les idées lié à un léger mouvement fébrile, accidents qui se dissipèrent à la suite d'un purgatif et de l'usage de légers diaphorétiques. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, janvier 1855.)

Nous admettons volontiers, avec l'observateur américain, que dans ce cas, comme dans le précédent, le chloroforme paraît avoir enrayé la marche de la maladie vers une terminaison en apparence fatale, mais en faisant observer toutefois que, dans l'un et l'autre cas, le prompt retour de la sensibilité et de la connaissance semble dénoter une gravité plus apparente que réelle, à moins qu'on ne veuille soutenir que le nouveau moyen n'est pas moins efficace contre les accidents consécutifs, ce qui serait par trop merveilleux pour être cru facilement.

Obs. III. — *Convulsions puerpérales pendant le travail traitées avec succès par les inhalations de chloroforme; accouchement artificiel; mort.* — Une négresse grasse, grosse, courte, âgée de dix-huit ans, en travail depuis minuit de son premier enfant, fut prise le 31 janvier 1855, dès la pointe du jour, de convulsions qui se répétaient à de courts intervalles. Le docteur J.-B. Cottmann, appelé à huit heures du matin, trouva l'orifice utérin souple et dilaté de la grandeur d'un dollar, la présentation naturelle; la respiration était stertoreuse, le pouls fort et plein. Il pratiqua une saignée du bras qui fit tomber le pouls, mais les convulsions revenaient avec une égale fréquence. Application du froid sur la tête, administration à chaque demi-heure d'un mélange de teinture de valériane, d'ergot et d'asa fœtida. Il la revit dans l'après-midi; les convulsions avaient continué, mais elles n'étaient pas aussi fréquentes. Il lui fit inhaler de l'éther, mais sans effet. Il alla chercher du chloroforme; à son retour, à dix heures du soir, les convulsions continuaient aussi fréquentes, mais moins prolongées. L'inhalation du chloroforme arrêta immédiatement les convulsions. Il resta près d'elle jusqu'à minuit, et dès qu'il voyait les symptômes précurseurs du retour de l'attaque, il renouvelait l'inhalation. La quantité de chloroforme employée chaque fois ne dépassait pas un quart d'once. Au bout d'une heure de l'usage du remède, la parole revint; elle demandait fréquemment à boire; sa respiration devint naturelle, puis elle tomba dans un sommeil profond et réparateur. Ne voyant plus ni retour des convulsions ni douleur, il la laissa à minuit, en recommandant à la garde de lui faire boire de temps en temps de l'eau et de l'eau-de-vie.

Quand il la vit le lendemain matin, il apprit qu'elle avait bien reposé toute la nuit; pas de retour des convulsions, respiration naturelle, connaissance entière, pouls faible, absence de contractions utérines, tête engagée dans le col. Décidé à terminer l'accouchement, il se rendit chez lui pour prendre un forceps; mais, détourné par d'autres soins, il ne put revenir qu'à trois heures de l'après midi, et il la délivra heureusement d'un enfant monstrueux.

Il la laissa en recommandant une tranquillité parfaite et la continuation de l'eau et de l'eau-de-vie; le soir, à neuf heures, elle était dans un état satisfaisant; le pouls, qui était tombé, s'était relevé; la peau bonne, la respiration naturelle, écoulement lochial modéré. Continuation de la même boisson stimulante.

Appelé de bonne heure le lendemain dans la matinée, il la trouva dans une position des plus graves, bien qu'au dire de la garde elle eût passé une bonne nuit. Yeux tournés en haut, les pupilles dilatées, respiration stertoreuse, pouls à peine perceptible, peau chaude, pas d'hémorrhagie, léger écoulement lochial; a eu une selle dans la nuit. Elle passe une partie de la journée dans cet état et meurt à six heures du soir. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, mai 1855.)

Obs. IV. — *Effets remarquables des inhalations prolongées de chloroforme dans un cas de convulsions compliquées de spasmes de la glotte chez un enfant de onze mois.* — Enfant à chairs blanches et transparentes, à tête volumineuse, dormant peu, à garderobes difficiles, nourri par sa mère qui est d'un tempérament lymphatique, et né d'un père présentant à peu près les mêmes conditions organiques, avait eu trois mois auparavant sur la tête, le cou et le devant de la poitrine, une poussée d'impétigo qui avait duré plusieurs semaines. Il avait sept dents, dont l'éruption avait déterminé de l'agitation, des crises et de l'insomnie, de la constipation plutôt que du dévoiement; depuis une dizaine de jours, les gencives étaient devenues rouges et tuméfiées au niveau des premières molaires de la mâchoire inférieure.

Les choses étaient dans cet état, lorsque dans la nuit du 15 au 16 février dernier il fut plus agité que de coutume; l'agitation continua pendant la journée du 16; il refusa les potages qui venaient en aide à l'allaitement. Sur les cinq heures du soir, eurent lieu deux vomissements rapprochés. A partir de ce moment, il devint somnolent; la face rougit; la chaleur de la peau augmenta; les yeux éprouvèrent quelques oscillations saccadées qui les entraînaient surtout du côté gauche; il s'y joignit bientôt quelques secousses de la commissure des lèvres du même côté. A sept heures, les parents ne purent méconnaître la nature convulsive des accidents, et, avant même l'arrivée de M. Marrotte, les convulsions envahirent les membres gauches. A son arrivée, moins d'une heure après, l'agitation avait cessé; état de résolution, mais ni paralysie ni perte complète de connaissance; visage rouge, turgescent, chaleur à la peau, pouls fréquent, dur et vibrant. La turgescence de la muqueuse buccale et même des gencives n'avait rien d'exagéré. L'examen était à peine terminé, que le côté gauche fut repris de mouvements convulsifs violents; la moitié de la face en était le siége comme les membres; les yeux étaient entraînés dans le même sens par des secousses latérales; la connaissance paraissait abolie. Une sangsue à l'apophyse mastoïde droite, cataplasmes sinapisés sur les membres inférieurs, compresses fraîches sur la tête; tous les quarts d'heure une cuillerée à dessert du mélange suivant : Sirop d'éther, de pivoine, 40 grammes de chaque, extrait de valériane, 25 centigrammes, eau de tilleul et de fleurs d'oranger 40 grammes de chaque; toutes les heures, 1 centigramme de calomel.

Les convulsions continuèrent avec une intensité variable et de courtes rémissions, une demi-heure après la chute de la sangsue, dont la piqûre fournissait encore du sang. Au bout de ce temps, l'enfant reprit connaissance. La tête et les membres restant immobiles, mais il ne tarda pas à leur imprimer des mouvements volontaires; toutefois, ces mouvements n'avaient pas lieu dans le bras et la jambe gauches. Bain tiède; pendant le bain, les membres paralysés commencèrent à exécuter quelques mou-

vements, d'abord la jambe, puis le bras, et lorsqu'il en sortit, il n'y avait pas de différence sensible entre la mobilité des deux côtés du corps. Le calme qui suivit le bain ne dura pas plus de vingt à trente minutes; des convulsions reparurent dans les yeux, la figure et les membres gauches, mais légères et séparées par des intervalles plus ou moins longs. Après quatre heures environ, elles reprirent toute leur intensité; mais cette fois elles envahirent les parties droites de la tête et du corps, s'accompagnant d'une turgescence plus grande de la face, d'une accélération et d'une vibrance plus prononcées du pouls. Une sangsue est appliquée sur l'apophyse mastoïde droite; continuation du calomel et de la potion. Cette nouvelle évacuation sanguine est suivie d'un calme aussi rapide, aussi complet que la première; cette fois la paralysie ne succède pas aux convulsions. Lavement d'eau de savon qui procure quelques évacuations. Après un répit plus long que la première fois, les convulsions reparaissent dans les yeux, la face, quelquefois dans les membres, mais faibles, isolées et séparées par des intervalles.

Au bout d'une heure et demie environ, un bruit éclatant et sec, se répétant à de courts intervalles, entendu d'une pièce voisine, fit reconnaître à distance un spasme phréno-glottique. La difficulté de la respiration, la coloration bleuâtre du visage et des lèvres, le renversement de la tête en arrière, confirmèrent le diagnostic. Nouveau lavement de savon, sirop d'éther par cuillerées à café. Il n'y avait plus à penser aux émissions sanguines; la piqûre de la deuxième sangsue, mal fermée, avait fourni beaucoup de sang; le pouls était toujours fréquent, mais il avait notablement faibli. Sous l'influence du lavement et du sirop d'éther, y eut quelque rémission du spasme de la glotte et du diaphragme; plusieurs fois le spasme se montra seul et laissa plus de liberté à la respiration, mais ses rémissions étaient de plus plus en plus courtes. La respiration de plus en plus gênée faisait craindre une terminaison prochainement funeste, ce qui décida M. Marrotte à employer les inspirations de chloroforme. Il en versa six à huit gouttes sur un tampon de charpie fixé au fond d'un cornet formé par une compresse. Il fit d'abord respirer la vapeur anesthésique à distance, puis plus rapprochée, éloignant la compresse après quelques inspirations pour la rapprocher de nouveau. Cette manœuvre, répétée pendant deux ou trois minutes, calma évidemment les convulsions, mais n'amena pas une sédation complète. Il versa une plus grande quantité de chloroforme, approcha davantage la compresse, la retira moins fréquemment, parvint ainsi à éloigner les convulsions, et obtint un peu de somnolence chloroformique, pendant laquelle on voyait quelques mouvements des paupières, des globes oculaires, de légers mouvements des membres; de temps en temps un mouvement brusque des membres, une secousse convulsive du diaphragme avec ou sans bruit laryngé faisait cesser l'état de torpeur. Au bout d'une demi-heure, il avait obtenu un sommeil complet; le poul se ralentit, mais sans recouvrer son type normal. Dès que le petit malade entr'ouvrait les paupières, les inhalations étaient reprises, s'assurant de leur force, de l'état de la respiration et de la circulation. La durée du sommeil complet obtenu par le chloroforme variait de une à trois ou quatre minutes. Ce ne fut qu'après le long espace de deux heures, après avoir employé les inhalations sans interruption et usé 25 grammes de chloroforme, que le sommeil naturel succéda sans transition au sommeil chloroformique. L'enfant dormit une heure sans le secours du chloroforme; il avait la figure pâlie par la perte de sang, mais naturelle; il regardait et reconnaissait sa mère. Avec le réveil, avaient coïncidé des garderobes abondantes, résultat probable de l'action du calomel.

Malgré cette apparence satisfaisante, et quoique le spasme phréno-glottique ne se fût pas renouvelé depuis une heure et demie, la fréquence du pouls était assez marquée pour faire craindre le retour des accidents convulsifs. En effet, au bout d'une heure, quelques mouvements des yeux, de la face reparurent; il y eut même quelques spasmes de la glotte et du diaphragme, mais les inhalations les éloignèrent et les firent cesser, et comme la première fois elles furent continuées jusqu'à ce que le sommeil se prolongeât sans leur secours. Il y eut ainsi sept ou huit reprises de mouvements convulsifs, auxquelles on opposa des inhalations d'une demi-heure, d'un quart d'heure, etc., selon leur intensité ou leur facilité à céder. Il y eut encore, sur les sept heures du soir, une attaque plus prononcée qui fit craindre le retour des accidents avec leur intensité première, mais le chloroforme en triompha comme les autres fois; 45 grammes environ avaient été employés depuis six heures du matin. Il substitua au valérianate de zinc, qu'il avait ordonné dans la journée du 16 après l'amélioration amenée par les inhalations, le valérianate de quinine, l'idée de périodicité étant éveillée par la recrudescence plus intense du soir et sa correspondance avec l'heure à laquelle les accidents avaient débuté la veille, idée qui semble justifiée par le malaise, l'agitation et l'accélération du pouls qui eurent lieu pendant la soirée du lendemain 18.

Après quatre semaines d'une santé parfaite, pendant lesquelles il avait en partie récupéré ses forces et percé une dent, une chute détermina une contusion évidente et un nouveau raptus vers le cerveau, caractérisé par la torpeur, la résolution des muscles, l'hébétude du regard, l'injection de la face, la rapidité et la vibrance du pouls, raptus précédé d'un cri perçant, de roideur et de torsion des bras, puis des mouvements convulsifs des yeux et de la face. Une potion de 125 grammes, contenant douze gouttes de chloroforme, à prendre par cuillerées à dessert toutes les cinq, dix ou quinze minutes et préparée d'avance, avait déjà calmé ces accidents à l'arrivée du médecin, qui avait suivi de près leur manifestation. Bien que convaincu de l'efficacité réelle et rapide du chloroforme ainsi administré, il jugea à propos de revenir aux inhalations, et narcotisa l'enfant pendant une demi-heure environ, au bout de laquelle il s'endormit d'un sommeil naturel. Deux ou trois inhalations moins longues furent encore employées pour quelques mouvements douteux. Au bout de deux heures, le calme avait reparu; le pouls avait repris lui-même son assiette. (*Bulletin de thérapeutique*, 30 avril 1855.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité théorique et pratique des maladies des yeux, par MM. Denonvilliers et Gosselin. 1 fort vol. in-12. Paris, 1855, chez Labé, place de l'École-de-Médecine.

Cet unique, mais substantiel, volume n'est qu'un fragment détaché du *Compendium de chirurgie pratique*, que publient les mêmes auteurs. On sait tout le soin avec lequel ils s'attachent à poursuivre la rédaction de cette entreprise classique, œuvre de prédilection de notre toujours regretté A. Bérard. L'étendue qu'ils avaient donnée à l'histoire de la spécialité ophthalmologique ne put passer inaperçue; et, soit parmi leurs nombreux lecteurs, soit de la part des organes de la presse médicale, il se manifesta un désir évident de voir tirer à part cette monographie remarquable. Cédant à ce vœu, dont la spontanéité est un suffrage si honorable, ils se sont décidés à la publier *in extenso*, sans changements ni additions, telle qu'on peut la retrouver dans l'ouvrage même.

Écrire un traité des maladies des yeux, c'est, quelque talent qu'on y apporte, de quelques précautions qu'on s'entoure, s'exposer aux attaques d'une critique sûre de ne manquer en aucun cas de motifs plausibles. Pour ne parler que du chapitre des ophthalmies, quelles anciennes et encore ardentes dissidences n'existent pas entre les autorités les plus compétentes! Placée, pour les uns, dans le siége anatomique; pour les autres, dans les déterminations d'une étiologie quelque peu subtile, la base d'une classification a varié suivant les caprices de la mode, qui ramenait tour à tour parmi nous la prédominance passagère de telle ou telle influence, anglaise ou germanique. MM. Denonvilliers et Gosselin ont sagement approfondi cette difficulté. Sans se refuser à tenir compte de tout ce que la pratique démontre, sans méconnaître la réalité des causes scrofuleuse, arthritique, blennorrhagique, ils s'arrêtent là où l'observation cesse de parler haut et clair, et n'acceptent qu'avec réserve, pour la suppléer, l'induction qui, dans ce cas, a été plus souvent entraînée qu'entraînante.

Dans une foule de passages, où de semblables divergences élevaient sous leurs pas des dangers sérieux, les auteurs se sont tirés d'affaire avec ce bon sens exempt de passion, caractère essentiel de l'école ophthalmologique française, qui ne saurait désirer de plus dignes représentants.

Le plan de l'ouvrage est simple. Cinq parties le composent: la première comprend les maladies des sourcils; la seconde, celles des paupières; la troisième, celles de l'appareil lacrymal; la quatrième, celles du globe oculaire, et la cinquième celles de l'orbite.

Par cette division seule, par l'importance égale qu'elle accorde aux différents compartiments de son cadre, on pressent déjà le genre de mérite du livre. Sans prétendre annihiler l'étude distincte des maladies oculaires, qui a porté de si beaux fruits, évidemment les auteurs, le voulant ou non, ont négligé de la consacrer, puisqu'elle ne tient dans leur plan que la place restreinte de l'une des cinq sections qui le composent. Pour eux, l'ophthalmologie est, ce semble, dans la situation de l'une de ces puissances parvenues, auxquelles un État voisin accorde volontiers un chargé d'affaires

pour l'expédition du courant, mais qu'il évitera toujours de traiter sur le pied de l'égalité dans le langage officiel des chancelleries.

De ce point de vue résultent des avantages incontestables. Décrites sous une inspiration exclusivement chirurgicale, les affections oculaires se dépouillent de ce mysticisme qui parfois éclatait jusque dans leur nomenclature, et que les affidés affectaient de comprendre seuls. Plus d'épiphénomène élevé au rang de maladie ; plus d'arcane devenant un spécifique ; plus de lésions complexes procédant simultanément de trois ou quatre diathèses enchevêtrées. Tout est intelligible, clair, et la simple raison, unie à l'expérience, suffisent le plus souvent pour résoudre les problèmes dont les interminables controverses des spécialistes faisaient d'avance pour le lecteur un objet d'effroi et une source presque éternelle d'obscurités.

Quelques objections, néanmoins, ont été présentées comme compensation naturelle de ces qualités. Sans nous porter garants de leur justesse, nous les énoncerons sous une forme qui, certes, ne risque en rien de blesser les honorables auteurs, en disant qu'on leur a reproché de s'être montrés, dans cet ouvrage, trop bons chirurgiens et écrivains trop concis. De ces deux *torts*, l'un leur est depuis si longtemps inhérent, qu'on doit à peine espérer de les voir chercher à s'en corriger ; mais le second se réparera plus aisément dans une autre édition.

Puisque nous en sommes à exprimer un vœu, terminons par celui de voir modifier, à cette prochaine occasion, les affligeantes conditions typographiques qui compromettraient le succès commercial de cet ouvrage. Il y a certes eu là quelque *lapsus* échappé à l'intelligence habituelle de l'éditeur ; et nous regretterions beaucoup, pour notre part, de voir la librairie médicale retomber dans cette infériorité dont elle commençait heureusement à s'affranchir.

P. Diday.

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy, pendant l'année 1853-54, par son secrétaire le docteur Adolphe Simonin. In-8°, 80 pages, 1855. Nancy, chez Grimblot et veuve Raybois.

Sommaire : Observations météorologiques. — Études sur Van-Swieten. — Déontologie médicale. — Saignée dans l'apoplexie. — Fièvre à *forme péritonitique*. — Calcul intestinal. — Diagnostic de la folie. — Taille chez une femme aliénée. — Traitement des fractures simples. — Ablation d'un lipome monstrueux. — Luxation du métatarse sur le tarse. — Grossesse extra-utérine. — Opération césarienne. — *Maladie du coït*. — Benzine contre les affections cutanées. — Accidents causés par l'ivraie. — Pathogénie du goître et du crétinisme.

Les Sociétés médicales de province qui sont douées de vitalité réelle ont déjà rendu à la science et aux populations des services sérieux, et sont destinées à en rendre de plus sérieux encore, aujourd'hui que les administrations départementales ont une initiative propre plus étendue, et qu'on semble, en général, mieux disposé que par le passé à réclamer le concours des médecins pour des mesures qui ne sauraient avoir une portée efficace qu'autant qu'on tiendra compte de leur expérience et de leurs lumières. En effet, soit qu'il s'agisse de lutter contre les épidémies, de disputer le terrain aux endémies, d'assainir le sol, de créer des établissements publics ou privés, etc., la science médicale offre des notions spéciales et précises que des médecins seuls peuvent mettre en œuvre.

Nous croyons fondées, et, pour notre part, nous sommes disposés à y faire droit toutes les fois qu'on nous en fournira l'occasion, les réclamations qu'on fait entendre des départements sur le peu d'empressement de la presse médicale parisienne à faire connaître leurs travaux. Ces réclamations ne sont point exprimées dans le *Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy*, et ne pouvaient l'être ; car ces travaux, qui se composent d'analyses d'ouvrages publiés, d'observations et de mémoires inédits sur les points les plus variés de la science, ont déjà, pour la plupart, reçu une publicité méritée, à laquelle nous sommes heureux d'avoir largement contribué. Nous ne nous dispenserons pas, cependant, d'en donner une analyse sommaire, pour faire juger de l'ensemble et justifier les considérations par lesquelles nous avons commencé cette notice.

Ce compte rendu s'ouvre par un aperçu des observations météorologiques rapprochées des maladies qui ont régné épidémiquement. Elles sont dues à M. Simonin père, qui les poursuit ainsi depuis un certain nombre d'années avec un soin consciencieux, et qu'il vient de rassembler dans un ouvrage ayant pour titre : *Recherches topographiques et médicales sur Nancy*. Un intérêt particulier et nouveau s'attache à ces observations, où sont répétées les expériences de Schœnbein relativement au rôle attribué par le célèbre chimiste de Bâle à l'ozone de l'atmosphère sur la production de certaines maladies (voy. Gaz. hebd., t. I^{er}, p. 901).

La littérature médicale est représentée dans le Compte rendu par deux études intéressantes. Dans l'une, qu'il nous est interdit de louer, et que nous avons accueillie dans nos colonnes (Gaz. hebd., t. I^{er}, p. 213 et suiv.), M. Morel apprécie la vie et les œuvres de Van-Swieten ainsi que son époque au point de vue médical ; dans l'autre, M. Putégnat, sous le titre de *Déontologie médicale*, a tracé le tableau de la vie et des labeurs des médecins de petites villes de campagne, et inscrit, ainsi que d'autres l'ont déjà fait, leurs titres, si mal appréciés, à la reconnaissance publique.

La médecine pratique occupe naturellement une place plus étendue : elle consiste 1° en un travail où M. Putegnat cherche, d'après des observations qui lui sont propres, à mettre les praticiens en garde contre les émissions sanguines dans le traitement de l'apoplexie ; 2° une observation curieuse du docteur Liégey, d'une affection grave qui s'éloigne des divers types pathologiques consacrés, traitée avec succès par la quinine, les ventouses sèches, les frictions mercurielles, et qu'il propose d'appeler fièvre à forme péritonitique ; 3° le cas rare d'un calcul intestinal qui a entraîné la mort du sujet, observé par M. Simonin père ; 4° enfin le compte rendu clinique, pour l'année 1853, du docteur Néret, où sont consignées plusieurs observations intéressantes.

Ceux qui connaissent le zèle et le mérite du directeur et du médecin actuels de l'asile de Maréville ne seront pas surpris de voir la médecine mentale dignement représentée 1° par une lecture de M. Renaudin sur le diagnostic de la monomanie, chapitre d'un ouvrage important alors inédit, et publié depuis sous le titre d'*Études médico-psychologiques ;* 2° par le compte rendu clinique de l'asile de Maréville pour l'année 1853, par M. Morel ; 3° par un travail de ce dernier sur l'application de l'éthérisation comme moyen d'investigation médico-légale, pour constater la simulation de la folie, etc., et comme moyen de diagnostic pour connaître certains délires qui ne se révèlent pas toujours dans le langage de l'aliéné.

Le contingent de la chirurgie comprend : 1° une observation de taille pratiquée par le docteur Castara sur une femme aliénée, à l'asile de Maréville. Le calcul, dont on ne put déterminer le déplacement qu'après avoir injecté de l'eau dans la vessie qui l'étreignait de toutes parts, s'était formé autour d'une forte aiguille à coudre, dont 4 centimètres environ ne présentaient aucune trace d'incrustation, le reste servant d'axe à la pierre ; la vessie était partagée en deux cavités inégales ; l'antérieure, plus petite, à parois épaisses, contenait le calcul ; la seconde, mince, extensible, communiquait avec la première au moyen d'une ouverture centrale, circulaire, d'un diamètre de 3 centimètres environ ; 2° un mémoire sur un mode particulier de traitement pour les fractures simples des extrémités inférieures du radius et du péroné, par le docteur Levylier ; 3° une observation, rapportée par M. Simonin père, d'ablation avec succès d'un lipome monstrueux, sur un homme de cinquante et quelques années ; la tumeur s'étendait de la nuque à la région lombaire, et pesait 9 kilogr. 500 gr. ; 4° un cas intéressant de luxation du métatarse sur le tarse, avec torsion du premier cunéiforme sur lui-même, produite dans la chute du cheval sur le pied du cavalier engagé dans l'étrier ; par le docteur Riset ; 5° un cas de grossesse extra-utérine, suivie avec beaucoup de soin dans son développement, par le docteur Poincaré. Le début de la grossesse paraît avoir coïncidé avec la suppression des règles, arrêtées brusquement dans leur évolution par des rapports sexuels. Elle suivit son cours sans particularités bien remarquables, si ce n'est, à diverses reprises, des douleurs abdominales très vives, et à chaque époque menstruelle, écoulement d'un peu de sang rosé. A l'époque présumée du terme, la malade eut des douleurs simulant parfaite-

ment celles de l'enfantement ; il s'écoula un peu de sang liquide, et le col s'était dilaté assez pour permettre d'introduire le doigt dans l'utérus et de reconnaître qu'il était vide. Les contractions utérines cessèrent ; les seins gonflés donnèrent un peu de lait, puis s'affaissèrent, et, à partir de ce moment, les mouvements actifs ressentis jusqu'alors ne furent plus perçus. On jugea à propos, à tort selon nous, de ne pas intervenir par une opération, et d'attendre de la nature une communication entre la poche et l'extérieur. Deux mois environ après, nouvelles douleurs régulières, analogues à celles de l'accouchement, avec contraction de la tumeur ; le col s'était ouvert du diamètre d'une pièce de cinq francs, mais la cavité utérine était vide. Au bout d'un jour, symptômes de péritonite graves, et, bientôt après, diarrhée des plus abondantes, due à la communication du kyste avec l'intestin. Malgré la désagrégation des os du fœtus, qu'on sentait crépiter sous la moindre pression des doigts, les parties solides ne purent trouver une issue ; des eschares apparurent bientôt au sacrum, et la malade ne tarda pas à succomber. 6° Une observation d'opération césarienne, recueillie par M. Bertin. Il s'agit d'une jeune femme rachitique, primipare, dont le bassin déformé, à promontoire très saillant, mesurait, dans son diamètre sacro-pubien, 7 centimètres. L'opération fut pratiquée par M. Roussel, d'après la méthode de Solayrès, et offrit cette particularité, que l'anesthésie ne put être obtenue qu'au bout de trois quarts d'heure et nécessita 150 grammes de chloroforme. La nuit qui suivit l'opération fut mauvaise, et plusieurs fois la mort parut imminente. Toutefois, la malade ne succomba que deux ou trois jours après, avec tous les symptômes d'une péritonite confirmée par l'autopsie. Il n'est pas bien exact de dire, comme on le fait volontiers, que la province reçoit ses opinions toutes faites de Paris ; car dans la question de l'embryotomie substituée à l'opération césarienne et de l'avortement provoqué dans les cas de rétrécissement extrême du bassin, elle défend l'ancienne doctrine avec une vivacité et un accord qui rendent inévitable et prochaine une nouvelle discussion devant l'Académie.

La médecine vétérinaire elle-même a apporté son tribut au sein de la Société. M. Jacob a fait connaître les particularités relatives à l'affection décrite en Allemagne sous le nom de *maladie du coït*, particulière aux individus reproducteurs de l'espèce chevaline. Il a également appelé l'attention sur les propriétés de la benzine, qu'il a mises à profit dans le traitement des affections cutanées des animaux domestiques, lorsqu'elles sont occasionnées par des épizoaires.

L'hygiène publique est représentée par une note de M. Grandjean sur les accidents déterminés, chez un grand nombre d'ouvriers employés dans le même établissement, par l'usage de pain contenant de l'ivraie et confectionné avec des farines de même provenance. Les symptômes ont été : Angoisse précordiale, nausées, vomissements aqueux, céphalalgie, bourdonnements d'oreilles, vertiges, trouble de la vue, dilatation des pupilles, délire variable en intensité, embarras de la parole, pâleur du visage, sueurs de la face, faiblesse des membres inférieurs, démarche chancelante, tremblement allant jusqu'aux mouvements convulsifs, rotation sur soi-même, chute, propension au sommeil. La durée de ces accidents a varié de vingt-quatre à quatre-vingt-seize heures ; ils n'ont laissé à leur suite qu'un peu de faiblesse et de fatigue.

Le compte rendu se termine par un travail très important sur la pathogénie du goître et du crétinisme. Ce travail se compose de deux parties. Dans l'une, de chimie appliquée, M. François Simonin, se proposant de vérifier les expériences de M. Grange (de Grenoble), qui attribue le goître aux eaux magnésiennes, et celles de M. Chatin, qui l'attribue à l'absence de l'iode dans les eaux chargées de sels de magnésie, a analysé les eaux en usage dans les diverses localités du département où le goître est endémique ou au moins se montre très fréquemment. Ces analyses comprennent les eaux d'un assez grand nombre de localités, et y montrent, dans une proportion notable, les sels magnésiens, proportion qui devient considérable dans les localités où le goître endémique règne avec le plus d'intensité. Dans aucune de ces eaux on n'a trouvé d'iode. Dans la seconde partie, les questions qui se rattachent au goître et au crétinisme sont étudiées, au point de vue médical, soit dans le travail de M. Morel, soit dans le *Rapport au préfet*. L'intérêt qui s'attache aux recherches de ce genre nous interdit une analyse sommaire.

Nous sommes loin d'avoir fait connaître tout ce qu'il y a de substantiel et d'intéressant dans ce compte rendu, où les matières sont distribuées avec ordre et exposées avec clarté par le secrétaire de la Société, M. Adolphe Simonin. Nous regrettons seulement de ne pas rencontrer une indication suffisamment précise des observations et mémoires déjà publiés au moment de l'impression du compte rendu ; nous voudrions aussi qu'il se terminât par une table des matières qui permettrait de le consulter avec plus de facilité et de fruit. MORPAIN.

VI.

VARIÉTÉS.

SOUSCRIPTION POUR LE BUSTE DE PINEL. — Une commission vient de se former spontanément au sein de l'Académie de médecine, pour faire exécuter une copie en marbre du buste en plâtre de Pinel qu'elle possède déjà, et qui a été exécuté par M. Bra. Cette commission se compose de MM. Ferrus, Falret, Baillarger, Bricheteau et Fr. Dubois.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, OFFERT PAR M. FERRUS.— La Société annonce que, acceptant l'offre généreuse de M. Ferrus, elle met au concours, pour l'année 1857, la question suivante : « *Traité médico-psychologique du crétinisme.* »

Le prix est de 500 francs. Le mot *traité* ne doit pas être entendu dans sa signification rigoureuse et scolastique. Il s'agit, en quelque sorte, d'un mémoire médico-psychologique sur le crétinisme, c'est-à-dire, d'un travail inédit, dans lequel la question soit envisagée dans ses divers éléments et résolue au moins dans quelques-uns. Les concurrents pourront ainsi y traiter avec quelques développements la partie du sujet qu'ils auraient plus particulièrement étudiée, en ayant soin, toutefois, que l'ensemble y soit exposé avec méthode et concision, et que la place qui leur est due y soit donnée à l'étiologie, à l'anatomie pathologique et à la prophylaxie.

Les mémoires seront envoyés à l'École de médecine, à l'adresse du secrétaire général de la Société, avant le 20 janvier 1857. Ils seront écrits lisiblement, en latin ou en français, et accompagnés d'une enveloppe cachetée reproduisant à l'extérieur l'épigraphe placée en tête du manuscrit, et à l'intérieur le nom de l'auteur.

Sont seuls exceptés du concours les membres titulaires de la Société et les membres correspondants demeurant à Paris.

— La Société médico-psychologique, dans sa séance du 30 juillet, a composé son bureau ainsi qu'il suit :

Président, M. PARCHAPPE ; vice-président, M. PEISSE ; secrétaire général, M. CERISE ; secrétaire particulier, M. BRIERRE DE BOISMONT ; secrétaire-trésorier, M. BROCHIN.

ENCORE LES AZTÈQUES. — Si l'on veut se faire une idée de la moralité attachée à l'exhibition des prétendus Aztèques, on peut lire les passages suivants d'une lettre adressée en 1853 à M. White par le général Various, ancien gouverneur politique et militaire de San-Miguel, département de l'État de Salvador, lettre communiquée au *Moniteur des hôpitaux* par M. J. Boursier, ancien consul en Amérique :

« J'ai été indigné du trafic que l'on fait de ces malheureux, sans aucun profit pour leurs parents qui les ont confiés, par mon entremise, à la personne que je vais citer...

» ... J'allai vers le mois de mars visiter le district d'Usulatan. En chemin, je rejoignis un sieur Raymond Selva, qui allait à la ferme de Léon Avila, située dans cette localité. Nous arrivâmes à un endroit appelé le *Jacotal*, où nous déjeunâmes. Je me souvins que là étaient deux enfants, le frère et la sœur, très curieux à cause de leurs traits et de la petitesse de leur taille ; je me les fis amener pour les faire voir à M. Selva, qui ne les connaissait pas, puisqu'il était de l'État de Nicaragua...

» En continuant notre route, je dis à M. Selva que si cette pauvre femme pouvait présenter ses enfants en Europe, soit elle-même, soit avec le concours d'une personne intelligente, elle y trouverait une fortune. Cette idée éveillant la cupidité de M. Selva, il profita de mon retour le jour suivant, et m'accompagna. En arrivant à *Jacotal*, il me dit qu'il allait proposer à la mère de lui donner les enfants, offrant de partager avec elle les bénéfices ; que cette transaction paraissait facile si j'interposais mes bons offices. Je promis de m'y employer. On appela la mère pour que M. Selva lui parlât... Je lui réitérai mon opinion, qui était que M. Selva les emmenât, ce qu'il fit sur-le-champ, laissant la mère plongée dans la plus profonde douleur.....

» M. Selva se disposa à partir du Centre-Amérique par le rio de San-Juan de Nicaragua, accompagné d'un Nord-Américain (celui qui possède actuellement les enfants), et ayant touché au port appelé aussi San-Juan, il se trouva que les Anglais venaient de l'occuper au nom d'une tribu sauvage qu'ils appellent nation *Mosquitos*, amie et alliée. Les voisins du port, qui étaient Nicaraguéens, entrèrent en fermentation, et, comme il n'y avait pas alors de troupes, ils s'ameutèrent une nuit et vinrent menacer les commerçants anglais; ceux-ci étaient sur leurs gardes, et, de concert avec le chargé d'affaires d'Angleterre, M. Frédéric Chafield, ils parvinrent à saisir les turbulents et à leur faire infliger la peine du fouet. Parmi les prisonniers, et considéré comme chef des rebelles, se trouvait M. Raymond Selva, qui reçut cinquante coups de fouet. Ce châtiment, qui lui occasionna une grave maladie, le força de retourner chez lui, et ce fut ainsi que le Nord-Américain gagna seul les États-Unis avec les enfants. Longtemps après, M. Selva vint m'assurer qu'ayant voulu recouvrer les enfants et les profits, l'Américain l'avait méconnu, et qu'il l'avait appelé devant les tribunaux.

» Ceux-ci mirent les enfants en dépôt, et M. Selva fournit caution pour sa personne; puis étant venu, pour ces raisons, me trouver dans le Centre-Amérique, et m'ayant relaté ce que je viens de dire, je lui fis donner des pouvoirs par la mère des enfants, ainsi que d'autres documents, et avec le tout il alla aux États-Unis pour rentrer en possession. Je me rendis moi-même à New-York, où des compatriotes et des personnes respectables me dirent que M. Selva, au lieu d'avoir recouvré les enfants, les avait vendus *dix-huit mille dollars* à l'Américain, et qu'il était parti les dépenser à la Havane, tandis que le spéculateur partait pour Londres.....

» Que les crédules qui se laissent si facilement abuser sachent donc que ces fameux et célèbres Aztèques sont les enfants d'une jeune et vigoureuse mulâtresse d'environ vingt ans et d'un mulâtre, leur père naturel, lesquels n'appartiennent à aucune nation spéciale, et qui ont eu le malheur d'avoir ces enfants dégénérés et phénoménaux. La mère est meunière dans une ferme, c'est-à-dire qu'elle prépare la farine de maïs pour les ouvriers, et le père, pêcheur dans la lagune de Ulupa, vend du poisson sur la place de San-Miguel...

» J'ai protesté qu'à mon arrivée à mon pays je remettrais tous les documents nécessaires pour recouvrer ces enfants, et réparer ainsi le mal qu'involontairement j'ai fait à cette pauvre mère. Comme homme d'honneur et en conscience, je crois de mon devoir d'aider la susdite à retrouver ses enfants. »

Le *Moniteur des hôpitaux* fait suivre cette lettre de réflexions dont nous extrayons le passage suivant :

« S'il ne convient plus, après cela, de s'occuper de ladite race, peut-être est-il convenable de dire quelques mots des droits que peuvent avoir les représentants de la race ordinaire à exploiter une des plus affligeantes infirmités de la nature humaine. »

Choléra. — En *Sardaigne*, il y a eu : à Torralba, du 25 au 30 juillet, 20 cas, dont 8 décès ; à Porto-Torrès, 48 cas, dont 28 décès. Dans le *Piémont et la Lombardie* : à Gênes, le choléra a reparu dans le même quartier où il avait débuté en 1854 ; il est en décroissance; il n'y a eu que 7 cas nouveaux du 31 juillet au 1er août; à Brescia, le fléau diminue également (52 cas du 30 au 31 juillet); à Mantoue, Vérone, Venise, Trévise, Vicence, Trieste, Bergamo, Padoue, l'épidémie n'augmente pas. Quelques cas isolés continuent à se montrer à Turin. — En *Espagne*, la situation générale ne s'améliore pas sensiblement. On compte, à Madrid, de 50 à 70 cas par jour. Cadix est envahie depuis le 13 juillet, et souffre beaucoup. La Navarre paraît toujours être le foyer le plus meurtrier.

Tremblement de terre a Aix-les-Bains. — Dans le grand tremblement de terre qui vient d'ébranler principalement la Lombardie, la Savoie et l'est de la France, la ville d'Aix-les-Bains a été atteinte le 25 juillet à une heure quarante-sept minutes. La secousse a duré cinq ou six secondes. L'eau des sources n'a éprouvé aucun changement. A cette occasion, M. le docteur Despine, médecin de l'établissement thermal d'Aix, a adressé à la *Gazette de Savoie* du 28 juillet une note d'où nous extrayons ce qui suit :

« On sait qu'en 1755, lors du tremblement de terre qui détruisit Lisbonne, dont les secousses s'étendirent au Groenland, aux Indes occidentales, en Norwége, en Afrique, et qui retentit jusque dans nos montagnes, nos eaux de soufre d'Aix se troublèrent et se refroidirent. En 1822, lors de la secousse qui se fit ressentir dans la direction du nord-nord-ouest au sud-sud-ouest, la source de soufre resta froide six heures de temps; elle prit une teinte cendrée et charria pendant toute une journée une grande quantité de matière végéto-animale ou glairine..... »

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 7. Aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par *H. Dagonet*. — Convulsions à forme éclamptique chez un homme; mort ; analyse du sang, par *Forget*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 14. Préparations de cannelle, principalement dans la métrorrhagie, par *Chomier*. — Sur la calorification, par *Lubanski*. — Mémoire sur les résines, par *Mouchon*.

Journal de médecine de Bordeaux. — Juillet. Effets de la combustion générale sur les différents tissus du corps humain, par *E. Dégranges*. — Tremblement des mains et des doigts : machines orthopédiques, par *J.-J. Cazenave*. — Épizooties dans la Gironde, par *Dupont*.

Gazzetta dell' Associazione medica degli Stati Sardi. — Nos 29. Cas de névralgie iléo-vulvaire gauche, avec type quotidien redoublé, par *Schina*. — Trois cas d'avortement, avec quelques remarques, par *C. Grassi*. — 30. Fongus médullaire en voie de ramollissement situé à la partie antérieure et interne de la cuisse gauche et pris pour un anévrysme faux ; autopsie, par *L. Gallo*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nos 18. Rapport de la commission sur un ouvrage relatif au magnétisme animal, par *C. Terzaghi*. — 19. Sur le centre nerveux olfactif, par *Lussana*. — Cas de superfétation abdominale, par *G. Albertoni*. — 20. Centre olfactif, par *Lussana*. — Convient-il d'enlever la mie du pain? par *Scotti*. — 21. Centre olfactif, par *Lussana*. — Monstruosité, par *Gaddi*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nos 29. Iléus, suite de hernie inguinale, par *Valenti*. — 30. Sur le traitement du choléra, par *L. Fallani*. — Note sur les mots *Crotopathie*, *Angiocinésie*, *Linopathie*, par *C. Cassiano*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nos 28. Théorie de la phthisie pulmonaire, par *L. Maschi*. — Revue ophthalmologique. — 29. De l'opium et du calomel dans les maladies de poitrine, par *C. Rossi*. — Phthisie pulmonaire, par *Maschi*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — Sur le choléra de San-Genario, par *Pogliani*.

El Heraldo medico. — Nos 204—205—206 et 207. Sur le choléra. (*Anonyme*.)

El Siglo medico. — Nos 78. Fistule costo-pulmonaire ; guérison, par *Benavente*. 79. Anévrysme de l'artère brachiale gauche au pli du bras; ligature de l'artère brachiale au-dessus ; guérison.

Gazetta medica de Lisboa. — Nos 59. — Albuminurie et anasarque, suite de fièvre intermittente ; disparition rapide de l'albumine pendant une variole intercurrente, par *Moreira Saraiva*. — Tumeur fongueuse de la muqueuse gingivale ; ostéosarcome de la mâchoire supérieure ; résection ; guérison, par *H. Tixera*. — 60. Sur l'emploi des eaux minérales ; sur différentes eaux minérales ; cas de phthisie dite bronchique ; tuberculisation générale, par *J. Pereira Mendes*. — Hydrocéphale aiguë essentielle, par *S. Gomes*. — Anévrysme de l'artère poplitée droite ; ligature ; guérison, par *Avantes*.

Il Severino. — Juillet, août et septembre. Analyses et revues.

Il Filiatre Sebezio. — Juillet et août. Observations choisies de médecine et de chirurgie, par *Posta*.

La Cronica de los Hospitales. — N° 13. Contusions et plaies qui en résultent considérées au point de vue théorico-pratique, par *J. Benavides*.

Η εν Αθηναις ιατρικη Μελισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Juin. Des indications et de l'emploi le plus convenable des bains en général et spécialement des bains de mer.

Livres nouveaux.

Compte rendu des faits observés à la Clinique d'accouchements de l'Ecole de médecine de Bordeaux, par le docteur *Rousset*. In-8 de 107 pages. Bordeaux, chez Gounouilhou.

Cours de pathologie interne professé à l'Ecole de médecine de Toulouse par M. *Gaussail*. Leçons sur le croup recueillies et rédigées par M. *Cadéac*. In-8 de 34 pages. Toulouse,

De l'entorse simple et de sa guérison immédiate, par le docteur *Lebatard*. In-8 de 49 pages. Paris, chez Chaix et Ce.

Essai d'une institution médicale basée sur la science de l'homme. Rapport lu à la Société médicale d'émulation dans sa séance du 2 décembre 1854, par M. le docteur *J. Fournet*. Grand in-8 de 32 pages. Paris, chez Victor Masson. 1 fr. 25

L'Électricité appliquée au traitement curatif des névralgies, des rhumatismes, des paralysies, des tumeurs, etc., et en général des affections morbides souvent réputées incurables, par le docteur *J. Briand*. 1 vol. in-12 de 180 pages. Paris, chez Labé. 3 fr.

Bildliche Darstellung der Krankheiten des menschlichen Auges (Iconographie des maladies des yeux), par *C.-G.-Th. Ruete*. 3e livr., in-fol. cart. Leipzig, chez Teubner. 24 fr.

Die in und an dem Kœrper des lebenden Menschen vorkommenden Parasiten (Les parasites régnant sur et dans le corps de l'homme vivant), par *F. Küchenmeister*.
1re partie : Parasites animaux. 1re livr. In-8. 9 fr.
2e partie : Parasites végétaux. 6 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 17 AOUT 1855. N° 33.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 9 août 1855,

Sont chargés de présider les sessions d'examen des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain :

Pour les écoles situées dans les académies de Paris, de Douai et de Caen, MM. Grisolle, professeur de la Faculté de médecine, et Bussy, directeur et professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les écoles situées dans les académies de Rennes et de Poitiers, MM. Denonvilliers, professeur de la Faculté de médecine, et Guibourt, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ;

Pour les écoles situées dans les académies d'Aix, de Grenoble, de Clermont, de Toulouse et de Bordeaux, MM. Jaumes, professeur de la Faculté de médecine, et Bérard, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier ;

Pour les écoles situées dans les académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon, MM. Ehrmann, professeur de la Faculté de médecine, et Oppermann, directeur et professeur de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

— Dans une circulaire aux recteurs en date du 7 août 1855, le ministre de l'instruction publique donne le tableau suivant, qui servira désormais de règle pour la conversion des inscriptions d'École préparatoire de médecine et de pharmacie en inscriptions de Faculté :

INSCRIPTIONS d'École préparatoire.	INSCRIPTIONS de Faculté.
De 1 à 8	Conservent toute leur valeur.
9	Équivalent à 8
10	— 9
11	— 10
12	— 10
13	— 11
14	— 12

Les dispositions du 1er paragraphe de l'article 12 du décret du 22 août 1854 (voir la GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. I, page 789) seront d'ailleurs entièrement applicables aux étudiants qui passeront ainsi d'une école préparatoire dans une Faculté de médecine. Ces jeunes gens, quelles que soient les épreuves qu'ils auront dû subir dans l'École préparatoire d'où ils sortent, ne pourront être admis à prendre la 5e, ou la 9e, ou la 13e inscription de Faculté, qu'après avoir subi avec succès, devant la Faculté elle-même, l'examen de la fin de l'année à laquelle les conduit immédiatement le nombre des inscriptions qui leur est accordé. Cette condition,

FEUILLETON.

Exposition universelle.

PRODUITS CHIMIQUES. — PHARMACIE. — HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Suite. — Voir le n° 32, t. II.

Nous passons de la France à l'étranger.

Les composés chimiques exposés par les industriels français sont, comme nous l'avons vu, tous ou presque tous des produits de l'art : ce sont de véritables *produits* chimiques. Si, parmi eux, on rencontre des matières premières naturelles, elles ne sont là que pour montrer la série de transformations qu'on leur fait subir en les soumettant à des opérations diverses.

Les expositions étrangères diffèrent de l'exposition française surtout en ceci, que la plupart des produits venus de l'étranger sont des produits naturels. Moins jaloux, à ce qu'il paraît, de montrer leur habileté comme industriels que de donner une idée avantageuse de la richesse du sol de leur pays, nos hôtes nous ont apporté des collections de minéraux qui, en général, surpassent en nombre et en beauté leurs collections de produits chimiques. Ces collections de minéralogie sont dignes de fixer l'attention à divers titres; celles d'Angleterre et d'Allemagne par la rareté des espèces; celles de Hongrie, de Belgique et, en particulier, du Canada, par le volume considérable des échantillons Quelques-unes de ces collections, plus variées, plus complètes, paraissent avoir été établies pour servir à l'enseignement de la minéralogie et de la géologie ; d'autres, formées en général d'un nombre de spécimens plus restreint et appartenant en propre aux localités, semblent plus spécialement destinées à en faire connaître exactement la richesse minéralogique.

Il nous est impossible, sans sortir du cadre qui nous est tracé, d'apprécier ces riches collections autrement que d'une manière générale. Cependant, parmi tant de choses remarquables et qui mériteraient d'être citées, nous ne pouvons résister au désir de signaler les masses d'argent natif cristallisé des mines de Kongsberg en Norwége ; les pyrites, les fers oligistes irisés et le sulfure d'antimoine de Toscane ; les variétés de sel gemme des mines de Cardona, en Espagne, et enfin quelques échantillons curieux apportés de l'Angleterre, particulièrement un morceau de quartz cristallisé en octoèdres appartenant au système cubique et qui s'est vraisembla-

qui, en offrant une garantie essentielle pour les Facultés, ne peut que contribuer à relever le niveau des études dans les écoles préparatoires, doit être scrupuleusement observée.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 2 au 11 août 1855.

176. LE ROY, Émile-Norbert, né le 4 juin 1830, à Crouy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne). [*De l'alimentation et du genre de vie au point de vue de leur influence sur la stérilité.*]

177. THOMAS DE COLSMADEUC, Gustave-Auguste, né le 12 novembre 1828, à la Roche-Bernard (Morbihan). [*Recherches historiques sur les calculs salivaires.*]

178. BELAY, Pierre-Jules, né le 9 octobre 1832, à Bordeaux (Gironde). [*Des cholélithes ou calculs biliaires.*]

179. MAISONNEUVE, Auguste-Alfred-Camille, né le 16 août 1822, à Rochefort (Charente-Inférieure). [*Essai sur les maladies qui atteignent le plus fréquemment l'homme de mer.*]

180. DELIOUX DE SAVIGNAC, Albert-Jacques-Pierre-Marie, né le 7 août 1819, à Tréguier (Côtes-du-Nord). [*Étude comparative du choléra épidémique observé dans l'Inde en 1845 et 1846, et en Europe en 1849.*]

181. DE MAHY, François-Césaire, né le 22 juillet 1830, à Saint-Pierre (Ile-Bourbon). [*Essai sur les lésions traumatiques que la femme peut éprouver pendant l'accouchement.*]

182. BEAUCLAIR, Guillaume-Simon-Adolphe, né le 18 février 1829, à Clermont (Hérault). [*Exposé d'un nouveau mode de rupture de l'ankylose de la hanche.*]

183. MARTIN, Claude-François-Armand, né le 25 avril 1827, à Huanne-Montmartin (Doubs). [*La scarlatine.*]

184. BONNAUD, Claude, né le 2 mai 1830, à Roanne (Loire). [*Accidents produits par certaines tumeurs du col.*]

185. GUILLEMIN, Almire-Adolphe, né le 8 juin 1826, à Montchaton (Manche). [*Considérations sur divers états du col de l'utérus, faisant obstacle à l'accouchement spontané.*

186. CHAPPOT, Louis, né le 26 janvier 1830, aux Sables-d'Olonne (Vendée). [*Du traitement des fièvres intermittentes simples.*]

187. MILLET, Edme-Louis, né le 17 décembre 1829, à Champlemy (Nièvre). [*De la chlorose et de quelques maladies qu'on peut y rattacher.*]

188. MARÉCHAL, Jean-Baptiste, né le 26 juillet 1826, à Guetigny (Côte-d'Or). [*Réflexions sur l'étiologie et le traitement du choléra-morbus.*

189. MASSON, Édouard, né le 24 avril 1829, à Mulhouse (Haut-Rhin). [*De la pneumonie compliquée d'état typhoïde.*]

190. DUTOURNIER, Jean-Baptiste, né le 14 décembre 1826, à Rivière (Landes). [*De la paracentèse de la poitrine.*]

191. MAQUART, François, né le 15 juillet 1829, aux Mazures (Ardennes). [*De l'érysipèle.*]

192. TEINTURIER, Victor-Maurice, né le 18 avril 1829, à Thionville (Moselle). [*Fractures de la rotule.*]

193. VIGUIER, Pierre, né le 26 novembre 1826, au Poujol (Hérault). [*De la kératite aiguë.*]

194. LEBRUN, Marie-Stella-Alexandre-Ernest, né le 16 novembre 1827, à Saint-Paul (Ile-Bourbon). [*Le sarcocèle syphilitique.*]

195. WAETERLOOT, Victor-Gustave-Thomas, né le 30 janvier 1830, à Hazebrouck (Nord). [*Des fractures des côtes.*]

196. DUPUY, Jean-Nicolas, né le 23 janvier 1823, à Frenelle-la-Grande (Vosges). [*Du cancroïde, ou cancer épithélial.*]

197. CAILLARD, Laurent-Paul-Émile, né le 8 mai 1830, à Dax (Landes). [*Éclampsie des femmes enceintes ou en couches.*]

198. MAZEL, Hippolyte-Alphonse, né le 4 juillet 1832, à Saint-Hippolyte (Gard). [*Traitement du psoriasis.*]

199. VAUCHERET, Achille-Gaspard, né le 5 juillet 1827, à Paris (Seine). [*De la blennorrhagie chez la femme.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 16 août 1855.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS : DE L'ICTÈRE GRAVE. — TREMBLEMENTS DE TERRE.

Il est une forme d'affection ictérique qui se recommande spécialement à l'attention par la bénignité insidieuse du début, la singularité de certains symptômes et les terribles mécomptes qu'elle inflige trop souvent au praticien : nous voulons parler de l'*ictère grave*, désigné aussi par les Allemands sous le nom d'*atrophie aiguë du foie*. Cette affection était à peu près inconnue en France il y a un petit nombre d'années; nos ouvrages dogmatiques en avaient seulement détaché quelques traits des publications anciennes, comme si l'espèce en était perdue; mais dès qu'elle devint l'objet d'études attentives, on s'aperçut qu'elle ne laissait pas que d'être assez commune : — nouvel exemple des erreurs auxquelles sont exposées les statistiques rétrospectives, comme on en voit de nos jours, où l'on prétend mesurer les variations de fréquence qu'ont subies, dans la suite des temps, certaines formes morbides mal définies autrefois, et qui n'avaient pas de place distincte dans les vieux cadres nosologiques.

---

blement formé par épigénèse, puisque le quartz, comme on le sait, ne cristallise qu'en prismes hexaèdres terminés par des pyramides à six faces appartenant au système rhomboédrique, ou en dodécaèdres par la suppression du prisme intermédiaire aux deux pyramides.

Si nous passons maintenant à l'étude des composés chimiques artificiels, c'est-à-dire aux *produits chimiques* proprement dits, qui doivent nous occuper plus spécialement, nous constatons qu'il n'existe à l'étranger qu'un bien petit nombre de ces fabricants spécialistes dont les produits surtout donnent à notre exposition française un cachet de supériorité si incontestable; mais, en même temps, nous remarquons, à l'avantage de nos rivaux, que, s'ils sont moins habiles industriels, ils se montrent généralement beaucoup plus savants. Chez nous, naguère encore, d'illustres chimistes dont la France s'honore, Chaptal, Vauquelin, Pelletier, Robiquet et quelques autres dont elle vénère aussi la mémoire, ne dédaignaient pas de se faire manufacturiers; aujourd'hui les membres de l'Institut travaillent plus pour la science que pour l'industrie, et le fabricant de produits chimiques n'est plus un savant, mais tout simplement un industriel. En France, les fabricants de produits chimiques ne préparent guère, en général, que des produits dont ils peuvent trouver l'écoulement. L'Angleterre et l'Allemagne, à côté de produits commerciaux, vulgaires, mais rivalisant quelquefois en beauté avec les nôtres, nous en ont montré d'autres, et en grand nombre, qui, n'ayant rien de curieux au point de vue commercial, présentent néanmoins scientifiquement un intérêt réel, et dénotent chez ceux qui les obtiennent, non pas simplement des notions chimiques, mais une connaissance parfaite des faits les plus récents de la science; telle est, entre autres, la série complète des composés dérivés de l'acide urique exposée par M. Squire, pharmacien en chef de la reine d'Angleterre; telles les solutions titrées analytiques de M. Pfeiffer, du Ringenkuhl, et la belle collection des éthers caprique, caproïque, butyrique d'ahyle; acétique et valérianique d'amyle, de l'Apotheker de Vienne, M. Lamatsch.

Mais nous nous trompons en disant que ces derniers produits n'ont qu'un intérêt purement scientifique : le volume des échantillons exhibés suffirait seul pour faire croire qu'il en est autrement. Ces éthers composés, préalablement étendus de huit ou dix fois leur volume d'alcool, jouissent de la propriété de représenter plus ou moins exactement les parfums de la poire, de la pomme, du raisin, de la fraise, de l'ananas. Utilisées d'abord en Angleterre pour préparer les bonbons dits *bonbons anglais*, ces sortes d'essences de fruits artificiels ont été depuis employées en France à contrefaire ces mêmes bonbons, et il nous a semblé

La GAZETTE HEBDOMADAIRE a déjà mis à contribution la rare érudition et le savoir d'un de ses collaborateurs, M. Leudet, pour résumer les travaux publiés sur ce sujet en Angleterre et en Allemagne (voir t. Ier p. 87). Il résulte de cet exposé que des deux ordres de symptômes qui caractérisent principalement la maladie, à savoir, d'une part, des accidents cérébraux de la plus haute (gravité excitation, délire, coma, mouvements convulsifs, etc.), et, d'autre part, les troubles fonctionnels de l'appareil biliaire et de l'estomac (ictère, nausées, vomissements, hématémèses, etc.), le premier ordre n'est représenté à l'autopsie par aucune lésion matérielle jusqu'ici aperçue, par aucune altération du cerveau et des méninges, tandis que le second correspond presque constamment à une lésion du foie, consistant dans la réduction du volume de l'organe, la coloration jaunâtre et le ramollissement de son tissu, le rétrécissement des cellules hépatiques, qui sont infiltrées de graisse granuleuse ou vésiculeuse. Ces derniers résultats de l'examen nécroscopique, sur lequel s'accordent des observateurs aussi expérimentés que MM. Rokitansky, Horackzek, Budd, Henoch et Spengler, introduiraient, s'ils continuaient à se confirmer, un élément nouveau et curieux dans l'histoire de l'*ictère grave*, dont l'un des caractères les plus remarquables, celui qui lui avait fait donner la qualification d'*essentiel*, avait résidé jusqu'à ces derniers temps, comme en témoigne notamment la remarquable thèse de M. le docteur Ozanam (1849), dans l'absence de toute altération appréciable de l'organe hépatique. Une inspection plus sévère et le secours du microscope auraient ainsi réalisé dans le domaine de l'ictère ce qu'ont réalisé dans celui de l'albuminurie les célèbres observations de Richard Bright.

Nous le répétons, l'accord des anatomo-pathologistes mentionnés plus haut autorise à regarder l'atrophie du foie avec réduction des cellules, sinon comme le signe nécessaire, du moins comme un des traits habituels de l'ictère grave. Pourtant, sur un sujet aussi neuf, il est sage de réserver une grande place aux éventualités de l'observation ultérieure. Or, nous trouvons précisément dans le dernier bulletin de la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (n° 15) quelques documents qui viennent un peu contrarier l'opinion des médecins anglais et allemands. M. Ch. Bernard, médecin des hôpitaux, a lu devant la Société la relation d'un cas d'ictère mortel que l'intérêt du sujet nous engage à reproduire presque intégralement.

OBS. — Le 8 février 1855, est entrée à l'hôpital Necker (salle Sainte-Thérèse, n° 30) la nommée Collet, âgée de trente et un ans, et exerçant la profession de bandagiste. Elle est atteinte d'un ictère, et paraît, à cela près, être assez bien portante. Cette femme, toujours bien réglée, d'une bonne santé habituelle, mais d'un tempérament nerveux et très impressionnable, n'a jamais eu ni jaunisse ni accidents hystériques ou nerveux.

Dans la nuit du 21 au 22 janvier, elle est réveillée, à la suite d'un cauchemar très pénible, par une menace de suffocation ; et, le lendemain matin, sans qu'elle ait eu d'autres troubles morbides, on lui fait apercevoir qu'elle a la jaunisse. Presque aussitôt la malade éprouve, dans l'hypochondre droit, un sentiment de pesanteur et d'oppression qui la force de suspendre son travail et de se coucher sans dîner. La nuit est mauvaise et agitée par des rêvasseries. Le lendemain, quoique la jaunisse soit plus prononcée, il y a un peu d'amélioration. Cette femme reste pendant quinze jours à peu près dans le même état, sans forces ni appétit, mais sans troubles morbides bien dessinés.

Le jour de l'entrée, on constate d'abord la coloration jaune safran de tous les tissus; puis on s'assure que le foie a augmenté de volume, dépasse d'un travers de doigt au moins le rebord des fausses côtes et est un peu sensible à la pression. La langue est couverte d'un enduit jaunâtre. L'appétit est nul ; la malade a des nausées, a eu quelques vomissements. Les digestions sont laborieuses ; les selles sont rares, grises ; les urines, foncées, tachent le linge en jaune et précipitent en vert noirâtre par l'acide nitrique. Le pouls, faible et petit, bat à peine 60 fois par minute. (Eau de Sedlitz, potages).

Pendant plus de quinze jours encore la malade reste à peu près dans le même état, et nous paraît toujours atteinte d'un ictère simple et sans gravité; elle présenta cependant certaines particularités que nous n'indiquerons pas jour par jour, mais dont nous allons tracer le tableau général. L'ictère variait de coloration d'un jour à l'autre, tantôt plus clair, tantôt d'un jaune verdâtre foncé. Les urines et les selles restaient à peu près les mêmes. Le pouls, toujours lent et faible, ne dépassait pas 60 battements par minute, et tombait parfois à 52. L'appétit, capricieux d'ailleurs, était toujours peu prononcé. Les troubles gastriques étaient également très variables. Tantôt les aliments et les boissons passaient facilement, tantôt la moindre gorgée de tisane était rejetée. Le foie avait encore augmenté de volume les jours qui suivirent l'entrée de la malade ; il dépassait de plus de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes, et la sensibilité douloureuse persistait. Le traitement consista dans l'administration de quelques purgatifs salins et deux applications de sangsues sur la région hépatique, sangsues qui parurent produire quelque soulagement.

Voyant les symptômes précédents persister et la malade maigrir et s'affaiblir, quoiqu'elle eût conservé un caractère aimable et enjoué, et que, loin de se plaindre, elle nous répondît presque tous les matins qu'elle se trouvait bien, nous l'interrogeâmes avec un nouveau soin, et nous apprîmes ainsi, le 23 février, que, presque depuis son admission à l'hôpital, elle avait eu, tous les deux jours environ, des accès intermittents mal dessinés, qui ne se composaient que d'un stade de chaleur et d'un stade de sueur. Le frisson manquait. Ayant pu constater pendant quelques jours la réalité des accidents annoncés par la malade, nous lui fîmes prendre, le 26 février, 1 gramme de sulfate de quinine, qui diminua l'accès suivant.

28 février. La malade nous paraît être à peu près dans le même état ; la figure est pourtant plus altérée que les jours précédents. La malade est encore assez gaie ; mais elle nous apprend que, la veille au soir, elle est tombée sans connaissance de son lit, et qu'on l'y a replacée. La nuit a d'ailleurs été tranquille. Le pouls est toujours aussi lent, à 58.

1er mars. — L'aspect de la malade a complétement changé depuis hier;

---

que depuis quelque temps certains limonadiers s'en servaient aussi pour aromatiser leurs glaces. Malgré tout l'intérêt scientifique qui s'y rattache, ce genre de perfectionnement nous a personnellement fort peu réjoui. C'est qu'en effet, si bien imités qu'ils soient, ces parfums artificiels, qui ont presque tous, pour point de départ de leur préparation, l'huile volatile de pommes de terre, conservent toujours quelque chose d'originel qui les démasque bien vite à un palais exercé, et il y a tout lieu de croire que lorsqu'ils auront appris ou reconnu la fraude, les consommateurs n'en seront aussi que médiocrement satisfaits.

Cependant la production de ces huiles n'en est pas moins un fait curieux en ce sens que presque toutes ont pour origine l'essence de pommes de terre (alcool amylique) dont l'odeur extrêmement désagréable infecte d'une façon si persistante l'alcool de fécule. Distillée au contact d'un mélange d'acides acétique et sulfurique, cette essence de pommes de terre produit l'huile de poire (acétate d'oxyde d'amyle, *Essig amyloxidum* de l'exposant allemand). Remplace-t-on l'acide acétique par l'acide valérianique, c'est du valérianate d'amyle (*Valerian amyloxidum*) qui prend naissance. Étendu suffisamment, cet éther présente l'arome de la fraise ; traité par la potasse, il acquiert et développe le parfum de la pomme. Enfin les huiles de raisin et d'ananas sont représentées plus ou moins bien par les éthers butyriques, et leur arome, comme celui de leurs congénères, n'apparaît et ne devient agréable qu'après qu'on les a étendus suffisamment d'alcool de vin.

Il n'y a, avons-nous dit, dans les collections venues de l'étranger, qu'un très petit nombre de spécialités, c'est-à-dire de produits de fabrications en grand; mais la plupart de ces produits, il est juste de le reconnaître, se présentent tout aussi beaux et aussi purs que ceux qui sont exhibés par les industriels français : quelques-uns même nous ont semblé leur être supérieurs; tel le bichromate et surtout le cyanure rouge de la fabrique de Glasgow (Écosse); tel le borax cristallisé et étonnant de blancheur de M. Édouard Wood (de Liverpool); tel aussi un échantillon de chlorate de potasse d'un blanc éclatant et en cristaux larges d'au moins 3 centimètres. Près de ce magnifique chlorate se trouvent des spécimens de phosphore ordinaire et de phosphore amorphe. Le jury, par une sage mesure de prudence, n'a voulu accepter de ces produits que des *fac-simile* de cire : nous le regrettons pour l'exposant, car il nous semble à peu près aussi impossible d'apprécier la qualité du phosphore par son modèle en cire, que de juger de l'éclat du fameux diamant, l'*Étoile du sud*, par son ridicule *fac-simile*. Ce phosphore ordinaire n'a d'ailleurs pour nous d'autre mérite que d'être obtenu en grand et de pouvoir être livré à bas prix au

elle est couchée en double sur son lit, les cheveux épars, le regard hébété. L'intelligence est obtuse, les réponses sont lentes, peu intelligibles; la mémoire est perdue. La nuit, la malade, en proie au délire et à l'agitation la plus grande, s'est levée plusieurs fois en poussant des cris.

La peau est d'un jaune terne, à reflet verdâtre. On constate un léger affaiblissement de la myotilité et de la sensibilité dans la moitié droite du corps et de la face. Le bras droit a un peu perdu de sa force ; la pointe de la langue est un peu déviée à gauche. Appétit nul. Le pouls est toujours à 60. La malade ne se plaint d'aucune douleur, et parfois sort de son apathie pour se livrer à des accès de gaieté et d'hilarité tout à fait insolites. (20 sangsues derrière les oreilles.)

2. — La journée d'hier s'est passée dans le calme; mais la nuit a été très agitée. Ce matin, la physionomie et l'attitude de la malade sont les mêmes qu'hier ; seulement, elle pleure aussi facilement qu'elle était disposée à rire. (Huile de ricin, 30 grammes, et une goutte d'huile de croton.)

3. — La journée et la nuit dernière ont été très bonnes. Le teint est toujours jaune verdâtre, l'œil un peu hagard. Les réponses sont lentes, entrecoupées ; mais la mémoire, la connaissance ont reparu. Les pupilles sont normales. Le pouls, toujours faible et lent, bat 68 fois à peine par minute. La malade réclame des aliments. (Une portion.)

4. — Après la visite, on a remarqué que le bras droit redevenait plus faible que l'autre. La parole s'est embarrassée vers le soir, et la nuit a été très agitée ; il y a eu du délire, de l'agitation et des mouvements convulsifs effrayants.

Ce matin, nous trouvons la physionomie souriante, encore sous l'influence d'un subdelirium gai. Le pouls est à 56. Il n'y a aucune douleur.

5. — La prostration, qui était restée peu prononcée jusqu'à présent, a beaucoup augmenté depuis hier. La maigreur se dessine de plus en plus. Les lèvres et les dents sont fuligineuses, les yeux excavés. La faiblesse et la diminution de la sensibilité dans la joue et le bras droits sont plus marquées. L'ictère offre la même coloration verdâtre. Le pouls est à 52. (Eau vineuse ; sulfate de quinine, 1 gramme.)

Du 6 au 10 mars. — L'état de la malade reste à peu près le même ; seulement la prostration et la maigreur augmentent de jour en jour, et finissent par être très grandes. Le pouls, faible, petit, varie de 52 à 60 pulsations par minute. Agitation, rêvasseries la nuit ; délire et marmottements le matin. Tantôt silence et prostration, tantôt cris ou gémissements. Pupilles à peu près naturelles. Très léger degré de paralysie du bras droit. L'ictère est le même, toujours d'un jaune verdâtre foncé. Le foie, qui, au début, avait présenté une augmentation de volume considérable, a repris ses dimensions normales, et semble même avoir subi une diminution. On n'a jamais, dans ces derniers jours, constaté, du côté de la région hépatique, une sensibilité bien évidente. Il y a eu deux épistaxis peu considérables. Le traitement a consisté surtout dans de l'eau vineuse, des frictions belladonées sur la région du foie, et du sulfate de quinine à la dose de 0,60 à 1gr,50.

10. — Aujourd'hui, la position de la malade est encore plus grave. Hier, il y a eu des vomissements bilieux. Ce matin, la physionomie est très altérée, front crispé, lèvres fuligineuses, gémissements. Langue un peu sèche. Ictère verdâtre. Deux phénomènes nouveaux attirent surtout l'attention : une fréquence inaccoutumée du pouls, qui bat 80 fois par minute, et une sensibilité assez vive de la région hépatique, que l'on constate par la palpation et la percussion. Anorexie, selles et urines involontaires.

11. — Les accidents cérébraux n'ont pas offert un seul instant de rémission. Perte complète de connaissance ; pouls à 110. — Mort le 12 mars.

Autopsie, quarante-huit heures après la mort, par un temps froid. — L'examen cadavérique, fait avec le plus grand soin, ne permet de découvrir aucune lésion qui puisse expliquer les phénomènes observés pendant la vie. Tous les organes thoraciques et abdominaux, à l'exception du foie, dont nous avons parlé tout à l'heure, sont parfaitement sains. Le cerveau est un peu ferme, ne présente ni épanchement sanguin ou séreux, ni ramollissement, mais offre un léger degré d'injection générale.

Quant au foie, il paraît, à l'extérieur, être à peu près normal ; il n'existe entre lui et les organes voisins ni brides ni adhérences. Voici ses dimensions :

Diamètre transversal................	0m,18
Diamètre antéro-postérieur...........	0m,16
Épaisseur à sa base.................	0m,06

La surface, lisse, unie, sans apparence de plis, est d'une couleur verdâtre foncée. La consistance du foie est ferme, élastique. Le tissu, que des circonstances indépendantes de notre volonté nous ont empêché de faire examiner au microscope, nous a paru ne pas avoir l'aspect et la couleur ordinaires ; la substance rouge, dans tout le lobe gauche et dans une partie du lobe droit, a complétement disparu, et l'on n'aperçoit plus qu'un tissu grenu d'un jaune ictérique parfaitement uniforme.

La vésicule du fiel est petite, comme revenue sur elle-même, et ne contient qu'une petite quantité d'une bile épaisse et d'un vert noirâtre.

Les canaux hépatique, cystique et cholédoque, qui ont été l'objet d'un examen minutieux, nous ont paru, *intus* et *extra*, parfaitement sains et tout à fait perméables.

Tel est le fait raconté par M. Charles Bernard. D'un autre côté, dans la même séance de la *Société médicale des hôpitaux*, M. Monneret a déclaré avoir rencontré quelques cas d'ictère grave, *sans aucune lésion*, *même microscopique*, *du foie*, sans changements dans la cellule hépatique, sans augmentation de la graisse ni de la matière colorante.

Quelle est la valeur de ces nouvelles observations? Rendent-elles suspectes et vaines pour la science les observations des médecins étrangers, ou elles-mêmes doivent-elles céder le pas à celles qui les ont précédées ? Est-on, en un mot, obligé d'opter entre le blanc et le noir? Nous ne le croyons pas. On a sans doute vu et bien vu des deux parts ce qu'on a décrit, et c'est seulement sur la manière d'interpréter les résultats de l'investigation que peut porter le dissentiment.

On peut se placer alternativement à deux points de vue, où la question, variant dans les termes, pourra aussi varier dans la solution. Prend-on dans le symptôme le caractère nosologique de la maladie; établit-on de prime abord une espèce d'ictère remarquable par la coloration foncée des téguments, le délire, le coma, les hémorrhagies, la fréquence des terminaisons funestes, etc.; il faut alors rechercher si cette forme

---

commerce. Il n'en est pas de même du phosphore amorphe ou phosphore rouge; celui-là présente un trop grand intérêt industriel et médical pour ne pas fixer un moment notre attention.

C'est en 1669 qu'un alchimiste de Hambourg, nommé Brandt, fit la découverte du phosphore en distillant de l'urine desséchée sur les métaux qu'il voulait convertir en or. Depuis cette époque, Kunckel et Boyle, Ganh et Scheele, ainsi que quelques chimistes modernes, perfectionnèrent son mode de préparation. Suivant les conditions dans lesquelles on se place, le phosphore apparaît incolore, blanc ou noir, cassant ou flexible; on peut aussi l'obtenir fondu ou cristallisé; mais, sous toutes ces formes, il conserve vigoureusement sa dangereuse individualité : il s'oxyde à l'air en exhalant une odeur désagréable et s'y enflamme par la moindre élévation de température. Or, il y a quelques années, un chimiste allemand, M. Schroetter, en exposant ce phosphore ordinaire, pendant soixante heures, dans une atmosphère d'acide carbonique, à une température de 250 degrés, est parvenu à le transformer en une substance solide, pulvérisable, rouge, inodore, insipide, nullement toxique, inflammable seulement vers 260 degrés. C'est cette substance qui n'a plus guère du phoshore que les propriétés chimiques essentielles, indispensables à son xistence comme espèce, que plusieurs personnes ont eu l'heureuse idée de substituer au phosphore ordinaire dans la préparation des allumettes à friction.

Ce phosphore rouge mêlé à du chlorate de potasse s'enflamme facilement et peut conséquemment servir à la préparation des allumettes. Du reste, nullement toxique lorsqu'il est ingéré, parfaitement inodore et insipide, il n'aura pas, comme le phosphore ordinaire, — il y a du moins lieu de l'espérer, — la funeste propriété de produire cette carie du maxillaire inférieur à laquelle les ouvriers des fabriques d'allumettes au phosphore sont voués presque inévitablement.

Non loin des produits que nous venons d'indiquer, on admire le calomel, le sublimé et surtout le très beau précipité rouge de MM. May et Baker; les produits immédiats de l'opium exposés par M. Morson ; les sels de lithine de M. Hugo Muller; les fils, les feuilles et les appareils de platine de MM. Johnson et Mathey, ainsi que leur collection des métaux analogues: *palladium*, *rhodium*, *iridium* et *osmium*; charmante exposition qui, sous plusieurs rapports, peut entrer en concurrence avec les produits hors ligne des exposants français, MM. Chapuis frères. Avec l'alun, le prussiate rouge, le bichromate et l'acide acétique de la fabrique de Glasgow, on voit exposés, non-seulement les matières premières de l'exploitation, mais aussi des échantillons représentant toutes les phases de la fabrica-

symptomatologique se lie à une ou à plusieurs lésions du foie. Le caractère nosologique est-il tiré, au contraire, de la lésion anatomique; en ce cas, cette recherche ne suffit plus, car il pourrait se faire que l'ictère fût accidentellement grave avec des conditions anatomo-pathologiques très diverses, et que pourtant il y eût parmi elles une certaine condition qui déterminât plus particulièrement la gravité de l'ictère. Dans l'espèce, de quoi s'agit-il? De savoir s'il y a un rapport entre une certaine forme de jaunisse et une certaine forme d'altération du foie. A supposer qu'un autre rapport pût exister entre la même forme morbide et une autre altération de l'organe, il n'en résulterait pas du tout que le premier rapport n'existe pas. Ce qui est donc à chercher, au point de vue où nous sommes en ce moment, ce n'est plus si l'ictère grave s'observe sans atrophie aiguë du foie, mais bien si l'atrophie aiguë du foie s'observe sans ictère grave.

Or, nous ne concevons aucun doute sur les résultats auxquels conduira et a déjà conduit la première manière d'envisager la question. Nous nous rendons d'abord aux faits qui, comme celui de M. Ch. Bernard, attestent la coexistence de l'ictère grave avec le développement anormal du foie; et, pour ce qui est des caractères microscopiques, bien que les difficultés d'observation qu'ils présentent doivent mettre en garde contre la contradiction d'un seul observateur, même aussi habile que M. Monneret, néanmoins ses déclarations formelles méritent qu'on s'en préoccupe sérieusement. Puis, nous ne nions pas que nous nous laissons un peu diriger par une vue qu'on appellera, si l'on veut, théorique. L'excitation, le coma, les hémorrhagies nasales ou gastro-intestinales, qui caractérisent l'ictère grave, sont à nos yeux le signe d'une altération du sang consécutive à l'immixtion des matériaux de la bile; et c'est ainsi que nous nous expliquons que le cerveau, par exemple, soit trouvé sain après un délire prolongé, après des convulsions, après même des symptômes d'hémiplégie, comme on l'a vu dans l'observation rapportée plus haut. Du moment donc que la gravité de l'ictère ne procède pas directement de l'altération du foie, mais d'une conséquence éloignée de cette lésion, il est très vraisemblable qu'elle pourra être observée avec des lésions hépatiques diverses, qui auront eu pour effet commum la diffusion des matériaux de la bile dans le courant circulatoire. En même temps, comme cette diffusion ne produit pas habituellement d'accidents sérieux; que dès lors la gravité exceptionnelle de la maladie permet de soupçonner dans la bile répandue des qualités nuisibles particulières, il y a lieu de rechercher si ces qualités ne se rattachent pas à telle lésion du foie plutôt qu'à telle autre, à celle qu'on a désignée sous le nom d'*atrophie aiguë* plutôt qu'à l'engorgement sanguin. A cet égard, la science laisse encore à désirer, et l'opinion des médecins anglais et allemands subsiste jusqu'à plus ample information.

En tout cas, le praticien n'a pas besoin d'attendre d'investigations nouvelles pour porter son attention sur la forme d'ictère dont il s'agit. Il saura que le défaut de gonflement du foie dans un ictère très prononcé n'est pas une circonstance favorable; que l'apparition d'accidents encéphaliques est un signe de haute gravité; que ces accidents ne dépendent pas d'une phlegmasie des méninges ou du cerveau; que tout le danger paraît résider dans les conditions anormales où se trouve la masse sanguine, et que c'est principalement contre cet élément de la maladie que doit être dirigée sa thérapeutique. Nous lui rappelons que la plupart de ceux qui ont écrit sur ce sujet s'accordent à vanter les bons effets des purgatifs.

— L'Académie des sciences a reçu, au sujet des effets du tremblement de terre, quelques communications susceptibles d'intéresser la médecine. A Allevard (Isère), où la secousse a été très forte, les eaux thermales sulfureuses n'ont été modifiées ni dans leur volume, ni dans leur température, ni dans leur composition. Le sulfhydromètre n'y a décelé aucun changement appréciable; seulement le gaz se dégageait plus rapidement que de coutume. Ces observations s'accordent avec celles qu'avait déjà faites M. Despines à Aix-en-Savoie, et que nous avons rapportées dans notre dernier numéro (aux *Variétés*). Dans certaines localités, des fontaines ont cessé de couler, des sources ont jailli de terre : c'est ce qui est arrivé, par exemple, à Stalden, dans la vallée de Zermatt (Mont-Rose).

Mais un fait digne de remarque, et qui a été constaté particulièrement à Lausanne, à Genève, à Thun, à Lyon, c'est que beaucoup de personnes ont éprouvé, au moment même de la secousse, des vertiges, des nausées, un malaise général qu'elles comparaient au mal de mer. A Thun, les officiers de l'école militaire étant attablés dans une salle d'hôtel, plusieurs d'entre eux ont cru voir les tapisseries s'agiter devant leurs yeux. Ce sont des observations qu'il n'est pas indifférent d'enregistrer au point de vue de l'explication du mal de mer, que se disputent, comme on sait, plusieurs théories.

A. Dechambre.

tion et de la purification de ces produits. Pour compléter cette analyse de l'exhibition de la Grande-Bretagne, citons encore un certain nombre de sels doubles de fer à acides organiques, trois petits échantillons de sulfure de cuivre, de bichromate et de prussiate jaune de potasse qui nous ont paru très purs, et enfin les deux bocaux d'arsenic blanc raffiné et non raffiné de la manufacture de Plymouth, qui doivent donner bien des soucis aux gardiens, si nous en jugeons par les réflexions que l'un d'eux nous a faites, en nous demandant sérieusement notre avis sur l'opportunité d'une pareille exhibition.

Parmi les produits venus de la Prusse, on remarque, comme curiosité, une énorme masse de plomb recouverte à sa surface de cristaux extrêmement fins, mais parfaitement déterminables. Dans la même vitrine se trouvent de forts laids échantillons de sulfates de fer et de cuivre impurs représentant des figures diverses, des lettres, des couronnes, etc.

Tout près de là sont des tables d'acides gras distillés à la vapeur, de M. Motard, de Berlin, un des très nombreux fabricants qui font une spécialité de l'acide stéarique et l'obtiennent d'un blanc éblouissant. Un peu plus loin sont deux blocs d'alun qui, avec un morceau de houille de 5,000 kilog., venu de Sarrebruck, semblent avoir été placés pour défendre l'accès au pied de la carte géologique et minéralogique de la Prusse rhénane. En haut, dans la galerie, nous avons à noter favorablement les acides citrique et phosphorique de M. Harmann, de Berlin.

L'Autriche est représentée par des soufres en masses, en canons et en fleurs, par de beau cinabre, de mauvais vermillon et par un étonnant échantillon d'acétate de plomb, de M. Huber, de Prague.

La Belgique (vieille et nouvelle Montagne) conserve le monopole du zinc, du cadmium et de leurs minéraux (blende et calamine).

La Toscane, outre ses belles collections de minéralogie, a envoyé des échantillons d'alun de roche et d'acide borique naturel, ainsi qu'un modèle des appareils évaporatoires employés dans ses *lagoni*.

La Suisse, à côté de sa spécialité, le sucre de lait, dont les cylindres de cristaux sont, à leurs extrémités, gracieusement décorés d'un ruban rose, a exhibé, au nom de M. Imhoff, un de ses enfants, une collection de produits non vénéneux destinés à colorer les bonbons. S'il est vrai que ces matières colorantes ne renferment pas de substances minérales toxiques, elles présentent au point de vue de l'hygiène un intérêt réel, et méritent à ce titre d'être mentionnées.

Enfin, la Hollande s'est signalée par une écrasante coupole de sel ammoniac exposée par M. Van Der Elst, d'Amsterdam, et les Pays-Bas par de très ingénieux appareils évaporatoires et distillatoires, sur lesquels

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Études sur un nouveau procédé de résection tibio-calcanéenne, avec amputation du pied, proposé et mis en usage par M. le professeur N. Pirogoff. — Communication de M. le professeur C. Sédillot à l'Académie des sciences le 13 août 1855.

Nous avons montré, dans la deuxième édition de notre *Médecine opératoire* (t. I, p. 430, Paris, 1855), la raison des dissidences des chirurgiens au sujet des amputations partielles du pied. Les uns, séduits par la facilité et l'élégance des désarticulations tarso-tarsienne et tarso-métatarsienne, et persuadés de la possibilité de conserver une portion du pied et d'en assurer les usages, se sont déclarés partisans de ces modes d'opération, et se sont efforcés de les perfectionner. Nous avons partagé cet entraînement, et nous avons décrit, il y a une vingtaine d'années, un procédé d'amputation médio-tarsienne, qui comme mode d'exécution paraissait très supérieur à ceux qui sont journellement employés. Cependant, des hommes d'une grande expérience condamnaient expérimentalement ces tentatives et en exposaient les résultats fâcheux. M. Villermé, dont l'attention s'était fixée sur ce sujet, écrivait, en 1815, qu'un grand nombre de militaires, amputés dans le tarse et reçus à l'hôtel des invalides, avaient dû subir plus tard l'amputation de la jambe, par suite d'inflammation et d'ulcérations survenues dans les moignons. Le célèbre Larrey blâmait les amputations partielles du pied, et je sais qu'on n'a pas eu à s'en louer dans notre campagne actuelle de Crimée. Il y avait donc et il y a encore deux doctrines, l'une que j'appellerai théorique, régnant en souveraine dans les discussions et les amphithéâtres ; l'autre, toute pratique, se bornant aux faits, mais n'obtenant pas beaucoup de créance par défaut d'une suffisante démonstration rationnelle. C'est en cet état de choses que j'ai communiqué à la Société de chirurgie de Paris les nouveaux résultats de mon expérience et de mes recherches, et je n'ai pas hésité à signaler les graves inconvénients de l'amputation médio-tarsienne, dont le succès est nécessairement exceptionnel et dépend d'une conformation vicieuse du pied (pied plat) ou de l'épaisseur exagérée et tout à fait insolite de l'extrémité sous-calcanéenne du lambeau plantaire.

J'emprunterai à ma *Médecine opératoire* un passage et des figures dues au talent de M. le docteur Aronhson, actuellement aide-major à l'armée d'Orient, qui serviront à élucider cette question très imparfaitement connue. Voici comment je me suis exprimé (*Médec. opér.*, t. I, p. 429) :

« L'astragale *b* (fig. 1) est articulé par une surface oblique de » haut en bas et d'arrière en avant, avec la moitié antérieure et » supérieure du calcanéum *c*, et reçoit tout le poids du corps par » le tibia *a* (fig. 2). Il résulte de ces dispositions l'impossibilité, » pour les malades, après l'amputation médio-tarsienne, de marcher » sur le talon, parce que l'astragale, le tibia, et par le tibia le » corps entier, pèsent sur la moitié antérieure du calcanéum et la » poussent en bas, en faisant nécessairement basculer l'autre extré- » mité, ou le talon proprement dit, en arrière. Il faut savoir, en » effet, qu'un pied bien conformé (fig. 1) représente une voûte » F E G à convexité supérieure dont les deux points d'appui prin- » cipaux sont : l'extrémité postérieure du calcanéum F en arrière, » et l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil G en avant. » Les autres articulations métatarso-phalangiennes, les péroniers, » et surtout le long péronier latéral et la seconde facette articulaire » antéro-interne du calcanéum n'ont d'autre usage que de soutenir

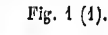
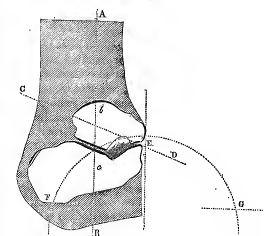


Fig. 1 (1).



» le pied et de maintenir l'équilibre, en rejetant le poids du corps » vers le côté interne du membre.

» Si l'on étudie les éléments de la grande voûte antéro-postérieure » du pied, on voit que le calcanéum (fig. 1 et 2) est situé oblique- » ment d'arrière en avant et de bas en haut ; le cuboïde est le som- » met ou l'axe du cintre, et les métatarsiens s'inclinent en avant » de haut en bas. Le poids du corps A est transmis de l'astragale *b* » au calcanéum en arrière et au scaphoïde en avant, qui le partage » aux cunéiformes et de là aux métatarsiens. D'énormes ligaments

(1) AB ligne perpendiculaire passant par le centre de la jambe et traversant l'articulation du tibia, *a*, avec l'astragale, *b*, et celle de ce dernier os avec le calcanéum, *c*. Cette ligne n'arrive pas directement au sol en B, mais elle est brisée par l'obliquité des surfaces astragalienne et calcanéenne, CD, et suit la voute du pied, représentée par la courbe FEG, de manière à répartir le poids du corps, d'une part, sur l'extrémité postérieure du calcanéum, et de l'autre, sur les extrémités antérieures des métatarsiens et aussi sur les orteils.

---

nous reviendrons prochainement en nous occupant des préparations pharmaceutiques.

Tels sont, au milieu de tant de richesses venues de l'étranger, les produits importants qui méritent d'être plus spécialement mentionnés. Beaucoup d'entre eux, soit à cause de leur infériorité, soit parce qu'ils ne nous offraient point un intérêt direct, ont été passés sous silence ; mais il est probable aussi, qu'il en est un certain nombre dignes de remarque que nous n'aurons pas aperçus ou qui auront été par nous involontairement omis. Il est presque impossible qu'il en soit autrement dans une étude qui, pour être à peu près complète, demanderait des mois entiers de travail, et présente, d'ailleurs, des difficultés d'autant moins surmontables, qu'on a en soi, tout en respectant les susceptibilités de chacun, un plus vif désir de rester juste et équitable envers tous. Du reste, nous avons eu seulement ici l'intention de traduire consciencieusement nos impressions, bonnes ou mauvaises, et non la prétention de porter des jugements absolus et définitifs.

HÉBERT,
Pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre.

— Par décrets du 11 août, l'Empereur a promu à divers grades dans l'ordre impérial de la légion d'honneur, les militaires dont les noms suivent :

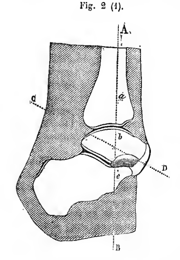
Commandeur : M. Baudens, médecin inspecteur, membre du conseil de santé des armées.

Officiers : MM. Bernis, vétérinaire principal attaché à l'état-major de l'armée d'Afrique ; Mounier, médecin principal de deuxième classe, professeur à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires ; Langlois, pharmacien principal de première classe à l'hôtel des Invalides.

Chevaliers : MM. Valette, médecin-major de première classe ; Dussourt, médecin-major de première classe ; Bonduelle, médecin-major de deuxième classe ; Peytral, médecin-major de deuxième classe ; Pégat, médecin-major de deuxième classe ; Maignien, médecin-major de deuxième classe ; Jubiot, médecin-major de deuxième classe ; Pieraggi, médecin-major de deuxième classe ; Lauras, pharmacien-major de deuxième classe ; Deplanque, pharmacien-major de première classe ; Garrig, infirmier-major.

» plantaires fortifient les surfaces articulaires, qui se soutiennent mutuellement par un plus grand diamètre dorsal ; » de sorte que, à moins d'écrasement et de rupture, les efforts » ou chutes sur le pied modifient très peu ces dispositions. Il » doit dès lors devenir évident que, du moment où l'on enlève » une portion plus ou moins considérable de l'avant-pied (fig. 2), » le poids du corps AB tombant sur la surface oblique CD n'est » plus soutenu en avant, et le sommet de la voûte plantaire, » en s'abaissant, faute d'un point d'appui, force l'extrémité » postérieure du calcanéum à se porter en haut, pour se rapprocher » de l'axe du tibia. La marche tend à s'effectuer sur l'extrémité antérieure du calcanéum, et si l'astragale ne se luxe pas, et si cet » os s'incline constamment en dehors, en entraînant le moignon » dans le même sens, c'est » qu'il trouve un soutien dans » la facette calcanéenne de » 1 centimètre de hauteur, qui » se rencontre au côté interne » de l'os (fig. 1 et 2), et en » direction opposée à la grande » surface articulaire astragalienne.

Fig. 2 (1).



» C'est le seul obstacle de » quelque importance qui prévienne la luxation lente et » par glissement de l'astragale » sur le calcanéum, et l'unique moyen de parer aux accidents serait de placer au-dessous de la portion du » moignon correspondante aux « deux tiers antérieurs du » calcanéum, un coussinet » épais et résistant, capable » de reporter le poids du corps en arrière.

» On doit aussi tenir compte des différences individuelles et de » race que présente la voûte plantaire ; entre le pied bien cambré » et le pied plat se placent de nombreuses variétés dont l'influence » devient facile à comprendre sur les suites de l'amputation qui » nous occupe. »

Ces considérations montrent quelle erreur ont commise les chirurgiens qui ont proposé et pratiqué la section ténotomique du tendon d'Achille, pour remédier à l'ascension du calcanéum en arrière, et qui ont expliqué ce déplacement par la prédominance des muscles gastrocnémiens. Quelques opérateurs avaient même conseillé de laisser une plus grande longueur aux tendons dorsaux du pied, dans l'espoir de produire des adhérences antagonistes de la déviation qu'ils redoutaient et qu'ils croyaient aussi éviter en ployant fortement la jambe sur la cuisse pendant la cure, pour maintenir les muscles jumeaux et soléaire dans le relâchement le plus complet. De tels préceptes, donnés par des maîtres, ne laissent pas de doute sur l'ignorance où ils étaient du véritable mécanisme du renversement en haut et en arrière du calcanéum, et il est permis de supposer qu'aujourd'hui que la cause des accidents observés est enfin connue, on abandonnera définitivement l'amputation dite de Chopart, à moins qu'on n'ait l'occasion de la pratiquer sur des hommes atteints de pied plat et offrant un talon très peu saillant en arrière. Dans ce cas, un très grand lambeau plantaire, contracté et ramassé au-dessous de l'extrémité antérieure du calcanéum, serait le procédé le plus favorable.

Il est facile de comprendre pourquoi nous avons accordé la supériorité aux amputations sous-astragalienne et tibio-tarsienne sur celle de Chopart, puisque ces opérations assurent beaucoup mieux la station et la marche, et sont exemptes de la grave complication que nous venons de signaler. On ne saurait, toutefois, se dissimuler les inconvénients des amputations sous-astragalienne et tibio-tarsienne, à la suite desquelles les malades doivent se soutenir sur des moignons constitués par des os divisés ou intacts, mais dans des rapports anormaux avec les parties molles subjacentes. Que ce soient les os de la jambe ou l'astragale qui forment l'extrémité du membre, il faut que ces os prennent leur point d'appui sur le peloton graisseux du talon plus ou moins bien conservé ; et si quelques exemples témoignent de la possibilité du succès, d'autres en démontrent l'extrême difficulté, et les malades sont astreints à de grandes précautions et ne peuvent se livrer sans danger à des exercices fréquents ou prolongés.

C'est en raison de ces conditions fâcheuses, auxquelles sont jusqu'à ce jour soumises toutes les amputations du pied, que nous avons donné une attention toute spéciale à un nouveau procédé de M. le professeur Pirogoff, qui se recommande par une ingénieuse originalité, des avantages théoriques incontestables et des résultats pratiques heureux, si l'on s'en rapporte à quelques observations déjà publiées.

M. Pirogoff a décrit son procédé sous ce titre : *Allongement ostéoplastique de l'extrémité inférieure, dans la désarticulation du pied.* Son but principal était d'éviter les inconvénients de l'amputation tibio-tarsienne du professeur Syme, et de conserver une plus grande longueur du membre. Ce ne sont pas ces seuls avantages qui nous ont le plus frappé. Nous avons surtout considéré l'immense bénéfice que retireraient les malades d'une sustentation directe sur un point d'appui placé dans l'axe du tibia et constitué par l'organe que la nature a destiné à cet usage avec des conditions admirables d'élasticité et de résistance. On peut certainement produire un talon de toute pièce, comme on le voit dans le pied bot varus, où la marche sur la face antéro-interne du scaphoïde détermine la formation d'un coussinet fibro-graisseux et d'un épaississement dermo-épidermique, assez analogues aux dispositions du talon normal. Il faut néanmoins reconnaître que de pareilles transformations exigent beaucoup de temps et semblent réservées aux époques de développement organique, époques pendant lesquelles l'activité vitale est susceptible de modifications conservatrices ou reconstitutives qu'on n'observe plus au même degré à un âge plus avancé. En outre, les organes sont sains, et la forme et la direction en sont seulement altérées. Rien de semblable n'existe dans les amputations du pied, et s'il est constaté qu'une ankylose vraie peut avoir lieu entre le tibia et le calcanéum, on est en droit d'espérer un rétablissement beaucoup plus complet des fonctions du membre que par aucun autre procédé.

Les résultats de M. Pirogoff, publiés par ce professeur et par divers chirurgiens de l'Allemagne, de l'Italie et de la Suisse, ont résolu la plupart des questions qui s'y rapportent, et ont montré certaines difficultés opératoires, accidents ou complications dont il ne sera probablement pas impossible de se préserver, et qui, en tout cas, ne seraient pas de nature à contre-balancer les succès définitifs et acquis de l'opération.

Jusqu'à ce jour, aucun chirurgien français ne paraît avoir suivi le procédé de M. Pirogoff, ou du moins n'en a publié d'observations ; car M. le docteur Marmy, l'un de nos médecins-majors les plus distingués de l'armée d'Orient, auquel j'avais recommandé cette amputation, m'a écrit que M. le docteur Legouest, professeur agrégé au Val-de-Grâce, était cité comme l'ayant pratiquée pendant son séjour à Constantinople.

Dans le désir d'encourager nos confrères à faire profiter leurs malades des avantages de cette méthode, nous avons entrepris quelques recherches pour en simplifier l'exécution et en assurer la réussite ; mais, avant de les exposer, nous ferons connaître le mémoire de M. Pirogoff, imprimé à Leipsick en 1854. Un des professeurs agrégés de la Faculté de Strasbourg, M. le docteur Hergott, également versé dans la littérature française et allemande, a eu la bonté d'en entreprendre et de nous en donner la traduction, et s'est imposé le même travail pour un mémoire sur la même question, de M. le docteur Michaelis (de Milan).

Nous ferons suivre ces travaux originaux de nos propres remarques, avec des dessins également dus au talent de M. Hergott, et dès lors le sujet sera assez bien compris et élucidé pour que chacun puisse en apprécier l'importance et en tirer d'utiles applications. (*La suite prochainement.*)

(1) AB, ligne perpendiculaire passant par le centre de la jambe et traversant le tibia, *a*, l'astragale, *b*, et le calcanéum, *c*, en se brisant obliquement en C D.

De l'assimilation du sucre sous le point de vue de la pathologie, par George D. Gibb, docteur en médecine, médecin du West London Dispensary.

(Suite. — Voir le n° 30, t. II.)

Tubercules. — Dans les dégénérescences graisseuses du foie dont nous venons de parler, et que nous examinerons plus tard dans leurs rapports avec la phthisie, on trouve plus de sucre qu'à l'état de santé. S'il y avait entre cet état du foie et les affections du poumon un rapport quelconque, nous pourrions en expliquer l'existence par la physiologie. En effet, par suite d'une oxygénation et d'une combustion imparfaites du charbon, dues à un arrêt de la circulation et de la respiration dans les poumons, le sucre s'accumule dans le foie, dont ne peut le débarrasser l'appareil respiratoire.

On pourrait, à la rigueur, établir un rapport entre ces faits et la phthisie; mais alors comment expliquer l'état graisseux du foie dans d'autres affections où le poumon est sain en apparence? Avant de nous prononcer, il faudra plus de recherches et d'expériences nouvelles.

La physiologie nous apprend l'importance du rapport du sucre avec la respiration ; elle nous montre l'erreur de ceux qui ont cru que dans le diabète il y avait excès de formation de sucre dans le foie; opinion qui n'est pas prouvée, et dont j'ai cherché à démontrer le côté attaquable.

Je me fonderai sur ce fait que le foie graisseux contient du sucre en excès, pour élucider cette question et établir ses rapports avec celle des tubercules ; de là je ferai quelques considérations sur la relation de la scrofule avec la formation de sucre.

En janvier 1850, j'ouvris sur une femme de vingt-trois ans, d'une constitution scrofuleuse, un vaste abcès situé à la base de l'omoplate; le liquide qui en sortit était neutre, d'une densité de 1,028, d'une couleur jaunâtre, inodore, d'une consistance crémeuse. L'analyse chimique par la méthode de Moore et de Frommherz m'y démontra l'existence d'une quantité notable de sucre. Au microscope, je retrouvai les caractères ordinaires de la matière tuberculeuse, des cellules remplies de matières granuleuses, de granules libres, et de globules de graisse mélangés à du pus et à des corpuscules lymphatiques. En février, ce grand abcès, s'étant de nouveau rempli, fut ouvert, et il en sortit un liquide épais, crémeux, de couleur foncée, mélangé de parties concrètes de même couleur. Nous trouvâmes également du sucre, et nous vîmes au microscope des corpuscules de pus, de la matière scrofuleuse, mais pas de globules sanguins.

Ces expériences, en me montrant la coexistence des tubercules avec du sucre, me frappèrent, et je crus devoir faire des recherches sérieuses sur un sujet aussi important.

La première occasion que je trouvai me fut offerte par des tubercules crus et ramollis d'un phthisique mort à quarante ans ; j'examinai ceux du poumon gauche : les tubercules crus furent soumis aux moyens employés pour l'analyse du foie ; je fis bouillir, avant de les examiner, les tubercules ramollis.

Je constatai des traces de sucre dans les tubercules crus ; mais les résultats n'étaient pas assez concluants pour admettre une relation certaine, malgré la beauté du cas. En effet, il y avait un foie graisseux très volumineux et chargé de sucre.

Tout récemment, je reçus de mon ami M. V. Edwards, médecin à l'hôpital des phthisiques de Brompton, des morceaux de poumons, des glandes bronchiques et mésentériques, du foie graisseux, provenant d'une femme tuberculeuse de vingt-trois ans. Pour y constater la présence du sucre, je soumis le tout à des analyses plusieurs fois répétées. A l'exception du foie graisseux, où j'en trouvai comme à l'ordinaire, je n'en constatai ni dans les tubercules, ni dans les glandes, ni dans le poumon lui-même. J'en trouvai des traces par la méthode de Moore ; mais comme c'était la seule méthode qui donnât ce résultat, on n'en peut rien conclure. Il faut donc expérimenter encore, surtout sur les tubercules ramollis.

M. Magendie assure qu'il n'y a que deux maladies dans lesquelles la quantité de sucre se trouve augmentée dans l'économie : la phthisie et la glycosurie.

Depuis longtemps on a observé que l'urine et les crachats des phthisiques sont quelquefois sucrés; mais il faudra bien distinguer le cas où la phthisie serait le résultat du diabète. M. Claude Bernard prétend que dans la phthisie le sucre manque dans l'urine, et qu'il est augmenté dans le sang. Il avait constaté cette augmentation dans le sang d'une jeune fille que l'on venait de saigner, et chez qui les urines ne renfermaient pas de sucre ; quoiqu'il n'y eût pas d'autre symptôme, il pronostiqua la mort par phthisie, ce qui arriva en effet. (*British and Foreign Medico-Chirurgical Review*, oct. 1849.)

Par contre, M. Reynoso a constaté du sucre dans les urines de malades tuberculeux, sucre d'autant plus abondant que la maladie était plus avancée et les symptômes inflammatoires plus intenses.

Je ne doute pas que l'on ne trouve quelquefois du sucre dans les urines des phthisiques au premier degré ; mais je ne possède pas d'observations pour le prouver. Pourtant le cas cité par le docteur Goolden dans The Lancet de juillet dernier me semble appeler l'attention sur ce point. La malade était une fille âgée de treize ans, qui souffrait de céphalalgie et de douleurs vagues dans tout le corps ; affections qui, d'après le docteur Goolden, seraient des signes de phthisie commençante et indiqueraient des tubercules du cerveau. On trouva dans ses urines du sucre dont la quantité diminua par le traitement.

Le docteur Venables a rencontré du sucre dans l'urine des enfants pauvres scrofuleux. Je suis porté à croire que l'absence de ce principe dans les affections tuberculeuses du cerveau et dans l'hydrocéphale n'est qu'une exception.

J'ai appris avec beaucoup d'intérêt que la présence du sucre dans les urines des phthisiques est à présent un sujet d'études à l'hôpital de Brompton. M. Bird, un des élèves internes de cet établissement, m'a assuré, ces jours derniers, avoir constaté du sucre dans l'expectoration des phthisiques.

Ces faits, dans les rapports du sucre diabétique et des tubercules, offrent beaucoup d'intérêt aux observateurs sérieux, et serviront à éclaircir la question du diabète et des maladies concomitantes.

Je crois qu'il ne serait pas déplacé ici de parler de la phthisie secondaire comme résultat du diabète ; c'est une des terminaisons fréquentes de cette maladie, mais elle n'est pas constante, comme on l'a supposé.

Pour moi, la terminaison par la phthisie est plutôt un résultat du manque d'afflux de sucre du foie dans le poumon, et par conséquent d'une cessation du travail pulmonaire.

Contrairement à cette opinion, M. Cl. Bernard pense que les affections pulmonaires tiennent à une fatigue de cet organe causée par une trop grande quantité de sucre formée dans le foie. J'ai combattu ces idées autre part, car pour moi le véritable diabète tient, non pas à ce que le foie fabrique trop de sucre, mais bien à ce qu'il n'en fabrique plus.

Abcès. — Les expériences déjà citées pour prouver la présence du sucre dans le pus scrofuleux ne suffisent pas pour le démontrer dans du pus d'autre nature. Pour donner des preuves plus certaines, on a examiné du pus de différentes sources, de différents sinus sécrétant du liquide, et l'on y a découvert la présence évidente du sucre. Ces recherches ont fait voir que le sucre se trouve comme ingrédient normal dans le pus, indépendamment de sa couleur, de sa nature, de sa consistance, de son origine.

Pour citer quelques exemples, j'ai rencontré du sucre dans le pus d'un grand abcès mammaire ordinaire et de bonne nature, dans le pus d'un bubon, d'un abcès de l'os malaire droit chez une jeune femme. Une fistule chronique, dans le sein droit d'une femme, sécrétait du pus bleuâtre qui contenait du cyanure de fer et du sucre. On a toujours rencontré du sucre dans le pus des abcès phlegmoneux. Il résulte donc de là que le sucre est un des éléments normaux du pus, et que c'est à sa présence qu'il doit sa saveur douceâtre.

Le docteur Mason Good, dans son deuxième volume, dit que le pus doit à la présence du sucre son goût douceâtre et sa fadeur différente de celle des autres sécrétions. Il paraît être le premier qui ait appelé l'attention sur ce point.

Le sucre peut être, dans ce cas, attribué à l'albumine, qui, d'après le docteur Wright (*Ranking's Abstract.*, vol. I, 1845), contient de 58 à 83 pour 100 de sucre, ou à une propriété particulière qu'aurait la membrane pyogénique de le sécréter avec les autres éléments du pus.

Dans une lettre adressée à l'Académie de médecine par M. Pelouze sur différents faits de chimie appliqués à la physiologie, il parle de sucre dans l'albumine des œufs d'oiseaux (*Gazette médic. de Paris*, 1848). Le pus contient aussi des matières graisseuses qui pourraient être ainsi pour quelque chose dans la présence du sucre, mais je ne puis décider si ce principe est formé par la décomposition de l'albumine, ou sécrété par la membrane pyogénique, ou bien dû à la seule présence de la graisse ou de l'albumine.

Je n'ai pas moi-même examiné le pus d'abcès de diabétiques, mais je sais que M. le docteur Friche a trouvé du sucre dans le pus d'abcès développés sur l'épaule et la face dorsale des mains d'un diabétique.

Maladies du système nerveux. — Les recherches déjà faites sur l'assimilation physiologique du sucre, et particulièrement dans ses rapports avec le système nerveux, nous ont montré qu'il y a une relation intime entre le foie et la base du cerveau. Ceci a déjà été justifié dans plusieurs maladies de cette classe, où l'on constate du sucre dans les urines et même quelquefois un véritable diabète. Quand on découvrit que le foie contenait du sucre dont la sécrétion dépendait du pneumogastrique, on fut naturellement conduit à admettre que les fonctions chimiques du foie étaient soumises à une influence nerveuse.

On en trouva la preuve dans le diabète artificiel produit par la ponction de la paroi inférieure du quatrième ventricule ; mais cette expérience ne peut être concluante, tant que l'on ne sera pas sûr que la sécrétion du sucre dans le foie est augmentée ou suspendue après cette opération. Si elle est suspendue, ce que je crois, ma théorie sur le diabète se trouve confirmée.

En examinant attentivement les travaux de M. Cl. Bernard et du docteur Pavy, je ne trouve rien de décisif sur ce point. On doit accorder beaucoup de confiance au docteur Goolden, de Saint-Thomas's Hospital, pour l'application de ses idées à la pathologie du diabète dans ses rapports avec les affections du cerveau ; les observations qu'il a publiées jusqu'ici sont pleines d'intérêt.

Nous donnerons à présent un aperçu de ces maladies nerveuses.

Épilepsie. — Les recherches de M. Alvaro Reynoso sont les premières qui montrent la présence du sucre dans les urines après des attaques d'épilepsie ; ce fait, qu'il a démontré par de nombreuses expériences, a ensuite été confirmé par d'autres. Mes propres recherches ont fait voir que le sucre était aussi reconnaissable aussitôt après l'attaque que quelque temps après ; je l'ai même trouvé chez un individu dont le traitement avait fait avorter la crise.

Dans les leçons cliniques du docteur Todd sur les paralysies et autres affections du système nerveux (57e), on trouve un cas où à des attaques périodiques de goutte très fréquentes succédait toujours une attaque d'épilepsie, qui laissait le malade hémiplégié temporairement du côté gauche ; l'urine de ce malade renfermait une petite quantité de sucre. Un cas très curieux se trouve dans un mémoire du docteur Goolden (*Lancet* de juillet dernier) : l'urine avait un poids spécifique de 1,022 ; elle était très épaisse, avec excès de l'urate acide d'ammoniaque, et contenait une quantité notable de sucre. Cet état dura plusieurs jours ; il y avait une légère tendance à la chorée.

Dans les cas que j'ai examinés, le poids spécifique variait entre 1,018 et 1,025 ; la quantité d'urine sécrétée était normale, et je n'ai constaté la présence du sucre que pendant deux ou trois jours au plus.

Dans la chorée, la paralysie, les névralgies, la dentition, l'ébranlement du cerveau, et probablement plusieurs autres affections nerveuses, on trouve occasionnellement du sucre dans les urines ; il y a même des cas où ces affections ont été suivies de diabète. Quelques-uns des cas décrits par le docteur Goolden paraissent devoir leur origine à des lésions du cerveau, lésions dont le traitement faisait disparaître le diabète. Un cas de diabète disparut avec une paralysie guérie. Il a trouvé souvent, du sucre dans les urines d'épileptiques, de paralytiques, de choréiques. Ce sucre n'existait plus après le traitement de ces maladies. M. Goolden certifie que dans beaucoup de cas de névralgies, spécialement dans le tic douloureux et la sciatique, il y a souvent, sinon toujours, du sucre dans les urines, et que ce sucre disparaît avec un amendement de l'état nerveux. Il note de même des névralgies générales et un cas de névralgie faciale soignée par le docteur Dundas Thomson. Il parle aussi de sucre dans l'urine des enfants en travail de dentition.

Je suis à même de confirmer plusieurs observations du docteur Goolden ; car j'ai observé du sucre dans plusieurs cas d'affections nerveuses. Il n'est pas rare du tout d'en trouver dans les urines des enfants pendant le travail de la dentition ; je l'ai même constaté dernièrement dans des cas de coqueluche simple et compliquée, dans l'épilepsie, la bronchite, les affections du cerveau. M. Reynoso l'a observé dans l'hystérie.

Dans les maladies de la base du cerveau, telles que tumeurs, affections chroniques, blessures ou plaies du quatrième ventricule, lésions ou sections du pneumogastrique, il y a toujours du sucre dans les urines. Les expériences de M. Cl. Bernard sont trop connues pour que j'aie besoin de les décrire, et je veux citer les intéressantes recherches de mon ami le docteur Pavy sur la ponction du quatrième ventricule d'un lapin ; recherches rapportées dans le Guy's Hospital Reports, et qui prouvent l'attention et l'exactitude de ce savant expérimentateur. Des tumeurs comprimant cette partie du cerveau, ou d'autres affections situées dans cette région ou dans son voisinage, auront pour conséquence nécessaire la présence du sucre dans l'urine. Ces conjectures sont pour moi aussi évidentes que si je les voyais démontrées expérimentalement.

La section complète du pneumogastrique paralyse la fonction saccharine spéciale du foie ; car après cette opération on ne trouve plus de sucre, ni dans le foie, ni dans le sang qui est porté de cet organe au poumon ou au cœur ; on en trouve néanmoins dans les urines. Par une section partielle, une compression, une lésion ou une piqûre du pneumogastrique, on diminuera probablement la quantité de sucre dans le foie, et on le produira dans les urines. Le galvanisme donnera les mêmes résultats. M. Magendie cite un fait très curieux, savoir, la présence, constatée à l'autopsie d'un diabétique, de deux points altérés dans la paroi inférieure du quatrième ventricule, juste à l'endroit où l'on pratique artificiellement la ponction pour produire du sucre.

Il paraît donc qu'il existe un rapport très intime entre le système nerveux et la fonction saccharine du foie ; ceci se trouve clairement démontré par de nombreuses expériences citées plus haut. M. Cl. Bernard dit encore qu'en détruisant la communication entre la moelle et le foie, soit par une section des nerfs splanchniques, soit par une section de la moelle qui n'abolirait pas complètement la vie animale, il est impossible d'augmenter les fonctions saccharines du foie en irritant le pneumogastrique par une ponction ou par un courant galvanique.

Je ne discuterai point ici la dernière partie des idées de M. Cl. Bernard ; je me contenterai de faire observer que le système nerveux est le régulateur de la fonction saccharine du foie, fonction que nous voyons diversement modifiée par le moindre dérangement de ce système : c'est un point qu'il ne faudra pas perdre de vue dans le traitement des affections où il n'y a pas nécessairement diabète, mais où l'on n'en constate pas moins du sucre dans les urines.

Maladies du système respiratoire. — Quelques observateurs, et spécialement M. Alvaro Reynoso, prétendent que la présence du sucre dans les urines est due à toutes les causes qui mettent un obstacle à la respiration ou altèrent cette fonction. Cette théorie est expliquée par l'arrêt de la combustion du sucre dans un pou-

mon dont l'action est devenue anormale ; le sucre passe dans la circulation et est sécrété par les reins. M. Reynoso cite des expériences à l'appui de ses idées ; il a décelé le sucre dans l'urine des individus éthérisés, des lapins noyés ou asphyxiés, chez des animaux qu'on a empêchés de respirer librement, chez des tuberculeux, des gens affectés de pleurésie, d'asthme, de bronchite chronique. Comme autre preuve vient encore un cas cité par le docteur Garrod (*Transactions of the Pathological Society*), de bronchite aiguë avec présence de sucre dans les urines. Le docteur Beale a découvert du sucre dans les crachats jus de pruneaux de la pneumonie quelque temps avant la mort. Je l'ai moi-même constaté à la suite d'une simple gêne de la respiration (*pertussis*) avec ou sans autre complication de maladies de poitrine. Le docteur Bence Jones a trouvé du sucre dans l'urine d'une femme (service du docteur Ceasar Hankins) qui était restée pendant plus de vingt-quatre heures sous l'influence d'une inhalation de chloroforme. Ce fait a encore été confirmé par le docteur Beale.

M. Magendie a rappelé que depuis longtemps on avait observé que l'urine et l'expectoration des phthisiques contenaient souvent du sucre. M. Cl. Bernard dit qu'il n'y a pas de sucre dans l'urine des phthisiques, mais que, par contre, il y en a en excès dans le sang.

Quelle est l'origine du sucre dans le cas d'une respiration difficile? C'est là une question importante et qui mérite d'être étudiée. Je suis porté à accepter l'opinion de M. Reynoso, qui voit dans cette gêne de la respiration une cause de la présence du sucre ; mais je ne puis dire, avec M. Cl. Bernard, que, l'activité sécrétante du foie étant augmentée, il se forme plus de sucre que le poumon n'en peut brûler, et que cet excès de sucre est éliminé par d'autres voies. La respiration difficile peut cependant agir de deux manières. D'abord tout le sucre porté par le foie au poumon n'étant pas consumé, il devient inutile et passe dans la circulation ; c'est là l'opinion de M. Reynoso. Ensuite le pneumogastrique, excisé ou lésé, gêne la sécrétion normale de ce principe, et permet sa formation autre part. L'objection, capitale pour ainsi dire, que M. Cl. Bernard fait à M. Reynoso, est que si l'on coupe le nerf vague la respiration est considérablement gênée, et que cependant on ne trouve pas de sucre dans l'urine. Ce grand physiologiste oublie sans doute que la section de ce nerf arrête la sécrétion du sucre dans le foie en même temps qu'elle entraîne la gêne de la respiration. On ne peut donc s'appuyer là-dessus pour réfuter la partie importante de la théorie de M. Reynoso. Nous admettons nonobstant que l'irritation du pneumogastrique, en arrêtant ou en lésant la respiration, n'importe de quelle manière, a le même effet sur la production du sucre que les expériences artificielles.

La théorie de M. Reynoso est encore appuyée par cette observation de M. Bouchardat, citée par le docteur Beale, de deux cas de diabète léger où l'urine ne contenait pas de sucre après que l'on eut soumis les malades à des inhalations d'oxygène. Je crois que dans le diabète le poumon est débilité par la diminution de la quantité de sucre habituellement sécrété par le foie. Les inhalations d'oxygène, agissant comme stimulant, servent en quelque sorte à rappeler les fonctions propres au foie, et peuvent, au bout de quelque temps, diminuer le diabète. Comme je l'ai dit plus haut, le sucre gastrique n'est pas comparable au sucre hépatique ; ce dernier est plus convenable aux fonctions respiratoires.

Choléra. — Un des caractères de cette maladie étant l'arrêt de l'assimilation, surtout de l'assimilation secondaire, on ne doit pas s'étonner de trouver du sucre dans les produits de la sécrétion. Il n'est pas encore prouvé que l'altération de la sécrétion biliaire modifie spécialement les usages du foie. Sans aborder cette question, si discutée et si peu élucidée, on peut dire que si les fonctions du foie sont dérangées dans cette maladie, celles des autres organes le sont aussi. On pourra ainsi expliquer la présence du sucre dans les urines et la sueur.

M. Doyère a le premier constaté la présence du sucre dans la sueur des cholériques ; sa découverte fut appuyée par M. Poisson, élève interne de la Salpêtrière, qui, chez une vieille femme morte du choléra, trouva une grande quantité de sucre dans la sueur épaissie et visqueuse qu'il prit en grande partie sur la figure.

M. Magendie l'a aussi démontré dans les excrétions alvines des cholériques, et M. Vernois a dit qu'il était plus facile de le constater dans le foie d'un cholérique que dans celui d'un homme sain. Ceci serait-il dû à l'obstruction des veines hépatiques par la gêne de la respiration, ou bien à la non-sécrétion de la bile ?

Lait.— Quand on détermine le poids spécifique du lait, on peut décider quelle est la quantité de crème, mais non la quantité de sucre. Ce dernier point est de la dernière importance dans l'étude du lait au point de vue pathologique ; il mérite plus d'attention qu'on n'en a attaché jusqu'alors, et je ne sache pas qu'on en ait parlé jusqu'à présent, à quelques exceptions près. Si le lait contient peu de crème, il ne nourrira pas bien l'enfant, et produira simplement de l'amaigrissement ; il peut néanmoins contenir aussi du sucre pour compenser en quelque sorte le manque de crème, puisque, par le fait de l'assimilation, ce sucre peut être converti en graisse. D'un autre côté, si le lait, bien que contenant en abondance de la crème et du sucre, présente d'autres caractères anormaux, l'enfant, malgré la bonne santé de sa mère, présentera de l'amaigrissement, des sueurs copieuses, des urines fréquentes. On devra alors soupçonner dans le sein un acte de fermentation saccharine et un développement d'infusoires. Ce fait est un exemple remarquable de perversion d'assimilation du sucre, produit par une sécrétion anormale dont il faut aller rechercher la cause dans une surexcitation nerveuse.

Il y a plusieurs autres états pathologiques du lait dus à des dérangements dans l'assimilation du sucre. Nous en parlerons ailleurs.

M. Lehmann a constaté du sucre dans l'urine d'une femme en couches dont le lait s'était tout d'un coup arrêté cinq jours après l'accouchement. Ce fait prouve évidemment le rapport qui existe entre l'assimilation du sucre et la sécrétion du lait.

Effets de certains médicaments. — Si les recherches de M. Reynoso sur les urines ne méritaient pas tant de confiance par la manière dont elles sont faites, on pourrait presque douter des beaux résultats qu'il a obtenus. Il paraît que certains médicaments absorbés à l'état de vapeur par les poumons, à l'état naturel par l'estomac, ont le pouvoir de produire du sucre dans les urines ; mais on ne pourra le constater que par des analyses faites avec beaucoup de soin. Nous avons déjà cité l'éther et le chloroforme comme produisant parfois ce résultat. M. Reynoso a trouvé du sucre dans l'urine des personnes traitées par le bichlorure, l'iodure, le sulfure de mercure, le sels d'antimoine, le sulfate de quinine, l'opium, les narcotiques en général. Il en a encore trouvé dans l'urine des chiens traités par l'arsenic, le plomb, le sulfate de fer, ainsi que dans l'urine des personnes faisant usage de carbonate de fer. Avant même de connaître les recherches de M. Reynoso, j'avais conçu l'idée que des médicaments à trop forte dose pouvaient produire du sucre dans les urines, mais je n'avais pas fait de recherches à ce sujet.

Une des substances qui me paraissaient capables de déranger l'assimilation du sucre était le tabac pris en excès en fumant ou en chiquant.

J'ai trouvé dans les Mémoires de l'Académie des sciences de France (janvier 1849) un fait de production de diabète par un trop grand emploi de nitrate de potasse, publié par le docteur Cardan. Un homme avait pris 3 onces de nitre au lieu de sel d'Epsom ; cette erreur eut pour conséquence une grande inflammation de la muqueuse intestinale et une émission abondante d'urine ; l'inflammation diminua lentement, mais le diabète persista. J'ignore si ce malade guérit.

Je n'ai pu me prononcer, quant à présent, sur ce sujet, le champ à explorer étant encore trop vaste pour donner des conclusions satisfaisantes. Toutefois, il semble que cette fonction saccharifère du foie est plus facilement affectée par les agents médicinaux qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

En finissant ces lignes, je m'abstiens nécessairement de tirer des conclusions générales des manifestations pathologiques de l'assimilation du sucre dont je viens de faire le tableau trop abrégé peut-

être ; mais ce tableau représente fidèlement les découvertes et les recherches faites jusqu'à présent sur ce sujet.

Cette question est maintenant l'objet de beaucoup d'études, et l'on peut espérer, avec raison, que de nouveaux travaux viendront jeter du jour sur des points encore obscurs.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Avant même d'attendre le rapport qui doit avoir lieu au sujet du travail que j'ai lu à l'Académie de médecine dans la séance du 31 juillet dernier, permettez-moi quelques observations sur l'appréciation que vous avez faite de la dernière partie, dont le but est d'examiner la légitimité de l'avortement médical, à une époque où il est de toute impossibilité de s'appuyer sur le bénéfice d'une viabilité quelconque en faveur du fœtus.

L'heure trop avancée ne m'a pas permis de lire cette partie de mon mémoire ; je m'explique très bien pourquoi ma dernière conclusion a pu paraître bizarre.

Quelques mots suffiront pour développer ma pensée.

Je pose cette question :

Peut-on sans injustice, dans certains cas, provoquer l'avortement au commencement de la grossesse ?

En principe (ici je ne discute que le principe), je réponds : Oui, il peut exister des circonstances où, sans injustice, cette manœuvre soit permise.

Soit, par exemple, une femme atteinte de vomissements incoercibles, et, dans *notre hypothèse*, nous regardons comme admis et suffisamment démontré :

1° Que la mort de la femme est moralement certaine ;

2° Que tous les moyens rationnels et connus ont été inutiles ;

3° Que, dans le cas présent, la provocation de l'avortement peut seule offrir quelques chances de salut.

Si, comme vous le dites, l'avortement provoqué est un *assassinat* aussi vrai que la *strangulation*, je vous répondrai : il n'est pas permis.

Comme je prétends le contraire, voyons qui de nous est dans le vrai.

Ici deux règles sont en présence : 1° l'abstention d'une part et ses conséquences ; 2° l'action de l'autre, avec aussi ses conséquences.

Le tableau ci-après exprime le résultat dans les deux cas :

RÉSULTAT UNIQUE PAR L'ABSTENTION.

Pour la mère : Mort moralement certaine.
Pour l'enfant : Mort certaine. L'opération césarienne, après le décès de la mère, rendra peut-être le baptême possible.

TROIS HYPOTHÈSES POSSIBLES PAR L'AVORTEMENT MÉDICAL ET EN ESPÉRANCE.

1° *Pour la mère :* Salut. — *Pour l'enfant :* Avortement consommé, baptême possible, mort de l'enfant.
2° *Pour la mère :* Salut. — *Pour l'enfant :* L'avortement provoqué donne lieu à un commencement de travail qui fait cesser les accidents. Arrêt provoqué du travail, par suite, et salut possible de l'enfant.
3° *Pour la mère :* Salut. — *Pour l'enfant :* L'opération a simplement modifié l'état pathologique du système nerveux ; arrêté les accidents sans troubler la grossesse.

Si maintenant, comme j'ose l'espérer, mon assertion n'a rien d'impossible, ni même d'improbable ; si même des faits peuvent parler en ma faveur, ne suffit-il pas de jeter les yeux sur ce tableau pour démontrer même *aux pères conscrits* que, dans ce cas, la provocation de l'avortement, ainsi appliquée, n'est point un *assassinat* en tout pareil à la *strangulation ?*

Examinons : parmi les procédés mis en usage pour provoquer l'avortement, je place par ordre, ici, les douches utérines, le dilatateur utérin, l'éponge préparée avec les modifications que j'y apporte, etc., etc.

Dans le premier cas, les douches utérines, qui ont pu sauver la mère d'une mort moralement certaine en provoquant un avortement, ont-elles aggravé les conditions fâcheuses de l'enfant ? N'est-ce pas la maladie de la mère et sa mort qui le tuent d'abord ? Pourquoi donc laisserais-je périr la mère si la mort de celle-ci ne porte aucun profit au fœtus ?

Mais les douches qui peuvent donner lieu à ce premier résultat nous permettent d'en espérer un plus heureux. Ne savons-nous pas qu'elles sont un puissant modificateur du système nerveux ? M. le docteur Fleury peut vous le dire... Quoi donc d'impossible que ces douches, après avoir amené un commencement de travail, fassent cesser les accidents qui les avaient fait prescrire en nous laissant ensuite la faculté d'enrayer l'avortement et l'espoir de sauver l'enfant avec sa mère.

Enfin, qui nous défend de compter sur leur effet à ce point qu'elles fassent cesser tous les accidents ?

Ce que je dis des douches n'est pas inapplicable à tel et tel autre procédé que j'ai nommé.

Me direz-vous, après cela, que, dans cette manière d'agir et d'interpréter les faits, je commettrai un *assassinat* qui ne diffère en rien de la *strangulation ?*

D'ailleurs, quel que soit le sort réservé à mon travail, on aurait le plus grand tort de me faire parler au nom de la religion catholique. Je n'ai nulle mission pour cela. Mes appréciations me sont toutes personnelles, et je n'attache à mes opinions et à mon mémoire d'autre valeur que celle qu'ils comportent.

Je cherche et désire uniquement la vérité, sans aucune préoccupation d'esprit. Je regrette vivement de voir confondre les choses avec les hommes, prendre les opinions des théologiens pour des dogmes et faire parler l'Église quand elle se tait.

Toute la question se résume ainsi : L'avortement provoqué est-il toujours injuste ?

Si le contraire est démontré, il me semble que cette même question aura avancé.

Agréez, etc., LEMÉNANT DES CHÊNAIS.
Médecin-adjoint du ministère de l'intérieur.

Paris, le 7 août 1855.

RÉPONSE. — Nous n'avons que de très courtes observations à présenter. S'il y a un malentendu, notre confrère l'excusera sans peine, puisqu'il l'impute lui-même à ce que le temps ne lui a pas permis de lire entièrement son Mémoire devant l'Académie. En fin de compte, M. Leménant et nous sommes d'accord en ce que tous deux nous sommes partisans de l'avortement médical ; il n'est pas, dès lors, fort utile de discuter plus longuement sur les voies par lesquelles nous sommes l'un et l'autre arrivés à notre opinion. Parmi les *hypothèses* qu'il admet et dont plusieurs pourraient prêter à contestation, il en est une au moins dans laquelle le fœtus meurt. Or, il meurt *par le fait* des moyens abortifs ; *il meurt avant le temps marqué pour sa mort naturelle ;* et c'est en ce sens que nous avions dit que la position du fœtus était aggravée ; c'est en ce sens aussi que nous avions comparé à la strangulation l'avortement provoqué avant l'époque de la viabilité physiologique. Il nous semble difficile, même après la lettre courtoise qu'on vient de lire, d'envisager les choses autrement.

Mais, encore une fois, nous aimons mieux considérer ici l'avantage d'avoir M. Leménant avec nous dans la pratique, que d'avoir raison contre lui en théorie. Si nous avons raison, il verra d'ailleurs par une analyse insérée plus loin (voir p. 613), que, sur cette matière, nous portons volontiers à la connaissance de nos lecteurs les opinions contraires aux nôtres, quand elles sont suffisamment réfléchies et consciencieuses. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 6 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

MÉDECINE. — *Sur la constatation du sucre dans les urines des diabétiques.* Note de M. *Baudrimont* à l'occasion d'une communication récente de M. *Andral.*

L'auteur, appelé à donner des soins à une dame affectée du diabète depuis six années, remarqua que les quantités de glycose contenues dans les urines variaient dans des proportions considérables suivant que l'analyse en était faite à une époque plus ou moins éloignée du dernier repas. Trois ou quatre essais successifs lui ont prouvé constamment que les urines rendues le matin, douze ou quatorze heures après le dîner, contenaient à peine quelques traces de sucre, tandis que celles émises quelques heures après ce repas renfermaient 12, 16, 22 et jusqu'à 25 grammes de glycose par litre, malgré un régime sévère, une alimentation presque entièrement privée de féculents et une médication fortement alcaline.

En présence d'une pareille observation, l'auteur se demande si, dans l'essai chimique des urines pour le diagnostic du diabète, il ne serait pas prudent et même nécessaire de tenir compte du moment où elles auraient été émises par le malade, en l'interrogeant sur l'heure de son dernier repas. (*Comm.*: MM. Andral, Rayer, Peligot.)

PHYSIOLOGIE. — *Note sur les fonctions motrices du grand sympathique*, par M. *Remaek*. — L'auteur ayant pratiqué chez le chat et le chien la section de la partie cervicale du grand sympathique a constaté sur-le-champ un rétrécissement considérable de l'ouverture des paupières. Il a excité la partie périphérique du nerf par un courant électrique induit, et il a vu la membrane semi-lunaire se retirer et la paupière supérieure se relever, malgré la résistance de l'animal qui, par une contraction spasmodique du muscle orbiculaire, cherchait à fermer l'œil. Quand le courant était interrompu, la paupière retombait sur l'œil. M. Remack conclut de ces expériences que le nerf grand sympathique exerce une action motrice sur les muscles des paupières.

ANATOMIE. — M. *Pucherau* demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé dans la séance du 30 septembre 1839. Ce pli renferme la note suivante : *Rapport entre la distribution du système nerveux et la disposition du système musculaire chez l'homme.* D'après M. *Pueherau*, la distribution du système nerveux au système musculaire varie suivant que les muscles sont larges, ou bien longs et courts.

Pour les muscles longs qui occupent principalement les membres où ils sont disposés par régions, chaque région musculaire a sa branche nerveuse spéciale, et un muscle long ne reçoit en général ses nerfs que d'on seul nerf ou d'une seule branche nerveuse. Si l'on voulait appliquer aux nerfs ou aux branches nerveuses les rapports fonctionnels que l'on établit entre les muscles, en les appelant congénères ou antagonistes, le nerf radial, à l'avant-bras par exemple, serait le nerf antagoniste du médian, tout comme le médian serait congénère du nerf cubital.

Les muscles larges reçoivent leurs filets nerveux de plusieurs branches différentes; mais les mêmes branches nerveuses diminuent l'ensemble des muscles faisant partie d'un même plan musculaire.

Les muscles courts, comme les longs, ne reçoivent leurs nerfs que d'une seule branche nerveuse.

De là une division possible des muscles en deux grandes classes: ceux qui reçoivent leurs nerfs d'une seule branche nerveuse (muscles longs et courts), ceux qui reçoivent leurs nerfs de plusieurs branches nerveuses, différentes (muscles larges).

Note sur le cerveau du cabiai, par M. *Camille Dareste.* — L'auteur insiste spécialement sur l'existence des circonvolutions dans le cerveau du cabiai, ce qui constitue une exception dans la classe des rongeurs, qui ont généralement le cerveau lisse. Ces circonvolutions, marquées par des sillons très profonds, diffèrent de celles qu'on observe chez les autres mammifères, en ce qu'elles n'occupent point toute la surface d'un hémisphère et qu'elles ne s'étendent jamais au delà d'une moitié de ces parties du cerveau, puis en ce que leurs contours sont droits au lieu d'être sinueux.

On ne trouve point, parmi ces sillons, de sillon comparable à la scissure de Sylvius, qui existe plus ou moins développée dans les trois types cérébraux des primates, des carnassiers, des ruminants et des pachydermes.

NOMINATION. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un académicien libre, en remplacement de feu M. *Duvernoy*. Au second tour de scrutin, M. l'amiral *Dupetit-Thouars* réunit la majorité des suffrages, et est proclamé élu.

COMITÉ SECRET. — La section d'anatomie et de zoologie présente la liste suivante de candidats pour la chaire d'anatomie et d'anthropologie, vacante au Muséum d'histoire naturelle. Au premier rang, M. *de Quatrefages* ; au deuxième rang, M. *Gratiolet*; au troisième rang, M. *Hollard* ; au quatrième rang, M. *Jacquart*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 14 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'instruction publique annonce que cinq places seront réservées à une commission désignée par l'Académie pour assister au *Te Deum* qui sera célébré, le 15 août, à Notre-Dame, à l'occasion de la fête de l'Empereur.

2° M. le ministre des travaux publics transmet à l'Académie : *a.* Un rapport de M. le docteur *Dauzon* sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Montigny. — *b.* Un compte rendu des épidémies qui ont régné dans le département de l'Isère en 1854. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Une série de rapports sur les épidémies cholériques qui ont régné : dans l'arrondissement de Bordeaux, par M. le docteur *H. Gintrac* ; dans l'arrondissement de Forcalquier, par M. le docteur *Dauvergne* ; dans le département du Gard, par M. le docteur *Boileau de Castelnau* ; à Montereau-sur-Yonne, par M. le docteur *Goupil*. (*Commission du choléra de 1854.*) — *d.* Un rapport de M. le docteur *Délissade* sur le service des eaux minérales de Cambo pendant l'année 1853. (*Commission des eaux minérales.*)

3° Communication de : — *a.* M. le docteur *Pouget* (Rapport sur le service médical des eaux de Royan.) (*Commission des eaux minérales.*) — *b.* Une série de remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M le *Président* fait connaître à l'Académie la décision définitivement prise par le conseil relativement aux présentations faites à l'issue des séances par les médecins étrangers. Le conseil a arrêté que les présentations, au lieu d'être soumises à l'examen préalable d'une commission spéciale, subiraient désormais le jugement et le contrôle du conseil lui-même, qui apprécierait l'opportunité de la présentation. L'auteur de la présentation sera tenu de remettre à l'Académie une note détaillée sur le cas présenté, et ce travail pourra être renvoyé à une commission, si l'Académie le juge à propos.

Lectures et Mémoires.

CONCRÉTIONS VISCÉRALES. — M. *J. Cloquet* fait passer sous les yeux de l'Académie une grande quantité de concrétions calcaires animales empruntées à différentes collections nationales et étrangères: il y ajoute l'exhibition d'une riche série de dessins représentant des corps étrangers, des calculs de toute espèce, trouvés dans les tissus et les viscères de l'homme et de divers animaux.

M. J. Cloquet distingue deux sortes de *sécrétions calcaires* : les unes sont *naturelles, normales, physiologiques* (enveloppe extérieure des œufs, test, coquilles, etc.) : — Les autres sont *accidentelles*, et se produisent sous l'influence d'un travail insolite, d'une irritation pathologique. Ces dernières sont de différents genres; tantôt ce sont des cristallisations de sels calcaires ou magnésiens; tantôt des agrégats de matières solides (poils, substances pulvérulentes, pépins de fruits, fibres végétales; matières stercorales indurées; calculs biliaires, albumine coagulée, etc.); ces matières sont quelquefois isolées; puis souvent on les trouve mélangées, juxtaposées, adhérentes les unes aux autres; le plus ordinairement réunies autour d'un noyau central, elles sont comme incrustées de sels calcaires et renfermées dans une enveloppe, une coque pierreuse qui peut affecter les formes les plus variées.

M. J. Cloquet appelle surtout l'attention de l'Académie sur les planches représentant : — 1° un entérolithe volumineux extrait par *Marcschal* du tube intestinal d'une femme; — 2° une grosse épingle arrêtée dans le côlon d'un malade, incrustée d'une épaisse couche calcaire et qui a causé finalement la mort du sujet; — 3° un pessaire maladroitement introduit dans la vessie, lequel s'étant fait jour à travers les parois de cet organe avait perforé le cœcum et présentait une portion intestinale incrustée de sels provenant des sucs digestifs, et une portion vésicale incrustée des sels qu'on trouve dans l'urine; — 4° des calculs ayant pour noyau des débris de sondes ou de bougies; — 5° un pessaire de cire jaune qui, après un long séjour dans le vagin, s'était incrusté de sels de chaux et de magnésie; — 6° des concrétions stercorales, cylindriques, et creusées à leur centre d'un canal pour le passage des fèces liquides; — 7° une série de bézoards de bœuf et de cheval, provenant pour la plupart de la collection du musée d'Alfort, tous volumineux, les uns simples, les autres multiples, et offrant tantôt plusieurs noyaux centraux enveloppés d'une coque plus mince, tantôt plusieurs lobes distincts à l'extérieur et séparés par des sillons profonds. Quelques-uns de ces bézoards sont sphériques, la plupart sont polyédriques et assez irréguliers. Tantôt leur surface est lisse et polie, tantôt, et le plus souvent, elle est détruite par le frottement, la collision, ou corrodée par l'action des sucs intestinaux. La plupart de ces bézoards sont constitués par un noyau central, un morceau de bois, un

fragment de brique, un corps étranger quelconque ; — 8° des calculs vésicaux ayant pour noyau central des mèches de cheveux, des pelotons de poils ; — 9° une concrétion utérine développée autour de deux aiguilles et hérissée de poils très rudes à la surface ; — 10° un certain nombre d'égagropiles trouvés dans le tube digestif de différents animaux (lions, bœufs, veaux) ; — 11° d'autres égagropiles, plus rares et moins volumineux, rencontrés dans l'estomac de l'homme (jeune fille et jeune garçon de vingt-deux ans) ; — 12° des égagropiles végétaux (ceux de l'avoine, ceux du *zoster mediterranea*) ; — 13° des concrétions formées par de la paille, du foin, des fibres végétales et trouvées dans le canal digestif de différents animaux, tantôt sous l'aspect d'un bol alimentaire condensé, épaissi, induré, tantôt incrustées de sels calcaires et surtout d'oxalate de chaux ; — 14° un long voile de mousseline avalé par un jeune cheval et conservé longtemps intact dans ses voies intestinales, protégé par une double couche de fibres végétales extrêmement fines et fixées dans les mailles du tissu.

M. *Oudet* désirerait que M. J. Cloquet complétât cette communication par quelques détails sur l'état de la membrane muqueuse qui est en contact avec les corps étrangers dont il vient d'être question.

M. *J. Cloquet* répond que la muqueuse présente ordinairement les différents degrés d'une irritation plus ou moins longue, plus ou moins profonde : rougeur, épaississement, induration, ou même ulcération, perforation, etc.

M. *Velpeau* raconte qu'en 1832 il a eu l'occasion d'observer dans son service un malade qui présentait une étroitesse extrême du rectum. Le doigt, introduit dans cette partie de l'intestin, pénétrait à travers un canal à parois dures, épaisses, inégales, n'offrant cependant aucun des caractères d'une lésion organique, mais permettant de soupçonner une hypertrophie concentrique des os du bassin. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, le malade est atteint d'un accès de délire ; il se précipite par la fenêtre et se tue presque sur le coup. A l'autopsie, on trouva, à côté du côlon ascendant, entre cette portion du gros intestin et l'uretère, un calcul du volume d'une noix ; le tissu cellulaire pelvien était infiltré d'urine, en dehors de l'uretère ; de là une induration lardacée qui avait oblitéré le calibre du rectum.

La concrétion, dont l'analyse chimique n'a pas été faite, mais qui présentait tous les caractères physiques d'un calcul d'acide urique, avait pour noyau central une épingle dont la tête était dans le côlon et la pointe dans l'uretère.

M. *J. Cloquet* rapproche le fait rapporté par M. Velpeau du cas qu'il a cité plus haut de ce pessaire dont une moitié pénétrait dans le cœcum, tandis que l'autre moitié était demeurée dans la vessie.

Chirurgie. — M. le docteur *Verneuil* donne lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs.* (Comm. : MM. Gerdy, J. Cloquet, Robert.) Nous publierons intégralement ce travail.

Voies urinaires. — M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles) lit un travail intitulé : *Sur les moyens de guérir les rétrécissements fibreux rétractiles de l'urèthre, et sur l'excision en particulier.* Dans la première partie de son mémoire, l'auteur apprécie le procédé de M. Maisonneuve. Selon lui, cette méthode n'a rien de nouveau ; elle participe à la fois des idées de MM. Amussat, Ricord, Reybard, Stafford, Bonnet (de Lyon) et Leroy (d'Étiolles). L'opération pratiquée par M. Maisonneuve peut sans doute procurer des guérisons immédiates, mais elle expose les patients à la mort, et ne les soustrait pas aux chances d'une récidive.

M. Heurteloup s'est flatté, lui aussi, d'obtenir la *guérison immédiate* des rétrécissements. M. Leroy ne peut point discuter les procédés de M Heurteloup ; ils sont encore dans la catégorie des remèdes secrets ; l'auteur seul les connaît ; mais les résultats sont connus, et l'on sait que les malades n'ont pas toujours été à l'abri des hémorrhagies abondantes, de l'orchite, de la spermatorrhée, etc.

Puis vient une critique du procédé de M. Reybard. M. Leroy reconnaît l'incontestable mérite de l'ouvrage récemment couronné par l'Académie. Mais les grandes et profondes incisions intra-uréthrales des rétrécissements ne sauraient mettre un malade à l'abri de la récidive. La cicatrice de ces débridements profonds subira tôt ou tard la loi commune aux tissus inodulaires ; elle se rétractera. M. Leroy craint aussi que, malgré les précautions recommandées par M. Reybard, son procédé n'expose les malades aux accidents des infiltrations urineuses.

Après avoir cité encore les méthodes de Van Solingen, de Lassus et de M. Syme, et celle de Ducamp, l'auteur parle, dans une seconde partie, des tentatives qu'il a faites lui-même pour arriver à la guérison radicale des rétrécissements.

Il insiste plus particulièrement sur l'*excision*, qui, à son avis, doit l'emporter sur toutes les autres méthodes, parce qu'elle procure l'ablation totale des cicatrices rétractiles que les autres procédés ne font que diviser.

L'auteur signale ici les modifications, les *perfectionnements* même qu'il a apportés à cette méthode depuis l'adoption du Rapport sur le prix d'Argenteuil.

M. Leroy distingue trois manières de pratiquer l'excision des rétrécissements : 1° d'avant en arrière ; 2° latéralement ; 3° d'arrière en avant. C'est à cette dernière qu'il semble donner la préférence. Aussi s'est-il appliqué, afin de la rendre plus sûre, d'agrandir la sphère d'action de l'exciseur rétrograde par une modification de cet instrument, dont il explique le mécanisme.

A propos de l'excision latérale, M. Leroy rappelle le procédé de M. Grillon et parle avec éloge du sarcotome employé par ce chirurgien. Les instruments et les divers mécanismes imaginés par M. Leroy sont basés sur ces deux conditions : retrancher toute la portion saillante et préserver les parties saines de l'urèthre.

L'auteur donne ensuite la description de l'instrument dont il se sert pour pratiquer l'excision d'avant en arrière, et qui est une modification du tube tranchant de M. Philips. Il emploie encore un autre système d'instruments, dont il fait aussi la description, et qui agit tout à la fois d'avant en arrière et de dedans en dehors.

Dans les cas où les rétrécissements ne permettent pas l'introduction des tiges conductrices, M. Leroy, afin de se procurer un point d'appui, a imaginé de faire pénétrer dans le tissu de l'obstacle une sorte de tire-fond semblable à celui dont M. Fabresy a fait usage pour perforer la membrane du tympan. Il a aussi eu l'idée d'opérer le vide dans le tube au moyen d'une petite pompe, et d'appliquer enfin l'électricité sur un anneau de platine qui, rougi par le courant galvanique, agit sur le rétrécissement comme un emporte-pièce.

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU 17 AOUT 1855.

1. Discussion sur la syphilisation.
2. Quelques considérations sur les hémorrhagies du foie.
3. Élection d'un membre titulaire.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Mémoire sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne, par M. Lebleu (de Dunkerque).

La simplification de M. Lebleu, mise à l'épreuve dans un double fait d'opération césarienne pratiquée à dix ans d'intervalle sur la même personne, consiste dans l'incision abdominale réduite à treize centimètres, et la suppression de toutes les sutures remplacées par un simple appareil agglutinatif, digité, avec bandage unissant. Il n'est pas inutile de faire remarquer que la première opération, reproduite aujourd'hui, a été publiée à l'époque où elle fut pratiquée, parce que les faits répétés ainsi à de longs intervalles altèrent souvent la statistique de ces opérations en grossissant indûment le chiffre des succès. Nous ne reproduisons avec détails de ces deux observations réunies que ce qui a trait à la simplification dont M. Lebleu se promet de grands avantages.

Obs. — La femme C.-D., tailleuse, âgée de dix-sept ans, menstruée depuis un an, pâle et chétive, entre à l'hôpital de Dunkerque, le 10 octobre 1844, à sept heures du soir. Elle porte les traces d'un rachitisme dont elle a été affectée dans son enfance. Sa taille est de 1 mètre 12 centimètres, elle n'a que 48 centimètres de la symphyse pubienne à la plante des pieds ; les tibias sont fortement arqués en avant et les fémurs en dehors. Elle est au terme de sa grossesse, en travail depuis trois heures du matin. L'orifice est dilaté d'environ 8 centimètres, les membranes entières. Le diamètre sacro-pubien a été jugé d'environ 45 millimètres par M. Lebleu et plusieurs de ses collègues, qui avaient décidé depuis plusieurs mois la nécessité de l'opération césarienne. Il la pratiqua immédiatement en présence de ses cinq collègues : incision de la ligne blanche d'environ 15 centimètres et comprenant successivement toutes les couches superposées jusqu'à l'utérus, l'utérus lui-même et les membranes de l'œuf ; extraction de l'enfant, puis du placenta ; hernie des intestins bientôt réduite ; trois points de suture entrecoupés, bandelettes agglutinatives, charpie, compresses, bandages de corps à extrémités digitées.

Le 11, au matin, pouls à 90; peu de lochies, point d'écoulement par la plaie. A midi, vomissements violents, douleurs abdominales; pouls à 130. — Saignée de 700 grammes; 41, puis 15 sangsues sur le ventre. — Le 12, amélioration, pouls à 100, douleurs presque nulles, ventre plus affaissé; plusieurs heures de sommeil. — Deux anses d'intestin faisant hernie à travers la plaie sont réduites; les fils, qui n'ont évidemment servi qu'à augmenter l'inflammation, sont coupés et enlevés et les lèvres de l'incision sont rapprochées par de larges bandelettes agglutinatives qui entourent les quatre cinquièmes du corps. — Le 13, pouls à 100; nuit excellente; plus de douleurs ni de vomissements, deux selles, lochies abondantes, plaie presque sèche. — Le 14, amélioration croissante. Deux cuillerées de bouillon toutes les deux heures. Les trois jours suivants, état très satisfaisant, alimentation de plus en plus grande. — Le 23, l'opérée se lève quelques heures dans un fauteuil. La plaie, dont la réunion s'opère du fond à la superficie, continue de n'être plus pansée qu'à l'aide de longues bandelettes agglutinatives. — Le 29, elle sort en bon état; la plaie est presque cicatrisée.

L'enfant, fortement et très régulièrement constitué était dans le meilleur état possible. Il a continué à vivre. A un an, il était, en santé et en force, au-dessus de la moyenne des enfants.

Cette femme qui, pendant les dix années écoulées entre cette opération et celle qui va suivre, était venue de loin en loin consulter M. Lebleu pour tel ou tel petit dérangement de sa santé naturellement délicate, mais jamais pour rien de relatif aux suites de son opération, vint, il y a six mois lui dire qu'elle se sentait enceinte de trois mois, et le pria instamment de la faire avorter, plusieurs personnes lui ayant dit que cela se pratiquait ainsi dans ces sortes de cas à Paris, où du reste elle était décidée à aller en cas de refus de sa part. Les généreuses exhortations de son médecin qui ne reconnaissait ni à elle ni à lui le droit de détruire son enfant et qui lui promettait d'ailleurs des chances plus favorables que la première fois, en raison de sa meilleure santé, en raison aussi de la possibilité de lui épargner une partie des douleurs et du danger à l'aide du chloroforme et par la suppression des sutures, l'affermirent dans la résolution de subir une seconde fois l'opération césarienne.

Elle entre à l'hospice le 6 juillet 1854, à neuf heures du soir, étant dans les douleurs depuis cinq heures du matin, et ayant le col dilaté d'environ 4 centimètres sans rupture de la poche des eaux. A dix heures, entouré de ses confrères, M. Lebleu procéda de la manière suivante. La femme fut couchée sur un lit étroit, où l'on avait placé par avance, à l'endroit qui correspondait aux vertèbres lombaires et dernières dorsales, d'abord deux bandages de corps étroits à extrémités digitées, puis au-dessus de ceux-ci deux bandes de sparadrap fortement agglutinatif, sur toile grosse et neuve, de 10 centimètres de largeur, assez longues pour s'entrecroiser au défaut de la plaie et coupées chacune en trois divisions dans les trois quarts de leur étendue à partir de leurs extrémités; de copieux linges étaient graissés à droite et à gauche pour préserver cet appareil et le lit lui-même sur lequel elle devait rester après l'opération. Puis l'opérateur mesura et marqua à l'encre le long de la ligne blanche, 13 centimètres seulement depuis 6 centimètres au-dessus du pubis, et incisa d'un seul trait de bistouri sans que la malade ait pu jouir du bénéfice du chloroforme, qu'elle repoussa bientôt elle-même, sa grande agitation la faisant mal respirer (le péritoine, adhérent par suite de la première opération, avait été compris dans l'incision des parois abdominales très amincies). Il incisa aussitôt la matrice dans la même étendue; deux gros jets de sang veineux sortirent de la partie la plus superficielle de cet organe incisé, et le placenta vint aussitôt faire hernie à travers la plaie; l'ayant écarté ainsi qu'un bras de l'enfant, il alla chercher les pieds, par lesquels il tira facilement hors de la matrice une forte fille parfaitement construite, puis le placenta lui-même, un de ses aides tenant bien réduites deux anses d'intestin qui avaient fait hernie, en pinçant de ses deux mains les deux lèvres de la plaie extérieure. En un instant et avec la plus grande facilité, les extrémités digitées des bandes de diachylon, appliquées d'abord immédiatement sur la peau, puis, en s'approchant de la plaie, sur deux fortes compresses graduées situées latéralement, furent entrecroisées au niveau de cette plaie, en laissant seulement un petit espace libre en bas. De la charpie, des compresses et les deux petits bandages unissants, médiocrement serrés, complétèrent l'appareil.

La nuit s'est passée sans sommeil, mais sans agitation; 90 pulsations, très peu de douleur; écoulement peu abondant par la plaie; assez copieux, mais non hémorrhagique, par le vagin. La journée se passa avec calme et quelques heures de sommeil, sans augmentation de fièvre; aucune douleur de ventre. La malade urine naturellement, boit abondamment et avec plaisir et ne se plaint pas du bandage. — Le lendemain, à six heures du matin, on envoie chercher M. Lebleu: elle a perdu abondamment par la plaie et par le vagin, quoique toujours sans douleur; le pouls est à peine sensible, l'agitation extrême. Les bandages et emplâtres sont enlevés avec précaution; la moitié supérieure de la plaie est déjà réunie et tous les viscères exactement contenus; mais en entr'ouvrant la moitié inférieure on voit sortir au dehors un fort jet de sang veineux. L'appareil est réappliqué en comprimant fortement à l'intérieur par des bourdonnets de charpie; 50 centigrammes d'ergotine sont administrés. La mort a lieu vers midi.

L'*autopsie*, faite quatre heures après la mort, fait voir une matrice grosse comme un œuf d'autruche, presque remplie de caillots de sang, et vers le milieu de l'épaisseur des lèvres de la plaie renversées en dehors deux ouvertures de veine comme variqueuses, recouvertes chacune d'un petit caillot noir, à l'endroit le plus hypertrophié de la matrice et auquel avait correspondu le placenta. Les autres organes, notamment le péritoine et les intestins sont sains; une anse du côlon est adhérente par une forte bride au péritoine, à 2 centimètres de la ligne blanche, à gauche. Le diamètre sacro-pubien n'a très exactement que 4 centimètres, y compris l'épaisseur des parties molles. Cette dimension antéro-postérieure augmente très légèrement en se dirigeant vers la cavité cotyloïde droite, mais diminue, au contraire, si l'on se dirige vers la gauche. (*Revue médicale*, 31 mars et 15 avril 1855.)

Bien que partiellement déçu, M. Lebleu s'applaudit, avec raison, du résultat général, qui a été de beaucoup moins malheureux qu'il ne l'est généralement en pareilles circonstances. En effet, comme il le fait observer, de quatre individus vivants qui se sont présentés au médecin, deux ont été sauvés il y a dix ans, plus un il y a quarante jours. Mais, on ne peut pas dire avec lui que, si le quatrième individu n'a pas été sauvé, la cause en doit être rapportée à un accident tout exceptionnel, en dehors de ce qui appartient en propre à l'opération elle-même, et que ce résultat est encore supérieur à tout ce que la céphalotomie ou l'avortement provoqué aurait pu produire de mieux. Que l'insertion du placenta sur le lieu de l'incision de l'utérus soit une circonstance défavorable, cela n'est pas douteux; mais ce qui n'est pas moins douteux, même sans la rencontre du placenta avec l'incision, c'est que l'hémorrhagie et l'inflammation sont les deux causes ordinaires de la mort à la suite de l'opération césarienne, la première plus fréquente sans doute, sans qu'il soit permis de considérer la seconde comme exceptionnelle.

Écartons la céphalotomie qui n'a rien à faire ici. Au degré extrême du retrécissement, il n'y avait que deux partis à prendre, celui qui a été suivi ou celui de provoquer l'expulsion de l'œuf, lorsque cette malheureuse femme est venue la réclamer.

Nous ne blâmons point M. Lebleu de s'y être refusé; mais, en l'état des choses, nous croyons que la conscience la plus scrupuleuse peut se borner là. Nous regrettons donc qu'il se soit cru obligé de la dissuader comme si elle était venue lui demander un avortement avec des intentions criminelles. Aller jusque là, c'est se constituer sans qualité le juge de la moralité des actes d'autrui. Devant le silence et l'abstention, en France et à l'étranger, des autorités toujours vigilantes qui ont la mission et le devoir de faire respecter dans la société la religion, la morale et la loi, l'avortement médical, comme on l'appelle, est et reste une pratique qui a au moins droit au respect; pratique qu'on a bien le droit de combattre, surtout quand on le fait comme M. Lebleu, avec un talent distingué et une ferme conviction, mais qu'on n'a pas le droit de mettre en suspicion de délit tant qu'elle n'est pas légalement condamnée. Les avis que cette malheureuse avait reçus et sa demande n'avaient rien d'insolite; si elle avait été accueillie, elle n'aurait qu'un enfant, il est vrai, qui pourrait encore recevoir ses soins (on nous dit qu'elle était bonne mère), au lieu de deux, peut-être condamnés par sa mort à l'abandon et à toutes les chances aléatoires qui en sont la conséquence.

C'est de bon cœur que nous voudrions pouvoir partager les espérances que l'habile et savant chirurgien de l'hospice de Dunkerque se promet de la limitation de l'incision et de la suppression des points de suture. Malheureusement, cela n'est pas possible. Nous ne lui demanderons pas comment il s'est fait que la première fois, où la simplification n'avait été qu'incomplétement et tardivement appliquée, sa malade s'est si promptement rétablie, tandis qu'elle a si rapidement succombé la seconde fois, où le procédé avait été minutieusement appliqué. Sa réponse, sauf deux petites réserves, nous paraît satisfaisante. En effet, comme nous l'avons

déjà fait observer, la mort est survenue par hémorrhagie, et l'insertion du placenta sur le point incisé a dû y contribuer, sans que la simplification y mît obstacle, n'étant destinée qu'à prévenir l'inflammation. Mais nous ne pouvons plus être de son avis lorsqu'il ajoute que sa malade, morte après quarante heures sans traces de péritonite, avait déjà visiblement échappé à presque toutes les causes de mort qui surgissent à la suite de ces opérations; une assertion aussi en contradiction avec les faits a-t-elle besoin d'être réfutée? On ne sera pas moins surpris de l'entendre dire que, lors de sa première opération, son appareil avait déjà réussi, tout imparfait qu'il était, et que l'inflammation produite par les sutures avait cessé aussitôt après leur enlèvement, si l'on se rappelle que les symptômes, momentanément menaçants, s'étaient déjà très sensiblement amendés sous l'influence d'un traitement antiphlogistique énergique, au moment de cet enlèvement.

Nous sommes avec notre honorable confrère lorsqu'il considère l'inflammation abdominale comme la cause la plus fréquente de la mort à la suite de l'opération césarienne ; mais nous sommes forcé, à regret, de nous en séparer, lorsqu'il trouve que cette inflammation est si clairement augmentée ou provoquée par les sutures. L'étude des observations ne justifie pas une étiologie ainsi circonscrite.

Sous d'autres rapports, l'appareil nous paraît insuffisant et nuisible, en ce qu'il expose à rapprocher seulement les lèvres de la plaie par la peau, si lâchement unie au tissu sous-jacent après la déplétion de l'abdomen; et par son défaut d'extensibilité qui s'oppose au développement du ventre, si souvent sollicité par un météorisme presque toujours considérable, qui rend très pénible toute compression un peu forte.

Nous ne nous arrêterons pas sur la limitation de l'incision à laquelle l'auteur n'attribue pas, du reste, autant d'importance. Nous pensons qu'il a pris trop à la lettre la mesure donnée par les auteurs à l'étendue des incisions; étendue qui, bien qu'indiquée par un chiffre, n'a le plus souvent pas été mesurée et ne dépasse que rarement la longueur nécessaire. Ici, le récit est plus souvent défectueux que l'opération elle-même, qui est généralement bien faite.

On est donc fondé à penser que les praticiens, qui sont effrayés si justement des dangers de l'opération césarienne, ne seront pas rassurés par l'appareil de M. Lebleu, bien qu'il affirme avec une conviction entière que cet appareil offre toute garantie et qu'il est d'une importance capitale.

Essai sur le cathétérisme du canal nasal, par M. Béraud.

M. Béraud, déjà connu par d'intéressantes études sur la fistule lacrymale, vient d'apporter d'ingénieux et utiles perfectionnements au cathétérisme du canal nasal par la méthode dite *de Laforest*. Au lieu de se servir toujours et pour tous les sujets d'un seul et même instrument, il en a fait construire trois, qui diffèrent entre eux surtout par l'ouverture plus ou moins considérable de l'angle suivant lequel la partie lacrymale de l'instrument rencontre son autre partie ou tige ; et il se sert de l'un ou de l'autre de ces cathéters, suivant que le canal nasal est plus ou moins oblique en arrière; obliquité qui varie selon les individus, mais dont il peut s'assurer avant de commencer l'opération, en prenant chez le sujet la mesure qui sépare les deux grands angles de ses yeux. Cette précaution préliminaire lui apprenant à quelle profondeur il convient d'enfoncer le bec de l'instrument pour qu'il rencontre l'ouverture inférieure du canal nasal, il n'a plus besoin de le faire pénétrer, pour le ramener ensuite en avant, jusqu'au point où son contact éveille une vive susceptibilité et provoque l'éternument. En outre, il peut, de cette manière, éviter les tâtonnements, les tentatives multipliées qui, par les anciens procédés, étaient le plus souvent nécessaires pour réussir.

Grâce à la construction de ses cathéters, M. Béraud, au lieu de passer entre le bord inférieur du cornet inférieur et le plancher des fosses nasales (espace beaucoup trop étroit et où l'on ne pouvait s'engager sans craindre de fracturer le cornet), fait glisser le bec de l'instrument sous l'extrémité antérieure de ce cornet.

Ces ingénieuses modifications, en diminuant l'irritation qui accompagnait presque inévitablement les tentatives de cathétérisme nasal, en ôtant à cette opération la plupart de ses chances d'incertitude, contribueront puissamment à en vulgariser la manœuvre, et, par conséquent, à dispenser souvent de l'opération sanglante pour la cure de la fistule lacrymale. (*Archives d'ophthalmologie*, mars et avril 1855, p. 114.)

De l'instabilité du cyanhydrate de morphine, par M. Vanden Corput.

La morphine, qui forme avec l'acide chlorhydrique un sel stable et parfaitement soluble, ne s'unit à l'acide cyanhydrique que pour donner naissance à une combinaison douteuse et très éphémère, qui peut être obtenue, soit directement, en faisant passer un courant d'acide cyanhydrique sur de la morphine suspendue dans l'eau ou dissoute dans l'alcool, soit par double décomposition, en traitant par le cyanure de potassium une dissolution de sulfate ou d'acétate de morphine.

Récemment préparée, cette combinaison renferme de l'acide cyanhydrique en quantité, sinon constante, du moins très appréciable ; mais, sous les plus légères influences, celui-ci se dégage peu à peu, et bientôt le prétendu cyanhydrate n'est plus que de la morphine plus ou moins libre. En analysant quelques échantillons de cyanhydrate de morphine de diverses provenances, M. Vanden Corput a pu se convaincre que la plupart ne renferment aucune trace d'acide cyanhydrique. Un seul échantillon lui a fourni des preuves non équivoques de l'existence de cet acide; mais un examen plus approfondi lui a fait constater en même temps la présence d'une petite quantité de potasse qui, sous forme de cyanure de potassium, se trouvait à l'état de mélange avec de la morphine libre. Partant de cette observation, M. Vanden Corput substitue au cyanhydrate de morphine, dont l'obtention est difficile et la conservation impossible, un simple mélange de parties égales de cyanure de potassium et d'un sel de morphine: l'acétate, par exemple. C'est ce mélange, désigné par lui sous la dénomination assez inexacte de cyanhydrate morphique officinal, qu'il propose d'employer toutes les fois qu'on voudra associer les propriétés thérapeutiques de la morphine à celles de l'acide cyanhydrique. (*Presse méd. belge*, 24 juin 1855.)

Congestion cérébrale suivie d'apoplexie séreuse, chez un cheval, par MM. Harau et Demeester.

Obs. — Un cheval de neuf ans, propre au gros trait, en bon état, dans de bonnes conditions de soins et de travail, s'échappa tout à coup de son écurie, parcourut rapidement deux ou trois cents mètres, força son conducteur, qui était parvenu à le saisir, à suivre son impulsion, et arriva dans une espèce de remise, où, se portant toujours en avant, comme s'il n'y voyait pas, il ne s'était arrêté qu'après s'être heurté avec beaucoup de violence contre une cloison de planche, dont il avait enfoncé une partie ; alors il était tombé sur le sable, où on le trouva quelques instants après, les membres allongés, la tête rejetée en arrière.

La bouche était chaude ainsi que le front, les conjonctives très injectées, l'œil à demi fermé, les extrémités froides, le pouls distendu, un peu accéléré, les veines de la face gorgées, les sens obtus. Le diagnostic porté fut une congestion cérébrale. Une forte saignée fut pratiquée. Mais l'animal succomba neuf heures après. Pendant tout le temps qui s'était écoulé depuis la saignée, l'animal s'était livré à des mouvents violents, désordonnés, pendant lesquels la tête allait se heurter contre les corps environnants avec une force et un bruit extrêmes.

En ouvrant le crâne, on trouva les enveloppes cérébrales *tendues, élastiques*, gorgées par un liquide séreux, clair, limpide, abondant, qui s'écoula dès qu'une incision fut pratiquée dans la dure-mère. Ce liquide, semblable à de l'eau, était contenu dans la cavité des membranes arachnoïdiennes. C'était une véritable hydropisie cérébrale, ou apoplexie séreuse. Ce liquide, conservé, ne se coagula point ; son odeur était nulle. Le reste de l'encéphale paraissait dans un état d'intégrité complète. Aucune altération dans l'abdomen. Le canal intestinal n'offrait aucun phénomène de réplétion. Mais on remarqua une déchirure du diaphragme, à travers laquelle le foie faisait hernie dans la poitrine, et un immense caillot noir recouvrait un des poumons, provenant de la déchirure d'une veine diaphragmatique.

Cette déchirure du diaphragme a été considérée comme s'étant

produite consécutivement et par suite des efforts désordonnés auxquels s'était livré l'animal. C'est elle qui doit avoir amené la mort. Quant à l'épanchement séreux des méninges, les auteurs de l'observation le considèrent, à juste titre suivant nous, comme la conséquence d'une congestion sanguine. La liaison qui peut exister entre les épanchements séreux des méninges et la congestion cérébrale, a été étudiée avec quelques développements dans le *Traité des maladies des vieillards*, de M. Durand-Fardel, t. I, p. 39 et suiv. (*Annales de médecine vétérinaire* publiées à Bruxelles, fév. 1855.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

L'assistance sociale, ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être, par M. Hubert Valleroux. 1 vol. in-8. Paris, Guillaumin.

Tandis qu'une foule d'écrivains éminents consacrent leur talent à des œuvres d'imagination ou de pure spéculation, d'autres, mieux inspirés peut-être, s'appliquent à approfondir les conditions de notre organisation sociale, à en dévoiler les imperfections, à en préparer la reconstruction rationnelle et pratique.

A nos yeux, ne craignons pas de le dire, ce sont là les écrivains utiles. Leurs efforts n'aboutiraient-ils à amener, dans ces diverses branches, que des améliorations partielles, la cause humanitaire y gagnerait d'autant; sans compter que, comme le coin poussé sous la roue, à chaque élan de l'attelage, pour aider le char à sortir de l'ornière, le faisceau de ces petites conquêtes servirait de point d'appui permanent à de nouvelles acquisitions, à des réformes définitives.

Parmi ces pionniers du progrès figure honorablement l'auteur du livre sur l'assistance sociale, connu déjà par des productions qui toutes attestent, une fois de plus, à la louange de notre profession, combien, chez le médecin, le contact de la misère et l'habitude de soulager la souffrance sont capables de féconder le dévouement et d'exalter les tendances morales.

M. Hubert Valleroux ne pouvait, du reste, s'emparer d'un sujet plus opportun, sur lequel, comme il le dit lui-même, on a publié de nos jours beaucoup de mémoires, d'articles et de comptes rendus, mais aucun travail d'ensemble. La question de l'assistance sociale, vitale pour la majeure partie de la population, préoccupe à juste titre les esprits sérieux. Des doutes, d'ailleurs, s'élèvent sur certains points, notamment en ce qui concerne soit les sociétés de bienfaisance, soit les secours à domicile ou dans les hospices auxquels on n'a point réussi encore à assigner leurs limites respectives.

Grâce à une étude opiniâtre et à une rare faculté d'observation, notre confrère nous semble avoir jeté la clarté sur ces problèmes difficiles. Nous voudrions, à cet égard, pouvoir édifier le lecteur par une appréciation rapide; mais nos conditions de publicité nous obligent à nous restreindre à l'indication générale du plan suivi par l'auteur, ce que nous regrettons doublement; car, outre le légitime intérêt que l'opinion médicale attache à toutes les questions charitables, nous aurions pu, ayant nous-même quelque peu envisagé la matière, ajouter, sur divers points, aux aperçus de M. Hubert Valleroux nos données personnelles.

On a classé dans le domaine de l'assistance les écoles, les caisses d'épargnes, les monts de piété et autres établissements analogues. M. Hubert-Valleroux réserve pour une prochaine étude ces institutions de prévoyance, dignes de la plus haute attention. Son cadre actuel se circonscrit seulement à toute cette catégorie de malheureux qui ne peuvent par eux-mêmes alléger leurs maux, subvenir à leurs besoins, infirmes ou vieillards indigents, enfants trouvés, sourds-muets, aveugles, idiots, aliénés, etc.

Par le titre, on peut juger de la nature de l'ouvrage. Des trois parties dont il se compose, une première, exclusivement historique, constate l'origine et les développements de l'assistance sociale; la seconde, narrative et critique, fait connaître la direction des institutions présentes; dans la troisième, enfin, essentiellement dogmatique, sont exposées les innovations dont paraissent susceptibles les divers services. L'avantage de cette manière de procéder se révèle de lui-même. Où trouver un plus sûr guide pour l'avenir, si ce n'est dans l'interprétation éclairée des transformations du fonctionnement aux époques successives ?

Quant aux subdivisions, l'auteur, dans une série de chapitres, passe en revue les phases de l'assistance sociale, dont il découvre les premiers rudiments chez les chrétiens de la primitive Église. Au secours, donné d'abord à domicile, se substitue plus tard le secours hospitalier, nécessité par l'accroissement du nombre des pauvres.

Après ce coup d'œil jeté sur les débuts de la charité organisée, M. Hubert Valleroux en poursuit plus particulièrement les progrès en France, où il lui assigne deux périodes distinctes, l'une antérieure, l'autre postérieure à 1789; celle-ci tendant à la faire dériver d'un droit légal, celle-là, malgré l'immixtion croissante de l'État, à la faire considérer comme une aumône.

Mais le bilan que l'auteur trace des conditions hospitalières actuelles, et le programme réformateur qu'il déduit d'une sévère analyse, constituent surtout la partie fondamentale de son travail. Sous quelque aspect que s'offre cette vaste organisation, étendue et ressources des établissements, gestion financière, personnel administratif, nombre des malades, des pensionnaires ou des secourus, mode d'admission ou de distribution, régime intérieur, nominations, responsabilité, etc., etc., rien n'est omis; tout a été circonstancié et pesé avec cette fermeté mesurée qui accuse la rectitude du sens pratique et une investigation laborieuse.

On peut prédire à la publication de M. Hubert Valleroux un succès assuré. Elle ne vient pas seulement à propos, comme nous l'avons dit en commençant. Si, par l'influence exercée sur les résolutions législatives, elle semble infailliblement appelée à hâter l'avenir de l'assistance sociale, les documents qu'elle renferme, l'art avec lequel ils ont été utilisés, et le style clair et facile revêtant l'expression des pensées, en font une œuvre de tous les temps et de toutes les sphères, un savant répertoire qui sera toujours consulté avec fruit par les esprits généreux, par les chercheurs dévoués au perfectionnement des institutions bienfaisantes. Delasiauve.

VII.

VARIÉTÉS.

M. Paul Broca, chirurgien par intérim de l'hôpital Saint-Antoine, commencera, le lundi 21 août, des conférences cliniques dans lesquelles il s'occupera surtout des applications du microscope à la clinique chirurgicale. — La visite aura lieu à huit heures. Les conférences commenceront à neuf heures et demie et auront lieu le lundi, le mercredi et le vendredi. Les élèves seront gratuitement exercés au maniement du microscope.

— Par décret du 8 août 1855, l'Empereur a confirmé les nominations faites par le général en chef de l'armée d'Orient, en faveur des médecins militaires dont les noms suivent :

Au grade d'officier : M. Boudier, médecin major de 1re classe. — *Au grade de chevalier* : MM. Cassard, médecin aide-major de 1re classe; Campardon, médecin aide-major de 1re classe.

Par décrets impériaux en date du 11 août, rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la légion d'honneur :

Officiers : MM. Parchappe, inspecteur général de première classe des établissements d'aliénés; Vée, inspecteur de l'administration générale de l'assistance publique.

Chevaliers : MM. Dubois, médecin du bureau de bienfaisance du 8e arrondissement de Paris; Pétrequin, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon (Rhône); Voillemier, médecin en chef de l'hôpital général de Senlis (Oise).

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 24 AOUT 1855. — N° 34.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté de S. E. M. le Ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 21 août 1855, ont été nommés, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux :

Professeur titulaire d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants, M. ROUSSET, professeur suppléant à ladite école, en remplacement de M. BARNETCHE, dont la démission a été acceptée ;

Professeur adjoint de clinique externe, M. DENUCÉ (Paul), docteur en médecine, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de M. PUYDEBAT, dont la démission a été également acceptée.

— Par décret du 11 août 1855, rendu sur la proposition du Ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Mourier, recteur de l'Académie de Rennes, chevalier depuis 1843 ; Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel de l'Académie impériale de médecine, chevalier depuis 1813.

Au grade de chevalier : MM. Schützenberger, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, vingt-quatre ans de services ; Seringe, professeur à la Faculté des sciences de Lyon, vingt et un ans de services ; Charma, professeur à la Faculté des lettres de Caen, trente-cinq ans de services ; Ledieu, directeur de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, vingt ans de services ; Spach, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, auteur de l'*Illustrationes plantarum orientalium* et de plusieurs autres ouvrages scientifiques, vingt-sept ans de services ; Davaine, docteur en médecine, médecin de la Bibliothèque Sainte-Geneviève, lauréat de l'Institut, membre de la Société de biologie, et auteur de travaux remarquables sur la médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 16 au 22 août 1855.

200. CRESTEY, Philippe-Pierre, né le 13 novembre 1830 à Domfront (Orne). [*Des opacités pupillaires étudiées au point de vue de leur diagnostic différentiel.*]

201. MARTIN, Charles-Ernest, né le 10 décembre 1830 à Blois (Loir-et-Cher). [*Des lésions des artères intercostales.*]

202. KIRCHBERG, Charles-Jean-Émile, né le 12 janvier 1827 à Nantes (Loire-Inférieure). [*Structure, fonctions et hémorrhagie de la protubérance annulaire.*]

203. STITELET, Charles, né le 12 avril 1830 à Saint-Thiébault (Haute-Marne). [*De quelques états organopathiques dépendant de l'indoloïosie (choléra épidémique).*]

204. MAURICE, Hippolyte-Benjamin, né le 9 octobre 1828 à Saint-Épain (Indre-et-Loire). [*Des modifications morbides de la température animale dans les affections fébriles.*]

205. MEUNIER, Félix-Alcide, né le 9 novembre 1828 à Marans (Charente-Inférieure). [*De la contagion et de l'infection spécialement étudiées dans le choléra.*]

206. ARTHAUD, Pierre, né le 30 novembre 1820 à Grenoble (Isère). [*Quelques notes sur la phthisie pulmonaire.*]

207. PELLAGOT, Jules-Jacques, né le 31 décembre 1826 à Paris (Seine). [*De l'angine de poitrine.*)

208. BAILLON, Henry-Ernest, né le 30 novembre 1827 à Calais (Pas-de-Calais). [*De la famille des hespéridées.*]

209. BÉDANE, Frédéric-Jean-Pierre-Auguste-César, né le 20 mars 1828 à Saumur (Maine-et-Loire). [*De la symptomatologie des cancers squirrheux et encéphaloïdes du sein chez la femme ; de leur diagnostic avec les tumeurs bénignes.*]

210. DE LANGENHAGEN, Jules-Ernest, né le 17 mai 1831 à Morat (Suisse). [*Calculs biliaires.*]

211. MERCIER, Jean-Justin, né le 3 juin 1817 à la Nouvelle-Orléans (États-Unis). [*De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la phthisie aiguë.*]

212. LUCASEAU, Pierre, né le 10 octobre 1827 à Royer (Charente-Inférieure). [*De la poche des eaux dans l'accouchement.*]

213. SALÈS, Firmin, né le 10 août 1826 à Prudhomat (Lot). [*De l'allaitement.*]

214. LEPLAT, Émile-Claude, né le 25 septembre 1826 à Dragey (Manche). [*Sur le mal perforant du pied.*]

215. MAUBON, Jules, né le 6 janvier 1831 à Harreville (Haute-Marne). [*De la kéloïde.*]

216. BRANDT, Georges-Henri, né le 13 avril 1829 à Ponta-Delgada (possessions portugaises). [*Des phénomènes de contraction musculaire observés chez les individus qui ont succombé à la suite du choléra ou de la fièvre jaune.*]

217. LARQUIER, Pierre-Émile, né le 26 mai 1830 à Angeac-Champagne (Charente). [*Des anévrysmes de la crosse de l'aorte.*]

219. FOLEY, Antoine-Édouard, né le 30 mars 1830 à Paris (Seine). [*Étude à propos du choléra-morbus.*]

220. BARJAUD DE LAFOND, Jean-François, né le 21 mai 1825 à Faux-la-Montagne (Creuse). [*La suette miliaire.*]

221. LANNES, Jean-Baptiste-Honoré-Augustin, né le 15 octobre 1829 à Nailloux (Haute-Garonne). [*Étiologie de l'hypertrophie du cœur.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 23 août 1855.

GUÉRISON D'UN KYSTE HYDATIQUE PRÉSUMÉ INTRA-THORACIQUE PAR UNE INJECTION IODÉE. — ACÉTATE DE PLOMB CONTRE L'HYPERTROPHIE DU CŒUR.

Si aucune objection ne pouvait s'élever contre le fond des deux travaux lus mardi dernier à l'Académie de médecine, la pratique médicale aurait fait coup sur coup deux acquisitions intéressantes. M. le docteur Vigla aurait présenté le premier cas connu de kyste hydatique de l'intérieur de la poitrine diagnostiqué sur le vivant, ponctionné, injecté avec la teinture d'iode, et guéri; et M. Brachet (de Lyon) aurait enrichi d'un remède tout à fait nouveau la thérapeutique des hypertrophies du cœur.

Nous n'avons jamais vu l'Académie plus attentive qu'à la lecture de la note de M. Vigla. C'était le prix mérité de la distinction de la forme, de la clarté des descriptions et d'une diction très nette et parfaitement accentuée; puis l'auditoire avait été habilement prévenu, dès le début, qu'il allait assister à *une sorte de tour de force médical*. Très probablement tout le monde avait compris, comme nous, qu'il était échu à l'auteur cette bonne fortune de mettre le doigt sur un signe particulier et caractéristique des hydatides intra-thoraciques; mais, sous ce premier rapport, l'attente a été un peu déçue. Le médecin de la Maison municipale de santé a tiré un parti très judicieux des éléments de diagnostic que lui fournissaient principalement la percussion et l'auscultation; nous rendons justice à la sûreté de vue avec laquelle, au milieu des diverses suppositions qui pouvaient se présenter à son esprit, il s'est arrêté précisément à celle que l'expérience ultérieure a vérifiée; mais enfin, le vrai caractère de la lésion n'a été fixé que par une ponction exploratrice. Pouvait-on mieux faire? Non, sans doute, et c'est justement ce que nous voulons établir ici. Le fait rapporté par M. Vigla n'apporte pas de lumière nouvelle au diagnostic des hydatides pulmonaires ou sous-pleurales.

Seconde remarque. Celle-ci paraîtra peut-être bien hasardée. Si ce kyste présumé de la poitrine était un kyste du foie?

Assurément, un auteur n'est pas tenu de prévoir toutes les hypothèses dont il peut plaire à la critique de s'armer contre lui. Mais nous avons conscience que beaucoup de ceux qui liront l'observation trouveront notre remarque assez naturelle, et nous avons d'ailleurs M. Vigla en trop haute estime pour nous en permettre envers lui qui ne soient pas parfaitement sérieuses. La tumeur était située à droite; l'étendue dans laquelle le son était mat et le bruit respiratoire nul comprenait la région hépatique; et l'on conçoit aisément que les signes stéthoscopiques et plessimétriques peuvent être les mêmes avec un kyste de la base du poumon, repoussant le foie de haut en bas, qu'avec un kyste de la face supérieure du foie, refoulant le poumon de bas en haut; d'autant plus que, dans ce dernier cas, le foie subira toujours un certain degré d'abaissement. Le stéthoscope et le plessimètre diront aisément qu'un corps étranger, solide ou liquide, a envahi la partie inférieure de la cage thoracique; ils sont impuissants par eux-mêmes à reconnaître si ce corps a pris naissance dans le thorax ou y est arrivé par refoulement du diaphragme. Or, il suffirait que le témoignage des signes physiques à cet égard fût seulement douteux, pour que la vraisemblance passât tout entière à la supposition d'un kyste hépatique, par cette raison bien simple que les kystes hydatiques du foie sont infiniment plus communs que ceux du poumon.

Nous n'oublions pas que la matité remontait très haut à droite et qu'elle se prolongeait obliquement vers l'aisselle gauche, surtout en avant. Cette circonstance ne lève pas à nos yeux toute incertitude. On a vu le foie simplement hypertrophié remonter jusque vers le deuxième espace intercostal, aussi haut à peu près que la matité constatée par M. Vigla; un kyste du même organe refoulera plus aisément encore le diaphragme à cette hauteur, parce qu'il ne le repoussera pas par toute sa surface. Et quant au prolongement oblique de la matité à gauche, outre qu'il serait loin d'être inexplicable par une forme particulière du kyste hépatique, nous ne trouvons pas dans l'observation de M. Vigla de détails suffisants sur la part respective de matité qui revient: 1° à la tumeur, quel qu'en soit le siége; 2° au cœur; 3° à la courbure latérale du rachis, qui, ayant sa convexité gauche, devait donner lieu à de la matité de ce côté jusqu'à une certaine distance de l'épine, comme le constate précisément l'observation. Il ne paraît même pas qu'on ait songé, d'aucune manière, à l'influence de la courbure rachidienne sur la forme de la poitrine. Or, ceux qui sont familiarisés avec ce genre de difformité verront aisément que la déformation thoracique signalée par l'auteur est précisément celle que produit une courbure à convexité gauche de la colonne dorsale. Voici, du reste, un résumé de l'observation :

OBS. — Il s'agit d'un conducteur de bestiaux qui avait reçu d'un taureau furieux un coup de pied violent sur le côté droit de la poitrine, quinze mois avant son entrée à la maison Dubois. Depuis ce moment, douleur dans le même côté de la poitrine; dyspnée habituelle. Peu ou point de toux, pas d'expectoration, pas d'hémoptysie, pas de fièvre.

Lors de son entrée à l'hôpital (20 novembre 1853), le malade présente les symptômes et les signes suivants : Douleur assez intense, assez circonscrite au-dessous du sein droit; oppression constante, extrême, après les moindres efforts faits par le malade en marchant, en parlant, ou seulement en voulant exagérer sa respiration. Demi-décubitus habituel sur le dos, quelquefois sur le côté droit, impossible sur le côté gauche. Voix faible, altérée dans son timbre. La forme de la poitrine présente quelque chose de très insolite. En avant, on trouve un développement considérable du côté droit, avec voussure très prononcée, écartement des espaces intercostaux et dilatation des veines sous-cutanées; en arrière, c'est l'inverse qui a lieu, le côté droit paraissant avoir l'aspect normal et le gauche offrant une saillie assez prononcée. La direction du sternum n'a pas sensiblement changé. La colonne vertébrale est légèrement déviée à gauche et convexe dans ce sens.

La mensuration comparée des deux côtés de la poitrine a fourni de 2 à 4 centimètres de différence, suivant qu'on mesurait plus haut ou plus bas, en faveur du côté droit.

Percussion. — En avant, son mat dans toute la largeur et la hauteur du côté droit de la poitrine, à partir du second espace intercostal; son mat dans l'hypochondre et le flanc du même côté, jusqu'au niveau de l'ombilic; son mat dans toutes les parties latérales correspondantes. Des deux points qui viennent d'être signalés comme limites de la matité en haut et en bas, celle-ci se prolonge obliquement du côté gauche de la poitrine, vers l'aisselle, de manière à dessiner assez exactement une sorte de cône. En arrière, la matité occupe aussi tout le côté droit, à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, et elle empiète sur le côté gauche par un

prolongement analogue à celui qui a été signalé en avant, mais moins étendu en hauteur, et limité à son extrémité entre la septième et la neuvième côte.

D'autre part, on trouve un son normal : 1° en avant, dans le premier espace intercostal droit et gauche ; dans la partie inférieure gauche ; 2° latéralement, dans tout le côté gauche ; 3° en arrière, dans presque tout le côté gauche ; dans la partie supérieure droite, depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate.

Auscultation. — En avant, soit à droite, soit à gauche, on n'entend le murmure vésiculaire que sous les clavicules; encore est-il faible et mélangé de quelques râles sibilants. Partout où il y a matité, il y a aussi absence de tout bruit respiratoire. Si l'on fait *parler* le malade, la main appuyée sur les mêmes points ne perçoit aucune vibration, et l'oreille ne distingue aucune résistance. En arrière, bruit respiratoire exagéré dans tout le côté gauche et dans les trois quarts supérieurs du côté droit. De ce même côté, timbre amphorique de la voix et même du bruit respiratoire, semblable à celui que l'on entend dans certains épanchements de la plèvre ; absence de souffle et d'égophonie ; absence de tout bruit et de toute vibration dans le quart inférieur droit.

Les bruits du cœur ne sont guère entendus que sous l'aisselle gauche, sans aucune modification anormale, et seulement dans une petite étendue.

Aucun bruit de souffle dans la direction de l'aorte.

La palpation des espaces intercostaux de la partie antérieure droite de la poitrine donne aux doigts une sensation qui rappelle assez bien celle de la fluctuation.

La déformation singulière de la poitrine, une dilatation partielle aussi considérable, une distribution aussi inégale, aussi irrégulière du produit morbide ne permettant pas d'admettre une maladie du parenchyme pulmonaire, de la plèvre ou du tissu cellulaire environnant, sans l'intervention d'un tissu de nouvelle formation, sans un élément hétérologue, M. Vigla eut à opter entre une tumeur solide et une tumeur formée par un liquide. L'idée d'un anévrysme de l'aorte ou de quelqu'une de ses branches était écartée par l'absence complète des signes de cette affection ; l'absence de tout bruit dans une étendue considérable et le défaut de tout symptôme de cachexie éloignant aussi la pensée d'un cancer, M. Vigla crut pouvoir diagnostiquer un *kyste hydatique*. Une ponction exploratrice, pratiquée le 9 décembre 1853, donne issue à un liquide transparent, sans réaction acide, dont la transparence n'est troublée ni par l'acide nitrique ni par l'action de la chaleur. Introduction d'une canule de Reybard ; issue de 2450 grammes d'un liquide semblable au premier, et, vers la fin, de membranes transparentes, reconnues de nature hydatique par M. Robin. Injection de 250 grammes environ de la solution suivante : Eau distillée, 150 grammes ; alcool, 150 grammes ; iode, 15 grammes ; iodure de potassium, 15 grammes. Évacuation de la moitié du liquide injecté, quelques minutes après ; retrait de la canule, application d'un morceau de diachylon sur la piqûre.

Au moment de l'opération, la dyspnée avait atteint un degré voisin de la suffocation ; l'amaigrissement était considérable, l'anémie très prononcée ; tout cela pourtant sans fièvre hectique. Le 15 janvier, le malade quitte la maison de santé, sans avoir présenté d'accidents sérieux depuis le jour de l'opération. Il est faible, mais son état général s'est notablement amélioré.

M. Vigla a revu ce malade le 3 décembre 1854, et ces jours derniers encore, et il lui a été permis d'établir, par un examen minutieux, que sa guérison pouvait être considérée comme définitive.

— Le mémoire de M. Brachet n'a pas trait, comme le précédent, à un *cas rare*, puisqu'il concerne l'hypertrophie du cœur. Il serait donc fort à souhaiter que l'auteur ne se fût fait aucune illusion sur l'efficacité du nouveau remède qu'il propose contre cette rebelle affection. Une déclaration que nous avons remarquée dans sa lecture nous fait désirer, pour notre part, la sanction d'expériences ultérieures. *C'est chez les jeunes gens, et dans les cas d'hypertrophie récente*, que M. Brachet a surtout réussi. Or, on voit guérir avec le temps, et sans *médication*, tant de jeunes gens qui avaient été tourmentés pendant plusieurs années de battements de cœur violents, avec impulsion, avec bruit éclatant, souvent même avec matité très prononcée et assez étendue de la région précordiale, que nous voudrions, avant de nous prononcer, voir expérimenter le médicament sur des adultes. A cet égard, nous partageons les scrupules de M. Robert. Nous devons aussi faire remarquer que, dans toutes les observations dont M. Brachet a donné connaissance à l'Académie, la digitale a été administrée concurremment avec l'acétate de plomb ; et bien que le résultat paraisse avoir été avantageux dans des cas où la digitale employée seule avait échoué, néanmoins il ne nous paraît pas démontré que cette différence tienne à autre chose qu'à ce que les sujets n'ont pas toujours été sensibles à l'action de ce médicament. Nous prenons la liberté d'engager notre savant confrère de Lyon à entreprendre une série d'expériences avec le sel de Saturne exclusivement.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Mémoire sur le traitement du catarrhe vésical par les injections de nitrate d'argent concentrées, par le docteur L.-Aug. Mercier.

Suite. — Voir le t. II, n° 32.

Je ne dirai pas que cette médication est souveraine ; mais elle est une des plus efficaces que nous possédions, et rarement elle manquerait son but, si l'on pouvait toujours bien distinguer les cas où la vessie seule est malade, et s'y borner. Je compléterai ma pensée en disant que le nitrate d'argent donne des résultats encore plus satisfaisants, plus complets, dans les cas de cystite chronique que dans ceux d'uréthrite. Quant à sa manière d'agir, je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit, page 235 de mes *Recherches sur les valvules*.

Les quatre malades de M. Lebeney avaient un catarrhe vésical consécutif à des blennorrhagies négligées. Le premier avait, en outre, deux rétrécissements qu'on dilata. Chez le premier on fit trois injections; chez le second, deux ; chez le troisième, une ; chez le quatrième, deux. Je pourrais rapporter bon nombre de cas de ce genre, mais je me bornerai au suivant, dont l'authenticité ne laisse rien à désirer.

Obs. I. — Jacques M..., âgé de trente-sept ans, de petite taille, d'une bonne constitution et habituellement bien portant, eut, en novembre 1851, une chaudepisse qui marcha d'abord sans complication aucune et fut traitée par le copahu et des injections dont il ne connaissait pas la nature, mais qui étaient réitérées trois ou quatre fois par vingt-quatre heures. Au bout de huit jours, l'uréthrite avait beaucoup diminué, et pendant deux ou trois jours il ne restait plus qu'une goutte militaire, le matin.

Mais une dernière injection donna lieu, le 2 décembre, à une hémorrhagie uréthrale. M... prit un bain, et cet accident n'est plus revenu ; mais, depuis, il a rendu constamment du pus avec son urine, et cet écoulement le fit entrer à l'hôpital Beaujon, le 29 janvier 1852, au n° 296 du service de M. Robert, alors rapporteur de la commission d'Argenteuil.

Depuis cette complication, les envies d'uriner sont fréquentes, la sécrétion très abondante, et la miction s'accompagne d'une douleur vive au col de la vessie. Le malade se réveille la nuit tous les trois quarts d'heure pour uriner. Le jet est normal ; les urines sont d'un jaune pâle ; elles donnent lieu à un dépôt blanc, purulent, formant un tiers environ de la totalité. Dans un vieil urinal, elles exhalent une odeur ammoniacale et se changent en une masse gluante, visqueuse, tenace, presque semblable à de la colle, due à la réaction de l'ammoniaque sur le pus.

M... fut traité de toutes manières, notamment par les bains quotidiens et la térébenthine, mais sans aucun succès.

Dans le cours de février, M. Leroy (d'Étiolles) proposa de faire dans la vessie, avec une sonde élastique à double courant, des injections prolongées. La première eut lieu pendant un quart d'heure, et ne fit qu'aggraver les douleurs.

Le malade avait de la fièvre tous les soirs ; il maigrissait sensiblement ; bref, sa position devenait inquiétante. Plusieurs fois, M. Mercier avait proposé les injections caustiques ; mais ce n'est que le 23 février que M. Robert consentit à ce qu'elles fussent faites. M. Mercier fit préparer

une solution de 3 grammes de nitrate d'argent pour 60 grammes d'eau distillée ; il poussa d'abord dans la vessie une injection d'eau tiède, puis la moitié de la liqueur caustique, qu'il y laissa quatre ou cinq minutes. Enfin, il fit une seconde injection semblable qu'il laissa et que le malade rendit lorsqu'il ne put plus la tolérer. Une douleur vive suivit immédiatement, et, jusqu'à quatre heures, elle se manifesta au passage de l'urine qui avait lieu tous les quarts d'heure. Alors elle dégénéra en cuissons légères, et tout rentra dans l'ordre. Pas de fièvre ; l'urine, observée le soir, avait une teinte noirâtre.

24. — Une douleur qu'on déterminait ces jours derniers en pressant sur l'hypogastre est un peu moins forte. L'urine donne un dépôt rouge de 4 millimètres.

Les jours suivants, le malade se dit beaucoup mieux, et il pisse moins souvent ; l'urine est jaune pâle, et le pus qu'elle dépose n'occupe plus que le cinquième d'un verre, au lieu d'un tiers.

6 mars. — M. Mercier fait deux nouvelles injections, comme précédemment. Jusqu'à deux heures, douleur, cuisson intense en urinant ; urine noirâtre. Le lendemain, petit dépôt rouge à la surface du dépôt blanc. Les jours suivants, la douleur diminue de plus en plus.

18. — Le malade n'urine plus que toutes les heures, presque sans efforts et sans douleur ; quand il va à la selle, l'urine ne s'arrête plus comme par le passé ; elle ne contient presque plus de pus, un sixième à peine en hauteur dans un verre à champagne.

20. — Trois injections caustiques sont faites de suite. Le soir, malaise, fièvre, dysurie, cuisson en urinant, sang par l'urèthre. (Cat. laud. sur le ventre.)

22. — Ces légers accidents sont calmés. (2 portions de pain.)

25. — Sans cause connue, des douleurs sont revenues dans l'urèthre et au périnée. Peau un peu sèche. (Bain, cat. laud.)

27. — Ces accidents sont dissipés ; tout va très bien.

16 avril. — L'amélioration a augmenté de jour en jour ; cependant un écoulement est survenu par l'urèthre ; l'urine est limpide et ne forme plus un dépôt blanc ; elle ne contient plus qu'un peu de mucus floconneux, et elle est redevenue acide comme dans l'état normal. (Copahu et cubèbe, *aa* 8 gram.). L'appétit diminue ; on suspend le copahu.

26. — L'urine est normale, sauf un léger nuage ; et, si ce n'était que le besoin de la rendre est encore impérieux et qu'il y a une légère douleur à l'anus à la fin de chaque émission, on dirait le malade complétement guéri. (6 pil. par jour, contenant chacune 5 centigr. d'acide benzoïque.)

15 mai — Le malade n'urine plus que toutes les six heures, toujours cependant avec un peu de douleur au col de la vessie.

18. — Il sort guéri, n'éprouvant plus que quelques douleurs dignes à peine d'être notées, pendant la miction. On lui recommande de continuer l'acide benzoïque jusqu'à ce qu'elles aient complétement disparu.

Il revient nous voir à la fin du mois et vers le milieu de juin, et il va toujours très bien. (*Obs. recueillie par* M. Duclos, *interne*.)

Par une singulière coïncidence, et comme pour prouver, ce que je disais plus haut, que le nitrate d'argent a plus d'efficacité contre les cystites chroniques que contre les urétrites, M..., que je n'avais jamais vu chez moi, vient, au moment où je mets son observation sous presse, me consulter pour cette douleur de la partie profonde du canal qui ne l'a jamais quitté depuis trois ans. L'urine est toujours parfaitement limpide.

Obs. II. — M. C..., âgé de cinquante-cinq ans, dont l'observation a été publiée page 350 de la 2e édition de mes *Recherches sur les valvules*, avait été débarrassé par moi d'une rétention d'urine due à cette maladie. « Depuis cette époque, l'état n'a cessé de s'améliorer. Cependant il restait toujours une sensibilité désagréable de l'urèthre, vive surtout lorsque M. C... marchait quelque temps ; les urines, troubles au moment de l'émission, devenaient, par le repos, aqueuses et limpides, en même temps que se formait au fond du verre un dépôt de globules blanchâtres et purulents, *égalant presque la moitié du volume total*. Le besoin d'uriner se faisait sentir au moins toutes les heures, et chaque fois M. C... remplissait à peine les deux tiers d'un verre à champagne.

» Rien ne put égaler la persistance du malade et la mienne à combattre ces symptômes : balsamiques et calmants à l'intérieur ; injections vésicales et uréthrales de toutes sortes, émollientes, narcotiques, astringentes ; j'en fis même avec une solution faible de nitrate d'argent (5 cent. pour 30 gram. d'eau dist.) : tout fut inutile.

Enfin, les 7 et 17 janvier, 20 et 25 février 1846, je portai dans la vessie une injection chargée de 1 gramme d'abord, et ensuite de 1,50 de nitrate d'argent par 30 grammes d'eau, et, à partir de ce moment, cet organe éprouva une modification véritablement remarquable.

» Depuis, M. C... se porte à merveille ; il a repris toutes ses habitudes ; il boit du vin comme par le passé ; il reste deux, trois et même quatre heures sans uriner ; sa vessie se vide complétement ; ses urines ne sont plus pâles, mais d'un jaune normal, et à peine si elles forment au fond du verre un très léger nuage muqueux. »

Obs. III. — M. O... de D..., d'Estain (Meuse), âgé de cinquante-six ans environ, avait été opéré d'une valvule du col de la vessie par un autre chirurgien. Il dit avoir perdu beaucoup de sang. Quoi qu'il en soit, l'opération a remédié à la dysurie, car lorsqu'il vint à moi, en novembre 1853, sa vessie se vidait.

Je ne sais comment les choses se passèrent, mais lorsque je vis M. O..., assez longtemps après l'opération, je le trouvai au lit, en proie à une fièvre continuelle, retenant assez bien son urine pendant le jour, mais la perdant constamment pendant la nuit. Ce liquide était alcalin et formait un dépôt glaireux et sanguinolent très abondant. Les forces baissaient à vue d'œil, et le malade, ainsi que sa famille, était très inquiet.

Pendant une huitaine, j'essayai régulièrement les injections d'eau d'orge, de pavot, de feuilles de noyer, sans changement avantageux. Dès les premiers jours, j'avais parlé des injections au nitrate d'argent concentrées, mais elles avaient été vivement repoussées. Enfin, effrayé de la persistance du catarrhe et de l'affaiblissement progressif qui en était l'effet, on s'y décida. Le lendemain de la première, le malade fut tout étonné d'avoir mieux dormi pendant la nuit, d'avoir eu moins de fièvre que les jours précédents, et surtout de ne pas avoir eu cette incontinence qui lui causait tant de chagrin. L'urine cessa d'être sanguinolente et glaireuse, et il ne resta plus qu'un dépôt bien moins abondant de pus non altéré.

Au bout de dix à douze jours, l'inflammation vésicale reprenait de l'intensité, et l'incontinence commençait à revenir. Je fis de nouvelles injections. Ces symptômes disparurent, et le dépôt passa à l'état de muco-pus, mais ne disparut pas complétement. M. O..., qui était d'un caractère assez timoré, désira en rester là ; de mon côté, comme nous étions à la fin de décembre, dans une mauvaise saison, par conséquent, je n'insistai pas, et il partit.

Je viens de le revoir (juillet 1855) : il se porte parfaitement, il retient assez bien son urine ; cependant il l'avait perdue dans son lit, sans rêver et sans le sentir, quelques jours avant de se mettre en route. Ce liquide, que j'ai examiné, est parfaitement clair, limpide et acide ; il a, en un mot, toutes les apparences normales. M. O... jouit de la plénitude de ses facultés ; seulement il n'éjacule pas, bien qu'il en éprouve toutes les sensations.

Cette observation prouve, comme plusieurs autres que je pourrais rapporter, que l'amélioration immédiate n'est pas la seule que produise le nitrate d'argent. Je dirai même que souvent ce serait en vain qu'on voudrait lutter jusqu'à la fin contre le catarrhe avec cette médication. Mais elle a, — je ne dirai pas cautérisé, car il est rare qu'il y ait véritablement cautérisation, et les pellicules qu'on observe ne sont pour la plupart formées que par du mucus coagulé, — elle a, dis-je, modifié la muqueuse, déterminé la striction de ses capillaires dilatés, et ramené sa sécrétion à un état qui n'est plus offensif pour cette membrane. Il en résulte que les efforts de la nature, qui auparavant étaient impuissants, reprennent leur prépondérance et achèvent la guérison. Le médecin n'a plus qu'à leur venir en aide.

Ce fait nous fournit encore un enseignement : c'est qu'il ne faut pas se servir, pour la section des valvules, d'instruments à lame trop saillante. On a mis en usage ici une imitation de mon instrument, dont la lame, sur tous les modèles que j'ai vus, est trop saillante ; aussi tout donne-t-il lieu de croire qu'on a incisé trop profondément. Je n'ai jamais vu après mes opérations une pareille faiblesse du col. Le résultat des injections au nitrate prouve que l'état pathologique des organes en augmentait l'effet ; mais aujourd'hui que tout est rentré dans l'ordre, la rétention normale de l'urine laisse encore à désirer.

Obs. IV. — M. P..., âgé de cinquante ans environ, me fut adressé, en juin 1851, par le docteur Cambournac, de Bourges, pour un rétrécissement de l'urèthre, compliqué d'un abondant catarrhe glaireux et sanguinolent. Je dilatai largement le canal, puis je fis tous les jours des injections d'eau d'orge et de têtes de pavot, auxquelles j'ajoutai plus tard quelques feuilles de noyer, et, malgré tout, M. P... quitta Paris le 3 août, ne vidant qu'imparfaitement sa vessie, et ne rendant que des urines troubles et purulentes.

Cet état, loin de s'améliorer, ne fit que s'aggraver ; le sang ne tarda

pas à reparaître dans l'urine, et le malade revint le 12 septembre. Je m'assurai de nouveau que le rétrécissement était compliqué d'une valvule musculaire; mais comme cette valvule me paraissait encore à l'état spasmodique, je pensai qu'en faisant disparaître l'inflammation de la partie profonde de l'urèthre et de la vessie, le spasme du col se dissiperait, et j'essayai les injections de nitrate. J'en fis le 23 septembre et le 6 octobre. Sous leur influence le sang disparut, les urines finirent par ne plus donner qu'un léger nuage muqueux, et la vessie se vida d'une manière plus satisfaisante.

Néanmoins, en août 1853, M. P... revint à Paris : le catarrhe avait repris un peu d'intensité, mais il n'était que puriforme et floconneux. Ce qu'il y avait de plus fâcheux, c'est que la vessie ne se vidait pas, et que quelquefois même le malade se sentait menacé de rétention complète. Je divisai sa valvule. L'opération eut un succès parfait, et ne fut entravée que par une légère orchite, à droite, qui ne tarda pas à se dissiper.

M. P... quitta Paris, rendant facilement des urines normales. Néanmoins avec l'hiver survint, sans cause connue, une orchite du côté gauche, orchite qui persista avec une opiniâtreté désolante, et décida le malade à revenir à Paris aussitôt que le plus fort de l'hiver fut passé. Tout fut mis en usage contre cette inflammation, qui restait constamment douloureuse et accompagnée de fièvre : antiphlogistiques, vésicatoires, frictions mercurielles et iodurées avec extrait de belladone ou d'opium, sachets de tan, terre des remouleurs, etc.; j'employai même le sulfate de quinine, croyant remarquer quelque intermittence dans les accès de fièvre; rien ne fit, et tel était l'état du malade qu'il demandait l'ablation du testicule.

Comme il existait en même temps une irritation assez vive de la partie profonde de l'urèthre, j'avais songé à cautériser ce point; mais j'étais retenu par la crainte de donner un nouveau coup de fouet à l'orchite. D'un autre côté, je me disais : Si la persistance de cette orchite tient à l'inflammation de la partie profonde du canal, peut-être serait-il utile de combattre celle-ci pour dissiper celle-là. Après avoir bien balancé ces raisons dans mon esprit, je me décidai porr ce dernier parti ; je cautérisai toute la profondeur du canal avec le nitrate d'argent solide; et bien m'en prit, car à partir de ce moment l'orchite perdit son acuité et marcha vers une résolution rapide. Pendant tout ce traitement, le catarrhe ancien ne reparut plus ; l'urine était souvent muqueuse, mais cet état était constamment en rapport avec l'inflammation de la région prostatique, et quand celle-ci diminuait pendant quelques jours, l'urine redevenait limpide.

J'ai revu M. P... au mois de mars 1855, et il se porte parfaitement; il urine bien, son urine est claire, et l'orchite n'a pas reparu.

Je ferai ressortir trois points dans l'observation précédente : 1° L'insuffisance du traitement des rétrécissements de l'urèthre, quand il y a complication de valvule au col de la vessie ; 2° l'utilité de la cautérisation prostatique dans un cas où l'on aurait pu croire qu'il y avait contre-indication formelle ; 3° l'utilité des injections concentrées de nitrate dans le catarrhe de la vessie, même lorsque celle-ci ne se vide pas. Nous en verrons plus bas des exemples plus frappants encore.

Je pourrais rapporter beaucoup d'autres faits semblables aux précédents ; mais ce serait prolonger ce mémoire indéfiniment et sans profit. Je terminerai par quelques autres qui me paraissent remarquables par quelques circonstances particulières.

Obs. V.—M. M..., de Smyrne, âgé de trente ans environ, de constitution délicate, vint, au mois d'août 1849, me consulter pour une affection déjà ancienne des voies urinaires. Ce jeune homme, de conduite fort régulière, avait senti se développer graduellement des douleurs vers le col de la vessie. Peu à peu le miction était devenue gênée et les besoins d'uriner très fréquents. L'urine était aqueuse, trouble au moment de l'émission, et formait un dépôt de pus abondant, occupant presque la moitié de la hauteur dans un verre à champagne, et souvent mêlé de sang. Une douleur obtuse se faisait habituellement sentir dans la région des reins ; mais ce qui alarmait surtout ce malade, c'est que, pour le moindre écart de régime, pour la moindre fatigue, sa douleur de reins devenait tout à coup si violente qu'il se roulait sur son lit en poussant de hauts cris; en même temps, fièvre très forte, besoins continuels d'uriner, auxquels il ne pouvait satisfaire.

Lorsque M. M... se présenta à moi, le 6 août, je l'explorai avec ma sonde coudée, et je trouvai une irritabilité extrême de la région prostatique, un spasme très prononcé du col de la vessie, une inflammation de cet organe, mais aucun corps étranger dans son intérieur. L'état de l'urine et les douleurs lombaires annonçaient une néphrite chronique : visage pâle, amaigri ; désirs vénériens presque nuls.

Le soir, je fus appelé en toute hâte auprès de M. M... Je le trouvai en proie à une douleur atroce, déchirante, dans la région des reins et à un ténesme incessant de la vessie. Comme il ne rendait pas une goutte d'urine, je crus d'abord à une rétention, et je le sondai. Il ne sortit que quelques gouttes de sang pur. Convaincu que ma sonde était obstruée par un caillot, je la retirai et la réintroduisis ; mais il n'en sortit pas davantage d'urine, et il devint évident que la vessie était absolument vide.

Les douleurs ressemblaient tout à fait à une violente colique néphrétique. Mais comment supposer que les deux uretères étaient simultanément oblitérés par des graviers? C'est alors que le malade me dit être sujet à ces accès, et qu'ils se présentaient toujours avec les mêmes caractères. Je m'arrêtai donc à l'idée que l'inflammation chronique des deux reins avait tout à coup passé à l'état aigu sous l'influence de mon exploration, et j'ordonnai 20 sangsues sur la région lombaire, un bain et des narcotiques intus et extra.

Le lendemain, tout cet effrayant cortége de symptômes avait disparu ; les urines étaient revenues tout à coup en grande abondance, et le malade avait ensuite dormi profondément ; aucune trace de gravelle.

Le 31, comme il se trouvait dans d'assez bonnes dispositions, je pratiquai la dilatation du col, ainsi que le 4 septembre.

Le 6, je poussai une injection de nitrate concentré dans la partie profonde de l'urètre et dans la vessie préalablement vidée. Les effets immédiats n'eurent rien d'extraordinaire; mais je fus rappelé dans la journée pour des symptômes tout à fait semblables à ceux qui avaient suivi l'exploration. La sonde m'indiqua de nouveau que la vessie était absolument vide et ne contenait qu'un peu de sang. (Bain prolongé, puis cataplasme fortement laudanisé sur les reins.) Le lendemain, l'urine était arrivée en grande abondance et le calme revenu.

Malgré cet accident, comme il y avait une amélioratinn sensible de l'urine, nous nous décidâmes à une nouvelle injection le 20, et il n'en résulta rien d'insolite.

12. Le premier jet d'urine étant toujours le plus chargé, je fis une cautérisation du col.

Le 27, l'urine était assez bonne et sortait néanmoins avec une certaine difficulté. Je revins à la dilatation du col, qui n'eut d'autre effet que de ramener l'irritation de cette partie, ce qui me décida à la cautériser de nouveau le 3 novembre.

Cependant nous touchions à l'hiver, et le malade avait tout avantage à retourner dans son pays ; aussi demandait-il à revenir à ces injections qui, sans avoir produit un effet aussi marqué que d'habitude, avaient cependant fait disparaître le sang de l'urine et diminué notablement la quantité de pus ; mais je craignais toujours les douleurs néphrétiques, bien que, depuis le 6 septembre, elles se fussent bornées à quelques réminiscences très supportables. Je demandai donc à consulter M. Lallemand. Celui-ci ayant approuvé ces injections, j'en fis une le 12 ; mais comme elle avait été à peine douloureuse, je craignis qu'elle n'eût pas exercé une action suffisante, et j'en fis, le 16, une autre qui ne causa pas plus de souffrance. Il était évident que la sensibilité de la vessie était considérablement diminuée.

Le malade partit vers la fin du mois, conservant toujours un peu de pus dans son urine, une sensibilité obtuse dans la région lombaire, surtout lorsqu'il faisait mauvais temps, et une certaine irritation du col de la vessie.

En octobre 1851, M. M... m'écrivit qu'il avait encore eu quelques crises dans les reins, mais qu'il y avait bientôt un an qu'il n'en avait pas ressenti, si ce n'est de légères douleurs de temps en temps. La santé générale est très bonne, me disait-il ; les urines sont claires, à peine quelque trace de dépôt et aucune de sang ; seulement il y a toujours des douleurs au col de la vessie au moment de la miction, des besoins impérieux d'uriner et de fréquentes érections pendant la nuit.

Il me demandait de lui envoyer un instrument semblable au mien pour se faire cautériser le col de la vessie.

Je ne me rappelle pas si je lui ai envoyé cet instrument; mais je lui conseillai de se faire appliquer plusieurs larges cautères dans la région des reins. Depuis, j'ai appris, sans autre renseignement, qu'il est satisfait de sa santé.

J'ai rapporté ce fait pour faire voir l'innocuité des injections de nitrate dans un cas véritablement épineux. Mais ma principale intention était de poser cette question : Quelle était la cause de ces violentes douleurs qui se manifestaient par accès dans la région des reins ? Je l'ai déjà dit : pas une goutte d'urine n'arrivait dans la vessie, et il est peu probable que chaque fois les deux uretères se trouvaient simultanément obstrués par des graviers ; d'ailleurs il n'en était jamais sorti. D'un autre côté, faut-il supposer que ces douleurs et la suppression de la sécrétion urinaire étaient dues à une inflammation aiguë des deux reins? Il me semble difficile d'admettre qu'une néphrite double aussi violente aurait pu se répéter si souvent impunément, et qu'elle se serait chaque fois dissipée

avec cette promptitude. Je me suis en conséquence demandé s'il ne s'agissait pas tout simplement d'une obstruction des uretères à leur passage dans les parois de la vessie, par le gonflement de la muqueuse et la contracture de la tunique charnue. Ce qui me le ferait croire, c'est ce que me disait un autre malade, il y a quelques jours seulement. Il a été sujet pendant longtemps à des douleurs atroces sur le trajet du rein et de l'uretère gauches ; et en effet cette région est criblée de larges cicatrices de cautères. Pendant que je souffrais, ajoutait-il, mon urine était beaucoup plus claire que d'habitude, et, lorsque la détente arrivait, je rendais tout à coup une grande quantité d'urine sale et bourbeuse, sans aucune parcelle de gravier. Cela ne tenait-il pas à ce que, pendant ces crises, l'uretère gauche était oblitéré, et que l'urine du rein droit arrivait seule dans la vessie ? Cette question aurait véritablement besoin d'être éclaircie.

Obs. VI. — M. le colonel L..., sexagénaire, me fut adressé, au mois de septembre 1854, pour une affection de vessie. L'urine contenait une grande quantité de sang et de pus, et les besoins d'uriner se répétaient à chaque instant de jour et de nuit. Je constatai par la sonde que cet organe se vidait, et qu'il ne renfermait pas de corps étranger. Une médication astringente interne ayant été sans effet, je fis une injection caustique. Il en résulta immédiatement la disparition du sang, la diminution du pus, et les besoins d'uriner, qui se produisaient au moins vingt ou trente fois pendant la nuit auparavant, ne se manifestèrent plus que sept ou huit fois.

Malheureusement ces accidents reparurent peu à peu, aussi le malade demanda-t-il lui-même une sonde à injection ; mais celle-ci, sans aggraver sa position, n'eut pas le même effet que la première ; et, comme M. L... perdait l'appétit de jour en jour, je le renvoyai, le 10 octobre, dans son pays, sans nouvelle exploration, de crainte de ramener le sang.

Pendant tout l'hiver, M. L... m'écrivit de nombreuses lettres, dans lesquelles il ne se plaignait que de ce dégoût pour la nourriture et des besoins d'uriner qui, redevenus aussi fréquents qu'avant l'injection, ne lui permettaient pas un seul instant de sommeil.

Au printemps dernier, le sang ayant reparu, je crus qu'il existait dans la vessie un calcul qui m'avait échappé, et je demandai à explorer de nouveau cet organe. Comme le malade n'aurait pu venir à Paris, je me rendis chez lui. Je ne trouvai aucun corps étranger; mais, en tournant le bec de mon explorateur, soit à droite, soit à gauche, j'étais arrêté par une tumeur volumineuse de la paroi postérieure. Cette circonstance me fit penser à une dégénérescence de tissu ; et en effet, en portant profondément mon doigt dans le rectum, je sentis distinctement une tumeur bosselée.

Ainsi, malgré la présence d'une maladie aussi grave, les injections de nitrate concentré eurent pour premier effet d'amender les symptômes, et je ne pense pas que personne soit disposé à leur attribuer la marche progressive de la maladie.

Obs. VII. —J'ai rapporté, page 376 de la 2^{e} édition de mes *Recherches sur les valvules*, l'observation du nommé Potier, octogénaire, et affecté, depuis dix-sept ans, d'une rétention d'urine complète. Il avait été lithotritié plusieurs fois par d'autres et par moi ; et comme, au mois de novembre 1845, sa vessie était douloureuse et ses urines très chargées de glaires puriformes, j'injectai, le 9, une solution de 1 gramme de nitrate par 30 grammes d'eau distillée. Le 13, Potier *vint chez moi* et me raconta qu'après la cautérisation, les spasmes dont la vessie était le siége, après l'évacuation de l'urine, avaient cessé, mais qu'ils commençaient à revenir avec la sensibilité. Urines plus claires ; quelques jours après, cautérisation superficielle de la région prostatique sans grand résultat.

Le 29, deux injections pareilles dans la même séance; ce n'est qu'à la deuxième que la douleur se fait sentir, et encore est-elle très supportable. Le lendemain, sensibilité vésicale assez vive ; un peu de sang dans l'urine. Le 31, mieux sensible ; plus de sang, urines claires.

Potier fut assez tranquille tout l'hiver; mais, au mois de mai 1846, nouveaux symptômes de pierre. Lithotritie et extraction artificielle.

Le 2 mars 1847, il revint me voir, se plaignant d'éprouver une douleur très vive dans la vessie, avec des spasmes extrêmement pénibles après chaque miction : les urines étaient puriformes et fétides. Le 8, nouvelle injection de nitrate qui n'amena aucun changement.

Cette persistance et la continuité des douleurs me portèrent à explorer la vessie, et je rencontrai un corps étranger, que j'essayai plusieurs fois de broyer, mais toujours en vain. La taille devenant ainsi l'unique ressource, et cet homme ne pouvant être opéré à l'hospice des Ménages, dont il faisait partie, je le fis entrer à l'Hôtel-Dieu. Là, on retira de sa vessie une sonde élastique volumineuse tout entière, et contournée deux fois sur elle-même. Il ne put nous donner aucun renseignement sur l'introduction de cette sonde. Je suppose que, se l'étant introduite, comme d'habitude, pendant la nuit, il s'endormit tandis qu'elle était dans le canal; que celle-ci a pénétré plus avant, et qu'à son réveil il prit une autre sonde pour se sonder, et repoussa ainsi complétement la première. Il mourut, huit jours après l'opération, à l'âge de quatre-vingt-deux ans. La vessie ne présenta rien qu'une couleur ardoisée de sa muqueuse.

Voici donc un homme extrêmement âgé qui, malgré la nécessité où il était de se sonder à chaque instant, se trouva parfaitement une première fois des injections de nitrate, et s'il ne s'en trouva plus aussi bien la seconde, c'est qu'il avait dans la vessie une sonde volumineuse tout entière. Elles n'ont pas fait de mal, malgré une aussi fâcheuse condition : peut-on désirer mieux ?

Obs. VIII. — M. Rousseau, de Nemours, âgé de soixante-six ans, dont il a été déjà question page 136, avait été lithotritié par M. Civiale; mais il lui restait un catarrhe purulent et glaireux qui égalait le tiers de l'urine. Les soins qui lui avaient été donnés ayant été sans effet, il vint à moi dans les premiers jours d'octobre 1852. Deux injections au nitrate concentré, faites à une huitaine de jours d'intervalle, le débarrassèrent de son catarrhe, et il ne resta pas plus de quinze jours à Paris. Toutefois, je le prévins en partant qu'il avait un engorgement considérable de la prostate, et qu'il ne vidait pas sa vessie, ce qui l'exposerait à une récidive.

Pendant longtemps, M. Rousseau a joui d'une tranquillité parfaite ; mais, au mois de mai 1854, il revint me consulter, se plaignant de voir son catarrhe reparaître accompagné de besoins fréquents d'uriner.

Je lui dis immédiatement que cela tenait à ce que sa vessie ne se vidait pas, et, pour le lui faire voir de nouveau, je lui introduisis une sonde élastique après l'avoir fait uriner. Comme il ne sortait rien, je crus d'abord n'être pas arrivé à la vessie, et j'exécutai des mouvements de va-et-vient pour y pénétrer, mais toujours sans que l'urine jaillît. Cependant, dans l'un de ces mouvements, je crus sentir le frottement d'un calcul, et je m'en assurai à l'aide de mon explorateur. Je compris dès lors que si la vessie se vidait à ce point, malgré la tuméfaction prostatique, cela tenait à la présence de la pierre qui lui donnait une contractilité exagérée.

Trois fois je voulus tenter la lithotritie; mais chaque fois il me fut impossible de faire séjourner seulement deux cuillerées de liquide dans la vessie, tant elle était irritée. Bains, narcotiques par la bouche, par le rectum et en injections, tout fut inutile. J'essayai du chloroforme ; mais ce fut encore pis : la volonté n'agissant plus sur le col vésical, l'injection sortait entre le canal et la sonde sans qu'une seule goutte s'arrêtât dans la vessie. Après ces quatre tentatives, je commençais à croire qu'il n'y avait plus d'autre ressource que la taille.

Néanmoins les conditions n'étant guère plus favorables pour celle-ci, parce que le sujet était très replet, la prostate énorme, et que la vessie coiffait constamment la pierre; me rappelant en outre combien les injections de nitrate avaient été utiles dix-huit mois auparavant, je résolus d'essayer si elles n'amoindriraient pas la sensibilité de la vessie, comme je l'avais bien des fois remarqué dans certains cas de rétrécissements où l'urèthre est si sensible, qu'il ne tolère pas le contact de la bougie la plus souple.

Une première fois, deux injections dépassèrent mon attente; je les répétai trois fois encore à huit jours d'intervalle, après quoi la lithotritie marcha on ne peut mieux : un calcul du volume d'une forte noix fut broyé, et le malade partit guéri le 8 juillet.

Je dois ajouter que depuis que la vessie est guérie de l'irritation causée par le calcul, elle ne se vide plus; aussi ai-je conseillé à M. Rousseau de se sonder et de se faire des injections une fois par jour.

Dans l'observation précédente, les injections de nitrate à haute dose n'avaient pas fait de mal, malgré la présence d'une sonde ; dans celle-ci elles ont fait grand bien, malgré la présence d'un calcul, et je crois pouvoir dire que c'est à cette heureuse hardiesse que le malade doit la vie. Je n'ai plus besoin de rien ajouter en leur faveur.

Lorsque le catarrhe n'a pas cédé complétement à leur emploi, on peut revenir, avec grand espoir de succès, aux moyens habituellement employés, quand même ils auraient été sans effet jusqu'alors.

M. Boinet a préconisé dernièrement les injections iodées dans le catarrhe de vessie. C'est moi qui, je crois, les ai le premier proposées contre cette maladie (*Recherches sur les valvules*, p. 314, 1844), me basant sur une observation de M. Van Wageninge, relative à une hématurie. Depuis ce temps, je les ai employées plu-

sieurs fois, et j'y ai renoncé. Dans de faibles proportions, elles ne font qu'augmenter l'irritation. A fortes doses elles peuvent être utiles, mais leur effet est moins sûr que celui des injections de nitrate, et elles m'ont semblé amortir moins promptement la sensibilité morbide.

LETTRES SUR LE VITALISME, par le docteur EM. CHAUFFARD, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon.

Suite. — Voir le t. II, nos 29 et 32.

Troisième et dernière Lettre.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Depuis la dernière lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser, j'ai pu trouver le loisir de passer des débats académiques sur le vitalisme à ceux correspondants de la presse médicale. Ces derniers, dans leur improvisation rapide jusqu'à l'excès et par leur allure franche et vive, représentent plus nettement les préoccupations publiques du monde des médecins, lesquelles ne réveillent souvent que des échos affaiblis dans les assemblées officielles. L'étude rétrospective de ces discussions n'a que trop confirmé les craintes que j'avais conçues; celles-ci ont même été dépassées. Par une réaction familière à notre faible nature, les hypothèses de l'organicisme, prises en dégoût, semblent devoir nous transporter d'un bond jusqu'aux hypothèses de l'animisme souvent le plus exagéré. C'est ainsi que la plupart de nos journaux de médecine, dépassant bien vite les faits et l'observation, vrais fondements de la science et de l'art, ont embrassé la cause d'un *principe vital*, non pas timidement et comme supposition que l'on pouvait rejeter ou admettre en tant que représentant une existence distincte, mais comme signifiant véritablement un être à part, jouissant de facultés propres, ayant des fonctions séparées à remplir. Une ancienne *Revue* même, abandonnant l'esprit doctrinal dans lequel elle avait été glorieusement fondée, s'est jetée plus en avant qu'aucune autre dans un champ qui devrait rester, pour le médecin, celui des fictions et des curiosités vaines. Le principe vital avait au moins une couleur exclusivement médicale; c'était une hypothèse conçue pour les faits médicaux seulement; et, jusqu'à un certain point, elle nous laissait en possession du pouvoir d'établir nos principes premiers. La *Revue médicale*, je le dis à regret, s'égare jusqu'à méconnaître toutes les notions de l'autonomie médicale: elle fait de la vie le résultat de l'action d'une âme unique, de l'âme intelligente, sur la matière organique. Elle condamne l'hypothèse d'un double dynamisme, imaginée par des médecins et sur des faits vitaux, arbitrairement interprétés sans doute, pour accepter et défendre un monothélisme ou monodynamisme tout aussi arbitraire, et cela parce que ce monothélisme a l'autorité d'un grand docteur en théologie! Car, soyez-en assuré, c'est là le vrai fondement de cette opinion, c'est le motif réel qui l'a fait adopter. Et comme Galien a émis une explication analogue, on le proclame le flambeau de la médecine; Hippocrate et les aphorismes sont presque mis au second rang! Ce sera peut-être même une grande irrévérence de faire remarquer que, comme Galien et ses opinions, même les plus absurdes, avaient religieusement cours dans les écoles au temps où vivait le célèbre théologien qui tend à prendre une telle autorité en médecine, il n'est pas improbable que ce dernier n'ait fait que refléter les idées de celui qui passait pour le Maître alors. En sorte que la théologie a bien pu adopter une opinion parce que c'était celle de Galien, comme tout le monde faisait à cette époque, et qu'aujourd'hui on nous ferait accepter l'opinion de Galien parce que c'est celle de la théologie! Voilà pourtant sur quels fondements on cherche à asseoir les vérités premières de notre science, celles qui doivent vivifier la pathologie entière et la thérapeutique, celles qui doivent nous être toujours présentes, se retrouver actives et fécondes en chacune de nos pensées et de nos déterminations! C'est bien ici le cas de répéter avec Montaigne: « La fin et le commencement de science se tiennent en pareille bêtise! » Pourquoi donc tant s'acharner en ces fins et commencements impossibles, et sur les bêtises que l'on peut s'en forger (je prends ici le mot dans le sens de Montaigne) vouloir édifier les connaissances possibles et vraies? C'est que malheureusement les règles sévères de toute bonne philosophie sont trop volontiers méconnues et outragées, qu'il est doux et facile de se laisser dériver aux jeux de l'imagination, qu'il semble glorieux de donner la complète révélation de la grande énigme, d'expliquer la vie, enfin, le fait suprême de ce monde, au lieu de se borner modestement à la poser comme la loi primordiale, et de se faire une gloire suffisante d'en poursuivre les développements et d'en tracer les conditions nécessaires.

Les démonstrations prétendues vitalistes de la presse médicale m'ont encore inspiré une remarque: c'est que les unes et les autres s'attachent surtout à établir sur la constitution de la vie l'hypothèse qu'elles ont adoptée, mais s'inquiètent peu d'en rechercher les conséquences sur le domaine entier de la science; de voir, par exemple, comment la notion de la maladie s'en trouve modifiée et, de là, comment la pathologie doit être transformée à l'unisson, comment le langage, les descriptions morbides, la thérapeutique, la certitude médicale revêtent des caractères en rapport avec l'idée première acceptée. Ainsi les organiciens ralliés au principe vital ne songent pas que toute leur science est à renouveler par suite; ils restent organiciens de fait après avoir nié l'organicisme en principe. D'un autre côté, ceux qui vont jusqu'à placer dans l'âme intelligente la source de toutes les manifestations vitales, de tous les actes organiques, ne pensent guère non plus à nous retracer l'action nécessaire et permanente de cette âme dans leur exposé des vérités médicales secondaires; ils ne font pas découler sévèrement la maladie et ses caractères essentiels de la notion de la vie qu'ils proclament, en sorte que cette notion peut être tenue pour inutile ou stérile puisqu'elle ne reparaît plus dans la suite. Mais qu'est un dogme, une vérité suprême, qui reste sans influence sur les dogmes et vérités subséquentes? Et pourquoi tant de mots dépensés, tant d'argumentations ambiticuses, quand aucun résultat majeur n'en doit sortir?

Mais ceci me ramène au but de cette lettre, qui est précisément d'étendre aux notions principales de la science la notion première du vitalisme, telle que nous l'avons présentée. Les développements qui s'offrent ici sont immenses, et, j'ose le dire, comprennent tout en médecine; librement appliqués, ils arriveront à transfigurer la science moderne. Mais ceci sera seulement l'œuvre du temps et de notre génération peut-être, si toutefois l'esprit philosophique et l'ardeur du vrai nous animent et nous élèvent au-dessus des difficultés, qui ne naîtront pas uniquement de la nature des choses, mais aussi des habitudes prises, des traditions, et qu'il faudra surmonter. Je ne puis donc penser à enserrer ici tout ce faisceau d'idées et d'enseignements; je me bornerai à indiquer les points culminants et desquels on peut dominer le reste. Ces points se rapportent tous à la maladie en général, et aux données pratiques, aux préceptes générateurs de l'art, qui en découlent.

Qu'est-ce que la maladie? Rappelons ici la définition de la vie: une loi primordiale manifestée par l'organisme. Si nous voulions refléter, jusque dans les termes, cette définition de la vie dans celle de la maladie, nous pourrions dire: La maladie est une loi accidentelle et anormale manifestée par l'organisme, et dont les attributs essentiels, correspondants à ceux de la vie, sont: l'activité, la tendance à la conservation, et le rapport nécessaire avec une ou plusieurs causes accidentelles et anormales comme la manifestation qu'elles provoquent, les unes propres à l'organisme lui-même, et les autres fournies par le monde extérieur. Mais cette définition de la maladie pourrait paraître abstraite, et nous pouvons la transformer en la laissant identique avec elle-même. Pour ce, il nous suffit de la composer avec les attributs nécessaires que nous venons de lui reconnaître: l'activité nous fournira le mot de réaction; la tendance à la conservation s'exprimera en disant que cette réaction s'opère contre la cause qui trouble et blesse, ou tend à troubler et à blesser l'organisme; enfin, pour rendre d'un mot cette cause lésante,

qu'elle provienne du dedans ou du dehors, du monde intérieur ou du monde extérieur, ou de tous les deux, pour l'exprimer par ses effets, seule manière dont nous pouvons l'apprécier, nous l'appellerons affection. Nous définirons donc la maladie : une réaction anormale de l'organisme contre une affection subie par lui. Tout est dans cette définition ; l'activité nécessaire de tout fait morbide envisagé dans sa réalité; sa tendance, plus ou moins libre ou entravée, à la conservation de l'organisme, à la réintégration de l'activité hygide ; la lésion, enfin, primitive ou secondaire, appréciable à nos sens ou leur échappant,—la lésion, non plus isolée ni passivement supportée, mais associée à la vie, causée et causante, établie enfin dans tous ses rapports vrais avec les actes vitaux qui se groupent autour d'elle. Je préfère cette définition, ou,. pour mieux dire, sa forme, à la forme de la définition première indiquée, et plus spécialement calquée sur la définition générale de la vie. Je m'arrête à cette forme parce qu'elle est plus spécialement médicale, plus traditionnelle, plus près des définitions données par les grands maîtres de l'art ; elle est plus d'un clinicien que d'un philosophe ; et s'il faut qu'en médecine le clinicien et le philosophe, l'un observant la nature, l'autre affirmant le nécessaire, se rencontrent en une union profonde, il n'est pas moins vrai que le langage que nous devons préférer est celui du clinicien ; c'est le plus propre, d'ailleurs, à vulgariser les principes de la science.

Quelques médecins vitalistes, préoccupés surtout du but, de la tendance de la maladie, ont cru mieux rendre ce fait en définissant la maladie une *fonction accidentelle et anormale de l'organisme*. Mais ce mot fonction doit être réservé, ce me semble, pour la langue physiologique, et convient mal à la langue pathologique. Il implique un but plus spécial, plus circonscrit, limité et défini, que ce but essentiellement général de la résistance contre les causes de destruction, et des efforts conservateurs et réparateurs de l'organisme. D'autant plus qu'une fonction suppose ordinairement une action libre, contre laquelle les difficultés éventuelles sont rares, bornées, tout à fait exceptionnelles, en dehors du cours ordinaire des choses ; tandis que malheureusement le contraire a souvent lieu en pathologie. La maladie, fonction, trouve trop souvent devant elle des obstacles insurmontables ; presque toujours sa marche est entravée par des complications inattendues. Parfois même la fonction médicatrice est si obscure, si écrasée sous la violence affective, qu'on est presque tenté de la méconnaître, et qu'on ne peut la proclamer que comme vaincue. D'ailleurs, ce mot fonction n'ajoute rien à la définition; et, conduisant à en supprimer la dernière partie, c'est-à-dire l'affection contre laquelle lutte l'organisme, il tend à rendre la définition moins complète, j'oserai dire moins vraie ; il fait, en apparence du moins, la part trop large à la réaction et à son but déterminé, à l'idée fonction, en un mot. En résumé, la définition vitaliste doit comprendre ces deux termes réaction et affection, la première déterminée par la seconde et dirigée contre elle.

La clinique, l'étude des faits isolés, viennent-elles confirmer les notions fournies par la médecine philosophique? La réaction et le but que nous lui avons reconnu sont-ils des faits que l'observateur véritable ne saurait méconnaître? Non-seulement il en est ainsi à nos yeux, mais nous croyons même que, cliniquement, tout est incompréhensible en dehors du mode vitaliste d'interpréter la maladie. Pour mieux établir cette vérité, choisissons successivement quelques exemples parmi les cas où la réaction est nulle et l'affection tout, parmi ceux où elle est obscure et n'apparaît que comme résistance active à l'affection, parmi ceux où elle est évidente, et enfin, dans ces derniers cas, ceux où elle paraît conduire au mal, ceux où elle amène au bien.

Dans les premiers cas, lorsque l'affection est telle que la réaction ou la résistance active est absolument nulle, la mort est instantanée, et, nous ne craignons pas de le dire, il n'y a pas de maladie. Ainsi, un décapité n'est pas malade, la vie est tranchée dans sa source, il n'y a pas de réaction. Une apoplexie foudroyante, qui dilacère profondément la pulpe cérébrale, et entraîne pareillement une mort instantanée, n'est pas non plus une maladie, en tant du moins que ce n'est pas l'acte final d'une série d'actes morbides antérieurs et appréciables. Il en est de même de toutes les morts par destruction subite et violente des parties essentielles à la vie. Admirons ici, par une rare occasion, le bon sens populaire. Vous vous informez de la maladie d'un homme mort de la sorte ; on vous répond : Il n'a pas été malade ; il est mort d'accident.

Il est d'autres cas où la réaction n'apparaît guère que comme résistance active et ne peut prendre le dessus, soit parce que les causes de l'affection sont persistantes, et que celle-ci gagne toujours, soit parce que les causes affectives, délétères et malignes au plus haut degré ont laissé sur l'organisme une invincible et mortelle impression. Ainsi, supposons un homme exposé à l'action d'un froid intense ; après une résistance plus ou moins longue, les parties extrêmes de ses membres s'engourdissent, la circulation s'y ralentit, s'y arrête ; si l'action du froid continue, l'affection s'étend et peut atteindre les organes centraux de l'économie, la mort arrive enfin par la persistance d'action de la cause. L'économie ici a résisté, réagi ; il y a eu maladie réelle, mais comprimée et sans espoir de guérison possible, car la réaction n'a jamais été maîtresse et librement agissante. Notons encore les cas où la cause affective, par sa nature maligne et son action pernicieuse, frappe de mort l'économie, comme dans le choléra, par exemple, où il n'y a espoir fondé de guérison que lorsque la réaction est jugée possible et se manifeste en effet.

Viennent enfin les maladies, et ce sont les plus nombreuses, où la réaction se développe plus largement, prépare les éléments de reconstitution hygide, élimine les principes hétérogènes ou les assimile, triomphe du mal par des procédés réguliers, par des crises diverses. Cette réaction, considérée dans son but salutaire, a reçu l'admirable nom de nature médicatrice. Mais celle-ci n'a pas toujours la puissance de surmonter le mal ; après une lutte plus ou moins longue, après des alternatives souvent bien variées, la nature médicatrice est épuisée, et la vie s'éteint sous l'affection qu'elle n'a pu vaincre. Quelquefois même les moyens qu'emploie la nature tournent à mal, et la réaction, de salutaire qu'elle était ou devrait être, devient funeste. C'est que l'organisme, dans ses réactions contre les causes morbides qui ont agi sur lui, autrement dit contre les affections, obéit à des lois générales, tracées en vue de l'acte majeur, qui est l'acte de la délivrance, pour tout un ordre de faits, mais non en vue de tel ou tel cas particulier, dans lequel, au contraire, sera fatal l'acte ordinairement salutaire. Et ces lois, c'est un de leurs caractères, sont peu nombreuses, se ressemblent, se touchent toutes ; la nature a peu de procédés curateurs ; elle n'est variée que dans l'application qu'elle en fait. Mais si, dans certains cas, l'impuissance des réactions est trop vraie et va quelquefois jusqu'à les faire méconnaître, si même elles semblent parfois funestes et conduisent à un mal particulier par les voies instituées pour le bien, combien leur puissance est habituellement manifeste et souvent merveilleuse ! Qui de nous n'a été confondu devant les ressources infinies de la nature ! Elle opère tous les jours des prodiges qui font assister le médecin observateur aux plus admirables spectacles, et ce sont les médecins qui les ont le mieux compris et médités qui sont restés dans l'histoire nos plus hautes intelligences et les praticiens les plus éminents. Tout Hippocrate est là, et les sources les plus pures de l'art y sont aussi. Exposer les enseignements fournis par ces spectacles est donc l'un des plus considérables sujets que puisse se proposer le génie de l'homme vieilli et toujours inspiré à l'observation de la nature vivante! Pourquoi faut-il que les maîtres aujourd'hui ne puissent à cet égard enseigner les générations qui s'élèvent ! Et combien pourtant celles-ci ont besoin de renaître à ces pensées, à ces fécondes études, pour y régénérer leur art !

Tel est, dans ses traits principaux, le dogme vitaliste de la maladie, lequel est, à proprement parler, toute la médecine et tout l'art de guérir. Ce dogme n'appartient, dans toute sa pureté, qu'à la notion vitaliste de la vie conçue uniquement dans ses rapports nécessaires, comme une loi primordiale manifestée à notre observation et à nos recherches par l'organisme humain. Que l'on se reporte, en effet, aux autres notions de la vie fournies par les systèmes animistes ou par l'organicisme moderne.

L'action du principe vital ou de l'âme unique et intelligente, donnant à la fois la pensée et la vie, doit nécessairement se retrouver dans l'idée correspondante de la maladie, laquelle sera donc une affection de ce principe vital ou de cette âme intelligente. Or, cette hypothèse ne maintient les conditions fondamentales de la maladie établie par la doctrine vitaliste qu'en les défigurant ou en les exagérant. Ainsi, l'activité, la réaction contre le principe du mal appartient en propre à la substance immatérielle posée au dessus du corps vivant, lequel n'est ici que le royaume où la première règne et gouverne. D'un autre côté, le but de la réaction est placé en regard de cet être simple et se déterminant; par suite on est naturellement porté à concevoir une confiance extrême en cet être à qui l'on attribue inévitablement toute l'intelligence des fonctions pour lesquelles il est créé. Pour le vitalisme, l'organisme vivant, obéissant dans sa réaction à des lois éternelles et générales, établies pour tout un ensemble de choses, mais en dehors, par conséquent, des indications et des besoins particuliers, n'a pas une intelligence toujours éveillée directement contre le mal spécialisé, et peut aller même contre les besoins et la conservation de l'individu. Mais il ne saurait en être ainsi pour le médecin qui croit ces fonctions dévolues à un être simple, institué en cette vue, surtout si cet être est l'âme intelligente. L'idée théorique dès lors obscurcira les regards et l'observation de ce médecin placé en face de la nature réagissante; il sortira inévitablement des faits et de leur saine interprétation pour s'égarer dans la contemplation nuageuse d'un être fictif, libre, à volontés distinctes, et dont il cherchera souvent les traces perdues ou impossibles sur la matière vivante mise en mouvement par sa spontanéité propre, et réglée par des lois imprescriptibles, parfois aveugles en apparence pour un cas déterminé. C'est ce qui fait que ce mot de principe vital ou d'âme, reparaissant à tous moments dans la langue pathologique, dans les descriptions morbides, dans la détermination des indications thérapeutiques, donne à toute la science une couleur singulière, qui en fait comme une peinture de régions imaginaires et fantastiques, où l'esprit du peintre crée les apparitions qu'il évoque et rend, plutôt que la peinture solide et lumineuse du monde réel, dans lequel la vie, calme ou agitée, remplit et anime l'espace. Aussi, le langage, les pensées, la confiance, la pratique des médecins logiquement animistes, ont-ils toujours quelque chose de vague ou d'excessif qui est bien loin de la netteté de vue, de la confiance motivée à chaque fois, ou de la surveillance attentive, de la méfiance même, qui distingue les vrais praticiens vitalistes. L'histoire d'ailleurs nous montre les uns et les autres, les médecins animistes et les médecins vitalistes, s'inspirant en réalité de leurs croyances premières, et mettant la pratique et l'art en harmonie avec ces croyances.

L'organicisme va à l'opposé des notions doctrinales fournies par le vitalisme sur la maladie; il a été vraiment fidèle à ses principes dans la définition qu'il a généralement adoptée sur ce sujet, et c'est même cette définition qui permet, en remontant à la conception de la vie qu'elle présuppose, d'attribuer rigoureusement cette conception à l'organicisme moderne, et de l'y ramener comme point de départ; car, d'ordinaire, l'organicisme est peu soucieux de rechercher sa raison d'être fondamentale, sa valeur propre en philosophie médicale. Pour résumer toutes les définitions organiciennes de la maladie, au reste à peine variées dans la forme, je citerai la définition donnée par un des plus élevés représentants de la médecine moderne, dont les inspirations pratiques et les tendances contrastent d'ailleurs avec les dogmes professés, et dont l'influence eût été si grande pour le bien et le vrai s'il eût repoussé dans son enseignement et dans ses écrits ce qu'instinctivement il repoussait si fréquemment dans ses déterminations au lit du malade. « La maladie, dit M. Chomel, est un état caractérisé par une aberration notable, survenue soit dans les dispositions matérielles des liquides ou des solides, soit dans l'exercice d'une ou de plusieurs fonctions. » On le voit, il n'y a rien dans cette définition en dehors des lésions et des troubles d'organes. On sait maintenant ce qui en est exclu pour le médecin vitaliste: c'est l'activité vitale si souveraine dans cette réunion d'actes qui constitue la maladie; c'est la notion de la cause qui donne la raison d'être de ces soulèvements anormaux de la vitalité, qui fournit la règle et l'unité de ces manifestations actives associées; c'est enfin la notion de la tendance à la conservation, de la nature médicatrice, qui indique le but général de cette activité anormale, de cette association convergente d'actes vitaux. La mention unique de lésion et de trouble qui forme cette définition est même créée en dehors des conditions vraies; car l'affection qu'elle constitue comme fait exclusif de la maladie n'a sa valeur réelle, qui est celle de causalité, que lorsqu'elle est reliée et à l'idée de réaction et à l'idée du but de cette réaction.

Que maintenant, par une vue sûre, lente et d'ensemble, on s'efforce d'embrasser ce que doit être, en vitalisme et en organicisme, l'histoire entière des maladies, leur interprétation, l'art de les conduire ou de leur résister, de leur obéir ou de leur commander, tout l'art de guérir en un mot. Quel tableau à contempler! Combien il est saisissant, combien il élève l'esprit par une inspiration, non pas subite et enthousiaste, mais graduelle, soutenue, se développant enfin pleine et assurée! Pour moi, ces méditations sont d'un charme puissant, et j'éprouve à m'y abandonner un attrait irrésistible alors que je franchis le seuil de mes salles d'hôpital, où la solitude est si favorable au recueillement, et qu'absorbé dans la pensée de la nature vivante et réagissante, je passe d'un drame morbide à l'autre, les comparant tous, et essayant d'en pénétrer le sens caché, la valeur, la tendance, l'issue enfin qui se prépare à chacun. Combien alors mes convictions redoublent, et avec quelle force intime je me sens pénétré des dogmes animés du vitalisme! Je ne comprends pas comment en dehors d'eux il me serait possible d'entendre la science et les manifestations de la nature, de croire à un seul précepte de l'art, d'être médecin enfin, si peu que je le sois même avec eux. Combien surtout la pure médecine organique me serait lourde et mortelle, étoufferait dans leur germe tous les élans salutaires qui me peuvent soutenir dans les incertitudes, dans les obscurités inséparables de la pratique médicale! Et je ne sais vraiment comment, sans la force intérieure que donne le sentiment des vérités suprêmes, et surtout en allant contre ces vérités, on peut résister aux tourments du doute qui se cache au fond de toute erreur appliquée; à moins que l'on n'arrive à une sorte d'indifférence, d'endurcissement professionnel, qui vous fait pratiquer l'art sans angoisses et suivre les voies battues sans hésitation douloureuse.

Je n'ai plus l'espace suffisant pour tracer même une courte esquisse des caractères qu'acquiert la science sous la doctrine vitaliste, comparés à ceux qu'elle offre aujourd'hui sous les systèmes de l'organicisme. On trouvera les traits principaux de cet utile parallèle dans une *Étude comparée du génie antique et de l'idée moderne en médecine*, que j'ai osé placer comme introduction aux *Instituts de médecine pratique de Borsieri*, œuvre illustre que j'espère populariser par une traduction dont la publication se prépare, afin d'aider ainsi, suivant mes forces, à la renaissance vitaliste et au véritable accroissement de la médecine pratique. Vous avez eu la bonté, Monsieur, de parcourir cette introduction à l'œuvre de Borsieri, et je serai heureux si elle a pu vous présenter en raccourci les développements du sujet qui s'offre à nous en ce moment, à savoir, comment par l'enchaînement des idées et la toute-puissance des notions premières, la science médicale, vivifiée d'un côté par le vitalisme, livrée d'un autre par l'organicisme, se constitue dans toutes les parties en deux sciences distinctes, je dirai presque opposées. C'est qu'en effet, à un changement profond dans les principes correspond un changement pareil dans le sujet que l'on observe, dans le mode d'observation, dans le langage qui doit exprimer les qualités elles-mêmes du sujet, dans l'art, enfin, qui se fonde sur toutes ces connaissances. J'ai tâché de montrer comment, de chaque côté, le fait majeur de la maladie était pris dans un ordre différent, ici dans la cause, et là dans la lésion; comment variaient, par suite, la détermination des espèces morbides et la description entière des maladies; quel langage convenait à l'un et quel à l'autre, point dont l'importance a été ravivée par les derniers débats de l'Académie de médecine (l'importance de l'organicisme pur y a été repoussée, mais par des raisons accessoires, à mon sens, et qui ne

tenaient pas au fond même des choses). J'ai enfin recherché quelles étaient, d'une et d'autre part, les bases de la thérapeutique et le but de l'art, et, en dernier lieu, la certitude qui devait s'attacher à chacune de ces deux interprétations de l'art de guérir. Tel était l'objet de ce travail de clinique générale que je ne peux répéter ici.

Avant de finir, qu'il me soit permis de rappeler un fait signalé au début de ces lettres, et que l'on voudra bien reconnaître à présent, je l'espère : c'est que le vitalisme, fidèle à la philosophie expérimentale, voué à l'observation vraie et entière des choses, repoussant toute hypothèse parce que l'hypothèse rétrécit toujours le champ de la nature et de l'observation, le vitalisme, dis-je, admet et aime toutes les études, toutes les recherches, même les plus subtiles. Rien de ce qui touche à une fibre du corps humain ne lui est indifférent; il admet, il est vrai, des notions et des études que l'organicisme méconnaît, mais rien de ce que l'organicisme peut étudier et découvrir ne reste en dehors des préoccupations du médecin vitaliste. Croyez-le bien, monsieur, ce n'est pas lui qui repoussera les progrès, les tentatives nouvelles, qui contestera la valeur des moyens perfectionnés d'analyse; il aime la physique, la chimie, le microscope appliqués aux recherches physiologiques comme à l'anatomie pathologique; il les aime d'autant plus que, assis pleinement sur les notions fondamentales de la science, il n'a pas à craindre les écarts où pourraient entraîner ces recherches mal interprétées; il les aime parce qu'il sait les dominer, en user, s'en faire des lumières nouvelles pour éclairer la science, et qu'il ne saurait courir le risque d'en composer une nuit où la science médicale se perd dans des ténèbres que chaque fait nouveau semble épaissir par un nouveau nuage.

Je termine ici, monsieur et très honoré confrère, en vous adressant tous mes remercîments pour le bienveillant accueil que vous avez accordé à ces longues lettres, que l'importance du sujet dont elles traitent soutenait plus que les forces de celui qui les écrivait.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 13 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ZOOLOGIE. — *Considérations générales sur le sous-ordre des poissons osseux dits* jugulaires *ou* protéropodes, formant la tribu unique des *stériopes*, par M. *Duméril.*

CHIRURGIE. — *Des goîtres suffocants*, par M. *Bonnet*. Voici les principales conclusions qui terminent ce mémoire : Il existe, à l'union du cou et de la poitrine, des tumeurs thyroïdiennes qui, malgré leur petit volume, produisent de graves dyspnées accompagnées quelquefois d'engourdissement du bras, d'aphonie, d'incapacité pour tout effort, et d'aplatissement du ventre pendant l'inspiration. Ces accidents dépendent de la compression exercée sur la trachée-artère, le plexus brachial, le nerf laryngé inférieur et le nerf diaphragmatique. Pour faire cesser les accidents que produisent ces tumeurs engagées derrière le sternum et la clavicule, il faut soulever ces tumeurs, les ramener dans le cou et les porter en avant, loin des nerfs qui longent la colonne vertébrale. Divers procédés peuvent servir à ce déplacement momentané; tels sont surtout l'emploi d'une aiguille courbe traversant la peau de la tumeur, ou celui d'une fourchette à bascule, dont la pointe est enfoncée dans la partie saillante et le manche ramené contre la poitrine. La fixité durable des goîtres suffocants dans la position nouvelle s'obtient à l'aide d'une cautérisation par le chlorure de zinc, assez profonde pour détruire les parties molles subjacentes, ainsi qu'une portion de ces tumeurs elles-mêmes. (Huit cas de guérison sur neuf tentatives.)

Des règles à suivre dans l'emploi de la glace après l'opération de la cataracte; question de priorité, par M. *Baudens*. — Après avoir réclamé, en sa faveur, la priorité pour l'application de la glace à l'opération de la cataracte par abaissement, M. Baudens formule quelques règles relatives à l'emploi méthodique du froid après cette opération.

PHYSIOLOGIE. — *Physiologie du cœur; mouvements absolu et relatifs*, par M. *Hiffelsheim*. — Dans ce deuxième mémoire, M. Hiffelsheim cherche à déterminer l'étendue du mouvement absolu ou du battement du cœur, dont il a attribué la cause, dans un premier travail, à un mouvement de recul éprouvé par la totalité de l'organe. Suivant l'auteur, au moment où le cœur entre en contraction, la force contractile manque d'un point d'appui assez fixe pour assurer toute son utile et effective application. C'est vers la base surtout que réside ce point d'appui. De mobiles que sont ses liens en ce point, le cœur tend à les rendre fixes, ce qui n'est possible qu'à l'aide d'une translation vers sa base. Ce mouvement est donc nécessaire dans l'étroite limite de sa possibilité. Le mécanisme de ce mouvement ne saurait être qu'un glissement entre les organes qui fuient, en quelque sorte, devant l'énergique activité du cœur. Ce même mouvement, comme conséquence de la systole et immédiatement lié à l'expulsion du liquide qu'elle détermine, ne se prête pas à la théorie qui attribue le battement du cœur à la « réplétion diastolique du ventricule » sous l'influence de la systole auriculaire.

Comme conséquence de ses premiers travaux sur la circulation, M. Hiffelsheim expose une nouvelle théorie hémodynamique, confirmée par les résultats de ses expériences. Admettant l'impossibilité de la distension brusque et complète des valvules, de l'entière occlusion des orifices cardiaques, et partant l'impossibilité d'une interruption absolue du cercle circulatoire à travers le cœur, considérant ainsi comme anatomiquement impossible la juxtaposition parfaite des parois, l'auteur conteste l'origine généralement admise des bruits du cœur. Il est porté à croire que le redressement de la pointe du cœur favorise à tous égards la manifestation du battement. A l'appui de cette opinion, il cite les expériences de Valentin, dans lesquelles le cœur a toujours continué de battre malgré la section complète de la pointe. (*Comm.*: MM. Andral, Rayer, Bernard.)

Note relative à une nouvelle théorie de la cause des battements du cœur, par M. *Giraud-Teulon*. — L'auteur de ce travail s'attache plus particulièrement à réfuter la théorie qui attribue le mouvement de totalité du cœur à la réaction imprimée aux parois du vase musculeux par le liquide qui s'en échappe et qui a été formulée en ces termes : « Le cœur bat parce qu'il recule. » S'appuyant sur des principes d'hydrodynamique, M. Giraud démontre que l'hypothèse d'un recul dans un vase à parois élastiques, distendu par un liquide refoulé dans sa cavité et suspendu par le cercle même de l'orifice qui donne issue au liquide, revient à l'idée d'un accroissement de la capacité de l'enveloppe correspondant à l'écoulement du liquide.

Cette conséquence inadmissible engage l'auteur à analyser de plus près le phénomène; les expériences qu'il a instituées dans ce but lui ont prouvé qu'il existe une différence essentielle entre ces machines à recul et la poche contractile *suspendue*. Dans cette dernière, en effet, et par le fait même de son mode d'action, existe une résistance au recul qui est toujours au moins égale à la tendance même que le système pourrait avoir à reculer.

Il en serait tout différemment si, au moment où la libre sortie est offerte au liquide, le cercle de sortie de cet appareil devenait libre lui-même, la poche reposant par son fond sur un appui plus ou moins mobile.

Mais ce cas, qui doit être celui où se sont placés les auteurs de la théorie en question, n'est évidemment pas celui du cœur. Le cœur, en effet, doit de toute évidence être dans des conditions dynamiques de même ordre que la poche suspendue.

Par toutes ces considérations, il semble à l'auteur qu'il n'y a pas encore lieu à réformer à ce point de vue les théories qui ont cours dans la science sur la cause et le mode des battements du cœur. (*Comm.*: MM. Andral, Bernard, Rayer.)

ANATOMIE COMPARÉE. — *Nouvelle détermination d'une pièce métatarsienne représentant le pouce chez les ruminants*, par M. *Lavocat*. (*Comm.*: MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

ANATOMIE PHILOSOPHIQUE. — *Note sur le système digital des Équidés, improprement appelés Monodactyles*, par MM. *Joly* et *Lavocat*. (*Comm.*: MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

Considérations anatomiques et physiologiques sur les dents à couronne divisée, et plus particulièrement sur les molaires du lièvre et du lapin, par M. *Oudet*. — Après avoir examiné comparativement les molaires de l'homme et de l'éléphant, M. Oudet arrive à celles du lièvre et du lapin. Il étudie la configuration de leur pulpe et le mode de distribution des membranes. La pulpe est repliée sur elle-même et représente un U dont les branches sont dirigées vers les gencives. Ces branches ou pulpes sont, avant la production des substances dentaires, en contact immédiat avec leurs membranes, lesquelles se réfléchissent sur le côté externe des pulpes dans l'intervalle qui les sépare. (*Comm.*: MM. Serres, Flourens, Coste.)

ANATOMIE. — *Note sur le caractère ontogénique de la perforation qui*

affecte, dans un grand nombre de cas, la cloison des fosses olécranienne et coronoïde de l'humérus, par M. *Hollard*. — Le trou olécranien se rattache au développement de la fosse du même nom, et résulte essentiellement de l'extrême amincissement de la cloison qui sépare cette fosse de la fossette coronoïdienne ; il est comme le terme extrême, mais non nécessaire, d'une tendance ou d'un fait de progression, et ne rentre pas sous l'empire de la loi de conjugaison qui préside à la formation des cavités normales du squelette.

M. *Pucheran* demande l'ouverture d'un paquet cacheté déposé en décembre 1845, et qui renferme une *Note sur quelques caractères ostéologiques et encéphaliques propres aux mammifères palmipèdes.*

MÉDECINE — *Du traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée et appliquée au moyen de divers instruments nouveaux*, par M. *Boulu*. (*Comm.:* MM. Andral, Velpeau, Cloquet.)

NOMINATION. — L'Académie procède, par voie de scrutin, à la nomination de deux candidats pour la chaire d'anthropologie vacante au Muséum d'histoire naturelle. Candidat présenté en première ligne, M. *de Quatrefages*; en deuxième ligne, M. *Gratiolet*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 21 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance. (Renvoyée au prochain n°.)

Lectures et Mémoires.

M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports sur des remèdes secrets, dont les conclusions négatives sont adoptées par l'Académie.

CHIRURGIE. — M. *Bégin* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Chapel*, intitulé : *Du cancer de la face, et du traitement qu'il convient de lui appliquer*. Après de courtes considérations générales sur les divers modes de traitement employés pour la guérison des cancers tant profonds que superficiels, M. le rapporteur examine la question dominante du travail de M. Chapel, c'est-à-dire quelle est la méthode qui doit être préférée dans les cas de cancer épithélial ou de cancroïde de la face? Les caustiques, ou l'instrument tranchant ?

M. Chapel rapporte huit observations de cancroïdes des lèvres ou du nez traités par les caustiques et par l'ablation.

M. Bégin, après avoir analysé et discuté chacun de ces faits, pense qu'il est permis d'en conclure « que les caustiques, lorsqu'ils ne guérissent pas, irritent toujours, exaspèrent le mal et précipitent ses progrès ; — que l'ablation, au contraire, lorsqu'elle doit être suivie de récidive, a l'avantage, du moins dans la majorité des cas, de procurer un soulagement immédiat et une guérison temporaire plus ou moins prolongée. »

M. le rapporteur cite les conclusions du travail de M. Chapel, qui sont entièrement favorables à l'emploi de l'instrument tranchant.

Cependant il reproche à l'auteur du mémoire d'omettre, dans plusieurs parties, des détails d'une assez grande importance, tels que l'indication des caustiques solides ou liquides employés sur les malades dont l'histoire est rapportée, et dont les effets n'ont été que désastreux. Ce travail, insuffisant pour juger péremptoirement la question, apporte néanmoins, pour la résoudre, des éléments solides et de bon aloi. Il présente en outre un intérêt particulier d'actualité, en un moment où se font sur les malades de la Salpêtrière des expériences dont les résultats n'ont pas encore transpiré.

La commission propose d'adresser des remercîments à M. Chapel, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie. — Sur la proposition de M. Moreau, le mémoire de M. Chapel sera aussi renvoyé au comité de publication. (*Adopté.*)

HYGIÈNE. — M. *Collineau*, chargé de prendre connaissance d'un travail ayant pour titre : *Des lois de la nature pour fournir les principes d'hygiène matérielle physique et morale*, par M. *Coinze*, ancien agriculteur, déclare que les idées de cet auteur sont tellement en dehors de la science, qu'il est inutile de faire un rapport.

MÉDECINE. — M. le docteur *Vigla* donne lecture d'un travail ayant pour titre : *Relation d'un cas de kyste hydatique intra-thoracique guéri par la ponction suivie d'une injection iodée* (voir au *Premier Paris*). (*Comm.:* MM Guéneau de Mussy, Cruveilhier, Grisolle.)

M. le docteur *Brachet* (de Lyon) lit une note intitulée : *Observations sur l'emploi thérapeutique du sucre de Saturne contre l'hypertrophie du cœur.* L'auteur rapporte trois faits relatifs à la guérison de l'hypertrophie cardiaque, chez des jeunes sujets, par l'emploi du sous-acétate de plomb cristallisé. Ses essais, qui remontent à plus de trente ans, ont été le plus souvent favorables à ce mode de traitement. M. Brachet administre le sucre de Saturne selon la formule suivante :

Pr. : Sous-acétate de plomb cristallisé (sucre de Saturne). 2 gram.
Extrait de digitale........................ 1 —
Mêlez et faites 20 pilules.

Le plus ordinairement il en a augmenté la dose d'une de cinq en cinq jours, jusqu'à ce que le malade en prît trois le matin et trois le soir.

M. Brachet, recherchant le mode d'action du sous-acétate de plomb, croit que ce médicament agit sur le cœur en vertu d'une propriété élective spéciale, comme le *curare* agit sur le système cérébro-spinal, comme le mercure agit sur l'appareil salivaire, comme les cantharides agissent sur la vessie, comme les diurétiques agissent sur les reins.

M. *Robert* objecte qu'il a vu autrefois, dans le service de Dupuytren, employer assez fréquemment l'acétate de plomb dans des cas d'anévrysme de l'aorte, sans bénéfice pour le malade. Il trouve insuffisants les symptômes d'hypertrophie cardiaque signalés par M. Brachet, et il demande si cet honorable collègue ne se serait pas laissé abuser par des palpitations nerveuses si fréquentes chez les jeunes gens, et que le sous-acétate de plomb aurait guéries à la manière d'un sédatif.

M. *Brachet* répond que, dans tous les cas, il a pu constater les symptômes que l'auscultation fournit comme moyens diagnostiques de l'hypertrophie du cœur. Il avoue, d'ailleurs, que cette médication ne lui a réussi que chez les jeunes malades et chez les sujets dont l'affection était encore récente.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 27 JUILLET 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Lecture du procès-verbal de la dernière séance. (*Adopté.*)

Correspondance. — Elle comprend : 1° Un mémoire de M. le docteur *Gariel* : *Sur quelques points d'histoire et du traitement des maladies de l'utérus.* M. *Duparcque* est chargé de faire un rapport sur ce travail.

2° Le *Bulletin de la Société de médecine de Poitiers.* (*Rapporteur*, M. Forget.)

3° Un rapport de M. le docteur *Sauvet* (de Marseille), sur une brochure de M. *Chargé*, intitulée : *L'homœopathie et ses détracteurs.*

M. *Boinet* fait hommage à la Société d'un ouvrage intitulé : *De l'iodothérapie.* (*Rapporteur*, M. Costilhes.)

Commission. — La commission chargée de faire un rapport sur la candidature de M. *Gariel*, et désignée par M. le président, se compose de MM. Debout, Boinet et Camus.

La discussion sur le rapport de M. *Camus*, relatif à l'emploi de l'onguent mercuriel dans le traitement de la variole, est reprise. (Voir le n° du 6 juillet, p. 501.)

M. *Briquet* a la parole : A entendre M. le rapporteur, il semblerait que M. Gariel aurait le premier eu l'idée d'employer les mercuriaux en topiques dans le traitement de la variole ; mais il y a vingt ans que j'ai fait usage de ce moyen, et d'autres l'avaient essayé avant moi, Zimmermann, par exemple.

J'avais observé que des pustules, dans la varioloïde, recouvertes d'onguent mercuriel, s'arrêtaient par induration, et, voulant savoir si cet arrêt dans la marche de l'éruption tenait à l'application du mercure, j'ai fait diverses onctions avec d'autres topiques et sur d'autres pustules, sur celles du vaccin et du virus syphilitique, qui m'ont conduit à penser que l'arrêt du développement des pustules dans la variole était bien dû à l'action des mercuriaux. Je dois ajouter que ces mercuriaux n'arrêtaient nullement la marche de la pustule syphilitique.

Depuis longtemps, je continue l'usage des applications mercurielles dans la variole, et c'est toujours avec succès qu'elles sont faites sur la face, car sous leur influence le gonflement est moindre, et la chaleur et la douleur sont beaucoup mieux supportées, sans que j'aie jamais eu à redouter de salivations hydrargyriques. Le collodion seul n'empêche pas les pustules de se développer; elles prennent même sous sa couche imperméable une plus grande profondeur. Enfin j'ai essayé, conformément au conseil donné par M. Delioux, de mêler au collodion une dissolution de sublimé, et j'ai constaté que l'effet abortif était à peu près le même qu'avec l'onguent mercuriel, sauf que le collodion au sublimé tiraillait la

peau et n'apportait pas le même sentiment de fraîcheur que l'onguent napuli ain employé seul.

M. *Nonat* regrette que le rapporteur n'ait pas parlé des recherches que j'ai faites il y a dix ans sur le traitement abortif de la variole par les mercuriaux, et que j'ai publiées dans la *Gazette médicale*.

J'ai d'abord employé, ajoute M. Nonat, les moyens abortifs de MM. Serres et Gariel, sans qu'il en soit résulté aucun inconvénient, mais ayant étendu aux membres ce qui avait d'abord été réservé aux pustules de la face, j'ai vu survenir des furoncles et des abcès. Je me suis alors arrêté, et je pense que s'il y a avantage à user des mercuriaux sur la face dans le but de diminuer le nombre et la profondeur des cicatrices, on doit en limiter l'emploi aux varioles peu graves, et quant à faire avorter toutes les pustules, je ne l'oserais pas, dans la crainte, partagée d'ailleurs par les anciens, d'arrêter la marche d'une éruption qu'on peut considérer comme critique à quelques égards, et de provoquer des accidents métastatiques.

M. *Camus* rappelle que c'est M. Gariel qui le premier, à Paris, en 1835, a remis en honneur le traitement par les applications mercurielles; traitement d'une certaine importance, attendu qu'il est réellement efficace contre les pustules développées ou à naître, et qui feraient courir un sérieux danger aux malades.

La pustule et la plaie qui lui succède ont toute la gravité des brûlures, et c'est quelque chose que d'en entraver la marche.

On parle beaucoup de virus, on redoute que l'obstacle apporté au libre développement des pustules retienne à l'intérieur le principe virulent; mais rien ne s'oppose à sa sortie. Dans d'autres affections virulentes sans éruption, la force morbifique du virus n'en perd pas moins ses effets, en même temps que la maladie elle même suit sa marche.

M. *Boinet* voudrait qu'à tous les autres topiques employés pour faire avorter les pustules varioliques on préférât la teinture iodée, qu'il a souvent mise en usage avec succès et sans que son application ait été suivie d'aucun accident. Il a ainsi badigeonné de larges surfaces ecthymateuses sans le moindre inconvénient. Il dit que Crawford a recouvert le corps tout entier de la même solution iodée, et qu'il n'eut pas à s'en repentir. Quant au *modus faciendi*, M. Boinet ajoute qu'il faut faire l'application du moyen pendant quatre jours le soir et le matin. Plus on arrive au début de la période de la suppuration, et plus sûrement on enraie le développement des pustules. Passé le treizième jour, le moyen agit moins efficacement. Sous son action, la peau se dessèche, elle noircit; la desquamation suit promptement, et, lorsque celle-ci est achevée, la peau reste lisse et unie.

M. *Briquet* n'a pas fait usage de la teinture iodée contre le développement des pustules varioliques; pratiquement il ne peut rien en dire. Toutefois, comme on ne peut pas appliquer partout ni le Vigo ni l'onguent mercuriel, il pense que l'iode offre un grand avantage s'il agit aussi bien. Il ajoute qu'un mélange de collodion et de deutochlorure de mercure lui a plusieurs fois réussi.

M. *Camus*. Dans le cours de cette discussion, on s'est occupé de deux points principaux : l'un est relatif au danger qu'il peut y avoir à s'opposer à l'éruption variolique, et l'autre porte sur le meilleur moyen d'atteindre ce but.

Les praticiens sont d'avis unanime sur l'avantage qu'il y a à enrayer la marche de l'éruption au visage et sur les autres parties du corps habituellement découvertes, notamment le cou, les épaules et la région antérieure du thorax chez les femmes. La divergence d'opinion commence à se manifester du moment où l'on cherche à étendre l'application du moyen abortif à de larges surfaces, et plus spécialement à tout le corps. Vous avez entendu, à cet égard, M. Nonat dire qu'il n'oserait pas agir ainsi.— Il est important de ne pas laisser s'établir sur de simples préventions, l'idée qu'il y aurait danger à combattre l'éruption pustuleuse sur toute la surface du derme à la fois; on s'exposerait ainsi à un danger bien plus réel ; celui qui donne la variole confluente est la conséquence de la période de suppuration. C'est en effet dans cette période marquée par l'intensité et l'étendue de l'inflammation que l'on voit souvent succomber les malades. Aussi demeurai-je convaincu de l'avantage qu'il y a à empêcher l'inflammation de se développer sur une grande échelle, et de chercher à la combattre si déjà elle existe. Il en est, jusqu'à un certain point des accidents observés à cette phase de la variole, comme de ceux que la clinique nous apprend à constater dans les suppurations étendues à la suite d'une brûlure. Pour ma part, ajoute M. Camus, je n'hésite pas à couvrir d'onguent mercuriel toutes les surfaces de la peau enflammées, quelque étendue que soit l'éruption, surtout si elle est confluente. Ce topique me semble le moyen abortif le plus efficace, et jusqu'à ce que les assertions de M. Boinet soient démontrées, je pense qu'il faut le conserver.

M. *Fauconneau* est moins hardi que M. Camus et que tous ceux qui partagent sa manière de faire. Il croit au danger de généraliser l'application du topique dans le traitement de la variole, dont on a eu tort de comparer la période suppurative à une brûlure. Celle-ci est une lésion accidentelle produite par une cause externe, tandis que la variole, à quelque époque de son développement qu'on l'envisage, ne cesse pas d'être une maladie spontanée de cause interne, par conséquent d'un tout autre ordre organopathique que celui auquel se rattache une lésion traumatique comme l'est la brûlure. Aussi M. Fauconneau n'hésite-t-il pas à repousser une méthode thérapeutique qui n'aurait pas d'autre fondement que la prétendue analogie invoquée bien à tort, suivant lui, entre deux faits morbides si complétement dissemblables. Il ajoute enfin que les phénomènes ataxiques, notamment ceux qui se manifestent du côté de l'encéphale dans le cours d'une variole, surtout lorsqu'elle est confluente, pourraient bien être aggravés si l'on suivait à la lettre les indications thérapeutiques des partisans des onctions mercurielles généralisées à tout le corps.

M. *Duparcque*, tout en reconnaissant la différence originelle et étiologique signalée par M. Fauconneau, n'en accepte pas moins l'analogie entre une brûlure et les surfaces enflammées et suppurées du derme dans la variole arrivée à sa troisième période. Au début de la maladie, une sorte de fermentation intérieure agite l'économie, un principe morbide fait effort pour se traduire à l'extérieur; sous l'empire de ce travail intestin on voit se produire des réactions sympathiques qui se manifestent par des troubles fonctionnels qui peuvent devenir inquiétants; c'est à cette période d'invasion que se montrent les phénomènes cérébraux dont a parlé M. Fauconneau, et qui cessent dès que l'éruption a eu lieu. Alors la maladie devient en quelque sorte locale; c'est une inflammation de la peau qu'il s'agit de combattre, et c'est ainsi que son assimilation avec la brûlure peut se justifier.

M. *Briquet* voit dans le principe générateur de la variole un élément toxique existant au sein de l'économie, sur lequel le médecin ne peut rien; toute la thérapeutique est impuissante à en neutraliser les effets qui doivent de toute nécessité se produire. Or un de ces effets c'est la formation d'une phlegmasie cutanée avec ou sans pustules varioliques, c'est-à-dire d'une voie qu'il se fraie pour s'échapper au dehors. La pustule n'est donc pas la manifestation virtuelle de ce toxique; cela est si vrai qu'il peut sortir de l'économie sans qu'il y ait suppuration et ulcération du derme. Seulement l'inflammation de la peau qu'il détermine au moment de sa sortie peut à son tour devenir le point de départ d'accidents nouveaux tout à fait distincts de ceux que le virus variolique a pu produire avant d'être expulsé de l'économie. Or c'est pour prévenir ces accidents qu'il est rationnel de chercher à modérer l'inflammation cutanée, et à faire avorter le développement pustuleux qui tend à se faire à la surface. M. *Briquet* ne croit nullement que les topiques dont on fait usage dans ce but puissent mettre obstacle à la sortie du toxique, ainsi que quelques personnes semblent le craindre.

M. *Bourguignon*. Quand on songe au rôle important que jouent les fonctions de la peau dans l'équilibre physiologique qui constitue la santé, on ne peut admettre que ce rôle cesse tout à coup et devienne nul dans l'ordre des faits pathologiques, et notamment pour celui qui affecte plus spécialement l'enveloppe cutanée. Ne sait-on pas qu'en rendant impossible la perspiration de la peau, on produit un trouble notable dans les grandes fonctions de l'économie? Et est il besoin de rappeler que des chevaux dont on couvre tout le corps de goudron ou d'une couche de vernis quelconque meurent en quarante-huit heures? Ces faits expérimentaux sont de nature à faire réfléchir sérieusement sur l'innocuité prétendue du remède dont, suivant moi, on tend à exagérer l'application d'une manière qui peut être nuisible.

M. *Briquet* répond qu'il a couvert de collodion les deux extrémités abdominales d'un rhumatisant, puis, dans l'espace de quatre jours et successivement, le ventre, le thorax, les membres abdominaux, sans qu'il en soit rien résulté de fâcheux. Comme on a dit que l'albuminurie se produisait lorsqu'on empêchait la peau de fonctionner, M. Briquet a observé avec soin chez ce malade les urines, et il ne les a pas trouvées albumineuses.

La clôture de la discussion est prononcée.

M. *Nonat* a la parole pour une communication relative à l'*utilité des fumigations de chlore comme moyen prophylactique du choléra*.

Lorsque j'entrepris sur les fumigations de chlore les expériences dont je vais faire connaître les résultats, je ne me proposai qu'un seul but, celui de rendre l'air moins insalubre en détruisant les miasmes répandus par les malades eux-mêmes. Je ne songeai nullement à combattre la cause générale du choléra épidémique. Le souvenir de ce qui s'était passé en 1832 eût suffi pour éloigner cette idée de mon esprit. On se rappelle, en effet, qu'à cette époque on fit un grand usage des fumigations de chlore, et que malgré ce moyen la maladie sévit avec beaucoup de violence; on sait, en outre, que dans des fabriques de chlorure de chaux les ouvriers n'ont pas été à l'abri du choléra. Mais employées avec mesure et dans

certaines conditions, les fumigations de chlore pouvaient elles produire de bons effets? L'expérience seule devait nous l'apprendre. En conséquence, à partir du 21 décembre 1853, quelques jours après que l'influence de l'épidémie s'était manifestée à l'hôpital de la Pitié et que plusieurs de mes malades en avaient été les victimes, je fis établir des fumigations de chlore dans ma division, composée des deux salles Saint-Paul et Saint-Charles.

Afin d'entretenir d'une manière permanente autour de mes malades une quantité suffisante de chlore, j'eus recours au procédé suivant: Je fis placer dans mes deux salles un certain nombre de vases remplis de chlorure de chaux délayé dans une suffisante quantité d'eau. Ces vases avaient 12 à 15 centimètres de diamètre, et 7 à 10 centimètres de profondeur. On renouvelait le chlorure de chaux tous les jours ou tous les deux jours, de façon qu'il y eût un dégagement continu de chlore dans l'atmosphère. Si ce dégagement dépassait les limites voulues, si l'odeur du chlore se faisait trop vivement sentir, il était expressément recommandé de diminuer la quantité de chlorure. Ces précautions furent rigoureusement observées pendant toute la durée de l'épidémie. Ce procédé, bien simple et très peu dispendieux, remplit parfaitement le but que je me proposais d'atteindre.

Pour faire mieux ressortir les effets produits par les fumigations de chlore, je crois pouvoir donner sous forme de tableau le relevé des cholériques traités dans les différents services de la Pitié, depuis le 1er janvier 1854 jusqu'à la fin du mois d'août, c'est-à-dire pendant huit mois. J'ai eu soin d'indiquer séparément les cholériques venus du dehors de ceux appartenant à l'intérieur de l'hôpital. On comprend l'importance de cette distinction.

1° *Cholériques venus du dehors.*

	Hommes.	Femmes.	Total.
MM. Gendrin	92	81	173
Nonat	34	1	35
Valleix	14	17	31
Marrotte	18	32	50
Sée	8	32	40
Laugier	0	0	0
Michon	0	0	0

2° *Cholériques appartenant à l'intérieur de l'hôpital.*

	Hommes.	Femmes.	Total.
MM. Gendrin	28	16	44
Nonat	4	1	5
Valleix	13	4	17
Marrotte	9	14	23
Sée	5	14	19
Laugier	6	5	11
Michon	4	1	5

Si nous jetons un coup d'œil sur le tableau précédent, si nous comparons entre eux les cholériques traités dans chaque division, nous voyons que les cas de choléra déclarés à l'intérieur se sont multipliés à mesure que les cholériques venus du dehors devinrent plus nombreux. Dans ma division seulement, ce rapport n'est plus le même que dans les autres divisions. En effet, j'ai reçu 35 cholériques du dehors, et cependant je n'ai eu que 5 cas de choléra déclarés dans mes deux salles, c'est-à-dire le même nombre que dans la division de M. Michon, où il n'a pas été admis de cholériques du dehors. Je dois ajouter qu'avant de mettre en usage les fumigations de chlore, mes salles n'ont pas été moins frappées que les divisions de mes collègues.

En résumé, dès l'instant que les fumigations furent établies d'une manière permanente, le chiffre des cholériques a singulièrement baissé dans mes salles.

Ce résultat me paraît digne d'intérêt, et, quoiqu'il ne repose pas sur une grande échelle, je le crois suffisant pour nous engager à continuer l'usage de fumigations de chlore en vue de neutraliser les effets de l'infection miasmatique.

Ces fumigations peuvent s'appliquer aussi facilement en ville que dans les hôpitaux, autour des malades affectés de choléra. En un mot, dans tous les lieux où l'influence de l'infection miasmatique se fait sentir, le même moyen me semble appelé à rendre quelques services.

Conclusions.— 1° Les cholériques répandent autour d'eux des miasmes qui vicient l'air, et qui, dans certaines conditions, peuvent servir au développement du choléra.

2° Les fumigations de chlore détruisent ces miasmes, et elles en neutralisent les fâcheux effets.

3° L'aération ne peut remplacer les fumigations de chlore.

4° Sans le secours des fumigations de chlore, les cholériques doivent être isolés et placés dans des salles particulières.

5° L'emploi du chlore peut rendre inutile l'isolement des cholériques.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

De l'action anti-diarrhéique de la corne de cerf calcinée, par le docteur DE LARUE.

La poudre de corne de cerf avait été préconisée autrefois par Sydenham. M. de Larue appelle de nouveau l'attention sur cet agent thérapeutique, de beaucoup préférable au sous-phosphate de chaux obtenu de toute autre façon. M. de Larue conseille les formules suivantes:

1° Une potion qui s'administre le plus souvent d'heure en heure, par cuillerées à bouche ou à café, en ayant soin d'agiter fortement le flacon.

Eau de gomme adragante	120 grammes.
Corne de cerf calcinée, en poudre.	10 à 20
Eau de fleur d'oranger	2
Sirop de coing	20

2° Sous forme pilulaire, chaque pilule contenant 0gr,25 de corne de cerf calcinée. Les malades en prennent au moins 30 dans les vingt-quatre heures, et toujours plusieurs (4 ou 5) à la fois.

3° Quand la diète n'est pas commandée, on peut donner la corne de cerf en poudre, à la dose de 5 ou 6 grammes, divisés en 5 ou 6 prises successives, dans du potage, au commencement du repas.

M. de Larue prolonge l'usage du médicament pendant un temps très variable. Il s'exprime ainsi à cet égard: Peu de jours, quelquefois plusieurs semaines, d'autres fois plusieurs mois. (*Revue thérap. du Midi*, t. VIII, n° 10, p. 298, 1855.)

Note sur une coloration noire de la peau de la face, qui se manifeste quelquefois dans la dysménorrhée, par le docteur J. MOORE NELIGAN.

Dans le *Journal de Dublin*, M. Moore Neligan, à côté d'une observation recueillie par lui-même, a consigné l'analyse de plusieurs faits analogues connus dans la science; ils appartiennent à M. Teevan (*London medico-chir. Transact.*, t. XXVIII), M. Yonge (*Philos. Trans.*), et enfin M. Law.

La maladie survient en général chez des jeunes filles chlorotiques, au moment d'une suppression ou d'un dérangement de la menstruation. Souvent la coloration morbide est précédée de quelques accidents nerveux ou du côté du tube digestif. La couleur noirâtre, plus ou moins foncée, occupe en général les paupières, les joues ou le front: c'est une sorte de transsudation de liquide noir que le lavage ne peut enlever. La coloration dure en général plusieurs mois, et se dissipe sous l'influence d'un traitement tonique et analeptique. (*Dublin Quart. Journ.*, n° 38, mai 1855.)

Du cancer du foie, par M. MONNERET.

Ce travail de l'honorable médecin de l'hôpital Necker repose sur quatorze observations, et comprend deux parties, l'une purement anatomique, l'autre clinique et surtout séméiologique. A quel caractère pourrait-on reconnaître le cancer du foie? Est-ce à l'anatomie microscopique qu'il faut demander la solution de cette question, et l'histologie serait-elle ici prise comme arbitre souverain? Nous avons espéré un moment, en voyant la question si nettement posée, que la réponse serait aussi catégorique; nous avons été déçu dans cet espoir. Cependant nous avons vu que le criterium anatomique était celui auquel M. Monneret attachait le plus d'importance. L'étude des lésions secondaires occupe une grande partie de ce travail; de grands développements sont consacrés à l'étude des modifications diverses du parenchyme hépatique aux environs du cancer. Ainsi, on constate: 1° différents degrés d'hypérémie et d'anémie; 2° très rarement l'inflammation; 3° des hémorrhagies; 4° la dégénérescence graisseuse; 5° la cirrhose; 6° la maladie de la capsule de Glisson. La distinction des rougeurs phlegmasiques ou simplement congestives est établie uniquement d'après le caractère suivant: les congestions inflammatoires résistent à un courant d'eau

continu qu'on dirige à travers les branches de la veine porte; les congestions passives, au contraire, disparaissent sous l'influence de ce lavage prolongé. Cette distinction nous rappelle d'anciens travaux sur la coloration phlegmasique des vaisseaux; mais dans ces recherches, de même que dans celle de M. Monneret, nous ne voyons pas une preuve suffisante de la réalité de cette distinction, qui, en termes absolus, pourrait bien être un peu arbitraire. Nous ne sommes donc nullement convaincus de la nature inflammatoire de quelques colorations rouges décrites dans le voisinage des cancers du foie. On connaît depuis longtemps les hémorrhagies qui coïncident quelquefois avec le carcinome hépatique; ces faits ne sont pas absolument rares dans la science.

Les symptômes qui, par leur importance et leur prompte apparition méritent d'occuper la première place, sont ceux du côté du tube digestif; ce sont des nausées, des vomissements, les troubles de l'appétit, le hoquet, etc. Le signe le plus important peut-être est l'augmentation de volume de la glande hépatique; depuis de longues années on connaît la projection en avant du bord tranchant du foie. Un symptôme auquel M. Monneret attache beaucoup d'importance est l'accroissement de la douleur lorsqu'elle est continue, ou sa manifestation franchement intermittente à certaines heures et spécialement le soir, ou pendant la nuit, lorsque la fièvre redouble et que le paroxysme exacerbant ou intermittent des symptômes se déclare. L'ascite et l'anasarque ne s'expliqueraient souvent pas par la compression des troncs des membres inférieurs, compression qui manque plus souvent qu'elle n'existe.

Le cancer du foie suit en général une marche chronique; il est cependant des cas assez nombreux où la marche de l'affection est celle d'une maladie aiguë; aussi M. Monneret a vu succomber des malades au vingtième jour à partir du début, d'autres au cinquantième et au soixantième. Le diagnostic différentiel du cancer primitif ou secondaire du foie est le sujet de distinctions dans lesquelles nous ne pouvons entrer. Enfin, quant à la thérapeutique, l'auteur se borne, en terminant, à constater l'inefficacité de toutes les médications. (*Archives générales de médecine*, mai et juin 1855.)

Du chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle.

Des expériences de M. Herpin (de Genève), de celles de M. Blache (voy. *Gaz. hebd.*, t. II, n° 8, p. 147), ainsi que de quelques faits bien circonstanciés que M. Demarquay vient de rapporter, il paraît résulter que le chlorate de potasse, donné à l'intérieur, arrête promptement et sûrement les effets de la stomatite mercurielle. Cet effet a été constaté sur des sujets chez lesquels l'intoxication hydrargyrique était survenue à la suite de médications mercurielles ordonnées soit contre la syphilis, soit contre la péritonite puerpérale, soit contre l'ophthalmie.

Le chlorate s'administre dans un julep gommeux, à la dose initiale de 2 grammes, qui suffit assez souvent pour faire rétrograder les symptômes; mais nous avons vu qu'on en avait quelquefois élevé la dose à 5, 10, 15 grammes et plus.

Comme ce médicament, malgré son efficacité remarquable, n'est nullement spécifique, il ne faut pas négliger d'y associer les astringents et cathérétiques locaux, qui, même seuls, possèdent une action si puissante contre le ptyalisme mercuriel.

M. Gu-tin, interne en pharmacie, ayant voulu, dans un simple but d'expérimentation, se soumettre à l'action du chlorate de potasse, en prit 8 grammes à neuf heures du soir. Au réveil, une sorte d'astriction, avec nausées légères, se fit sentir dans toute la bouche. Les gencives étaient un peu rudes au toucher. Quoique la salive n'eût pas sensiblement diminué, cependant elle lui sembla être plus liquide qu'à l'ordinaire (1).

Cet observateur a aussi constaté que le chlorate de potasse est en grande partie éliminé par la sécrétion urinaire. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1855, p. 437.)

(1) Il est digne de remarque que les sujets atteints de stomatite mercurielle se plaignent tous de ce que la salive est devenue plus épaisse, plus filante.

Du séton caustique, par M. Bron.

La pâte de chlorure de zinc a, sous forme de séton, rendu des services signalés entre les mains de M. Bonnet, soit qu'on l'applique à travers des tissus sains comme révulsif, soit qu'on veuille, en la portant dans des kystes, dans des poches morbides, le bronchocèle par exemple, obtenir une modification chimique et vitale qui en provoque la guérison.

Dans cette note, M. Bron se borne à rappeler les bons effets de ce caustique, et insiste spécialement sur son mode de préparation. Pour l'avoir inaltérable, glissant aisément, susceptible d'être placé sans se déformer, il faut d'abord enduire de cire une mèche ordinaire de coton (ceci afin d'empêcher que le coton ne touche immédiatement la pâte); puis on étend autour de cette mèche la pâte caustique, ce qui se fait au moyen d'un mouvement de va et vient entre deux planchettes bien polies. On dispose le séton de façon qu'il diminue d'épaisseur à ses deux extrémités. Un petit fil est roulé en spirale pour assurer la fixité.

Ces corrections, qui contribueront à vulgariser l'emploi du séton caustique, sont dues à M. Ancrené, pharmacien. (*Gazette médicale de Lyon*, 30 avril 1855, p. 158)

Séparation complète de l'iris, par M. Salomon.

L'auteur a vu quatre sujets chez lesquels, par suite de violence traumatique, l'iris, complétement séparé de ses attaches au cercle ciliaire, était devenu invisible. On ne voyait plus qu'une vaste pupille, avec la coloration noirâtre qui lui est propre.

Dans trois de ces cas, la lésion avait été produite par un coup sur l'œil. Sur le quatrième individu, c'était à la suite d'une rixe durant laquelle le pouce de l'adversaire avait été introduit entre l'orbite et le globe oculaire.

Il y avait complication, une fois de rupture de la cornée, et une autre fois de rupture de la sclérotique. Aucune hémorrhagie n'eut lieu. Dans deux cas, il y eut amaurose; dans les deux autres, le patient conservait la faculté de lire des lettres d'un caractère un peu fort. (*Association Medical Journal*, 4 mai 1855, p. 416.)

— On pourrait alléguer, contre l'interprétation donnée du mécanisme de la lésion, que, au lieu d'avoir été instantanément arraché, l'iris avait été graduellement absorbé. Mais comme l'un des sujets fut vu quinze jours, et deux autres trois jours après l'accident, cette explication ne conserverait aucune vraisemblance en sa faveur.

On ne peut non plus admettre que l'iris avait été chassé hors de l'œil par la violence du coup, puisque chez deux des malades il n'y avait aucune rupture de la coque oculaire.

Le traitement a été celui de toutes les violentes commotions de l'œil.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Quarante années de pratique chirurgicale, par P.-J. Roux. Tome II (maladies des artères); 1 vol. in-8. Paris, 1855. Chez Victor Masson, place de l'École-de-Médecine.

Ce n'est pas seulement à une curiosité due au nom de l'auteur que répond la publication du deuxième volume des œuvres posthumes de Roux. Quelque honorablement justifié qu'il pût être par la lecture du premier volume, le sentiment qui réserve à celui-ci un accueil hors ligne a sa source dans d'autres motifs plus solides que le souvenir de ce précédent. Son titre seul assure à la monographie que nous avons sous les yeux l'empressement le plus attentif de toute la génération médicale contemporaine.

En effet, les variations légitimes de la thérapeutique contribuent, sous un double rapport, à donner le mérite de la rareté aux opinions du célèbre chirurgien sur la ligature des artères. D'une part, la saignée, cause fréquente d'anévrysmes, tend de plus en plus à être délaissée pour des médications auxquelles on s'étonne de l'avoir

vue si souvent préférée. D'un autre côté, les récentes innovations hémoplastiques ont usurpé, dans la médecine opératoire des lésions artérielles, une place dont l'étendue, encore mal fixée, a besoin, pour être déterminée avec justesse, que la valeur de l'ancienne méthode soit précisée plus rigoureusement qu'on n'avait pu le faire jusqu'ici.

Si l'on considère, d'ailleurs, que le commencement de la carrière militante de Roux coïncide justement avec l'époque où la ligature selon les principes d'Anel se généralisa sur le continent, on comprendra l'importance d'un compte rendu qui embrasse la période entière où la ligature a été bien faite, et faite seule, contre les lésions artérielles spontanées ou traumatiques. Mais ce n'est pas tout ; et comme par une intuition heureuse de l'influence que devait avoir sa pratique sous ce rapport, Roux a joint aux conditions qu'elle emprunte à des circonstances étrangères toutes celles dont il dépendait de lui de l'entourer, pour qu'elle fournît un élément définitif d'appréciation comparative entre les méthodes rivales.

En effet, ainsi qu'il le répète lui-même avec une complaisance manifeste — Roux n'a jamais dévié de sa préférence pour la ligature comme remède des anévrysmes et des plaies artérielles ; préférence absolue, exclusive, qu'il avoue et proclame, mû en premier lieu par sa foi en la supériorité de ce moyen, puis par une autre raison découlant d'abord de celle-ci, et devenue plus tard une conception personnelle enracinée, dont le fondement était tout autant dans le caractère de l'homme que dans le jugement du chirurgien.

Supposez effectivement que, de diverses méthodes se disputant la prééminence, un médecin se résigne à n'employer jamais que la même, certes, ce sera là une mine féconde de documents irréprochables pour éclairer la question. Recueillis dans les mêmes conditions de variété, les faits nombreux ainsi colligés par une main que l'habitude aura forcément rendue la plus compétente, représenteront à coup sûr les produits nets de la méthode, révéleront ce qu'on doit craindre de son application, ce qu'on peut en espérer. Ce mode de procéder, moins utile, sans doute, pour celui qui se dévoue à l'abnégation d'un pareil rôle, livrera en compensation de précieux matériaux à la science, et, deux ou trois hommes consentant à continuer pour chaque méthode la même tâche, l'instruction des grands procès que soulève toute cure médico-chirurgicale serait bientôt complète.

Il y aurait, toutefois, d'expresses réserves à formuler sur la convenance d'une pareille interprétation des droits et des devoirs de chacun en matière de pratique. Heureusement le caractère de Roux ainsi que son talent nous dispensent à l'envi d'une critique qui, à propos de lui, deviendrait le non-sens le moins justifiable. Car l'opinion générale, à défaut des propres écrits du respectable maître, dirait que cette propension à l'exclusivisme n'emporta jamais l'ombre d'un danger pour les malades confiés à ses soins, soit parce qu'il sut de bonne heure choisir pour méthode de prédilection la meilleure méthode, soit parce qu'il ne se refusait point à la modifier dans les cas exceptionnels qui ressortissaient évidemment à une thérapeutique différente ; il put rester praticien heureux en dépit des exigences de la statistique qu'il voulait et qu'il a su fonder.

On aime à entendre raconter les premières applications de la ligature d'Anel, faites au commencement de ce siècle par Roux ; on se plaît à suivre les développements parallèles et corrélatifs de la méthode et de l'opérateur ; à les voir, l'un et l'autre et l'un par l'autre, fonder leur crédit malgré l'hostilité ou la défiance des autorités alors les plus imposantes, de Deschamps, de Boyer, etc. On s'intéresse à ce travail de conversion qui, grâce surtout à la persévérance du jeune chirurgien de la Charité, amena une simplification destinée peut-être à rester le dernier mot de l'art dans cette partie du traitement des anévrysmes. Ces pages retracent des souvenirs dont la chirurgie française peut à juste titre s'enorgueillir ; et malgré le sincère hommage qu'il rend à Hunter comme promoteur de la ligature au-dessus du sac, il n'en a pas moins — on peut hardiment le contredire sur ce point — contribué à nationaliser la méthode, en popularisant par des succès la découverte dont on ne saurait disputer à Anel la première pensée.

Une autre pratique favorite de Roux était la ligature *médiate* des artères. Il attribue à ce procédé l'avantage de couper plus lentement les parois du vaisseau, et, par conséquent, de faire que la continuité ne soit pas rompue avant que le caillot obturateur ait eu le temps de devenir solide. Mais sur ce point sa persuasion paraît moins fermement assise. S'il continue la pratique, c'est à peine s'il défend la théorie. Il accorde de bonne grâce que ce mode opératoire n'a pas rallié la majorité des suffrages ; et sa conduite paraît ici le résultat d'une habitude prise depuis longtemps, beaucoup plus que le fruit de cette conviction ardente qu'il manifeste dans tant d'autres occasions.

La première partie est consacrée aux anévrysmes spontanés ; *spontanés*, jusqu'à un certain point, si l'on en croit Roux. Car, selon lui, la plupart du temps au moins, un effort, un mouvement d'extension brusque peut réclamer sa part dans le nombre des causes qui produisent la dilatation artérielle. Il l'établit sur cette considération que l'anévrysme est plus fréquent au niveau des articulations, surtout au jarret, là où l'artère, rétractée par une flexion habituelle, peut subir, par l'extension du genou, l'élongation la plus subite et la plus étendue.

C'est d'ailleurs cet anévrysme poplité que Roux prend pour type de sa description. C'est lui, dit-il, qui a été le point de départ de tous les pas importants que la chirurgie a faits depuis un siècle ; puis c'est à lui qu'est due, sinon l'invention, du moins la faveur de la méthode de Hunter ; car, sans les obstacles qui compliquent, au creux poplité, l'exécution de la méthode ancienne ; sans la facilité de placer la ligature à la cuisse, assez loin au-dessus du sac ; sans les services que ce procédé a si souvent eu occasion de rendre pour l'anévrysme poplité, jamais, peut-être, la manière de traiter les tumeurs analogues par l'oblitération du vaisseau au-dessus du sac ne se serait ainsi généralisée.

On peut citer, parmi les plus importants résultats de la pratique de Roux, son opinion sur le peu de danger qu'il y a à placer la ligature trop près au-dessous d'une branche collatérale. Ce n'est pas seulement sur des considérations physiologiques qu'il appuie cette manière de voir. Deux fois, obligé de porter un fil presque immédiatement au-dessous de la fémorale profonde, il a vu cependant l'oblitération du vaisseau lié s'accomplir sans hémorrhagie. Ce ne sont que deux faits, il est vrai ; aussi l'auteur ne prétend-il point passer d'un extrême à l'autre. Non ; il ne fait certes point un précepte de se rapprocher de la collatérale supérieure. Mais il rassure, par le double exemple d'une heureuse expérience, les chirurgiens qui, lorsque cette manière d'agir est exceptionnellement indiquée, seraient retenus par les appréhensions que tous les auteurs classiques expriment sans restriction sur ses conséquences.

Les résultats de l'application faite par Roux de la méthode d'Anel forment l'une des parties les plus intéressantes de ce volume. Par un scrupule qui rentre trop bien dans les habitudes de consciencieuse véracité de l'auteur pour qu'il l'eût condamné, la commission chargée de cette publication a cru devoir avertir le lecteur que quelques-uns des faits figurant dans cette statistique lui paraissent ne pas avoir existé ; non, sans doute, que Roux ait supposé des observations ; mais il se serait simplement fait illusion sur le total, mal servi par ses souvenirs. Quoi qu'il en soit de cette version, que la commission n'énonce qu'après de laborieuses recherches, les chiffres et le dire de Roux lui-même ont été respectueusement maintenus dans le texte ; et l'on pourra voir sur quelle base favorable il croyait avoir fondé sa préférence en faveur de la méthode d'Anel.

Les anévrysmes faux consécutifs fournissent à l'auteur cette remarque importante, que souvent, loin d'être un mal, leur formation à la suite d'une plaie artérielle constitue un avantage, puisqu'elle dispense le chirurgien de lier les deux bouts du vaisseau dans la plaie même ; opération pénible, qui reste fréquemment imparfaite. D'ailleurs, les vaisseaux collatéraux se dilatent durant le développement de la tumeur anévrysmale, ce qui contribue à diminuer ensuite les chances de l'hémorrhagie consécutive après la ligature.

Relativement à l'anévrysme variqueux, Roux pose cet utile précepte « de ne pas perdre de temps à le traiter par la compression. » En effet, la compression dilate le système artériel au-dessus de la

tumeur, et le système veineux au niveau de celle-ci ; double cause, et de difficulté pour la manœuvre opératoire, et de retour intempestif du sang consécutivement. Roux confirme également à ce sujet, par l'épreuve et la contre-épreuve de ses succès ainsi que de ses revers, la nécessité de placer en pareil cas deux ligatures : l'une au dessous, l'autre au-dessus du sac.

Dans toute plaie artérielle, la règle est de lier sur place les deux bouts du vaisseau ; mais parfois sa profondeur, ses connexions, la difficulté de l'atteindre mettent obstacle à l'exécution de ce plan, qui serait le plus sûr. Dans ces cas, c'est encore à la méthode d'Anel qu'on a recours. Toutefois, comme elle n'est ici qu'un pis-aller, il convient de chercher à s'en passer autant que possible ; et tous les cas où l'on peut lier le vaisseau lui-même, au lieu du tronc commun d'où il émane, deviennent autant de conquêtes pour la chirurgie. L'intelligente activité de Roux a multiplié ses hardies et salutaires tentatives. Un jour, pour une plaie du jarret avec hémorrhagie, il croit à une lésion de l'artère poplitée ; il lie la fémorale, et le membre se gangrène. Ce n'était qu'une des articulaires qui avait été blessée. Averti par cet exemple, il exécute, quelques années après le tamponnement isolé d'une articulaire, dans une circonstance semblable. C'est de la même manière qu'il fonda la ligature de la honteuse interne, de la circonflexe externe, des deux épigastriques et des deux mammaires internes.

Bien qu'il affectionne de préférence cette forme, ce n'est pas seulement par l'indication de faits saillants, de perfectionnements de détails, que l'auteur a rempli son cadre. Élevé à l'école de Boyer, il ne pouvait manquer de jeter de temps en temps, à l'exemple de son maître, un coup d'œil d'ensemble sur les objets de son étude. C'est à cette aptitude traditionnelle qu'il a cédé en esquissant le tableau distinctif des différentes espèces d'hémorrhagies secondaires; fragment qui semble détaché d'un ouvrage classique de longue haleine, et où les causes diverses de ce redoutable accident sont signalées avec une précision qui pourra éclairer plus d'une expérience incertaine.

L'analyse abrégée, mais impartiale, de ce volume termine, à notre grand regret, le commerce que nous eussions aimé à entretenir longtemps encore avec cet esprit si pénétrant, avec ce cœur si rempli de passion pour la vérité et la science. Bon et simple, grand homme, le seul peut-être que sa mort ait permis de mieux connaître, ait contraint d'aimer davantage ! A la lecture de ces paisibles et sincères confidences, on se sentait comme transporté de ce milieu d'intrigues, de débats, d'intérêts où s'agite notre pauvre ambition, dans une atmosphère sereine où ne respire que la religion du devoir et l'insatiable soif du vrai à tout prix. Que de vocations dignes et sérieuses, que de conversions honorables n'aura pas décidées le spectacle, contemplé face à face, de cette vertu agissante, de cette philanthropie si richement armée par l'étude pour faire le bien, avec le but le plus utile et le plus respectable que l'homme puisse se proposer !

Aussi n'est-ce pas sans murmure que nous enregistrons la déclaration, faite par la commission, que ce tome second sera le dernier. Il existe encore des matériaux pour deux volumes, dit-elle ; mais ils ne sont pas en ordre, et elle ne se croit pas le droit d'altérer par des transitions, des remaniements ou des additions, l'œuvre du maître !... Ce scrupule, très admissible pour des productions purement littéraires, nous semble très discutable dans l'espèce. Eh quoi ! MM. les commissaires, qui dans ce volume même, ont donné, au détriment de leur auteur, les preuves d'une indépendance que, sans la condamner, on peut néanmoins taxer d'excessive, reculent devant quelques interpolations ou coordinations bornées à la besogne du rédacteur ! Ils ont modifié les éléments des conclusions, et n'osent toucher à l'expression, que dis-je ? à l'enchaînement des pensées ! — Sans émettre un blâme, ni même un avis, nous craignons qu'ils ne se soient fait de leur responsabilité, dans cette occasion, une idée exagérée. Le lecteur leur tiendrait, ce nous semble, plus de compte de cette abnégation que d'une modestie dont les conseils nous seraient trop préjudiciables.

Que s'il est réellement impossible de livrer le reste du manuscrit sous la même forme, pourquoi ne pas le détailler en monographies aussi nombreuses, aussi scindées que la diversité des sujets ou que les hasards de la rédaction primitive le pourraient exiger? Ni le mémoire de l'auteur, ni les journaux qui inséreraient ces précieux fragments, n'auraient certes à souffrir de ce changement. Et le public médical aurait du moins recueilli tout entier l'héritage dont Roux lui-même avait pris soin de stipuler l'étendue et la richesse.

P. Diday.

VI.

VARIÉTÉS.

— Ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Pierraggi et Jubiot, médecins-majors ; Japhet, Mannet, Mongrand, Arnaud, Berenguier et Margain, chirurgiens de marine.

— M. le ministre de la guerre a arrêté ainsi qu'il suit la composition des trois jurys qui doivent se réunir simultanément, le 16 de ce mois, à Paris, à Strasbourg et à Montpellier, pour les concours que nous avons annoncés (voir n° 31).

Paris. — M. Maillot, président, MM. Hutin et Larrey ; M. Tripier, pharmacien.

Strasbourg. — M. Michel Lévy, président, MM. Scoutetten et Antoine; M. Dieu, pharmacien.

Montpellier. — M. Vaillant, président ; MM. Goffres et Gaudineau ; M. Fournez, pharmacien.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Archives générales de médecine. — Août. Appareil sécréteur et excréteur du sperme chez les vieillards, par *Duplay*. — Fièvre synoque péripneumonique, par *Marrotte*. — Cure radicale de la hernie, par *Gerdy*. — Sur l'inclusion scrotale et testiculaire, par *Verneuil*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. 4e année, 1re livraison. — Hydatides en grappe de l'utérus, par *Ancelon*. — Nouveau procédé de pelvimétrie, par *C. Lauwers*. — Procédé de Syme pour l'amputation tibio-tarsienne, par *Vandammelen*. — Méthode ovalaire de Scoutetten par l'amputation dans les articulations métacarpo-phalangiennes, par *le même*. — Variole et purpura à Besançon en mai 1854, par *Coutenas*.

Annales d'oculistique de Bruxelles. — Juillet 1855. Quelques mots sur la pratique ophthalmologique des chirurgiens de Londres, par le docteur Warlomont. — De l'opération du staphylôme partiel de la cornée. — Cataracte traumatique guérie par l'application de la belladone, par *Al. Quadri*.

Association medical Journal. — Nos 133. Leçon sur l'aliénation, par *J.-G. Davey*. — Statistique sur la population et la mortalité de Canterbury, par *G. Rigden*. — Renversement de l'utérus ; ligature, par *Coats*. — 134. Cas de paraplégie, par *Bennett*. — Traitement moderne des fractures, par *B. Hunt*. — Paralysie infantile, par *G. Terry*.

Dublin medical Press. — Nos 863. Revues de Sociétés (tubercules sous-péritonéaux; maladies des valvules aortiques ; foie de souris contenant des cysticerques; rupture de l'intestin après le taxis ; tumeur fibreuse). — 864. Observations sur la scarlatine, par *H. Tweedy*.

Edinburgh medical Journal.— Juillet. Fistule périnéale par le passage de l'enfant à travers le périnée, par *Simpson*. — Observations sur le croup, par *C. Wilson*. — Sur la criminalité en Écosse, par *J. Craig*. — Hernie fémorale contenant le cœcum, avec irrégularité de l'artère obturatrice, par *J. Spencer*. — Amputation double simultanée, par *Marsden*.

Medical Times and Gazette. — Nos 264. De l'huile de foie de morue, par *A. Leared*. — Empoisonnement par l'ammoniaque traité avec succès, par *W. Reed*. — Examen de l'air des poumons surnageants dans le cas d'infanticide présumé, par *H.-H. Watson*. — 265. Cas d'hématémèse avec remarques, par *H. Jones*. — Mode de communication du choléra, par *J. Snow*.

The British and Foreign medico-chirurgical Review. — Juillet. Sur les dernières recherches relatives aux fonctions du cerveau, par *Laycock*. — Observations pathologiques sur les corps d'ivrognes, par *Ogston*. — Cas présumé d'ergotisme, par *T. Gamps*. — Cas de cancer ossiforme, par *W. Sedgwick*.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 31 AOUT 1855. — N° 35.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté en date du 23 août 1855, M. HENRY (Félix) est nommé chef adjoint des travaux chimiques à l'Académie impériale de médecine.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 23 au 29 août 1855.

222. BAUDOUIN, Charles-Claude, né le 22 avril 1831 à Metz (Moselle). [*Des kystes synoviaux tendineux de la région poplitée.*]

223. D'HOTEL, Joseph-Victor, né le 22 juillet 1830 à Vandresse (Ardennes). [*Du cancroïde.*]

224. COUTARET, Claude-Louis, né le 3 février 1832 à Roanne (Loire). [*Des ligatures caustiques ou d'un nouveau moyen d'employer en chirurgie la pâte de chlorure de zinc.*]

225. DAUVÉ, Stanislas-Paul, né le 30 novembre 1831 à Esnouveaux (Haute-Marne). [*Des plaies par morsures simples.*]

226. BOUQUEROT, Jean-Pierre-Ernest, né le 14 mars 1828 à Aire (Pas-de-Calais). [*Des lésions traumatiques du rachis et de la moelle épinière.*]

227. POUPELARD, Hippolyte-Julien, né le 13 juin 1830 à Montmorillon (Vienne). [*De l'emphysème traumatique.*]

228. GRIPON-DUTERTRE, Aristide-Jules, né le 3 janvier 1829 à Loroux (Ille-et-Vilaine). [*Soins à donner à la femme après l'accouchement naturel. Soins à donner à l'enfant dans les premiers temps de sa vie.*]

229. PALISSAT, Jean-Fabien, né le 20 janvier 1830 à Momy, canton de Lambeye (Basses-Pyrénées). [*De la nature du rhumatisme articulaire aigu.*]

230. JEANJOT, Jean-Baptiste-Justin, né le 29 avril 1828 à Vandresse (Ardennes). [*De l'emphysème vésiculaire des poumons.*]

232. GAUVIN, Paul-Louis, né le 14 août 1833 à Étroeugt (Nord). [*Des plaies de la face par armes à feu.*]

233. JESSÉ, Pierre-Édouard, né le 17 avril 1827 à Villeneuve (Tarn). [*Considérations sur la grossesse extra-utérine.*]

234. COIZEAU, François-Antoine, né le 17 décembre 1825 à Santiago (île de Cuba). [*Du choc de la pointe du cœur.*]

FEUILLETON.

Exposition universelle.

PRODUITS CHIMIQUES. — PHARMACIE. — HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Suite. — Voir le n° 33, t. II.

Les thérapeutistes, dont l'attention est spécialement fixée sur le mode d'action des médicaments, classent, comme on sait, les produits pharmaceutiques, quels que soient d'ailleurs leur provenance et leur mode d'obtention, en groupes jouissant de propriétés distinctes, mais formés d'éléments thérapeutiques analogues. Ex. : astringents, excitants, purgatifs, etc. Moins préoccupés de rechercher des affinités thérapeutiques que de considérer les relations des modes opératoires entre eux, les pharmacologistes divisent plus généralement les préparations pharmaceutiques en préparations chimiques : corps simples, acides, bases, sels, produits organiques ; et en préparations galéniques : poudres, extraits, teintures, sirops, emplâtres, etc.

Quoique cette dernière classification ne présente guère moins d'inconvénients que la première, nous l'avons adoptée cependant comme plus propre à diminuer, sinon à éviter complétement, les chances d'omissions, principal écueil contre lequel nous avons surtout voulu nous prémunir. La première partie de cette étude a été consacrée spécialement aux produits chimiques des exposants français et étrangers ; aujourd'hui nous voulons, si l'espace nous le permet, passer en revue les préparations galéniques ou produits *pharmaceutiques* proprement dits.

Sans vouloir rechercher à quel titre et de quel droit ces produits figurent au palais de l'Industrie, nous ferons cependant remarquer que, astreint dans la préparation des médicaments à certaines formalités légales, obligé de suivre scrupuleusement les modes d'opérer indiqués par le Codex, le pharmacien n'est ni un industriel, ni même un commerçant ordinaire : il peut bien imaginer de nouveaux modes opératoires, créer de nouvelles formes pharmaceutiques ; mais, légalement, il lui est interdit de mettre ces innovations en usage dans la pratique jusqu'au moment où elles auront été sanctionnées par leur inscription au Codex (ou ce qui aujourd'hui est équivalent) par l'approbation de l'Académie de médecine. Les modifications apportées aux modes opératoires peuvent avoir pour but, les unes d'augmenter la quantité du produit obtenu, les autres l'activité du médi-

235. Crizeau, Jean-Benjamin, né le 11 mars 1827 à Santiago (Ile de Cuba). [*Extrait du résumé clinique de M. le professeur Velpeau à l'hôpital de la Charité dans le courant du mois d'août 1854.*]

236. Leonardi, Victor-Charles-Joseph, né le 8 avril 1830 à Douai (Nord). [*Des phénomènes ordinaires de l'état puerpéral et des soins que réclame la femme en couches.*]

237. Magnac, Édouard-Léger, né le 30 juin 1825 à Paris (Seine). [*De la hernie crurale.*]

238. Lanos, Édouard-Pierre, né le 18 novembre 1831 à Brecey (Manche). [*Du phimosis congénital.*]

239. Vizy, Jean-Antoine, né le 29 octobre 1827 à Cassuéjols (Aveyron.) [*Du traitement composé des fractures de la jambe.*]

240. Blaise, Auguste, né le 25 août 1823 à Gespensart (Ardennes). [*Des complications de la phthisie.*]

241. Vaugrente, Michel-François-Pierre, né le 14 juillet 1829 à Brecey (Manche). [*De quelques complications de la fièvre typhoïde.*]

242. Denozieu, François-Arthur, né le 17 avril 1830 à Moulins (Allier). [*De l'état adynamique.*]

243. Mignot, Victor-Adolphe, né le 1er novembre 1828 à Fère-en-Tardenois (Aisne). [*Du catarrhe utéro-vaginal ou de la leucorrhée.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Troisième mémoire a propos de la fonction glycogénique du foie, par M. le Dr L. Figuier, agrégé de chimie à l'École de pharmacie de Paris, lu à l'Académie des sciences dans la séance du 27 août 1855.

La théorie physiologique qui accorde au foie la fonction de sécréter du sucre, repose tout entière, ainsi qu'on l'a déclaré dès le début de cette discussion, sur l'absence du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal en digestion de viande. L'auteur de cette théorie déclare, conformément à ses travaux antérieurs, que « chez un chien en digestion de viande cuite ou crue, il n'y a pas de sucre dans la veine porte, ni une heure, ni deux heures, ni trois heures, etc., après le repas (1). » Cette assertion se trouve reproduite en ces termes dans un ouvrage récent du même auteur : « Quand on dit » que, chez un carnivore, il n'y a pas de sucre dans le sang de la » veine porte, ce n'est pas là un résultat moyen fourni par beaucoup d'expériences, dans lesquelles on aurait trouvé quelquefois » des résultats opposés. C'est une expérience constante et absolue, » et *jamais* quand elle est bien faite et dans les conditions indi» quées, il n'y a du sucre dans le sang de la veine porte (1). »

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XL, p. 717.

D'autre part, j'ai affirmé, en m'appuyant sur plus de trente expériences faites sur des chiens soumis au régime exclusif de la viande, et saignés à la veine porte pendant la digestion, que, dans le sang de la veine porte d'un animal placé dans ces conditions, on peut toujours, à l'aide du réactif de Frommherz, reconnaître la présence d'un principe sucré.

L'Académie a confié à une commission le soin de juger ces faits contradictoires, afin de terminer ce débat et de fixer l'opinion des physiologistes sur une question qui avait vivement préoccupé le monde savant. Dans la séance du 18 juin, l'Académie a entendu la lecture du travail de la commission. Conformément aux faits dont j'eus l'honneur de la rendre témoin pendant l'expérience à laquelle je fus convoqué, la commission reconnaît qu'il existe dans le sang de la veine porte d'un animal qui a pris un repas de viande, un principe qui réduit la liqueur de Frommherz, c'est-à-dire le tartrate de cuivre dissous dans la potasse. Mais elle ajoute qu'à ses yeux ce phénomène de réduction est insuffisant pour caractériser le sucre, et que la fermentation peut seule fournir une conclusion rigoureuse sur la nature de ce principe. Reconnaissant toutefois que la question relative à la sécrétion du sucre par le foie n'était pas encore résolue, la commission a bien voulu engager les personnes qui se sont occupées de ces travaux à continuer leurs recherches.

Je me suis fait un devoir d'obéir au vœu exprimé par l'éminent rapporteur de la commission, et je viens communiquer à l'Académie le résultat de mes nouvelles expériences, résultat qui n'était pas d'ailleurs difficile à prévoir.

Lorsque, en effet, j'ai annoncé l'existence d'un principe sucré dans le sang de la veine porte, en m'appuyant sur le caractère positif fourni par le réactif cupro-potassique, je me conformais au mode de recherche qui était alors en honneur. Dans toutes les expériences publiques qui ont été faites, depuis six ans, relativement à la recherche du sucre, aussi bien pour le cas considéré ici que pour tous les autres, c'est au réactif de Frommherz que l'on avait recours. La fermentation était sans doute invoquée comme moyen de contrôle dans le cours des recherches de laboratoire ; mais on avait, avec raison d'ailleurs, une confiance entière dans le réactif cupro-potassique, et l'on posait notamment en principe que l'absence de réduction par ce réactif, était une preuve *absolue* de l'absence du sucre dans le liquide examiné (2). Je me plaçais donc bien

(1) *Leçons de physiologie expérimentale*, par M. Cl. Bernard, 1855, p. 189.

(2) En 1853, l'auteur de la théorie glycogénique exprimait ce fait en ces termes dans sa thèse *Sur la nouvelle fonction du foie* : La réduction du tartrate de cuivre » dissous dans la potasse, en présence du glucose, est un caractère empirique qui » n'offre pas sans doute une valeur absolue comme la fermentation alcoolique pour » constater la *présence* du glucose. Mais il n'en est plus de même quand il s'agit de » constater l'*absence* du même principe sucré; *si la réduction manque, on peut*

---

rament. Les premières, ne changeant en aucune façon la nature du produit, peuvent être immédiatement mises en usage ; les autres, apportant, au contraire, une perturbation notable dans les doses à prescrire, ne deviendront acceptables qu'au jour de la réformation du Codex. Quant aux nouvelles formes pharmaceutiques, un bon nombre d'entre elles rendent chaque jour de trop grands services à la pratique médicale pour ne pas figurer aussi avec avantage dans la prochaine édition de notre pharmacopée légale.

C'est, vraisemblablement, en tenant compte de ces considérations que le jury a admis les produits pharmaceutiques en grand nombre et — l'on serait presque tenté de le croire — sans examen, après avoir, assure-t-on, repoussé d'abord, en principe, leur admission d'une manière absolue. Cette détermination du jury nous semble avoir eu pour résultat définitif d'exclure un bon nombre d'exposants étrangers qui, pour des motifs que l'on conçoit aisément, n'ont pu, aussi facilement que nos compatriotes, élever leurs justes réclamations. Quant aux produits pharmaceutiques proprement dits, les pharmaciens étrangers n'ont donc pris qu'une faible part à notre exposition universelle. Mais, en revanche, si l'on ne tenait compte que du nombre des exposants et de la quantité des produits, les pharmaciens français nous auraient offert une large compensation. Quelques-uns d'entre eux, abusant même d'une façon presque scandaleuse de la confiance du jury, se sont crus autorisés à apporter à l'annexe une sorte de succursale de leur officine ; telle, en particulier, la pharmacie dite *normale* de la rue Drouot, avec ses onguents mercuriel, épispastique, nerval, etc., et son baume opodeldoch, qui, pour avoir été *normalement* préparé, nous a paru d'un blanc un peu mat ; telle aussi, jusqu'à un certain point, l'exposition de la pharmacie centrale de M. Dorvault ; avec cette différence cependant que l'exposition de la pharmacie Drouot, ainsi que celles de quelques autres officines, — si l'on en juge par la nature des produits et par les prix indiqués, — sont évidemment soumises à l'appréciation du public, lequel est parfaitement incompétent pour juger du prix et surtout de la qualité des médicaments, tandis que M. Dorvault, ainsi que M. Ménier, qui préparent en grand, soumettent leurs produits à la compétente appréciation des pharmaciens leurs confrères.

M. Dorvault, outre un bon nombre de produits chimiques fort beaux, et dont nous avons rendu compte, nous a montré d'énormes magdaléons d'emplâtres de Canet, de Nuremberg, de ciguë, et autres ; des échantillons de poudres diverses, des pilules argentées et toluisées, des résines de scammonée et de jalap de belle apparence, mais fouettées, blanchies par interposition de l'air et inférieures, selon nous, en qualité, à la résine de jalap

au cœur de la question en annonçant que, contrairement à ce qui avait été professé jusqu'à ce jour, il existe, dans le sang de la veine porte d'un animal en digestion de viande, un principe qui réduit facilement la liqueur cupro-potassique; ajoutant que l'erreur qui avait été commise sur ce point tenait à la présence, dans le sang de la veine porte, d'une matière albuminoïde qui a pour effet d'empêcher la réaction que le glycose exerce sur la liqueur de Frommherz. On a déclaré, à la suite de mon travail, que le liquide cupro-potassique, proclamé naguère comme infaillible pour établir l'absence du glycose, est un réactif infidèle ou insuffisant, et que la fermentation est le seul caractère à invoquer. J'ai accepté sans difficulté la question posée en ces termes, persuadé que, puisqu'une chimie attentive avait pu signaler la cause de l'erreur où la physiologie était tombée, relativement à l'emploi du liquide cupro-potassique pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte, elle pourrait également réussir à dévoiler la circonstance qui mettait obstacle à la fermentation alcoolique du même produit.

I.

La chimie a fait connaître la liste d'un grand nombre de substances qui, ajoutées à un liquide sucré, ont la propriété de s'opposer à l'action du ferment; même en quantité très faible, elles mettent obstacle à la transformation du sucre en acide carbonique et en alcool. Mais il suffit de faire disparaître ces produits, grâce à un réactif approprié, pour voir la fermentation, jusque-là empêchée, se manifester aussitôt. C'est un fait de ce genre qui se présente pour le sucre contenu dans le sang charrié par la veine porte, pendant la digestion de la viande. Ce principe ne fermente pas directement; mais il suffit de le faire bouillir deux ou trois minutes avec un acide étendu, c'est-à-dire avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou azotique, et de saturer ensuite exactement l'acide par un carbonate alcalin, pour que la fermentation alcoolique puisse se manifester par le contact de la levûre de bière avec sa dissolution.

L'expérience que nous allons rapporter mettra ce phénomène dans tout son jour; elle a d'ailleurs l'avantage de répondre à toutes les objections que l'on pourrait élever, telles que le reflux du sang du foie dans la veine porte, et l'insuffisance du temps du régime animal.

Un chien de forte taille, nourri depuis huit jours de viande de cheval, a pris un repas composé de cette viande cuite. Six heures et demie après ce repas, on a fait sur l'animal vivant la ligature de la veine porte, en opérant comme je l'ai indiqué dans mon deuxième mémoire; le sang, défibriné, pesait 700 grammes.

600 grammes de ce sang ont été traités par deux fois et demie leur volume d'alcool à 36 degrés. Séparée du coagulum rouge dû à l'action de l'alcool, et acidulée par un peu d'acide acétique, cette liqueur a été évaporée à siccité au bain-marie. Le résidu, bien sec, a été repris par l'eau distillée et passé à travers un linge pour le séparer du dépôt albumineux formé pendant l'évaporation.

La liqueur ainsi obtenue a été divisée en deux parties égales.

La première partie a été mise, directement et sans traitement particulier, en contact avec de la levûre de bière : elle n'a donné aucun signe de fermentation

La seconde a été tenue en ébullition, pendant deux ou trois minutes, avec cinq gouttes d'acide azotique ordinaire. La liqueur, qui était trouble, et passant très difficilement à travers le filtre, a donné, par l'ébullition, un dépôt de nature albumineuse ou caséeuse, et s'est subitement éclaircie en prenant une belle teinte jaune. Neutralisée ensuite *très exactement* par un peu de carbonate de soude en poudre, et mise en contact avec de la levûre de bière bien lavée, elle a donné, au bout d'un quart d'heure, des signes de fermentation qui ont continué pendant plusieurs heures, en ayant la précaution de maintenir l'appareil près d'un fourneau un peu chaud. Le gaz recueilli était entièrement absorbable par la potasse. Quant au liquide, on l'a placé dans une petite cornue, et l'on en a recueilli, par la distillation, environ le cinquième. Pendant cette distillation, il a été facile de reconnaître, dans le récipient où les vapeurs se condensaient, une odeur alcoolique bien caractérisée. Le produit de cette distillation ayant été placé dans une cornue plus petite, on a rectifié de manière à ne recueillir que les sept à huit premières gouttes du produit. Dans cette rectification, l'odeur alcoolique s'est encore manifestée avec évidence. Enfin, ce dernier liquide, additionné de quelques gouttes d'une dissolution de bichromate de potasse et d'un peu d'acide sulfurique, porté ensuite à l'ébullition, s'est coloré en vert, et a conservé, après l'ébullition, une légère odeur d'aldéhyde. Je me permets de recommander aux opérateurs cette manière simple et éminemment sensible de reconnaître la présence de l'alcool. Lorsque ce liquide existe en quantité trop petite pour pouvoir être enflammé, la constatation de l'odeur caractéristique de l'esprit-de-vin dans le récipient où viennent se condenser les vapeurs, aussi bien que la coloration en vert par la réduction du bichromate de potasse, est un moyen qui permet de reconnaître les plus faibles traces d'alcool.

L'expérience que nous venons de rapporter est démonstrative, puisque l'on voit le même sang de la veine porte qui n'avait point donné directement de signes de fermentation, présenter ce phénomène dès qu'on le soumet à l'action de quelques gouttes d'un acide étendu.

On peut conclure de cette expérience que le principe sucré qui se forme pendant la digestion de la viande s'accompagne, dans la veine porte, de quelque substance étrangère qui met obstacle à

» *conclure avec certitude qu'il n'existe pas de traces de glucose dans le liquide* » *où on le cherche.* » (*Nouvelle fonction du foie*, par M. Cl. Bernard, p. 23.)

Le même physiologiste disait encore en 1854, dans ses *Leçons de physiologie expérimentale*, qui viennent d'être imprimées : « Leur caractère absolu (il est question du » réactif de Frommherz et de la potasse) n'est qu'un caractère négatif, *c'est-à-dire* » *que l'on peut affirmer que toute liqueur qui ne produit pas avec eux les réac-* » *tions indiquées ne contient aucun des sucres de la deuxième espèce.* » (*Leçon du 26 décembre 1854*), *ouv. cité*, p. 39.)

---

sans apprêt, jaune et translucide de M. Lamatsch, de Vienne. Enfin, au milieu de tous ces produits, on voit aussi un exemplaire du livre de M. Dorvault, l'*Officine*, ouvrage devenu aujourd'hui, comme on sait, une sorte de *vade mecum* indispensable au pharmacien.

A côté des produits dont il fait une spécialité : le gruau, l'orge perlé et particulièrement les poudres, M. Ménier a exposé des extraits mous ayant parfaitement conservé leur odeur, et des extraits secs obtenus dans le vide comme les premiers, très odorants aussi et peu colorés, mais auxquels nous préférons cependant les échantillons préparés par les membres du cercle pharmaceutique de la Marne, et surtout ceux exhibés par un pharmacien de Caen, M. Berjot, qui nous paraît avoir rendu, à l'égard de ces produits, toute concurrence impossible. Toutefois, nous n'entendons parler ici que des extraits ordinaires et non des extraits gommeux d'alcoolatures exposés par M. Guillermond, pharmacien, à qui l'on doit d'ailleurs quelques procédés opératoires ingénieux (essais d'opium et de quinquina) et plusieurs préparations pharmaceutiques nouvelles (solution, sirop iodo-tanniques).

Ces extraits gommeux sont obtenus par M. Guillermond en évaporant au bain-marie une certaine quantité d'alcoolature à laquelle on ajoute, contre une partie de résidu supposé sec, quatre parties de gomme en poudre. Cette addition a pour but, en amenant plus rapidement la solidification, de soustraire le produit à l'action de la chaleur et de lui conserver, après dessiccation complète, non-seulement l'odeur, mais encore, dans la plupart des cas, la couleur propre de la plante.

Quelques pharmaciens semblent avoir voulu faire autant de spécialités de certains produits : l'huile de foie de morue, par exemple, a été avantageusement exploitée par plusieurs pharmaciens d'Angleterre; et, en France, par M. Robiquet, M. Berthé, pharmacien-fabricant à Ivry, qui la dépure et la décolore par le charbon et par les alcalis, et surtout par un pêcheur de Dunkerque, M. Soetenaey, qui s'est cru obligé d'exposer tous les appareils de la pêche, probablement pour garantir la pureté et l'authenticité de ce produit auquel, à ce qu'il paraît, on substitue, dans le commerce, n'importe quelle huile de poisson, et cela d'autant plus aisément, qu'il est impossible de reconnaître ce genre de fraude dans l'état actuel de la science. Les morues se laissent-elles prendre à l'hameçon plus facilement que le public? espérons-le, ou plutôt consolons-nous en songeant que toutes ces huiles, à composition presque identique, doivent avoir, conséquemment, des propriétés fort analogues, et que, de plus, il pourrait bien se faire aussi que leur activité thérapeutique fût indépendante des acides odorants volatils, de l'iode et du phosphore, et

la fermentation alcoolique. Pour faire apparaître le sucre avec toutes ses propriétés, il faut le débarrasser, par l'ébullition avec un acide, des matières étrangères qui l'accompagnent, de même que, pour obtenir à l'état de pureté un produit mêlé à d'autres matières organiques, il faut, par des réactifs appropriés, par le sous-acétate de plomb, par exemple, éliminer les autres substances organiques. Ici, le sous-acétate de plomb ne saurait être employé, car il précipite en partie le glycose contenu dans le foie et dans le sang, comme je l'ai montré dans mon premier mémoire.

Ainsi, le principe sucré contenu dans la veine porte n'est pas seulement masqué par une substance étrangère au réactif de Frommhertz, il est également soustrait, par quelque cause du même ordre, à l'action du ferment. C'est parce que l'on a méconnu ces deux circonstances, que l'existence d'un principe sucré dans le sang de la veine porte est restée jusqu'ici inaperçue. Ajoutons enfin que, si le sucre pris dans le foie et dans les veines hépatiques, a la propriété de fermenter directement et sans l'intervention préalable d'un acide, cela tient sans doute à ce que ces produits étrangers ont charriés par la veine porte pendant la digestion, et qui mettent obstacle à la fermentation du sucre, disparu du foie, à la suite du temps et des mutations physiologiques dont cet organe est le siége.

J'ai répété plusieurs fois l'expérience qui précède, avec cette différence que je ne partageais pas en deux parties le liquide, qui était consacré tout entier à constater le phénomène de la fermentation, grâce à l'ébullition préalable avec quelques gouttes d'acide sulfurique ou azotique. Dans toutes les expériences exécutées de cette manière, en agissant sur 300 à 400 grammes de sang de la veine porte de chiens soumis, depuis une semaine au moins, à une alimentation exclusive avec de la viande de cheval, et opérés de cinq à six heures après le repas, il a toujours été possible de constater, par l'action de la levûre de bière, le dégagement d'une certaine quantité d'un gaz absorbable par la potasse, d'apprécier d'une manière très manifeste une odeur alcoolique dans le récipient où venait se condenser le produit des deux distillations, et de constater avec le dernier liquide la réduction et la coloration en vert du bichromate de potasse.

L'expérience nous a appris que, dans la discussion actuelle, il faut s'attendre à tous les arguments. M. le professeur Lehmann a récemment observé que la matière colorante du sang (hématosine de M. Le Canu), traitée par l'acide azotique, donne naissance à de l'éther azoteux, à un acide non azoté et à du glycose. On objectera peut-être que, par suite d'une altération de ce genre, il peut se former du glycose dans l'opération qui nous sert à purifier le principe sucré contenu dans le sang de la veine porte. Mais il suffira, pour détruire cette objection, de faire remarquer que, par le procédé que j'ai fait connaître et que j'emploie pour séparer le glycose du sang, toute l'hématosine est précipitée, sans qu'il en reste aucune trace dans le produit ultime de l'opération. En effet, l'addition au sang de trois fois son volume d'alcool, sépare l'hématosine qui se trouve précipitée dans le coagulum rouge formé par l'alcool. L'action de la chaleur sur le liquide filtré, acidifié par l'acide acétique et évaporé à siccité, a ensuite pour résultat d'éliminer toutes les autres matières albuminoïdes du même genre ; de telle sorte qu'il est impossible d'admettre que l'acide azotique puisse, dans la dernière opération, rencontrer la moindre trace d'hématosine. J'ajouterai, d'ailleurs, que l'acide sulfurique ne produit point avec l'hématosine la réaction indiquée par M. Lehmann ; or, c'est avec l'acide sulfurique étendu que j'ai opéré dans le plus grand nombre de mes expériences, et il a toujours donné le même résultat.

Quelques personnes regretteront peut-être que nous n'ayons pu recueillir, dans nos expériences des quantités plus considérables d'alcool. Nous répondrons par une réflexion bien simple. Un chien reçoit un repas composé, par exemple, d'un kilogramme de viande. Commencée deux heures après le repas, la digestion de cette viande n'est pas encore terminée au bout de huit à neuf heures (dans l'estomac de chiens que nous avons opérés huit et quelquefois dix heures après le repas, il restait encore de la viande non digérée). Que l'on calcule, d'après cela, la quantité de sucre que l'intestin doit céder au sang des veines mésentériques pendant l'espace des quelques minutes que dure la saignée de la veine porte, et l'on comprendra qu'il ne puisse exister dans ce sang que des quantités très faibles de sucre. Il faudrait, pour obtenir des quantités plus considérables d'alcool, réunir sept à huit chiens de forte taille, recueillir sur chacun d'eux 2 à 300 gram. seulement du sang de la veine porte, afin de ne pas emprunter de sang à la circulation générale ; traiter ensuite tous ces sangs par l'alcool, ce procédé étant le seul qui permette d'obtenir sans altération le principe sucré contenu dans le sang de la veine porte, et soumettre enfin à une fermentation commune les produits de ces diverses opérations. Cette belle expérience, mes humbles ressources d'expérimentateur ne m'ont pas permis de l'exécuter ; les résultats si nets que j'avais obtenus la rendaient d'ailleurs peu nécessaire

II.

Les faits qui précèdent paraîtront sans doute décisifs si on les met en regard de cette assertion, proclamée par l'auteur de la théorie glycogénique, que pendant la digestion il n'y a *jamais* de sucre dans le sang de la veine porte. Mais l'expérience que nous avons décrite demande à être exécutée avec soin, car, aux difficultés que présentent les expériences sur un animal vivant, vient se joindre cette autre difficulté, d'ordre chimique, qui consiste à trouver une petite quantité d'un produit assez altérable mêlé à une grande proportion de matériaux organiques étrangers. Je demanderai donc la permission de rappeler ici ce que j'ai dit dans mon deuxième mémoire sur la manière d'exécuter la recherche du sucre dans le sang de la veine porte. La méthode que j'emploie n'a pas été, en effet, instituée, ainsi qu'on l'a dit, « vaguement et comme au hasard. » Elle a été, au contraire, le résultat de l'étude approfondie des moyens les plus convenables à employer pour résoudre, par la voie de l'expérience, l'importante question de physiologie dont elle renferme la solution.

---

résidât tout simplement dans le corps gras qui, d'origine animale, serait facilement assimilé et donnerait au malade une sorte d'embonpoint avec lequel la diathèse tuberculeuse deviendrait incompatible. Mais heureusement pour notre ami M. Personne et pour MM. Berthé et Gille, cette manière de voir n'est encore qu'une pure supposition, et l'avenir de leurs huiles iodée, iodophosphorée et d'iodure de fer ne nous semble point encore compromis.

Parmi les produits dont quelques exposants font une spécialité, citons principalement, pour l'Autriche : les essences d'Edward Buttner et d'Émile Sachse, de Leipzig ; pour la Prusse : l'huile de Cognac (æther œnanthique) qui, comme l'indique assez effrontément l'étiquette, est destinée à *fabriquer* le cognac. En France, nous trouvons les pastilles marbrées, historiées et timbrées de M. Collas ; les pastilles et les limonades sèches de Rogé (citrate de magnésie). Les compresses, les pois et les toiles vésicantes de Leperdriel et d'Albespeyres, les toiles gommées, les taffetas anglais et le sparadrap de M. Ancelin. Nous applaudissons sincèrement aux efforts que fait cet exposant pour perfectionner les toiles et taffetas gommés, mais nous le supplierions volontiers, lui et ses confrères, de n'apporter aucun perfectionnement à la formule de la masse emplastique du sparadrap de diachylum. — N'est-il pas incroyable, en effet, qu'à Paris, il y ait à peine une dizaine de pharmaciens où le sparadrap ne soit pas préparé avec ces compositions emplastiques résineuses térébenthinées qui, quelques jours seulement après sa préparation, le rendent cassant, nullement agglutinatif, et, inconvénient plus grave, susceptible de donner naissance à des érysipèles que ne produit que bien rarement le véritable emplâtre diachylum gommé à base de plomb. Citons aussi au nombre des préparations recommandables, les pilules d'iodure de fer de M. Blancard, ingénieusement recouvertes d'une légère couche d'un vernis résino-balsamique et renfermées dans des flacons contenant, sous forme de cachet, un fragment de feuille d'argent réactif, servant à prouver la non-déperdition de l'iode, et conséquemment l'inaltérabilité et la supériorité du produit. On y voit aussi figurer deux préparations qui sont aujourd'hui du domaine de la pratique, et sur l'utilité et l'efficacité desquelles l'observation et l'expérience cliniques ont depuis longtemps prononcé : la digitaline et le fer réduit de M. Quevenne ; puis, la salicine de Leroux, ce médicament de contrebande qui, dans le principe, devait, disait-on, couper la fièvre aussi bien que le sulfate de quinine et qui, malheureusement, a rarement servi à couper autre chose que le sulfate de quinine lui-même. Non loin de là nous trouvons le Paraguay-Roux ; le pain de gluten du boulanger Pavard pour les diabétiques, le chocolat ferrugineux de M. Colmet placé dans une

Les conditions de cette expérience sont les suivantes :

1° Opérer sur le chien vivant afin de se procurer une quantité assez grande de sang. Si l'on commence, au contraire, par tuer l'animal au moyen de la section du bulbe rachidien, et que l'on ne recueille le sang que sur le cadavre, par suite de l'arrêt de la circulation, la quantité de ce liquide que l'on retire des vaisseaux est habituellement trop faible pour que l'on procède avec sûreté dans cette recherche. On peut sans doute avec plus d'attention et de soin obtenir le même résultat dans ce dernier cas ; mais il est plus commode et plus sûr d'opérer sur l'animal vivant.

3° Ne pas recueillir, pourtant même avec un chien de forte taille, plus de 300 à 400 grammes de sang de la veine porte, afin d'éviter que le sang qui provient de la saignée ne finisse par être emprunté à celui de la circulation générale.

3° Pour éliminer les matières coagulables du sang, opérer, comme je l'ai indiqué, au moyen de l'alcool, de l'évaporation à siccité, etc. Il est, en effet, un procédé que j'ai quelquefois mis en usage pour l'élimination complète de matières coagulables du sang, et qui permet d'obtenir, à moins de frais, le même résultat. Voici en quoi ce procédé consiste : Le sang défibriné par le battage, est étendu de son volume d'eau et coagulé dans un bain-marie à la vapeur de l'eau bouillante. Le coagulum très épais, déterminé par la chaleur, est exprimé dans un linge. Le liquide brun-rouge qu'on en retire, est acidifié par un peu d'acide azotique et porté à l'ébullition dans une capsule ; les dernières quantités d'albumine non coagulée au bain-marie, se séparent par cette courte ébullition. En saturant dans le liquide filtré la petite quantité d'acide libre au moyen d'un carbonate alcalin, on obtient très promptement, à l'état de liberté, les parties non coagulables contenues dans le sérum du sang. Mais ce moyen, qui peut rendre beaucoup de services quand il s'agit de rechercher dans le sang des substances peu altérables, ne doit pas être employé dans le cas que nous considérons ici, dans la crainte que, sous l'influence de la chaleur, le carbonate alcalin contenu dans le sérum n'altère ou ne modifie le principe sucré qui existe dans le sang de la veine porte.

4° S'il s'agit d'examiner comparativement le sang de la veine porte et celui qui s'échappe du foie, dans le but de déterminer les quantités relatives de glycose contenues dans chacun de ces liquides, pratiquer, ainsi que j'ai eu le soin de le dire dans mon deuxième mémoire, une *saignée sur la veine cave inférieure dans la cavité thoracique*. En effet, et j'insiste sur ce point d'une manière toute spéciale, quand on prend le sang dans les *veines hépatiques*, selon le procédé connu et si recommandé, on se place dans des conditions profondément vicieuses au point de vue de la recherche que l'on exécute. Les veines hépatiques sont renfermées, comme on le sait, dans le tissu même du foie, et viennent se déverser dans la veine cave inférieure avant l'émergence de ce dernier vaisseau hors de l'organe hépatique, de sorte qu'il est impossible de pratiquer sur elles une véritable saignée. On est donc obligé, pour recueillir le sang contenu dans les veines hépatiques, d'introduire un tube de verre dans le calibre intérieur de quelques-unes de ces veines, et de *presser ensuite sur le foie afin d'en exprimer le sang*, ou bien, sans employer de tube de verre, on se contente d'inciser la veine cave dans son passage à travers la scissure supérieure du foie, après l'avoir liée dans l'abdomen et dans la poitrine ; on incline alors le foie de l'animal pour en faire écouler le liquide contenu dans les veines hépatiques. Mais en opérant de cette manière, on recueille le *sang qui remplit le tissu du foie* et non celui qui circule dans un vaisseau. Autant vaudrait presque séparer le foie de l'animal, le couper en morceaux, et le faire bouillir avec de l'eau. L'organe hépatique étant le réservoir où le sucre se trouve accumulé, il n'est pas étonnant qu'en prenant le sang au sein même de cet organe, on recueille un liquide chargé d'une quantité, relativement considérable de sucre, puisqu'on vient chercher ce produit au sein même du réservoir où il est retenu. On peut, il est vrai, nous objecter qu'en prenant, comme nous le recommandons, le sang de la veine cave inférieure dans la cavité thoracique, on ne prend pas uniquement le sang sortant du foie, et qu'il est mélangé avec celui qui provient des extrémités inférieures, puisque la veine cave, qui ne fait que traverser le foie, sans s'y ramifier, vient verser dans le cœur droit le sang qui provient des extrémités inférieures du corps. A cette objection, je réponds qu'en liant la veine cave inférieure dans l'abdomen, au-dessous du foie et au-dessus de l'insertion des veines rénales, on peut arrêter le sang qui provient des extrémités inférieures, et que, dans tous les cas, il est bien préférable d'opérer, en se tenant averti de la circonstance, sur ce sang mélangé, que de tomber dans cette vicieuse méthode qui consiste à puiser dans l'organe même où il est physiologiquement accumulé, le principe sucré dont on veut constater l'existence dans la circulation. Est-il étonnant, je le répète, que recueillant, par le canal des veines hépatiques, le sang qui a séjourné dans le tissu sucré du foie, on fasse ressortir une différence si marquée entre les quantités de sucre que l'on trouve au-dessous et au-dessus de cet organe? Mais cette différence résulte surtout de la manière dont l'expérience est faite. Qu'on l'exécute, comme je l'indique, en recueillant le sang en circulation, par une véritable saignée pratiquée sur la veine cave inférieure, à une certaine hauteur au-dessus du foie, dans la cavité thoracique, et l'on verra s'évanouir, entre les quantités de sucre contenues dans les deux sangs, une partie de cette différence dont on fait tant de bruit.

Je rapporterai ici une expérience qui montrera bien qu'en effet lorsqu'on recueille le sang sortant du foie dans les conditions véritablement physiologiques que je signale, le résultat que l'on obtient sous le rapport de la quantité de sucre contenue dans ce sang, est loin d'être en rapport avec ceux que l'on a tant de fois obtenus en opérant avec le sang des veines hépatiques.

Un chien de forte taille, nourri depuis six jours avec de la viande de cheval, a reçu un repas de cette viande cuite. Six heures après, sans ouvrir la cavité abdominale, ce qui aurait troublé la circula-

---

petite vitrine de famille à côté des produits iodo-ferrés de M. Gille et des nombreux échantillons d'eaux distillées et de sirops, avec prix pour le public, de la pharmacie Jutier. — De l'autre côté de la même galerie, outre les perles d'éther et les biscuits du docteur Ollivier, le sirop de Flon se livrant à une effervescence et à un débordement effrénés au-dessus d'une autre pâte intitulée pâte pectorale aux pruneaux, et exposée sans nom d'auteur.

Au milieu de toutes ces spécialités, dont quelques-unes pourraient, à la rigueur, être considérées comme des *remèdes secrets*, se trouvent un grand nombre de choses drolatiques, bouffonnes même, et qui semblent avoir été placées là pour récréer et délasser les visiteurs. Parmi ces productions singulières, que nous n'avons ni le temps ni le désir d'énumérer toutes, il nous suffira de signaler, entre autres, la *lotion du berger* contre le piétin, de M. Fougerolles, pharmacien à Saint-Germain ; l'onguent contre la gale des chevaux, imaginé par M. Gillet, pharmacien à Nangis ; le feu français d'Olivier, pharmacien à Châlons-sur-Marne, liquide vésicant destiné à remplacer tous les épispastiques et rubéfiants connus ; le cache-nez calorifère de M. Ferrand (de Lyon) ; la poudre béchique, incisive pour la gourme, la toux et les affections bronchiques et catarrhales des chevaux ; l'eau hygiénique du curé Oudin contre le mal de mer, composition merveilleuse à l'usage des deux sexes (le n° 2 pour les dames), qui présente l'avantage de pouvoir être prise avant, pendant et après les vomissements : avant les vomissements, elle les empêche de se produire ; pendant, elle les fait soudainement cesser, et après, elle amène le rétablissement complet de la santé. Ajoutons que le produit de la vente de cette eau — s'il faut en croire le prospectus qui l'accompagne — doit être consacré à des bonnes œuvres et à des fondations pieuses, ce dont nous n'avons jamais douté un seul instant.

Dans la catégorie des choses curieuses, nous devons aussi placer les nouveaux métaux, oxydes et sels retirés du talc par un pharmacien de l'Auvergne, M. Lintilhac, et dont les procédés d'extraction seront, s'il y a lieu, vendus par lui à l'Empereur après l'exposition.

Enfin, désireux d'en finir aujourd'hui avec les préparations pharmaceutiques, pour nous occuper exclusivement, dans notre prochain article, des produits qui se rapportent à l'histoire naturelle médicale et à l'hygiène, nous passons à dessein sous silence un bon nombre de drôleries qui, comme choses plaisantes, mériteraient peut-être d'être mentionnées, et nous terminons en signalant à l'attention des praticiens quelques appareils pharmaceutiques recommandables, savoir : la petite presse à teintures de M. Weber, par son maniement facile ; le pilulier circulaire de

tion et empêché de recueillir, dans la veine cave inférieure, une quantité de sang suffisante, on a pratiqué à ce chien la résection de trois côtes pour découvrir la cavité thoracique. On a lié la veine cave inférieure au-dessous du cœur pour s'opposer au reflux du sang de l'oreillette droite. La veine cave inférieure a été alors incisée deux pouces environ au-dessus du diaphragme, pour y introduire un petit tuyau métallique terminé par un tube de caoutchouc. On a pu ainsi recueillir facilement le sang qui circulait dans la veine cave inférieure. Ce sang, après la défibrination, pesait 205 grammes. On l'a traité à la manière ordinaire, par trois fois son volume d'alcool, exprimé le coagulum et évaporé à siccité au bain-marie le liquide acidulé par un peu d'acide acétique. Après avoir repris le résidu par l'eau distillée et passé à travers un linge, le liquide, mis en contact avec de la levûre de bière préalablement lavée, n'a donné, au bout de huit à dix heures de fermentation, qu'environ 6 centimètres cubes d'acide carbonique. Il n'est pas douteux que si l'on eût opéré, ainsi qu'on le recommande, sur le sang des veines hépatiques pris dans le foie, on n'eût obtenu une quantité d'acide carbonique de beaucoup plus considérable (1).

La discussion de ce dernier fait montrera peut-être qu'il est bon de ne pas trop s'arrêter, comme on l'a fait jusqu'ici, aux assertions des personnes qui déclarent que *hors de leurs procédés il n'y a point de salut;* ou plutôt elle nous éclaire sur les motifs qui ont fait recommander, comme la seule à mettre en usage, la méthode d'expérience dont il vient d'être question. Recueillir le sang de la veine porte sur le cadavre de l'animal afin de n'en obtenir qu'une petite quantité, et prendre le sang dans les veines hépatiques, c'est-à-dire au sein d'un organe gorgé de sucre, c'est rassembler des conditions artificielles calculées pour frapper les yeux en vue du résultat qu'on veut mettre en évidence, mais ce n'est pas procéder selon les règles d'une saine expérimentation physiologique.

III.

Ici se termine la communication que j'avais à présenter à l'Académie pour faire suite aux deux mémoires que j'ai publiés sur la même question. Arrivé au terme d'un travail qui a été fécond en difficultés de plus d'un genre, je demanderai la permission de résumer les faits nouveaux que je crois avoir mis en évidence dans le cours de ces recherches. La discussion qui s'est concentrée dès le début sur un point presque unique, a fait perdre de vue quelques-uns des résultats que j'avais présentés à l'appui de mon opinion; on me permettra donc de les rappeler ici en peu de mots.

Dans mon premier mémoire, j'ai établi ce fait, admis aujourd'hui comme une vérité incontestable, que, dans l'état normal, il existe une certaine quantité de sucre dans le sang de l'homme et des animaux. Ce fait était en opposition avec les résultats obtenus par l'auteur de la théorie glycogénique, qui déclarait que le sucre, sécrété dans le foie, était presque aussitôt détruit par la respiration; de sorte que, d'après lui, on n'en trouvait plus dans le sang dès sa sortie du poumon. M. Claude Bernard a essayé de m'enlever le mérite de ma découverte, en avançant qu'elle avait été faite, en 1846, par M. Magendie. J'ai répondu nettement à cette assertion, dans mon premier Mémoire imprimé dans les *Annales des sciences naturelles* et dans le *Journal de pharmacie;* mais comme elle se trouve reproduite dans un ouvrage récent du même auteur, je suis obligé de rappeler encore que dans les expériences de M. Magendie, auxquelles on fait allusion, ce physiologiste ne s'était occupé que de constater la présence du glycose dans le sang d'animaux nourris exclusivement avec des matières féculentes; — que M. Bernard n'a jamais fait la moindre allusion à ces résultats de M. Magendie, soit pour les réfuter, soit pour y plier sa théorie, — et qu'il ne s'en est souvenu que neuf années après, postérieurement à la publication de mon travail, et dans le vain désir de me contester l'honneur d'une observation qu'il est impossible de m'enlever. J'ajouterai que M. Bernard était si peu convaincu de la présence du sucre dans le sang, ailleurs que dans les veines hépatiques et la veine cave inférieure, qu'à l'apparition de mon premier Mémoire, il a prétendu que le glycose dont je signalais la présence dans le sang des animaux de boucherie provenait du foie, attendu, disait cet observateur, que, pour saigner le bœuf qui vient d'être abattu, le boucher plonge son couteau dans l'oreillette droite du cœur de l'animal, et que le sang, ainsi recueilli, arrive directement du foie par la veine cave inférieure qui le déverse dans l'oreillette droite; attendu, disait-il encore, que le boucher presse du pied le foie de l'animal, pour en exprimer plus de sang, etc. Ce fait, que l'oreillette droite soit intéressée par le couteau du boucher, est parfaitement inexact, et nous ne nous arrêterons pas à le réfuter, bien qu'il soit reproduit dans l'ouvrage récemment publié par l'auteur sur la fonction glycogénique (1). Il prouve, toutefois, que ce physiologiste ne

(1) Je ne veux pas agiter ici la question, bien difficile, des moyens qu'il faudrait employer pour déterminer et comparer d'une manière rigoureuse les quantités de sucre que contient le sang de la veine porte pendant la digestion et celles que le sang renferme à sa sortie du foie. Je ferai cependant remarquer que si le sang de la veine cave inférieure, à sa sortie du foie, est chargé d'une quantité notable de sucre, cela tient à ce que par son séjour dans le foie et à la suite du travail de sécrétion qui s'accomplit dans cet organe, il s'y est dépouillé d'une grande quantité d'éléments divers. Comparé, à poids égal, au sang de la veine porte, le sang de la veine cave inférieure peut renfermer plus de sucre que celui de la veine porte, sans qu'il soit permis d'en tirer d'autre conséquence, sinon que le sang s'est débarrassé dans le foie de plusieurs produits étrangers, dont la disparition a pour résultat d'élever la proportion relative du sucre contenu dans ce dernier sang. Je signale ce fait pour répondre à l'argument de plusieurs physiologistes qui voudraient, avec M. de Castelnau, que l'on établît une balance égale entre la quantité de glycose contenue dans les deux sangs; on voit que cette question se complique de beaucoup d'éléments et n'est peut-être pas même susceptible d'être tranchée rigoureusement par l'expérience.

(1) « Dans le sang de bœuf pris dans les abattoirs, quand il est frais, on en trouve » toujours (du sucre), et voici pourquoi: Pour saigner les bœufs que l'on vient d'assommer, le boucher leur enfonce le couteau jusque dans l'oreillette droite; le sang » qui s'en écoule vient donc en partie des veines hépatiques. Et si l'on observe, en » outre, que pour faire dégorger le sang que contient l'animal, on appuie fortement avec » le pied justement dans la région du foie, de manière à exprimer le plus possible cet » organe, vous comprendrez alors, d'après ce que nous avons dit dans une précédente » leçon, comment il se fait que le sang qui sort de la plaie, mélangé avec celui qui » vient des veines hépatiques, contienne des quantités notables de sucre. » (*Leçons de physiologie expérimentale*, par M. Cl. Bernard, p. 267.)

M. Viel (de Tours) par l'avantage qu'il présente, formé qu'il est de segments de divers calibres, de pouvoir donner à volonté, et selon le besoin, des pilules de différentes grosseurs; l'appareil de Béral pour timbrer les pastilles sur toutes les faces à la fois; et enfin les grands appareils ou plutôt *les laboratoires de chimie et de pharmacie* venus du Wurtemberg et des Pays-Bas, avec lesquels on peut, *en même temps, dans une officine*, opérer, à l'aide d'un seul foyer, des digestion, décoction, évaporation, distillation, sublimation, etc.; appareils fort ingénieux et qui peuvent rendre des services, sans doute, mais qui, comme toutes les choses à plusieurs fins, offrent des inconvénients que compensent à peine les avantages qu'ils présentent.

HÉBERT,
Pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre.

Nous avons la satisfaction d'annoncer à nos lecteurs que notre collaborateur M. Sée vient d'être nommé aide d'anatomie de la Faculté de médecine, à la suite d'un concours qui n'a pas duré moins de trois mois.

— Un concours pour une place de prosecteur à la Faculté de médecine a été ouvert aujourd'hui 30 août. Les juges de ce concours sont MM. Bérard, Cruveilhier, Denonvilliers, Malgaigne, Nélaton.

Les candidats auront à préparer les vaisseaux de l'œil et de l'orbite. Les pièces devront être remises le 15 novembre prochain.

— Les sciences ne tireront pas moins de profit que les arts et l'industrie du concours de personnes que provoque la grande lutte dont le Palais des Champs-Élysées est le théâtre. Un grand nombre de savants étrangers, attirés par l'Exposition universelle, se trouvent en ce moment à Paris. Nous citerons, parmi ceux qui ont un nom dans les sciences médicales, MM. Kölliker et Virchow (de Würzbourg), M. Remak (de Berlin), M. Lebert (de Zürich). M. Kölliker a assisté à la dernière séance de la Société de biologie, et y a fait une communication intéressante sur une particularité que présente l'épithélium de la muqueuse intestinale, et qui semble en rapport avec l'absorption de certaines substances alimentaires. Nous donnerons prochainement une analyse de ce nouveau travail du savant professeur de Würzbourg.

pouvait croire, même à cette époque, à l'existence du sucre dans le sang de la circulation générale, c'est-à-dire à la réalité du fait qu'il affirme avoir été découvert par M. Magendie en 1846.

Le second fait que j'ai établi dans les recherches que j'essaie de résumer, c'est la présence dans le foie, en quantité considérable, de l'*albuminose*, c'est-à-dire du produit de la digestion des matières azotées. Ce résultat a une importance que l'on a peut-être trop négligée, au point de vue des fonctions physiologiques du foie, qu'il nous montre comme un organe chargé de servir de réservoir temporaire aux produits de la digestion.

Le rapprochement de ces deux faits, savoir, qu'il existe beaucoup d'albuminose dans le fo iect très peu dans le sang, — et qu'il existe beaucoup de sucre dans le foie et bien moins dans le sang, — m'ont conduit à émettre cette opinion, accueillie sans défaveur par les physiologistes, que le foie constitue une sorte de réservoir pour les produits de la digestion ; que cet organe doit retenir quelque temps dans son tissu le glycose et l'albuminose provenant de la digestion, pour les déverser plus tard dans le sang de la circulation générale. Il est probable, selon nous, qu'il s'opère dans le foie un travail physiologique nouveau sur les produits de la digestion qui arrivent de l'intestin ; de telle sorte que le foie pourrait être considéré, sinon comme un second estomac, au moins comme un véritable *annexe de l'appareil digestif*.

Je me suis occupé ensuite de l'expérience fondamentale qui avait pour objet de démontrer la présence du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal nourri exclusivement de viande. J'ai fait voir que, contrairement à ce qui était alors admis, le réactif cupro-potassique accusait, dans ce liquide, la présence du sucre, qui se trouvait simplement masqué à l'action de ce réactif par une matière étrangère ; résultat qui n'est plus maintenant contesté par personne. Je m'efforçais, dans le même travail, d'expliquer et de mettre bien en relief le fait de l'accumulation du sucre dans le foie à la suite de la digestion ; je montrais, par une expérience comparative, que, dans les premiers moments de la digestion, le réactif cupro-potassique indique dans le sang de la veine porte une quantité de glycose supérieure à celle qui est contenue dans le sang sortant du foie, pris dans la veine cave inférieure, c'est-à-dire dans la cavité thoracique (1).

Enfin, dans le mémoire que je viens d'avoir l'honneur de communiquer à l'Académie, j'ai essayé de prouver que le principe sucré qui existe dans le sang de la veine porte est susceptible d'entrer en fermentation comme celui du foie.

Je crois donc pouvoir répéter ici, ce que je disais à la fin de mon premier mémoire : « Nous concluons, en résumé, que » le foie, chez l'homme et les animaux, n'a point reçu pour » fonction de fabriquer du sucre ; que tout le glycose qu'il renferme » provient du sang qui gorge son tissu, et que ce glycose a été » apporté dans les vaisseaux par suite de la digestion. »

J'ai été heureux de trouver, dans un mémoire communiqué à l'Académie le 11 juin de cette année, l'entière confirmation de mes propres résultats. Dans un travail intitulé : *Recherches sur la formation du sucre dans l'organisme*, entrepris dans le but de décider si la production du sucre est réellement localisée dans le foie, M. G. Colin (d'Alfort) a été conduit à résumer, par les propositions suivantes, les résultats de ses expériences.

« 1° A l'état normal, chez les herbivores, il y a du sucre dans » le sang, le chyle et la lymphe ; chez ces animaux, la veine porte » et les chylifères puisent, pendant la digestion, le sucre tout formé » dans les aliments, comme celui qui y prend naissance par les » mutations de matières amylacées.

» 2° *Chez les carnassiers nourris exclusivement de chair, la veine » porte et les chylifères se chargent de matière sucrée produite dans » l'appareil digestif aux dépens des principes de l'alimentation.*

» 3° Divers produits de sécrétion, comme la sérosité des plèvres, » du péricarde, du péritoine, le contenu des vésicules ovariennes, » de l'estomac du fœtus, la bile, renferment du sucre en plus ou » moins forte proportion. »

Des expériences de M. Colin comme des miennes, il résulte donc que le sucre n'apparaît point dans le foie par l'effet d'une sécrétion de cet organe, mais seulement à la suite de la digestion.

IV.

Je viens de résumer mes recherches particulières à propos de la fonction glycogénique. Vu l'importance du sujet, je crois utile de présenter, en terminant, les considérations générales, résultant d'autres travaux déjà connus, et qui s'élèvent également contre l'existence de cette fonction. Je présenterai ce tableau en termes concis.

L'objet de la fonction glycogénique serait de créer un seul produit, le sucre ; lequel produit, une fois versé dans le sang, personne ne peut dire ce qu'il y fait, ce qu'il y devient, ni comment il en disparaît.

Le théâtre de cette fonction serait le foie. Mais cet organe est déjà le siége d'une sécrétion qui n'a rien de mystérieux ni de latent : c'est celle de la bile. Le sang qui s'introduit dans le foie ne renferme point les éléments de la bile, et ce liquide, sécrété aux dépens du sang, s'échappe au dehors par un canal excréteur. Au contraire, le sang qui pénètre dans le foie renferme déjà du sucre, et l'on ne connaît pas encore de conduit excréteur pour le principe sucré. De plus, on ne trouve dans le foie qu'un seul genre de cellule, ce qui indique que cette glande, comme les autres glandes de l'économie, n'est anatomiquement organisée que pour une seule sécrétion.

L'apparition du glycose dans le foie est toujours subordonnée à l'alimentation. Chez un animal bien nourri, c'est pendant la digestion que la proportion de sucre qui se montre dans le foie est le plus considérable possible. Mais quand on supprime l'alimentation, on voit ce produit diminuer rapidement dans le foie, et il finit par disparaître à la suite d'une abstinence suffisamment prolongée. Certes, dans d'autres conjonctures, un tel fait aurait suffi à lui seul pour prouver que dans l'économie animale le sucre est un simple produit de digestion et non le résultat d'une sécrétion physiologique. Ajoutez cet autre fait, si confirmatif, emprunté à la pathologie, que, d'après M. Andral, les diabétiques mis à la diète cessent de rendre du sucre par les urines ; ce qui prouve que, dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, l'apparition du sucre dans l'économie animale est subordonnée à l'alimentation.

La présence du sucre dans le foie ne paraît nullement sous la dépendance du système nerveux, comme le sont toutes les autres fonctions de l'économie. Cette bizarre démonstration de l'influence du système nerveux sur la fonction glycogénique, qui consiste à montrer que le sucre apparaît dans les urines du lapin à la suite de la piqûre d'un certain point, unique, de la moëlle allongée, n'a aucune signification. Il est, en effet, bien reconnu, d'après des travaux récents, que, dans cette expérience, le sucre ne se montre dans l'urine que par suite du trouble apporté, par la lésion du système nerveux central, à l'assimilation et à la destruction du sucre dans l'économie. Le professeur Lehmann, dont l'autorité a été invoquée à ce sujet, « déclare formel- » lement, dans sa *Chimie physiologique*, qu'il serait contraire

(1) Les expériences qui m'ont conduit à ce dernier résultat ont été formellement niées. Dans ses *Leçons de physiologie expérimentale*, publiées pour défendre sa théorie, et où il traite avec tant de violence et de mépris un adversaire honorable, l'auteur de la glycogénie, après avoir cité cette deuxième partie de mon Mémoire, ajoute : « J'ai » reproduit textuellement les paroles de l'auteur, parce qu'il faut avoir lu, de ses yeux, » de semblables résultats, pour croire qu'on les ait avancés, d'après une expérience faite » une seule fois. On comprend, jusqu'à un certain point, que l'illusion puisse se glisser » dans le raisonnement sous l'influence de certaines idées préconçues ; mais ce qui » est plus difficile de comprendre, c'est que l'on trouve et que l'on dose du sucre dans » le sang de la veine porte quand il n'y en a pas, et que l'on n'en voie pas dans le » sang des veines hépatiques où il y en a. La possibilité de semblables contradictions » doit attrister les hommes qui recherchent la vérité. »

Ce n'est pas avec le sang des veines hépatiques que j'ai opéré, comme me le fait dire, avec une persistance singulière, l'auteur des *Leçons de physiologie expérimentale*, mais bien, ainsi que cela est dit partout dans mon mémoire, avec le sang pris dans la veine cave inférieure, au-dessus du diaphragme, et les considérations rapportées plus haut motivaient suffisamment ce choix. Si donc l'honorable professeur avait bien voulu répéter mon expérience telle que je la rapporte, il aurait trouvé le résultat que j'ai annoncé, et il se serait peut-être dispensé de diriger contre moi, du moins dans ce cas spécial, les foudres de sa magistrale indignation.

» aux lois les plus simples de la chimie de penser que certaines » excitations de filets nerveux dussent influencer l'apparition du » sucre dans le foie; que si cela était admissible, il faudrait con- » stater, tout d'abord, une accumulation des matières élémen- » taires et fondamentales du sang dans le foie pendant la durée de » cette irritation. Or, ce physiologiste ajoute que, loin d'avoir re- » marqué une accélération dans la circulation hépatique, il a, au » contraire, toujours observé un ralentissement dans la circulation » chez les diabétiques et chez les animaux soumis à ses expé- » riences. Il avoue d'ailleurs que, dans l'état actuel de nos con- » naissances (1853), il ne reste plus rien de vrai, quant à l'origine » du sucre dans les urines, que ce fait, *que le sucre passe dans les* » *urines parce qu'il n'est pas détruit dans le sang* (1). »

Quand la physiologie animale vient à s'enrichir de l'inestimable conquête d'une fonction nouvelle, cette découverte doit trouver et trouve toujours dans la pathologie un retentissement considérable. La fonction glycogénique, connue et affichée depuis plus de six ans, est demeurée absolument stérile dans la pathologie du foie. En fait d'applications à l'art de guérir, elle n'a produit que cette idée, que le diabète est une maladie du foie, c'est-à-dire une exagération de sa sécrétion normale, opinion évidemment insoutenable.

Si l'on se demande, en résumé, quelles sont les acquisitions faites par la science à la suite des travaux dont cette question a été l'objet, elles se réduisent, selon nous, à ces deux faits : qu'il existe du sucre dans le tissu du foie, et que, par la digestion, la viande peut fournir du sucre. Ces deux résultats ont sans doute leur importance, mais on pensera peut-être qu'ils ont été un peu chèrement acquis au prix de tant de débats.

Études sur un nouveau procédé de résection tibio-calcanéenne, avec amputation du pied, proposé et mis en usage par M. le professeur N. Pirogoff. — Communication de M. le professeur C. Sédillot à l'Académie des sciences le 13 août 1855.

Suite. — Voir le t. II, n° 33.

De l'allongement ostéoplastique de l'extrémité inférieure dans la désarticulation du pied, par N. Pirogoff, docteur en médecine, professeur, etc.

Dans un voyage que je fis en Allemagne et en France, en 1847, je vis pour la première fois, à la clinique du professeur Chelius, deux malades auxquels on avait fait la désarticulation du pied par le procédé de Syme, et qui étaient presque entièrement guéris. La cicatrice, chez les deux amputés, avait un bon aspect et semblait ne devoir opposer aucun obstacle à la marche, si l'on employait une chaussure convenablement disposée. Je me proposai alors d'appliquer ce procédé quand il me paraîtrait indiqué, aussitôt mon retour en Russie. En 1848 et 1849, pendant l'épidémie de choléra, ce procédé fut appliqué, par moi ou sous ma direction, quatre fois dans les hôpitaux d'Obuchow et Marie-Madeleine ; mais ces quatre cas se terminèrent malheureusement après un temps plus ou moins long.

Premier cas. — Un jeune homme de dix-huit ans, de belle apparence, joues colorées, peau blanche et fine, cheveux blonds, et ayant un léger gonflement des glandes sous-maxillaires, fut opéré pour une tumeur blanche ulcérée de l'articulation tibio tarsienne avec lésion des os de la première rangée du tarse.

Après l'opération, l'inflammation ne fut pas vive; la suppuration se maintint dans de bonnes limites ; le lambeau s'attacha bien, mais des ouvertures fistuleuses persistèrent pendant fort longtemps, et forcèrent le malade à rester à l'hôpital pendant sept mois. Pendant ce temps, le gonflement des glandes sous-maxillaires fit des progrès ; une toux symptomatique de tubercules se manifesta, et le malade succomba, à la suite de cavernes qui s'ouvrirent dans les plèvres.

Deuxième cas. — Un homme d'un âge mûr entre à l'hôpital, atteint d'un varus congénital très prononcé. Il marchait sur le bord externe du pied, la plante dirigée en dedans. La marche avait déterminé la formation de durillons qui s'ulcérèrent, les plaies prirent un mauvais aspect, l'os fut mis à nu, et le malade demandait à être amputé. Je l'opérai également par le procédé de Syme. Le lambeau postérieur, peut-être trop mince à sa base, se gangrena au bout de quelques jours ; un érysipèle s'empara de la plaie ; des suppurations s'établirent dans les gaînes tendineuses ; une diathèse purulente et une diarrhée, jointes à ces accidents, amenèrent la mort du malade après cinq semaines. A l'autopsie, on trouva une maladie de Bright au deuxième et troisième degrés.

Troisième cas. — Un homme de quarante ans, de constitution solide, entrait à l'hôpital, atteint d'une entorse grave et négligée de l'articulation tarsienne, qui avait produit une tumeur blanche ulcérée de cette articulation. Sous l'influence d'un séjour prolongé à l'hôpital, les gencives se gonflèrent, et les bords des plaies fistuleuses prirent une teinte bleuâtre. On fut forcé de hâter l'opération. La désarticulation du pied fut faite, en ma présence, avec beaucoup de dextérité, par un des médecins de l'hôpital. Le lambeau postérieur réussit très bien ; aussi tout se passa heureusement après l'opération. Le lambeau contracta des adhérences ; mais bientôt il se fit sous lui une collection purulente à laquelle il fallut faire jour par des contre-ouvertures ; le scorbut fit des progrès, et le malade mourut trois mois après l'opération.

Dans le *quatrième cas*, la désarticulation du pied fut faite à cause d'une carie. Il se forma des suppurations profondes dans les gaînes tendineuses. Le malade mourut quelques semaines après l'opération, et, à l'autopsie, on trouva encore la maladie de Bright dans les reins.

A ces quatre cas il faut certainement en ajouter un cinquième, dans lequel je confiai l'opération à un jeune médecin. Le malade était un garçon affecté de tumeur blanche tuberculeuse. L'opérateur ne réussit pas à sortir convenablement le calcanéum du lambeau postérieur ; il perça la peau au-dessus du tendon d'Achille, et il fut forcé d'amputer la jambe au-dessus des malléoles. Je dois encore ajouter que j'ai appris que la désarticulation du pied avait été faite avec succès ici, dans le premier hôpital régional, d'après le procédé de Roux.

C'est là tout ce que je savais du sort de cette opération, pratiquée chez nous, en Russie, jusqu'en 1852. Cette même année, en faisant à la clinique la démonstration de cette opération, il me vint à l'idée de modifier la méthode opératoire de Syme. Mes essais des méthodes de Syme, Baudens et Roux m'ont démontré :

1° Que le temps le plus difficile de l'opération de Syme était la décortication du calcanéum, qui est attaché aux tissus tégumentaires par des liens très serrés et très solides. Ce n'est qu'en prenant les plus grandes précautions qu'on peut éviter de laisser la peau trop mince ou même de la percer.

2° La peau qui recouvre le tendon d'Achille, et qui, dans le procédé de Syme, doit soutenir le lambeau, est beaucoup plus mince que l'extrémité de ce lambeau. Présentée à la lumière, elle paraît transparente. Si l'on a le malheur de laisser la peau un peu mince en la taillant, on voit survenir de la gangrène très facilement, ainsi que nous l'avons observé dans un des cas dont nous avons parlé.

3° Par le fait même de la décortication du calcanéum, il se forme dans le lambeau une excavation qui suppure beaucoup, et dans laquelle la suppuration est retenue.

4° En suivant le procédé de M. Baudens, par lequel on emprunte la peau du lambeau à la face dorsale du pied, on forme pour le membre un matelas moins avantageux que celui que fournit la plante du pied dans le procédé de Syme.

5° Par le procédé de M. Roux, on taille le lambeau bien plus facilement que par le procédé de Syme (en le prenant en dehors et en arrière). Sa base est plus large et le préserve plus facilement de la gangrène ; car l'artère tibiale postérieure est coupée au-dessous de sa bifurcation, et son rameau plantaire reste dans le lambeau ; mais encore, même dans ce procédé, le lambeau reste plus mince, et sa base à son extrémité de l'excavation du lambeau, n'est pas moins profonde que dans le procédé de Syme.

J'évite tous ces inconvénients en procédant de la manière suivante :

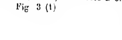
Je commence mon incision immédiatement au-devant de la malléole externe ; je la conduis verticalement au-dessous de la plante du pied, et la fais remonter verticalement jusque vers la malléole interne, où elle se termine à quelques lignes au-devant de cette saillie. De cette manière, toutes les parties molles sont coupées jusqu'au calcanéum ; une seconde section semi-lunaire, convexe en avant, qui passe à quelques lignes au-devant de l'articulation tibio-tarsienne, unit les deux extrémités de la première incision. On coupe également, comme dans la première section, toutes les parties molles jusqu'à l'os. J'ouvre l'articulation en avant, et désarticule la tête de l'astragale en coupant les ligaments latéraux. J'applique ensuite une scie à amputation à lame étroite derrière la tête de l'astragale, perpendiculairement sur le calcanéum, et scie le calcanéum en restant avec l'instrument dans la direction de la première incision : je

(1) *Moniteur des hôpitaux*, 7 avril 1855. (*Note historique sur la présence du sucre dans l'organisme animal*, par M. Schuepff.)

disséque un peu le lambeau antérieur en le détachant des deux malléoles, et enlève celles-ci à leur base A B par le même trait de scie.

Les instruments nécessaires pour pratiquer cette amputation sont un couteau à amputation à deux tranchants, de moyenne grandeur; une scie ordinaire avec une lame étroite, ou la scie à chaîne de Jeffrey.

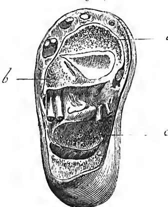
Fig 3 (1)



Mon procédé diffère donc de celui de Syme, en ce que le lambeau postérieur n'est pas creux et ne forme pas un bonnet, mais renferme la tubérosité postérieure du calcanéum avec l'insertion du tendon d'Achille; j'incline ce lambeau en avant, et mets en contact la section de la tubérosité calcanéenne et celle de la surface articulaire du tibia; quand cette dernière est malade, il est nécessaire d'abattre avec la scie une petite épaisseur du tibia avec les deux malléoles.

L'exécution de cette désarticulation est en général facile et n'exige que des connaissances anatomiques ordinaires. Il sera bon de diriger son attention sur les points suivants :

Fig. 4 (2).



1° On trouve l'articulation en avant très facilement, si l'on saisit bien les deux malléoles, et si l'on fait exécuter au tarse des mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

2° On ouvre l'articulation en avant, si l'on décrit avec le couteau un arc à convexité antérieure, pendant qu'on fait exécuter au pied un mouvement d'extension forcée, la capsule articulaire étant là très large, on l'ouvre facilement pendant qu'elle est mise dans un état de tension par l'extension du pied.

3° La tête articulaire de l'astragale ne se dégage pas tout de suite après l'ouverture de la capsule articulaire; elle ne sort pas de sa cavité, qui forme un cube irrégulier, avant que la pointe du couteau ait coupé les ligaments latéraux; trois ligaments à la malléole externe (ligaments péronier antérieur, moyen et postérieur) qui, du péroné, s'insèrent, en rayonnant, au calcanéum et à l'astragale, et le ligament deltoïdien, qui unit la malléole interne au calcanéum.

4° Comme la malléole externe est deux fois plus longue que la malléole interne, et que les ligaments qui rayonnent d'elle sont plus forts que les ligaments internes, on trouve plus de difficultés à les diviser au côté externe qu'au côté interne; mais ces difficultés sont peu de chose, si, avec la pointe du couteau, on a la précaution de dégager la malléole de trois côtés (en avant, en arrière et en bas).

5° Aussitôt que les ligaments latéraux sont coupés, la tête de l'astragale se dégage de l'articulation tibiale, même en mettant le pied dans une extension modérée; il ne reste plus alors qu'à inciser avec précaution la paroi postérieure de la capsule articulaire, pour découvrir le *sustentaculum tali* du calcanéum; je dis « avec précaution, » car, sans cela, on pourrait léser la surface antérieure du tendon d'Achille, qui n'est recouvert que par une couche de graisse et une gaîne fibreuse mince.

6° On peut terminer la section verticale interne à quelques lignes plus en avant de la malléole interne que de la malléole externe, afin de ne couper la tibiale postérieure qu'après sa bifurcation en plantaire interne et externe (comme dans le procédé de M. Roux). Du reste, dans mon procédé, la mortification du lambeau postérieur n'est pas à craindre; car le matelas graisseux du talon, sa connexion avec le calcanéum et son périoste restent intacts, et sont suffisamment nourris par le réseau vasculaire du calcanéum.

7° A l'exception du tendon d'Achille, je coupe les mêmes tendons que dans tous les autres procédés, les tendons des muscles péroniers derrière la malléole externe, ceux du muscle tibial postérieur et des fléchisseurs derrière la malléole interne, les tendons du muscle tibial antérieur et des extenseurs en avant.

Les avantages de ma méthode sont visibles :

1° Le tendon d'Achille n'est pas coupé, et, par cette conservation, on évite tous les inconvénients qui résultent de sa section.

2° La base du lambeau postérieur n'est pas plus mince que son extrémité, puisque la peau de cette base du lambeau reste en connexion avec la gaîne fibreuse du tendon.

3° Le lambeau postérieur n'est pas en forme de bonnet, comme dans le procédé de Syme, et ne prédispose pas à la collection du pus.

4° Dans mon procédé, l'extrémité inférieure est de 1 pouce et demi plus longue que dans tous les autres procédés, puisque la partie postérieure du talon, qui reste dans le lambeau postérieur, allonge le membre de cette hauteur en se soudant aux extrémités inférieures des os de la jambe.

5° Le lambeau peut donc lui fournir un point d'appui.

Ce procédé peut être modifié de différentes manières :

On peut, après avoir fait la première section des chairs, procéder tout de suite à la section du calcanéum de bas en haut, et désarticuler seulement après l'astragale; on peut couper les malléoles seules, ou enlever avec un trait de scie une lame mince du tibia; on peut encore donner au lambeau postérieur une direction plus oblique, et y laisser une portion plus considérable du calcanéum.

L'affrontement des lèvres de la plaie se fait avec du sparadrap de diachylon ou avec deux ou trois points de suture, ou, plus simplement, par l'application d'une bande. Les deux angles de la plaie sont laissés entièrement ouverts.

Une seule objection pourrait être faite à mon procédé : c'est la crainte de voir la nécrose s'emparer de la portion du calcanéum laissée dans le lambeau, portion qui se convertirait en séquestre et agirait comme un corps étranger. Je confesse que c'est cette crainte qui m'a retenu pendant longtemps dans l'application sur le vivant de mon procédé, alors que de nombreux essais sur le cadavre m'en avaient bien démontré les avantages; je craignais aussi que ce fragment du calcanéum, alors même qu'il ne se nécroserait pas, ne contractât pas d'adhérences solides avec le tibia, et ne pût servir comme point d'appui. Cependant, après avoir bien considéré que le périoste de la tubérosité du calcanéum est intimement uni à la fois avec l'os, le matelas graisseux et la peau, qu'il est largement abreuvé de sang, je me décidai à pratiquer cette opération sur le vivant, d'autant plus volontiers que l'expérience démontrait que, dans les plaies de tête occasionnées par des coups de sabre, les segments osseux adhérents au cuir chevelu, contractaient facilement des adhérences par première ou seconde intention, avec l'os primitif dont ils avaient été séparés.

Jusqu'à présent (avril 1853), j'ai appliqué mon procédé dans trois cas : deux fois chez des garçons de douze à treize ans, et une fois chez un jeune homme de dix-neuf ans; tous ont heureusement supporté l'opération : deux d'entre eux marchent sans béquilles et sans canne, sans se balancer ni boiter.

Ces trois cas démontrent indubitablement :

1° Que la tubérosité postérieure du calcanéum restée sous le lambeau postérieur peut contracter avec le tibia des adhérences solides, allonger le membre de 1 1/3 de pouce, et fournir une plante de pied saine, qui sert d'appui solide.

2° Que le tendon d'Achille n'est aucunement tendu par le changement de position de la tubérosité du calcanéum, puisque les deux malléoles sont coupées.

3° Que la marche de la cicatrisation n'est entravée par aucune particularité qui ne se rencontre dans les amputations ou désarticulations faites par d'autres procédés.

Dans ces trois cas, la réunion par première intention n'a pas été obtenue. Cette circonstance n'est pas particulière à notre procédé, presque jamais nous n'observons de réunion par première intention dans les amputations pratiquées chez nous.

Un reproche qui pourrait être adressé à ce procédé, est la formation de fusées purulentes le long des gaînes tendineuses qui, dans deux cas, ont donné lieu à des fistules qui ont persisté après la guérison de la plaie et l'adhérence du lambeau. Mais ces fusées se montrent aussi à la suite des opérations pratiquées par d'autres procédés, et je les ai vu deux fois à la suite de l'opération par le procédé de Syme; on le comprendra facilement quand on pense qu'on coupe dans ces opérations toutes les gaînes tendineuses.

Dans un de mes trois cas (le troisième), une dyscrasie (disposition au scorbut) eut un effet visible sur la formation de ces fusées. Je crois qu'on

(1) Figure empruntée au mémoire du professeur Pirogoff.

(2) Cette figure, copiée sur le dessin original, donne une idée fausse des résultats de l'amputation, parce que les surfaces osseuses divisées par la scie, des malléoles interne A, externe B, et du calcanéum C, sont représentées sur le même plan, ce qui est en réalité impossible.

pourrait les éviter en faisant sur ces gaînes une pression méthodique, car elle aurait pour effet de rendre les tendons moins mobiles, et je me suis proposé dans la première amputation que je ferai par mon procédé d'appliquer des deux côtés de la jambe sur le trajet des tendons des compresses graduées maintenues par un bandage roulé. Je crois aussi qu'il ne faut pas couper les tendons trop courts, c'est-à-dire trop près de la section des gaînes; j'aimerais mieux voir leurs bouts faire un peu saillie : quand ils sont coupés trop courts, leurs bouts se perdent dans ces canaux fibreux, ou ce qui est pire encore; à chaque mouvement du membre ils glissent en haut dans leurs canaux; je ne crains rien autant que ce dernier effet, quand le ventre musculaire se contracte et attire à lui le tendon à moitié détruit par la suppuration. Je crois donc fermement que la fixation des tendons avant, pendant et après l'opération par une pression méthodique et le maintien du membre dans une même situation par un bandage, approprié sont des conditions importantes pour assurer le succès de l'opération.

Il est très remarquable de voir que dans nos trois cas, le fragment de calcanéum a contracté des adhérences solides avec le tibia, malgré une suppuration abondante et une stagnation de pus dans le lambeau (troisième cas), malgré une altération manifeste du calcanéum, qui était graisseux et si ramolli qu'il se laissait couper au couteau (deuxième cas), malgré enfin des excroissances fongueuses saignantes qui se développèrent sur la surface de l'os, huit jours après l'opération (deuxième cas).

Fig. 5.

Enfin le troisième cas démontre que la désarticulation du pied par notre méthode peut être faite, au moins chez des enfants et des jeunes gens, dans des cas de maladie de l'articulation tibio-tarsienne, si la dégénérescence organique ne s'est pas emparée des parties molles à une trop grande distance de l'articulation. Chez le garçon qui forme la deuxième observation, j'ai trouvé pendant l'opération du pus dans l'articulation du pied, l'astragale gonflée et ramollie, les extrémités des os de la jambe également ramollies et graisseuses, et malgré ces circonstances défavorables, le succès a couronné mon opération, et le moignon (voir fig. 5) a été aussi régulier que chez nos autres malades.

Obs. I. — *Carie des os du pied droit.* — Antoine Juschtschenko, âgé de treize ans, de complexion délicate, ayant le système osseux et musculaire peu développés, vécut jusqu'à l'âge de douze ans à la caserne avec son père, qui était soldat. Il dit avoir été affecté pendant son enfance d'un gonflement dans la région axillaire (probablement de nature scrofuleuse), si ses souvenirs ne le trompent pas. En novembre 1853, son pied droit se gonfla dans l'articulation tibio-tarsienne sans cause connue. Au début, le gonflement n'était pas nettement limité, il était sans changement de couleur à la peau et indolore, au moins quand on ne faisait pas exécuter de mouvements ou quand on n'exerçait aucune pression; mais bientôt la douleur se manifesta et avec elle une rougeur qui occupait les parties gonflées. En décembre on fit une ponction avec une lancette, qui, au dire du malade, donna issue à une sérosité roussâtre; le traitement suivi à l'infirmerie régimentaire doit avoir consisté, au dire du malade, en application de linge cératé recouvert d'un emplâtre de diachylon et d'application de cataplasmes sur les parties tuméfiées; à l'intérieur il prit l'huile de foie de morue.

Le 6 février, Juschtschenko fut évacué de l'infirmerie du bataillon sur le deuxième hôpital régional, où on lui prescrivit du quinquina; on recouvrit la tumeur à plusieurs reprises d'emplâtres vésicatoires. Après l'ouverture des vésicules il se forma des plaies fistuleuses qui furent combattues avec de l'alun calciné. Déjà au commencement d'avril on remarqua que la sonde pénétrait jusqu'à l'articulation calcanéo-cuboïdienne et qu'un pus séreux s'écoulait avec abondance de la plaie; ces circonstances firent diriger ce jeune homme sur la clinique chirurgicale le 22 avril. La plaie présentait un aspect fistuleux dont le fond était formé par le périoste des os du métatarse, dénudés dans une étendue notable. L'état général n'était pas rassurant; le malade est faible, anémique et présente quelque indice de scorbut, ainsi on entend un souffle dans les veines jugulaires. Son traitement consista en administration de l'iode, du fer, de l'huile de foie de morue; plus tard, décoction de quinquina avec des acides, bains aromatiques. De temps en temps on élargit les trajets fistuleux avec de l'éponge préparée. Le 3 mai, l'affection scorbutique disparait, l'état du malade s'améliore sensiblement, le souffle chlorotique cesse dans les veines jugulaires, la digestion devient bonne, sans diarrhée, et la toux disparaît aussi; localement on observa les particularités suivantes: le métatarse droit se gonfla notablement au côté externe, la flexion et l'extension devinrent possibles sans causer de douleur, à 1 pouce et demi au-devant de la malléole externe se trouvait l'ouverture d'une plaie fistuleuse dont les bords étaient amincis, flasques et inégaux. La peau présentait une coloration livide de l'étendue d'un écu à l'entour de la plaie; sous elle on percevait un gonflement œdémateux qu'on ne pouvait presser sans occasionner de fortes douleurs. La sonde, introduite dans la fistule, arrivait sur la surface rugueuse de l'os dénudé, pénétrait facilement dans la substance ramollie. En avant, l'ouverture se continuait entre les os du métatarse jusqu'à l'articulation tarso-métatarsienne. Un écoulement léger de sang suivait chaque introduction de la sonde. La désarticulation fut résolue.

Le malade fut couché sur le dos, sur un lit ordinaire, et anesthésié par le chloroforme; un aide comprima l'artère crurale, un autre fixa le pied malade en élevant la partie inférieure de celui-ci à une hauteur suffisante. L'opérateur ayant la face tournée contre le malade saisit le talon dans sa main gauche, et, armé d'un petit couteau à amputation à double tranchant, conduisit une section verticale depuis la malléole externe jusqu'au bord antérieur de la malléole interne, et coupa en plusieurs coups les parties molles. Des extrémités de cette première incision qui avait la forme d'un fer à cheval, on en fit partir une deuxième, horizontale, passant à un pouce au-devant de l'articulation tibio-tarsienne. Le lambeau antérieur fut séparé des os du tarse et relevé par un aide; l'articulation fut trouvée facilement et ouverte d'abord sur le devant, puis sur les côtés; il ne fut alors pas difficile de luxer le pied en bas et en dehors. Il ne resta plus à couper que le ligament articulaire qui unit aussi l'astragale au calcanéum, afin de mettre à nu la surface supérieure de ce dernier, dans la réunion de son tiers moyen avec le tiers postérieur. L'opérateur fit alors la section de cet os dans cette direction avec une scie à chaîne, et de cette façon fut formé le lambeau postérieur. Afin de réunir exactement ce lambeau avec l'extrémité du tibia, les deux malléoles furent coupées au niveau de la cavité articulaire tibiale avec une scie ordinaire; quelques portions de tissu cellulaire épaissi et ulcéré furent excisées avec des ciseaux.

Après avoir fait la ligature des artères tibiale, postérieure et dorsale, enlevé le sang des surfaces des plaies, l'opérateur rapprocha le lambeau postérieur de l'extrémité du tibia, et maintint réunies ces parties moyennant quatre points de suture. Le reste du pansement consista en plumasseaux de charpie imbibés d'eau hémostatique, sur lesquels on appliqua de la charpie sèche, quelques bandelettes de diachylon et deux compresses; tout cet appareil fut maintenu par quelques tours de bande.

L'examen de la partie du pied enlevée constata que plus de la moitié du cuboïde était détruite par la carie; l'astragale et même le calcanéum étaient envahis par la carie dans le voisinage du cuboïde. L'ouverture fistuleuse se prolongeait entre le cuboïde et le troisième cunéiforme, jusque vers l'articulation tarso-métatarsienne. Un deuxième trajet semblable se prolongeait en arrière et en bas, jusque vers la peau du talon. Le tissu cellulaire était épaissi et infiltré de pus dans les parties malades et au pourtour de la plaie; le calcanéum avait subi la dégénérescence graisseuse et était très injecté, car après sa réunion avec le tibia il laissait encore couler du sang en abondance de tous les côtés. — Le soir, on administra de la poudre de Dower.

31 *mai, deuxième jour.* — Nuit agitée, un peu de fièvre. Potion de Rivière; on ne touche pas au pansement.

1er *juin, troisième jour.* — On renouvelle le pansement; l'appareil est imbibé de sang. Les lèvres de la plaie son agglutinées, on enlève les sutures. Nouveau pansement, arrosé d'*infusion aromatique.* La nuit est tranquille. Continuation de la potion de Rivière.

5 *juin, cinquième jour.* — Une portion de la plaie est béante; la sécrétion du pus de bonne nature s'établit. On introduit un bourdonnet imbibé de solution de nitrate d'argent.

4 *juin, sixième jour.* — La fièvre est à peu près tombée; un peu d'appétit. Même état de la plaie; bandage roulé pour mieux soutenir le lambeau.

11 *juin, quatorzième jour.* — Douleur dans le voisinage du tendon d'Achille. Après l'enlèvement du linge fenêtré, on découvre une collection dans le voisinage du tendon d'Achille. L'abcès est ouvert par deux incisions; séton. La plaie prend un mauvais aspect, les bords sont gonflés et saignants. Pansement avec solution concentrée de nitrate d'argent. A l'intérieur, huile de foie de morue, 2 cuillerées par jour.

16 *juin, dix huitième jour.* — L'état de la plaie s'est amélioré; le pus est épais; les incisions des abcès tendent à se cicatriser. État général assez satisfaisant.

28 *juillet, deux mois après l'opération.* — Peu de suppuration, aucune douleur à la région opérée; les plaies ne sont pas sensibles; pus fortement adhérent. État général satisfaisant; la flexion permanente du membre a entraîné de la contracture dans le genou.

Avril 1853, *un an après l'opération.* — Deux petits trajets fistuleux superficiels persistent encore sur les deux côtés de la cicatrice. Le malade s'appuie bien sur le moignon, et porte une espèce de botte; il marche sans béquilles. La contracture du genou a totalement cédé. Aspect anémique; du reste, état général satisfaisant.

Obs. II. — Iwan Dawidowitsch, âgé de quinze ans, entra à l'hôpital

le 21 mai, affecté d'une tuméfaction au côté interne du tarse du pied gauche. La maladie a été produite par une entorse ; le gonflement, élastique, très douloureux au toucher, avait le volume d'un œuf d'oie.

L'aspect cachectique du malade fit penser à l'existence d'une dyscrasie scrofuleuse cachée. On prescrivit de l'iode à l'intérieur, et à l'extérieur des vésicatoires. Après une amélioration de peu de durée, le gonflement augmenta tout à coup ; il se forma un abcès, qui s'ouvrit spontanément, mais le gonflement persista et le pus s'écoulait difficilement ; les douleurs devinrent vives ; le sommeil disparut. Une rougeur œdémateuse entoura la plaie ; celle-ci fournit en abondance du pus verdâtre, fétide : infiltrations purulentes, frissons, fièvre intense. Ces symptômes me faisant croire à l'existence d'un épanchement purulent qui de l'intérieur des os primitivement affectés aurait passé dans la cavité articulaire du pied, je me décidai à pratiquer la désarticulation le 1er septembre, quoiqu'un érysipèle et une fièvre intense parussent devoir être une contre-indication positive à l'opération. Je trouvai, en effet, du pus dans la cavité articulaire ; la membrane synoviale était fortement gonflée, rouge, les cartilages articulaires ramollis, le calcanéum et la surface articulaire du tibia tellement ramollis et graisseux qu'ils se laissaient couper par le couteau à amputation.

2 *septembre.* — Douleurs vives dans toute la jambe gauche ; pouls fiévreux, mais faible ; langue recouverte d'un enduit jaunâtre ; frissons. Les pièces de l'appareil sont imbibées de sang ; on les change ; le saignement continue. Vessies de glace. Douleur, agitation ; on prescrit pilules d'acétate de morphine, gr. 1/4. Le malade est calmé. Hémorrhagie intense pendant la nuit ; elle est arrêtée par de la glace. Le malade se plaint d'avoir très froid, quoique sa peau paraisse chaude à la main qui l'examine. Deux heures de sommeil ; bonne selle ; le malade urine une fois.

3 *septembre.* — On renouvelle le pansement ; le malade se trouve bien.

4 *septembre.* — État très satisfaisant. Douleurs dans la jambe gauche ; on renouvelle le pansement ; on injecte de l'infusion aromatique ; 1 cuillerée d'huile de castoréum.

6 *septembre.* — Bandage roulé.

8 *septembre.* — Pendant la nuit, frissons et chaleur, pas de sommeil. Pouls accéléré ; langue blanche et sèche. On prescrit *aq. oxymuriat.*; pendant la nuit, eau de laurier-cerise avec extrait de belladone. On coupe le bandage roulé.

9 *et* 10 *septembre.* — Diarrhée.

11 *septembre.* — Diarrhée moindre, pouls plus tranquille ; suppuration toujours aussi abondante. Entre les lèvres de la plaie paraît un gonflement fongueux de la grosseur d'un œuf de poule, qui paraît venir de la cavité médullaire du tibia ouverte par le trait de scie. Cette tumeur est en connexion intime avec le tibia, et est le siége à sa surface d'un suintement sanguin ; on la saupoudre avec la poudre styptique.

16 *septembre.* — La fongosité est tombée complétement ; les bords de la plaie sont recouverts de bourgeons de bonne nature. État général satisfaisant ; deux selles diarrhéiques.

18 *septembre.* — Les granulations sont de très bonne nature. État très satisfaisant.

29 *septembre.* — A quatre travers de doigt au-dessus du lieu où l'on a opéré, collection purulente, rougeur phlegmoneuse des téguments ; l'ouverture de l'abcès donna issue à deux cuillerées de pus. État général satisfaisant ; pas de diarrhée ; le lambeau plantaire est déjà passablement adhérent.

2 *novembre.* — La plaie est presque entièrement guérie ; il ne s'écoule plus de pus qu'en petite quantité par les dernières ouvertures.

Avril 1853. — Le malade s'appuie sur le moignon sans béquilles.

(*La suite à un prochain numéro.*)

II.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 20 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

EAUX MINÉRALES. — *Recherches sur les eaux minérales du Canada*, par M. *Sterry-Hunt*, de la commission géologique du Canada.

Les résultats de ces recherches, qui datent de sept années, comprennent aujourd'hui les analyses de cinquante-neuf sources, dont vingt-quatre ont été soumises à une analyse quantitative complète.

Ces sources appartiennent toutes au terrain paléozoïque, et pour la plupart à l'étage silurien inférieur, qui occupe la vallée du fleuve Saint-Laurent, entre Kingston et Québec.

Ces cinquante-neuf sources se divisent naturellement en deux groupes : la première division comprend les sources d'acide sulfurique libre, au nombre de quatre, et deux sources fortement sulfureuses ; le second groupe comprend les sources dans lesquelles les sels à base de soude prédominent.

PHYSIOLOGIE. — M. *Rayer* annonce à l'Académie que M. *Boeck* (de Christiania) l'a rendu témoin, ainsi que M. *Bernard*, d'expériences très intéressantes sur la contraction musculaire, faites à l'aide d'un *kymographion* perfectionné.

(Une commission composée de MM. *Pouillet*, *Rayer*, *Bernard*, est chargée d'examiner l'instrument de M. Boeck.)

TREMBLEMENTS DE TERRE. — M. le secrétaire perpétuel présente une série d'articles de journaux de Genève qui se rapportent au tremblement de terre du 25 juillet. Nous trouvons dans une lettre de Cully (haut Valais) le récit d'un accident assez curieux sous le rapport hygiénique. Un médecin raconte que pendant cette journée plusieurs personnes de sa maison se plaignaient d'une grande somnolence, beaucoup de gens du voisinage ne pouvaient résister au sommeil, et lui-même fut saisi de vertiges qui l'obligèrent de s'appuyer des deux mains pour soutenir sa marche.

MÉDECINE. — *Recherches sur l'emploi des cautérisations linéaires de la région thoracique supérieure dans l'asphyxie*, par M. le docteur *Faure*.

L'auteur résume dans les conclusions de son mémoire les résultats d'expériences nombreuses entreprises sur des chiens et des chats, les uns asphyxiés par les vapeurs du charbon, les autres étranglés, noyés ou étouffés.

Chez ces animaux, quand le cœur a cessé de battre tout à fait, ou même quand ses battements sont tombés au-dessous de 3 pour cinq secondes, le cas est constamment mortel, quoi qu'on fasse ; mais en dehors de ces cas extrêmes, dans les cas d'asphyxie, les cautérisations sont capables de ranimer la vie alors même que tous les autres moyens sont devenus impuissants.

Le fer, fortement chauffé, doit tracer des lignes parallèles aux côtes, plus ou moins profondes et étendues, selon la gravité du mal, sur la partie supérieure et latérale de la poitrine, au niveau des quatre ou cinq premières côtes.

M. Faure pense que la cautérisation réveille la contractilité des muscles respirateurs en vertu d'une action réflexe.

Quand la sensibilité générale est rétablie, il est de la plus haute importance de l'exciter encore pendant longtemps, et pour cela la flagellation est le moyen le plus sûr et le plus facile. L'auteur termine en rapportant le fait d'une jeune fille asphyxiée par le charbon, et que les divers procédés du traitement habituel, employés pendant près de trois heures, n'avaient pu ranimer. La cautérisation linéaire de la région thoracique supérieure lui rendit bientôt le mouvement et la vie ; mais quelque temps après les accidents se renouvelèrent, et deux nouvelles cautérisations furent suivies de deux autres rechutes. Ce n'est qu'après la troisième cautérisation suivie d'une flagellation de quinze heures, pratiquée avec un martinet à plusieurs lanières, que la malade fut tout à fait rétablie. (*Comm.:* MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *Mémoire sur une altération du tissu propre de la mamelle, confondu avec le tissu hétéromorphe dit cancéreux*, par M. *Ch. Robin.* — Ce mémoire a pour but la description d'un fait nouveau qui, à côté de nombre d'autres, tend à démontrer que certaines tumeurs de la mamelle, considérées comme des productions nouvelles hétéromorphes ou parasitiques, ont pour point de départ les cellules normales de son tissu.

Cette altération de la glande mammaire est assez fréquente ; elle a été classée habituellement dans les tumeurs dites *cancer encéphaloïde cru ou lardacé*, etc. La structure en est remarquable par la présence fréquente, bien que non constante, d'une grande quantité de tissus fibreux, disposés en faisceaux volumineux, résistants, difficiles à dilacérer, parce qu'à leurs fibres sont interposées une grande quantité de matière amorphe très tenace, et surtout beaucoup de granulations graisseuses, tantôt éparses, tantôt contiguës.

Le fait essentiel à signaler dans cette structure, c'est la présence de gaînes d'épithélium glandulaire, ou mieux de cylindres pleins dans les parties où l'altération est le plus avancée. Ces cylindres sont ramifiés, terminés en cul-de-sac, et ils se réunissent à un conduit commun représentant le canal excréteur normal. Ce sont donc les *acini*, hypertrophiés, augmentés de volume avec plusieurs particularités dans leurs éléments épithéliaux qu'il importe de signaler brièvement.

1° Dans les cas morbides, les noyaux de l'épithélium glandulaire sont devenus plus gros qu'à l'état normal, du quart au double environ, selon les cas ; il sont également plus granuleux. Les granulations sont graisseuses ; quand elles sont très abondantes, le tissu offre la coloration jaunâtre et

la friabilité du tubercule, qui lui ont fait donner le nom d'*aspect phymatoïde*. Entre les noyaux se trouve une certaine quantité de matière amorphe finement granuleuse.

2° Dans d'autres circonstances, les noyaux n'ayant pas perdu leurs caractères normaux, la matière amorphe qui s'est interposée à eux, s'est segmentée autour de chaque noyau, de manière à donner lieu à la production de cellules pavimenteuses régulières.

3° Dans d'autres cas, enfin, qui sont les plus habituels, les noyaux de l'état normal, grossis du double, ont pris un ou deux nucléoles qu'ils ne possédaient pas; en même temps la matière amorphe s'est segmentée dans la plupart des culs-de-sac sous forme de cellules nombreuses pourvues de noyaux.

Une particularité remarquable, c'est qu'on voit, concurremment avec ces altérations de la mamelle, se produire souvent aussi dans les ganglions lymphatiques de l'aisselle un tissu semblable à l'altération de la mamelle correspondante.

Académie de Médecine.

ADDITION A LA SÉANCE DU 21 AOUT 1855.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a.* Un mémoire de M. le docteur *Barret* (de Carpentras), sur les modifications à introduire dans le tableau nosologique des décès annexé à la circulaire ministérielle du 24 septembre 1853. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements du Rhône et de la Côte-d'Or. (*Commission de vaccine.*)

2. Communications de : — *a.* M. le docteur *Mérot*, de Savenay. (Pince-forceps pour l'extraction des polypes utérins). (*Comm.* : M. Depaul. — *b.* M. le docteur *Orange*, médecin, de Saint-Eugène (Algérie). (Nouveau traitement pour la fièvre continue rémittente, intermittente, fièvre typhoïde, typhus, etc.). (*Comm.*: MM. Michel Lévy, Blache). — *c.* M. le docteur *Delioux* (de Brest). (Mémoire sur la spedalskhe et la radesyge, maladies endémiques dans le nord de l'Europe). (*Comm.*: MM. Rayer, Gibert.) — *d.* M. le docteur *Aulagnier*, ex-médecin en chef de l'hôpital de Sedan (Recherches sur la glairine ou la barégine des eaux minérales). (*Comm.*: MM. Chevallier, Caventou, H. Gaultier de Claubry, Is. Bourdon). — *e.* M. le docteur *Da Kamara Leme* (de Madère). (Sur la température de l'homme et des animaux). (*Comm.*: MM. Longet, Guérard.)

— M. *Depaul*, secrétaire annuel, présente, au nom de M. Faij, professeur à Christiania, un mémoire sur l'embryotomie par le forceps modifié de M. Van Hevel (de Bruxelles).

SÉANCE DU 28 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre du commerce et des travaux publics adresse à l'Académie : — *a.* Un rapport de M. le docteur *Challette*, de Châlons, sur une épidémie de suette miliaire qui a régné dans plusieurs communes de cet arrondissement. — *b.* Huit rapports de M. le docteur *Danvin*, de Saint-Pol, sur diverses épidémies qui ont régné dans cet arrondissement. (*Commission des épidémies.*) — *c.* Un rapport de M. *Charlet*, sur une épidémie de choléra qui a régné, en 1854, dans la commune de Cornimont. (*Commission du choléra de* 1854.) — *d.* Une demande d'avis sur une source minérale située à Usson (Ariége). (*Commission des eaux minérales.*) — *e.* Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté en date du 23 courant, par lequel M. *Henry* fils est nommé chef adjoint des travaux chimiques à l'Académie de médecine.

3° Communication de : — *a.* M. le docteur *Danvin*, de Saint-Pol (Histoire d'un céphalématome curieux, suivi de réflexions et de considérations pathologiques). (*Comm.*: MM. Londe et Barth.) — *b.* MM. *Savoye* et *Reinvillier* (pli cacheté relatif à une nouvelle préparation pharmaceutique).

Lectures et Mémoires.

PATHOLOGIE MENTALE. — M. *Collineau* monte à la tribune pour faire un rapport verbal sur un travail de M. *Fée*, intitulé : *Le rêve et la folie.*

M. *Velpeau* et plusieurs autres membres rappellent que M. *Fée* étant membre de l'Académie, son travail ne saurait être soumis à l'examen d'une commission ni devenir l'objet d'un rapport.

M. *Collineau* donne alors lecture de la lettre d'envoi de M. Fée et de la note qui l'accompagne, et dans laquelle l'auteur combat l'assimilation du rêve avec la folie.

CHIRURGIE. — M. *Morel-Lavallée*, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, lit un mémoire *sur un nouvel appareil pour les fractures des mâchoires, et plus spécialement de l'inférieure.*

L'auteur, après avoir établi l'insuffisance des simples bandages dans un grand nombre de cas, les inconvénients et le danger des appareils mécaniques, propose un nouveau moyen qui lui a donné un succès complet dans deux cas d'une difficulté extrême.

La base de cet appareil est une gouttière de gutta-percha, que les dents se creusent elles-mêmes, en s'enfonçant, en mordant, en quelque sorte, dans cette substance préalablement ramollie dans l'eau chaude. Le refroidissement spontané ou opéré par l'eau frappée, durcit en quelques minutes le moule en place.

Une gouttière analogue est appliquée du côté sain, et séparée de la première par un intervalle suffisant pour l'introduction des aliments ; une fronde complète l'appareil. Les dents sont solidement retenues dans les espèces d'alvéoles renversées que s'est creusées leur couronne dans la gutta-percha ; la gouttière est comme clouée sur la cassure de la tige osseuse, et il semble impossible d'imaginer une contention plus exacte. Cette gouttière a en outre l'avantage de s'enlever et de se replacer avec la plus grande facilité. La gutta-percha réunit ici toutes les conditions désirables : elle est aisée à manier, à la fois souple et résistante, impénétrable aux humeurs de la bouche, et ne contracte pas, comme le liége, l'odeur infecte qui devait faire abandonner cette écorce poreuse Un cas où la mobilité des fragments était telle que le moindre mouvement de déglutition reproduisait le déplacement, a été guéri sans trace de difformité à l'aide de cet appareil. Et cependant la violence de la chute avait déterminé sous le menton un abcès qui n'avait pas tardé à communiquer avec le foyer de la fracture.

Dans un cas où la fracture datait de trois semaines, où la réduction était d'une difficulté exceptionnelle, le déplacement opiniâtre, non-seulement la guérison fut obtenue, mais, sitôt l'appareil appliqué, le malade put manger et parler, c'est-à-dire que la mâchoire brisée conservait en partie ses fonctions, et que l'appareil conciliait l'immobilité des fragments avec la mobilité générale de l'os. Cet appareil n'était autre que le moule précédent, mais à la face supérieure duquel on avait adapté un ressort prenant, par son extrémité extérieure rembourrée, un point d'appui sous le menton. De cette façon, le maxillaire était pressé, d'un bord à l'autre, entre deux attelles en gouttière, et il avait ainsi repris son indépendance. Il est également applicable aux fractures du maxillaire supérieur, à celles des arcades dentaires, aux luxations des dents. L'auteur, en terminant, donne la description des différents types de gutta-percha applicables à la fracture du corps du maxillaire, aux fractures des arcades dentaires, et au cas d'une dent saine expulsée de son alvéole. (*Comm.*: MM. Robert, Gerdy, Velpeau.)

M. le docteur *Apostolidès* donne lecture d'un premier mémoire intitulé : *De la compression en général, et particulièrement de son influence sur quelques affections chirurgicales.* L'auteur, après avoir distingué la compression technique en *compression permanente* et *compression intermittente*, étudie successivement l'action de cette méthode de traitement sur les plaies, les fractures, les tumeurs, les œdèmes et l'hypertrophie.

1° Pour obtenir le rapprochement facile, l'affrontement parfait des lèvres d'une plaie, qui sont les premières conditions de la réunion immédiate, M. Apostolidès propose de recourir à un sparadrap élastique ou emplâtre élastique. Cet emplâtre n'est autre chose qu'une lame de caoutchouc vulcanisé, à laquelle on peut donner la forme convenable, et qui est recouverte du même diachylon que le sparadrap ordinaire.

L'auteur veut que la compression exercée à l'aide de ce nouveau bandage ne soit pas permanente ; il conseille de préférence une compression intermittente qui, procurant à la partie comprimée quelques moments d'un repos salutaire, la mettra dans la possibilité de supporter plus facilement une nouvelle compression.

L'appareil de caoutchouc a l'avantage d'exercer une compression toujours uniforme, son élasticité lui permettant de s'accommoder aux différences de forme et de volume des parties lésées.

2° Pour les fractures, M. Apostolidès propose de modifier les appareils ordinaires, et de les remplacer par des bandages susceptibles d'exercer une compression douce et interrompue, soit avant, soit après leur application, et permettant d'explorer le lieu de la fracture, conformément aux préceptes hippocratiques.

3° Contre les tumeurs blanches, l'auteur préconise l'emploi de la compression intermittente et progressive, aidée d'autres moyens, tels que les antiphlogistiques, les révulsifs cutanés, et surtout l'immobilisation du membre affecté.

La compression est encore indiquée dans les anévrysmes, où elle peut devenir un moyen curatif ; dans les varices, où elle n'est le plus souvent qu'une méthode palliative ; et enfin dans les tumeurs érectiles, où elle compte quelques succès. Mais, dans ces affections, M. Apostolidès recon-

naît que la préférence doit être accordée à la compression permanente, afin de ne pas permettre aux tissus de se relâcher et de reprendre leur forme pathologique sitôt que la force compressive cesse d'agir.

L'auteur termine cette première partie de son travail sur la compression, en signalant les applications utiles qu'on pourrait faire de cette méthode pratiquée d'une manière intermittente dans les cas d'hypertrophie, d'œdème et d'éléphantiasis des Arabes. (*Comm.* : MM. Larrey, Roche, Lagneau.)

La séance est levée à quatre heures un quart.

III.

REVUE DES JOURNAUX.

Plaie par arme à feu de la carotide; cessation spontanée de l'hémorrhagie, par M. Cholmeley.

Les blessures de l'artère carotide primitive sont généralement considérées comme donnant lieu à une mort instantanée. Voici cependant un cas qui porte à cette opinion un démenti formel, et même un démenti très rassurant, car on remarquera que la plaie se trouvait dans les conditions les plus capables de provoquer une hémorrhagie foudroyante et incoercible, puisqu'elle était produite par une balle qui ouvrait une large issue au sang, et que la division de l'artère ne portait que sur les trois quarts environ de sa circonférence, cas où la rétraction salutaire des deux bouts du vaisseau est éminemment difficile.

Obs. – Un officier reçut une balle qui entra par le côté gauche du cou, au milieu du muscle sterno-mastoïdien, à l'endroit où les deux portions sternale et claviculaire de ce muscle se réunissent entre elles. Une hémorrhagie abondante eut lieu immédiatement; mais les assistants ne purent discerner si le sang était rutilant, ni s'il sortait par jets.

M. Cholmeley, qui vit le blessé au bout d'une heure, trouva l'hémorrhagie arrêtée d'elle-même. La mort eut lieu au bout de trente-huit heures, par suite des lésions résultant de cette balle qui avait traversé le cou et brisé la colonne vertébrale.

L'autopsie fit voir que la carotide avait été divisée; ses deux bouts ne tenaient plus l'un à l'autre que par deux bandelettes étroites, constituées uniquement par la membrane externe; les membranes moyenne et interne étaient rétractées dans l'intérieur du vaisseau. Un caillot sanguin remplissait les deux bouts de l'artère; celui du bout central, ferme et prolongé, s'étendait jusqu'au-dessous de la clavicule; celui du bout périphérique ne s'étendait qu'à un quart de pouce dans les carotides externe et interne. Les veines jugulaires externe et interne avaient aussi été divisées. (*Medical Times and Gazette*, 2 juin 1855, p. 538.)

Fracture de la mâchoire inférieure, par M. Prestat.

Obs. — A la suite d'un choc violent, un homme avait eu toute la portion horizontale de la mâchoire supérieure séparée du reste de l'os. La portion détachée représentait à peu près ces palais artificiels que les dentistes placent à leur porte.

Malgré l'emploi de la fronde, ce fragment, entraîné par son propre poids, suivait la mâchoire inférieure dans ses mouvements.

M. Prestat imagina alors l'ingénieux procédé de contention dont nous allons tâcher de donner une idée. Il courba à angle droit deux bandes d'argent de 2 centimètres de large sur 15 de long : l'une des branches devant s'appliquer dans la bouche au-dessous de la voûte palatine, l'autre destinée à longer la fosse malaire à l'extérieur, et à remonter jusque vers le front. Il courba ensuite la première branche vers sa jonction avec la seconde, en forme d'un S. On forma ainsi deux gouttières dont l'une embrassait étroitement les dents restées intactes, et dont l'autre avait pour destination de loger dans sa concavité la lèvre supérieure. L'appareil fut ensuite fixé au bonnet à l'aide d'un ruban passé dans un chas pratiqué d'avance à l'extrémité supérieure de chaque bande.

Le blessé porta cet appareil sans gêne durant un mois. Au bout de ce temps, la consolidation était complète. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 avril 1855, p. 311.)

— Ce simple mécanisme, très facile à exécuter et susceptible de se prêter à toutes les modifications que la diversité des cas pourrait indiquer, nous semble pouvoir remplacer avec avantage les machines que Busch et Rutenick avaient proposées contre les fractures du maxillaire inférieur.

Traitement des ulcères syphilitiques de l'arrière-bouche, par M. Langston Parker.

Il ne s'agit pas ici des tubercules muqueux et ulcérés des amygdales qui, sous le nom de *chancres de la gorge*, font l'effroi des malades et ne sont, en réalité, que des symptômes secondaires de la plus précoce et de la moins grave poussée. L'auteur ne parle que de ces ulcérations tertiaires, profondes, qui détruisent les tissus, perforent le voile palatin, et portent au timbre vocal une atteinte souvent irrémédiable.

Dans ces cas graves, dont le traitement général n'arrête pas toujours assez promptement l'évolution, ce n'est pas trop que de pouvoir s'aider des ressources de la médication topique. M. Parker ne désapprouve point la cautérisation avec les acides. Mais il croit qu'on peut s'en dispenser en recourant à d'autres moyens plus doux, mais qui, associés, possèdent une efficacité égale.

Ce sont d'abord un gargarisme avec douze gouttes environ de créosote dans un demi-litre d'eau; en second lieu, l'aspiration réitérée quotidiennement des vapeurs de l'oxyde gris de mercure. Selon M. Parker, les applications de vésicatoires ou de rubéfiants à l'extérieur n'ont que peu de valeur. Sur ce dernier point, nous partageons entièrement son avis; mais, d'après notre expérience, rien ne vaut, pour arrêter les progrès de ces ulcères, la cautérisation avec le nitrate acide de mercure répétée à trois ou quatre reprises tous les trois jours. (*Association Medical Journal*, 27 avril 1855, p. 385.)

Suture assemblée, par M. Santos Guerra.

C'est une forme de suture sèche, autrement dit un mode de réunion par les agglutinatifs. Voici en quoi il consiste : Taillez deux pièces de diachylon fendues sur un bord, de manière à imiter les dents d'un peigne, mais en laissant assez d'espace entre les dents pour que, lorsque les deux pièces sont en face, les dents de l'une puissent se loger entre les dents de l'autre.

La manière d'employer ce pansement ressemble beaucoup à l'application du bandage unissant des plaies transversales. On fait adhérer chaque pièce à une certaine distance de chacun des bords de la plaie, de façon que leurs bords languettés se regardent réciproquement. Puis, en faisant fixer par un aide la base non languettée de ces pièces, on tire à la fois en sens inverse sur les languettes correspondantes de l'une et de l'autre. Un bandage ordinaire assujettit le tout en place.

La composition de l'agglutinatif a été aussi de la part de l'auteur l'objet de recherches spéciales. Pour obtenir un sparadrap qui devienne adhésif par la seule chaleur de la peau, il compose la substance emplastique de 7 parties de colophane, 1 d'huile d'olives, 1 de mucilage concentré, et 1 de térébenthine. (*El Siglo medico*, 25 mars 1855, p. 90.)

Irrégularité de l'artère obturatrice, par M. J. Spence.

Les anomalies artérielles qui peuvent intéresser la pathologie herniaire n'ont le plus souvent été constatées que sur le cadavre. Ici c'est pendant l'opération qu'on a diagnostiqué la disposition irrégulière dont la dissection est ensuite venue préciser les particularités. De plus, l'existence du vaisseau artériel dans le point où on l'a rencontré paraît avoir été non-seulement une cause de danger possible, en cas de débridement dirigé de ce côté, mais encore un obstacle réel à la réduction. Mais laissons parler M. Spence.

En opérant, dit-il, une hernie crurale après avoir entaillé le bord du ligament falciforme, afin de permettre au doigt de pénétrer pour faciliter l'introduction du bistouri, je perçus la sensation un peu vague d'une pulsation dans le voisinage de la constriction. J'incisai de nouveau en deux autres points avec beaucoup de précaution, et j'insinuai le bout du doigt sous l'arcade crurale, afin de repousser le vaisseau en haut. Je divisai alors l'arcade; mais, la hernie ne rentrant pas, j'ouvris le sac et reconnus qu'elle était formée du cœcum et de la partie inférieure de l'iléon. J'agrandis l'ouverture

herniaire en reportant le bistouri sur l'arcade crurale, et en fendant complétement le pilier inférieur de l'anneau inguinal.

La réduction de l'intestin rencontrant encore un obstacle insurmontable, je reconnus avec le doigt la présence d'une substance semblable à une corde serrée qui encerclait la hernie, en dehors du sac; et, me souvenant de l'artère dont j'avais d'abord perçu les pulsations, je conclus que ce devait être l'obturatrice à trajet anormal, et que c'était d'elle que provenaient les difficultés de la réduction. En conséquence, je l'accrochai et la tirai en bas avec les doigts, et la coupai entre deux ligatures.

Le patient étant mort de péritonite au bout de dix jours, on constata que ce vaisseau était effectivement l'obturatrice qui naissait de l'épigastrique avant son accollement à la paroi abdominale. Dirigée en haut, cette obturatrice montait d'abord sur le côté externe de l'anneau crural, puis se courbait le long de son bord supérieur, pour redescendre enfin sur son côté interne, et gagner de là le trou obturateur. Elle entourait ainsi d'un cercle presque continu toutes les parties de cet anneau sur lesquelles on aurait pu porter l'instrument tranchant. (*Association Medical Journal*, 25 mai 1855, p. 489.)

IV.

BIBLIOGRAPHIE.

Chirurgie pratique complète publiée en monographies, par M. P.-N. Gerdy, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris, etc. Paris, 1851, 1853, 1855. Victor Masson.

Lorsqu'un homme de talent et de labeur a consacré la plus grande partie de son existence aux méditations de l'étude et aux devoirs de la pratique, il enfante un certain nombre d'idées qui, grâce à leur justesse, passent dans le domaine public et deviennent rapidement classiques.

M. Gerdy est, parmi les contemporains, un des chirurgiens qui, sans contredit, a produit le plus grand nombre de ces idées originales. Éparpillés dans des monographies, des thèses, des journaux, des comptes rendus de sociétés savantes, les travaux remarquables de cet auteur n'avaient jamais été réunis en faisceaux, et les vrais amis de la science, qui veulent l'apprendre aux sources et ne se contentent pas d'extraits incomplets ou de citations copiées, éprouvaient parfois un véritable embarras lorsqu'il s'agissait de retrouver la pensée de M. Gerdy traduite par lui-même.

Le chirurgien de la Charité a porté remède à ce mal en se décidant à écrire une œuvre de longue haleine; il a voulu doter la science d'un traité de chirurgie, et l'apparition, à époques régulières, d'un volume nouveau, indique une ferme intention de remplir la tâche et les engagements contractés envers le public scientifique.

M. Gerdy a adopté un plan particulier. Il divise toute l'étude de la chirurgie en huit parties, qu'il intitule *Monographies*, et qui constituent, pour ainsi dire, huit volumes séparés; cette manière de faire pallierait à la rigueur les inconvénients qui pourraient naître de l'interruption, peu probable nous l'espérons, de l'ouvrage. Dans chaque volume, en effet, on trouvera un certain nombre des conceptions originales de l'auteur. Trois de ces *Monographies* sont déjà publiées, et c'est d'elles dont nous allons brièvement rendre compte.

Au reste, il ne faut pas s'attendre à retrouver dans ce grand ouvrage la reproduction pure et simple de travaux anciens et déjà connus de l'auteur.. Le retard que M. Gerdy a apporté dans la construction de son édifice chirurgical a porté ses fruits. Toutes les idées ont été, depuis de longues années, soumises au contrôle des faits; elles portent donc l'empreinte de cette maturité si nécessaire aux œuvres durables; elles ont été modifiées au besoin et mises en rapport avec les progrès incessants que chaque jour amène.

D'ailleurs, en remplissant le cadre, M. Gerdy a semé à profusion dans son livre une série de remarques critiques, d'aperçus originaux, de dimensions trop minimes pour avoir été l'objet de travaux isolés, et qui, malgré leur intérêt, eussent été perdus pour les contemporains s'ils n'avaient trouvé place dans des descriptions didactiques. Le monde médical n'a donc rien perdu pour attendre.

D'un autre côté, il faut bien en prévenir le lecteur, le livre de M. Gerdy diffère encore des autres traités de chirurgie. Tous les sujets, tous les chapitres, en un mot, toutes les maladies chirurgicales n'y sont pas décrites avec les mêmes développements. Insistant surtout sur les points qu'il a enrichis des documents tirés de son propre fonds, l'auteur laisse dans la pénombre ceux qu'il a moins observés, moins étudiés, et renvoie, pour plus amples renseignements, aux notions généralement adoptées. Il n'a donc pas rempli ses pages des banalités vulgaires ou des faits généralement reçus. Là où il n'avait rien de nouveau à dire, M. Gerdy a dit peu de choses, et s'est contenté parfois d'émettre quelques doutes et de lancer quelques critiques, doutes et critiques qui indiquent néanmoins que le sujet n'est pas épuisé, et qui montrent les sentiers nouveaux où les curieux devront s'engager.

Il résulte de cela que l'ouvrage renferme évidemment des lacunes et des chapitres tronqués. La tendance essentiellement synthétique de l'auteur rend ces lacunes moins préjudiciables pour celui qui sait déjà; elle ne pourrait embarrasser que les commençants. En résumé, si l'on ne relit pas ici des pages entières que l'on savait, on trouve à chaque pas des choses qu'on ignorait ou des remarques inédites. C'est ce qui fait du livre en question un véritable complément des ouvrages didactiques dont la lecture est piquante autant qu'instructive.

Je trouve dans les considérations préliminaires quelques phrases sur lesquelles je veux fixer l'attention, car elles renferment une vérité d'une grande valeur, qui ne sort pas assez souvent de la bouche des sommités qui enseignent, et qui venge contre les criailleries intéressées des ignorants ceux qui consacrent leurs moments à l'étude et qui se donnent la peine de méditer, de réfléchir et de regarder, au lieu de se contenter de voir et d'agir empiriquement.

« Je ne terminerai pas ces considérations, dit M. Gerdy, sans combattre encore un préjugé médical très répandu et fort nuisible aux études : je veux parler de ce préjugé qui va toujours vantant exclusivement les études cliniques et pratiques, les présentant comme étant seules capables de faire de vrais praticiens, et les élevant ainsi infiniment au-dessus des études théoriques devenues inutiles..... La théorie est la parole du passé, de l'expérience, de tous les temps, de tous les lieux : c'est la pratique de tous les médecins passés et présents qui s'est transmise, controversée et systématisée par l'enseignement oral et écrit. La pratique particulière n'est que l'expérience personnelle non controversée, non systématisée, et se présentant plus ou moins confusément à la mémoire, et devient de la théorie pour ceux auxquels on la transmet par parole ou par écrit..... Ce que nous devons à nos devanciers est immense... et ce que nous devons à nous-même imperceptible. La théorie nous donne toutes les espèces et les variétés des faits observés et connus; elle nous apprend tout ce qu'on sait sur les causes, les lésions matérielles, les phénomènes, la marche, les influences des maladies; sur les difficultés, les incertitudes du diagnostic, du pronostic; sur l'efficacité des méthodes, des procédés et des moyens thérapeutiques. La clinique ne peut faire voir qu'une très petite partie de toutes ces choses, etc., etc. » (P. 21, t. Ier.)

M. Gerdy en conclut qu'il faut puiser aux deux sources sans en vanter une exclusivement aux dépens de l'autre J'ajouterai qu'il faut, en général, au début, commencer par les études théoriques pour arriver à comprendre les phénomènes les plus simples que nous offre l'observation clinique.

La première monographie, ou le premier volume de l'ouvrage est destiné à la pathologie générale; c'est l'introduction nécessaire à tout traité complet. Personne plus que l'auteur n'était apte à donner à cette partie importante un grand caractère d'originalité. M. Gerdy, comme tout le monde le sait, est physiologiste autant qu'anatomiste et chirurgien; il s'est occupé de médecine, d'hygiène; il est bien connu comme philosophe. En un mot, c'est à coup sûr un des esprits les plus variés de notre époque. C'est en frap-

pant à toutes les portes qu'on peut embrasser l'ensemble des connaissances nécessaires du médecin, et nul ne comprendra l'étendue de notre science s'il ne sait tout ce qu'elle peut emprunter aux autres.

Le commencement de l'ouvrage renferme une innovation heureuse : c'est un tableau abrégé de l'histoire de la chirurgie. On ne peut se faire une idée de l'ignorance absolue dans laquelle vivent les élèves et la plupart des praticiens en ce qui touche l'histoire de notre art. C'est à la fois une honte et un malheur. Il faut plaindre ceux qui ignorent tous les charmes de l'érudition, car ils sont bien grands, et croire que si certaines personnes la négligent ou la regardent comme inutile, c'est qu'ils n'ont jamais lu autre chose que des *Epitome* ou n'ont étudié que dans des manuels.

M. Gerdy entre en matière en définissant la maladie et en disant son avis sur les nomenclatures, puis il aborde la classification des maladies. A l'Académie, dans la dernière discussion où l'infortuné vitalisme a voulu donner encore signe de vie, on a entendu les opinions de l'auteur, et sa classification diffère peu de celle qui se trouve dans sa thèse inaugurale.

M. Gerdy admet le néologisme dans certaines limites, et quand il croit nécessaire de créer des mots, il préfère les radicaux français à ceux que l'on tire souvent des langues mortes. Cette manière de voir est acceptable ; cependant le glossaire est enrichi par l'auteur d'un certain nombre de mots qui impressionnent l'oreille, il faut bien le dire, d'une façon assez fâcheuse ou au moins bizarre : je citerai la *cellularite*, la *ligamentite*, la *cartilaginite*, la *sous-maxillite*, la *testiculite*, les *fonctionomorbies*, les *nervosies*, les *sécrétionies*, les *nutritionies*, etc., etc.

Nous ne pourrions nous étendre sur la classification sans la discuter assez longuement. Nous dirons seulement que celle de M. Gerdy comprend sept classes : inflammations, — mortifications, — lésions des fonctions simples, — lésions constitutionnelles, universelles ou diathèses, — fièvres essentielles ou diathésales et universelles, — lésions physiques ou chirurgicales, — empoisonnements.

Nous ne connaissons, pour notre part, qu'un seul mode de classification capable de résumer nos connaissances et de conduire le progrès. C'est celui qui a pour base fondamentale l'anatomie divisée en systèmes, appareils, tissus, éléments, principes immédiats, etc., etc. Les classifications physiologiques et étiologiques sont de beaucoup inférieures ; mais ce n'est point le lieu d'exposer ici ce que je pense à cet égard.

Quant aux lésions chirurgicales proprement dites, M. Gerdy en admet treize ordres, qui sont les *étranglements*, les *contusions*, les *plaies*, les *divisions à bords cicatrisés séparément*, les *relâchements*, les *ruptures*, les *fractures*, les *entorses et luxations*, les *hernies et procidences*, les *dilatations*, les *rétrécissements et oblitérations*, les *rétentions*, les *corps étrangers*. Les autres maladies dont le chirurgien s'occupe rentrent dans les classes générales énumérées plus haut, et qui comprennent à la fois des affections internes et des affections externes.

M. Gerdy consacre un long chapitre à l'anatomie pathologique dont il comprend toute l'importance. Il y fait rentrer tous les changements de forme, de rapports, de couleur, de consistance, de pesanteur, de ténacité, etc., etc. Il regrette que les changements dans la composition chimique et microscopique des fluides et des solides soient encore peu connus. D'ici à quelques années et grâce à une impulsion bien remarquable imprimée à la chimie anatomique et à l'histologie, l'obscurité se dissipera, et ce sera certainement une grande gloire pour notre époque que d'avoir marqué le vrai point de départ de l'organicisme et de l'avoir appuyé sur sa vraie base, c'est-à-dire sur la connaissance des principes immédiats et des éléments anatomiques.

Chemin faisant, nous trouvons un passage qui nous étonne, c'est une protestation très énergique de l'auteur contre l'humorisme moderne, c'est-à-dire contre le rôle qu'on fait jouer de nos jours aux altérations du sang. M. Gerdy ne veut pas croire que le sang puisse devenir primitivement malade. « Les altérations des liquides animaux, quelle qu'en soit la nature, ne peuvent pas, dit-il, être considérées comme des maladies. Il n'y a que les solides qui puissent être affectés primitivement, etc., etc. » On se souvient qu'à l'Académie M. Gerdy a développé ce thème avec véhémence, et qu'il était fort disposé à faire bon marché du sang en général et de toutes les altérations qui préoccupent tant les médecins de nos jours.

Il y a certainement un malentendu qui s'est glissé entre M. Gerdy et les humoristes, et je suis convaincu que quelques explications ramèneraient l'auteur à une opinion plus juste : il suffirait peut-être de dire que les liquides ne sont pas malades mais altérés, et personne ne refuserait cette rectification.

Il ne nous est pas possible de suivre pas à pas l'analyse de l'ouvrage ; la tâche serait d'autant plus difficile qu'il y a lieu à discuter pour ainsi dire à chaque page, et je crois par là faire l'éloge du livre, parce que souvent on rencontre des idées originales, des aperçus nouveaux qui mériteraient les honneurs de la critique et de l'argumentation. Nous sommes forcé de toucher seulement aux points culminants.

La division des symptômes des maladies mérite d'être notée ; elle est plus complète et plus logique que celles qu'on adopte ordinairement. Il y a ou il peut y avoir cinq espèces de symptômes dans une maladie : 1° d'abord les *symptômes locaux* sur lesquels tout le monde s'entend ; 2° puis des *symptômes circonvoisins* dus à la propagation du mal par continuité ou contiguïté. C'est tout un ordre d'études que M. Gerdy a presque complétement créé et sur lequel il insiste depuis bien longtemps ; 3° il y a encore des *symptômes généraux ou sympathiques* qui éclatent dans des organes plus ou moins nombreux, plus ou moins éloignés de l'organe primitivement affecté, sans moyen intermédiaire matériel connu qui puisse les expliquer. C'est cette classe de symptômes qu'éclaire de la plus vive lumière cette étude si vaste, si belle et malheureusement si peu vulgarisée encore des actions réflexes du système nerveux. 4° Les *symptômes diathésaux* qui caractérisent les maladies générales, syphilis, scrofule, fièvre, etc., etc., marquent la généralisation du mal. C'est ici que les altérations du sang, incessamment contaminé par un foyer morbide primitivement local, peuvent trouver leur application. 5° Enfin, il existe des *symptômes conséquents* qui se déduisent logiquement de beaucoup de maladies et de beaucoup de symptômes, et qui n'appartiennent à aucun genre précédent. Tels sont ces troubles multipliés qui frappent tous les organes, tous les systèmes, dans la pléthore, l'anémie, par exemple ; ils ne sont que des conséquences de ces états généraux, et ceux-ci, à leur tour, dérivent du régime alimentaire de l'hygiène trop riche ou insuffisante, des pertes ou des assimilations excessives, etc., etc.

Je crois le cadre tracé par M. Gerdy très complet ; il y aurait lieu cependant de creuser le sujet en suivant avec patience l'enchaînement de ses symptômes, la filiation qui les réunit et la part que prennent les systèmes généraux nerveux et vasculaire dans leur production.

Je ne m'arrêterai plus que sur le chapitre le plus long, le plus original du livre : je veux parler de l'étiologie. On répète banalement que l'étude des causes des maladies est entourée d'obscurité ; qu'elle est impénétrable, que nous ne pourrons jamais arriver à sonder les mystères de la maladie, etc., etc. Il est fort commode de composer immédiatement avec les difficultés, et en faisant sur-le-champ aveu d'impuissance, on se dispense vite de méditations. M. Gerdy en a pensé autrement, et l'on sait que depuis bien longtemps il a pris corps à corps cette mystérieuse étiologie et lui a arraché plus d'un secret ; c'est une tendance à laquelle nous ne saurions trop applaudir. Ce qui fait que jusqu'à ce jour les causes des maladies sont restées si obscures, c'est que, pour les apprécier justement, il ne suffit pas de bien observer, il faut encore être doué d'une grande perspicacité et d'un jugement très sain. Ces qualités intellectuelles ne suffisent pas encore ; il faut savoir parfaitement la composition anatomique de la machine humaine et les propriétés de tous les éléments, et les fonctions de tous les systèmes, et les usages de tous les appareils. Puis il faut savoir encore que, composé de matière, l'homme est soumis aux lois générales de la matière ; qu'entouré de divers milieux : l'homme est incessamment soumis à

l'action de ces milieux ; qu'il survienne donc un changement quelconque dans la matière de l'homme ou dans les milieux ambiants, et il peut y avoir cause première de maladie. Mais que de difficultés encore ! La matière changeant de qualité, sur quel système, sur quel appareil, sur quel tissu, sur quel organe de l'homme portera la modification morbide? Sera-t-elle durable ou passagère, lente ou brusque? Quelle est la propriété organique ou physique qui sera modifiée? Quel symptôme traduira cette modification? Voici tout ce qu'il y aura à résoudre pour saisir la relation entre la cause première du mal et sa manifestation.

Et voici principalement ce qui fait la puissance de l'organicisme et sa supériorité imprescriptible sur toutes les autres matières, c'est qu'il peut seul nous conduire graduellement à toutes ces notions sans en omettre aucune ; c'est lui qui seul peut résoudre ce problème important : Une maladie étant donnée, quel est l'organe malade, quelle propriété est altérée, ce qui se connaît par le symptôme. Quel élément anatomique est atteint, et de quelle manière. Quelle est la cause première de la lésion anatomique qui domine tout le reste, et cette cause étant connue, quel est le moyen de la détruire elle ou ses effets ; comment ramener l'organe lésé à sa composition chimique et anatomique normale.

Il est aisé de comprendre que cette marche si logique, si sûre, n'a jamais été suivie par les fauteurs obstinés du naturisme, de l'animisme, du vitalisme ou de toute autre secte médicale qui ne tient que peu ou pas compte de la matière qui nous forme.

M. Gerdy a consacré deux cent soixante-dix pages à l'étude des causes des maladies, et l'on trouve ces pages courtes. Il reconnaît deux grands groupes étiologiques : les causes individuelles, les causes antérieures. Dans le premier chapitre, nous trouvons les belles recherches sur la pesanteur, la déclivité, idées passées aujourd'hui à l'état de vérité, adoptées partout, et qui constituent certainement un des faits majeurs de notre époque si féconde. Sous le nom d'influences et causes fonctionnelles et phénoménales, l'auteur examine comment chaque fonction exagérée, pervertie, suspendue ou anéantie, peut faire naître des maladies ; c'est de la physiologie appliquée à la pathologie, et ce genre de recherches est aussi utile à la première qu'à la seconde de ces deux branches de notre science.

Il examine donc tour à tour l'influence des sensations de l'entendement, de la locomotion, des sécrétions, de la génération, etc. Nous trouvons, chemin faisant, les idées si importantes de l'auteur sur le rôle de l'effort dans les maladies chirurgicales.

C'est dans son organisme même que l'homme puise toute cette première catégorie de causes pathogéniques ; mais combien d'influences funestes émanent pour lui des agents extérieurs qui l'entourent, des substances qu'il ingère, des professions qu'il embrasse, des états météorologiques même du macrocosme. Ce second chapitre n'est pas moins important que le précédent ; il démontre que l'homme est entouré de causes de destruction dont il ne se garantit qu'imparfaitement et à force d'intelligence et d'industrie. Que penser de la fallacieuse bonté de la nature et de sa prétendue prévoyance en présence du long et douloureux martyrologe attribuable aux êtres des trois règnes que l'homme rencontre sans cesse sur son chemin?

Nous en aurions long à dire rien que sur ce chapitre ; mais comme nous reviendrons plus tard sur les livres de M. Gerdy, nous aurons sans doute occasion de nous compléter.

Tel est le sommaire du premier volume. En attendant que nous analysions les autres, nous indiquerons seulement leur contenu. Le deuxième traite des maladies générales ou diathèses ; le troisième des maladies des organes du mouvement, maladies des muscles, des os, etc., etc., sujet de prédilection de l'auteur, comme chacun le sait.

L'ouvrage de M. Gerdy n'est pas de ceux auxquels on applique certaines formules louangeuses très usitées dans les notices bibliographiques. Il suffit de dire à ceux qui ont le désir d'accroître la somme de leurs connaissances : lisez ce livre, méditez-le avec attention, et après vous serez plus instruit ; vos notions scientifiques seront à la fois plus vastes et plus justes, ce qui veut dire que plus qu'auparavant vous aurez la chance de faire de la bonne chirurgie.

Dr Verneuil,
Agrégé de la Faculté.

V.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

The Indian annals of medical science. — Avril. Fièvres rémittentes d'Afrique comparées à celles du Bengale, par *Gordon*. — Sur le *typhus fever* à Eusofzai, par *E. Farquhar*. — Sur les fièvres de Kohat, par *Wallick*. — Dysentérie aiguë simple, par *S. Chartres*. — Visite à deux eaux thermales, par *Mavcadieu*. — Étiologie pathologique et traitement de la maladie granuleuse des reins, par *J. Ewart*. — Affections articulaires avec excision des extrémités osseuses, par *A. Green*. — Maladies épidémiques du pénitencier de Deegah, par *N.-M. Dutt*. — Notes cliniques, par *J.-R. Bedfort*. — Le choléra arrivé à convalescence n'est pas guéri, par *W. Eyre*. — Cas de lithotomie, par *Raddock*. — Éléphantiasis oriental, par *Allan Webb*.

The Lancet. — Nos 3. Sur l'histoire naturelle de l'homme, par *R. Knox* — Paralysie du sympathique, par *Handfield Jones*. — Usage des bains salés dans le choléra, par *T. Henry Starrs*. — Fracture secondaire et réunion du fémur raccourci de quatre pouces ; restauration du membre dans sa longueur anormale, par *Wiblin*. — Épilepsie ancienne, suite de plaie de tête ; autopsie, par *T. Chaplin*. — Luxation du genou, par *M.-W. Taylor*. — Empoisonnement par le sulfate de zinc, par *F. Brennau*. — 4. Histoire naturelle de l'homme, par *Knox*. — Paralysie du sympathique, par *H. Jones*. — Sur l'arc sénile, par *Ed. Canton*. — Œdème de la glotte, par *R. Wade*. — Retour à la vie d'un enfant mort-né, par *J. Wills*. — Traitement salin du choléra, par *Leckie*. — Calcul vésical ; stricture de l'urèthre ; lithotomie ; guérison, par *Wilkinson*.

El Heraldo medico. — Nos 208. Entéro-épiplocèle du côté droit ; inutilité du taxis ; herniotomie, ligature en masse sur l'épiploon dégénéré ; guérison, par *Quijano*. — 209—210—211.

El Siglo medico. — Nos 80. Le choléra s'acclimatera-t-il en Espagne? par *Mendez Alvaro*. — Syphilis héréditaire, par *Santiago Garcia Vasquez*. — 81. Sur la morsure de sangsues introduites dans l'intérieur du corps, par *V. Nuflo*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica (Torino). — 15 juillet. Choléra de Gênes, par *Balestreri*.

La Cronica de los Hospitales. — No 14. Clinique médico-chirurgicale. — Sur les maladies régnantes, par *M. Leganez*.

Livres nouveaux.

Considérations médicales sur la statistique, le mouvement des aliénés, les recherches anatomiques et la revue clinique de l'asile Saint-Athanase à Quimper pendant l'année 1854 ; compte rendu par le docteur *Baume*. In-8 de 48 pages. Paris, chez Victor Masson. 1 fr. 25

De l'accouchement laborieux, de ses causes et de ses indications. Discours prononcé en séance publique de l'administration des hôpitaux le 31 mai 1855, par le professeur *Bouchacourt*. Grand in-8 de 60 pages. Lyon, chez Savy. 1 fr. 50

Des modifications morbides de la température animale dans les affections fébriles, par *H.-B. Maurice*. In 4° de 60 pages, avec 5 planches. Paris.

De l'emploi médical des eaux minérales de Château-Gontier (Mayenne), par le docteur *Em. Mahier*, médecin de l'établissement des eaux minérales et d'hydrothérapie. 1 vol. in-12. Paris, chez Labé. 1 fr. 50 c

De l'unité de la médecine, par *J.-L. Brachet* (de Lyon). Brochure in-8 de 34 pages.

Des pneumonies anormales, par le docteur *Lhuillier*. In-8 de 32 pages. Nancy, chez Nicolas.

Propriétés et fonctions de la moelle épinière. Rapport sur quelques expériences de M. *Brown-Séquard*. Lu à la Société de biologie, le 21 juillet 1855, par *Paul Broca*. In-8 de 40 pages. Paris, chez Victor Masson. 1 fr.

Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et chez la femme, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier par le docteur *Félix Roubaud*. Paris, 1855. 2 vol. in-8, ensemble, de 830 pages. Chez J.-B. Baillière. Prix : 10 fr.

Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants a la mamelle, précédé d'un Précis sur l'hygiène et l'éducation physique des jeunes enfants, par M. le docteur *E. Bouchut*, ancien interne du service des enfants de l'hôpital Necker, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (enfants). 3e édition corrigée et considérablement augmentée. Paris, 1855, 1 vol. in-8 de 856 pages. Chez J.-B. Baillière. 9 fr.

Die Accomodationsfehler des Auges (Les défauts d'accommodation de l'œil), par *Stellwag de Carion*. In-8. Vienne, chez Braumüller. 3 fr. 25

Untersuchungen zur Physiologie des Nervensystems mit Beruecksichtigung der Pathologie (Recherches sur la physiologie du système nerveux appliqués à la pathologie), par *M. Schiff*. In-8, Francfort, Literar Anstalt. 5 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS

A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON,
Place de l'École-de-Médecine.

PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 7 SEPTEMBRE 1855. N° 36.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 27 au 29 août 1855.

244. BOCK, Jean-Chrétien, né le 23 février 1831 à Wissembourg (Bas-Rhin). [*Essai sur l'ophthalmie traumatique.*]

245. PÉLISSIÉ, Jean-Abile, né le 28 mars 1829 à Luzech (Lot). [*De la respiration bronchique.*]

246. MÉJANZAC, Joachim-Michel, né le 13 avril 1829 à Pierrefort (Cantal). [*De la pleurésie diaphragmatique.*]

247. PLESSA, Nicolas, né le 17 mai 1830 à Zante (îles Ioniennes). [*De l'œdème du larynx.*]

248. BAUDIN, Joseph-Marie-Camille, né le 17 juin 1827 à Nantua (Ain). [*De la polydipsie.*]

249. DE PARSEVAL, Ludovic, né le 13 mars 1831 à Valenciennes (Nord). [*Essai sur l'hygiène des usines de plomb argentifère.*]

250. FOURIAUX, Jean-François, né le 6 mars 1829 à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). [*Des principales affections traumatiques du globe oculaire.*]

251. VIVIEN, Jules-René, né le 17 janvier 1830 à Neuvy (Nièvre). [*Considérations sur les maladies contagieuses virulentes.*]

252. GUIGNARD, Jean, né le 16 septembre 1829 à Saint-Germain-sur-Vienne (Indre-et-Loire). [*Du panaris.*]

253. NICAS, Louis-Félix-Ernest-Nicolas, né le 18 septembre 1826 à Solterre (Loiret). [*Remarques sur quelques maladies de l'enfance.*]

254. BOULAND, Auguste-César, né le 26 décembre 1828 à Metz (Moselle). [*Considérations sur le traitement des fistules uréthro-péniennes.*]

255. FIÉVET, Jules-César, né le 29 mai 1828 à Louvroil (Nord). [*Quelques mots sur les helminthes de l'homme.*]

256. BERRUT, Léopold-Daniel-Théodore, né le 14 novembre 1826 à Trests (Bouches-du-Rhône). [*Y a-t-il des cas où il soit permis à l'accoucheur de provoquer l'avortement?*]

257. MURELLE, Lucien-Sénateur, né le 10 avril 1823 à Rouen (Seine-Inférieure). [*De l'anesthésie locale par réfrigération au point de vue chirurgical.*]

258. LE BOCEY, Eugène-Jean, né le 27 octobre 1828 à Marcilly (Manche). [*Des signes de la grossesse utérine simple.*]

259. PERRIN, Jules, né le 11 avril 1831 à Rennes (Ille-et-Vilaine). [*Étude sur le choléra épidémique.*]

260. DUCLOUX, Jean Baptiste-Louis, né le 7 juillet 1828 à Massilly (Saône-et-Loire). [*De la chlorose.*]

261. THÉRON, Jules-Ernest, né le 28 mars 1831 à Narbonne (Aude). [*Étude sur le choléra-morbus.*]

262. GOUYET, Henry, né le 12 juin 1828 à Éguilles (Bouches-du-Rhône). [*Essai sur l'emploi du seigle ergoté en obstétrique.*]

263. MARTIN, François-Évariste, né le 6 octobre 1826 à Tonneins (Lot-et-Garonne) [*De la délivrance au point de vue pathologique.*]

264. TRUCHETET, Joseph-François-Adolphe, né le 17 novembre 1829 à Cevrey-Chambertin (Côte-d'Or). [*Quelques recherches sur la vaccine.*]

265. DEVOT, Adolphe-Philippe-Louis, né le 16 avril 1824 à Calais (Pas-de-Calais). [*Essai de statistique médicale sur les principales causes d'exemption du service militaire, et recherches sur leur fréquence et leur distribution géographique en France.*]

266. JACQUOT, Émile, né le 11 mai 1826 à Metz (Moselle). [*Du croup (laryngite pseudo-membraneuse).*]

267. BELOT, Denis-Augustin, né le 12 décembre 1817 au Havre (Seine-Inférieure). [*Du mode d'action du diaphragme dans la production des hernies.*]

268. VIZERIE, Pierre-Saint-Amand, né le 4 mai 1829 à Bergerac (Dordogne). [*De l'endocardite aiguë.*]

269. LEKER, Julien-Jean-Marie, né le 19 août 1831 à Rennes (Ille-et-Vilaine). [*De la tumeur et de la fistule lacrymale.*]

270. JOLIEU, Louis-Guillaume-Éliacin, né le 2 novembre 1825 à Vic-Dessos (Ariége) [*Des tumeurs chirurgicales de la peau.*]

271. FONTAINE, Pierre, né le 27 février 1829 à Loches (Aube). [*Du choléra-morbus épidémique observé dans la commune de Loches (Aube) pendant les mois d'août et septembre 1854.*]

272. LEJEAL, Alfred-Désiré, né le 7 novembre 1830 à Valenciennes (Nord). [*Du sarcocèle syphilitique.*]

273. ROY, Paul-René, né le 22 mars 1830 à Vouillé (Vienne). *Des appareils dits glossocomes dans le traitement des fractures des membres inférieurs.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 6 septembre 1855.

SUR L'EMPLOI DES NAVIRES-HÔPITAUX.

Nous accueillons d'autant plus volontiers l'article qu'on va lire, que, dans une question aussi spéciale et en même temps aussi importante, il nous paraît convenable de donner surtout la parole à ceux qui ont l'expérience personnelle. On verra que M. Sénard soulève, contre le projet de M. Rochard, des objections dont nous avions nous-même indiqué quelques-unes; mais elles ont sous sa plume une autorité particulière, avec laquelle M. Rochard aura plus à compter qu'avec la nôtre. On verra, du reste, par cet article, que l'institution des navires hôpitaux a déjà subi des perfectionnements considérables. A. D.

La GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE a inséré (tome II, n° 27, 6 juillet 1855), une lettre que M. le docteur Rochard avait tout récemment adressée à M. le ministre de la marine sur l'institution de bâtiments-hôpitaux *mobiles*, à bord desquels *les militaires resteraient en permanence jusqu'à parfaite guérison, ces bâtiments devant naviguer librement en pleine mer; ils pourraient être affectés ainsi au service sanitaire des troupes en garnison dans les colonies et des troupes qui tiennent la campagne dans des pays voisins de la mer*. Le rédacteur en chef avait fait pressentir quelques-unes des objections que pourrait soulever ce système. Il y était d'autant plus autorisé, que la publicité donnée par mon ancien collègue et ami M. Rochard permet de supposer que ses propositions n'ont pas été accueillies.

D'un autre côté, cette lettre a été reproduite par le *Moniteur de la Flotte* (n° du 8 août 1855), avec quelques modifications dans la forme et la réfutation des observations que la réflexion et le raisonnement avaient fait naître. Les lecteurs de ce journal spécial, depuis longtemps familiarisés avec les incidents de la navigation, sauront préjuger l'efficacité promise; mais il serait regrettable que l'opinion générale s'arrêtât à la pensée qu'une amélioration importante pour le traitement des maladies des pays chauds, ou des blessures reçues à l'armée, fût l'objet d'une répulsion systématique.

En émettant mon opinion sur un document tombé dans le domaine de tous, je désire établir que beaucoup de motifs, également tirés de l'expérience, peuvent être invoqués contre les convictions de M. Rochard.

L'idée d'employer la navigation comme moyen thérapeutique n'est point nouvelle : il serait difficile de remonter à l'époque où elle a été émise pour la première fois. Elle a longtemps circulé, a été formulée par M. Kéraudren, inspecteur général du service de santé (*Dictionnaire des sciences médicales*), préconisée avec ardeur par M. Vatable, médecin en chef à la Guadeloupe (*Annales maritimes*, 1829). Pas un de nos collègues n'a autrefois fréquenté les Antilles, sans être frappé de l'insistance de certains médecins de ces colonies à recommander la navigation dans les cas de dysentérie. C'est qu'en effet, il y a vingt-cinq ou trente ans, cette maladie sévissait avec une intensité d'autant plus cruelle, qu'elle résistait plus opiniâtrément au traitement antiphlogistique presque universellement employé dans sa plus grande rigueur.

Alors, comme aujourd'hui, il était de règle de diriger sur la France, par les bâtiments de guerre opérant leur retour vers le port d'armement, ou même par la voie dispendieuse du commerce, les militaires ou employés européens qui avaient subi les graves atteintes des maladies endémiques et que le conseil de santé déclarait ne pas pouvoir se rétablir sous l'influence des mêmes causes morbifiques. Une gabare, puis deux, furent installées en hôpital et accomplirent des voyages qui avaient pour but l'évacuation des hôpitaux du Sénégal, de la Guyane et des Antilles. Un peu plus tard, on renonça à ce système, pour y revenir d'une manière plus complète par l'armement d'une corvette de charge, *la Caravane*, et enfin de la frégate *l'Armide*, qui représente aujourd'hui l'état le plus avancé des perfectionnements dont est susceptible un navire-hôpital.

Dans la Méditerranée, des essais de même nature ont été poursuivis avec une véritable persévérance ; on a eu jusqu'à trois bâtiments à vapeur aménagés en hôpital et transportant des différents points de la côte algérienne les malades et les blessés dans les ports de France. Bientôt des statistiques et des appréciations souvent vérifiées ont amené la persuasion que ce système, très onéreux pour le trésor, n'était même pas utile aux malades. La suppression de ces bâtiments spéciaux s'est accomplie peu à peu, selon les intentions du ministère de la guerre.

Nous n'en sommes donc plus aux essais, et il paraîtrait à propos de se rendre compte des effets produits par la navigation proprement dite sur les malades.

En général, c'est par les bâtiments de guerre que sont rapatriés les hommes renvoyés des colonies en France, et, il faut le dire avec sincérité, rien n'est disposé à bord pour leur bien-être. L'espace trop restreint s'oppose au montage des lits d'hôpital en nombre suffisant, tandis que le hamac est un mode excessivement défectueux de couchage, surtout lorsqu'il s'agit d'hommes épuisés par de longues maladies ou atteints d'affections qui, telles que la dysentérie chronique, forcent le malade à se lever fréquemment. Au mal ancien s'ajoute d'ailleurs le mal de mer, quoi qu'en dise M. Rochard, et l'affaiblissement s'accroît d'une manière notable. Bientôt l'abaissement de la température devient une nouvelle cause de souffrance, le malade se pelotone sur son lit, réclame de doubles couvertures, et entasse en outre tous les vêtements dont il dispose. Le roulis continuel, même par les vents les plus favorables, l'obscurité de l'entrepont ou de l'hôpital dans la batterie, l'eau qui pénètre toujours par les écubiers, le bruit de la manœuvre, la fumée qui s'échappe de la cuisine située près de l'hôpital, une alimentation insuffisante par ses qualités, malgré les soins d'une administration vigilante, tout se réunit pour faire d'un navire, à la mer, le lieu le plus incommode pour traiter des maladies sérieuses. Aussi les malades embarqués à une période trop avancée de leur affection succombent-ils rapidement ; d'autres étaient en voie de convalescence, mais leurs forces sont bientôt usées : il s'alitent, et le nombre des décès s'accroît proportionnellement à la durée du voyage. L'observation de ces faits a donné naissance à une opinion déraisonnable, qui, malgré son invraisemblance, a cours parmi les marins : les approches de la terre de France exerceraient une influence funeste sur les dysentériques ramenés des Antilles, et cette influence serait évidente dès que l'on atteint les Açores. Enfin, la traversée a un terme, et le premier soin est de faire transporter à l'hôpital du port tous les invalides parmi lesquels la mort prélève encore un certain tribut.

Ces faits, observés depuis des années bien nombreuses, autorisent à conclure que, parmi les hommes évacués des hôpitaux d'outre-mer, sous la dénomination de convalescents, plusieurs ne sont pas destinés à toucher le sol de la patrie. Dès lors s'engage la responsabilité du chirurgien-major du bâtiment : d'après les règles du service, il assiste donc, avec voix prépondérante, à la séance du conseil de santé colonial pendant laquelle sont examinés les militaires et marins dont l'embarquement est agréé ou repoussé selon l'appréciation de l'état actuel.

Cet exposé, dont l'exactitude est incontestable, démontre que la navigation en elle-même n'est pas un moyen de curation. Cependant on voit souvent la dysentérie s'amender avec rapidité quelques jours après l'appareillage, la joie reparaître sur les visages qu'anime l'espérance de revoir l'Europe, les forces se développer sous l'influence heureuse d'une réfrigération bienfaisante dans l'atmosphère, et la digestion devenir plus facile tant que l'on possède des vivres frais. Cette amélioration générale s'observe sur ceux qui n'ont point épuisés des rechutes incessantes ou chez qui des dégénérescences organiques ne se sont point encore produites.

L'explication en est bien facile, bien rationnelle, et se rapporte exclusivement au changement de lieux.

Dans son excellente monographie sur l'endémicité de la dysentérie à Saint-Pierre (Martinique) (*Revue coloniale*, juin 1852), M. Dutrouleau, premier médecin en chef, a clairement fait ressortir l'influence des localités. A ces observations, la pratique a donné une consécration formelle. Pour arracher à une action trop souvent mortelle les dysentériques de Saint-Pierre, on a pris le parti de les faire transporter par navire à vapeur à Fort-de-France, ou à la Pointe-du-Bout. Ce déplacement à une distance de six à sept lieues exerce, d'après tous les rapports émanés de la colonie, une modification très rapide et très heureuse sur l'organisme, qui, échappant à l'oppression de causes permanentes, ressaisit sa liberté de réagir contre un état anormal.

Je ne crois donc pas que l'on puisse demander à la navigation le moyen de guérir la dysentérie.

Ce moyen sera-t-il plus efficace contre d'autres maladies? Il faut ici mettre à l'écart celles qui sont engendrées par le fait seul du séjour à la mer, telles que le scorbut, la colique sèche, nerveuse, qui, en particulier, donne lieu à une observation curieuse : sa manifestation est presque assurée sur les navires qui s'arrêtent longtemps au mouillage devant Pondichéry, tandis qu'elle est inconnue sur la plage. Les fièvres intermittentes pernicieuses ou les bilieuses rémittentes de Madagascar restent souvent à l'état latent, si je puis m'exprimer ainsi ; les équipages, parfois, demeurent à Sainte-Marie, à Nossibé, pendant des mois entiers, se livrant impunément à des travaux considérables, ainsi qu'il est arrivé à la *Belle-Poule*, à la *Reine-Blanche*; puis quelques jours après qu'ils ont regagné le large, la fièvre apparaît avec une intensité cruelle, revêt une forme épidémique et frappe de nombreuses victimes. Plusieurs personnes ayant longtemps vécu à Mayotte sans atteinte de la fièvre, ont été prises d'accidents redoutables pendant la traversée et souvent près d'atterrir à la Réunion. C'est vingt jours après une relâche à la Nouvelle-Guinée, que la corvette l'*Uranie*, dans son voyage de circumnavigation, vit son équipage en proie à des fièvres du plus mauvais caractère.

Certes, il ne serait pas plus juste d'attribuer à la navigation ces cas de maladie, que les guérisons qui s'accomplissent à bord.

J'ai déjà dit que les bâtiments, quelque excellentes que soient leurs installations, sont les lieux les plus incommodes pour le traitement des malades. Des événements répétés affirment cette assertion. Lorsque le choléra exerçait ses ravages à Baltchick, on fit appareiller les vaisseaux ; mais plusieurs furent obligés de revenir au mouillage et d'établir des tentes à terre pour y placer leurs malades. L'*Armide*, que la fièvre jaune avait envahie à son passage à la Martinique, a été forcée de relâcher aux Bermudes ; l'*Iphigénie*, la *Chimère*, abandonnant la Havane et dans l'impossibilité de traiter efficacement leurs malades, ne peuvent tenir la mer et se rendent aux États-Unis ; à plusieurs reprises on a dû faire descendre à terre et diriger sur les hauteurs du Camp-Jacob, à la Guadeloupe, l'équipage de l'aviso *le Grondeur*, que des épidémies successives de fièvre jaune menaçaient d'anéantir ; etc. Ce sont là quelques exemples tout récents ; si je voulais rappeler des souvenirs plus anciens, je prouverais que la navigation a eu souvent pour résultat de développer à bord les épidémies dont le germe avait été puisé dans les localités insalubres. Quant aux maladies sporadiques graves, il n'est pas un navire en cours de campagne qui n'ait renvoyé en France, par les occasions qui s'offraient à propos, des hommes que l'on désespérait de guérir à bord.

S'il m'est permis de m'appuyer sur ma propre expérience, qui s'est formée pendant d'assez longues années d'embarquement, je déclare ne pas connaître une seule affection interne qui doive guérir, avec quelque chance de certitude, par le fait seul de la navigation.

Que sera-ce donc s'il s'agit de blessures par armes de guerre? Ces lésions réclament un repos presque absolu et redoutent surtout les chocs et les mouvements, qu'il est presque impossible d'éviter à bord d'un navire flottant sur une mer houleuse qui change à chaque instant ses conditions de stabilité, obéissant à l'action du vent dont l'intensité ou la direction varient sans cesse, ou subissant la trémulation des machines à vapeur, sans trouver l'appui de la voilure et du vent contre les oscillations exagérées du roulis et du tangage. A ces causes extérieures, il faut joindre l'agitation continuelle d'un grand nombre d'hommes réunis dans un espace trop restreint et ne pouvant vaquer à leurs affaires sans heurter, sans fouler les lits ou les cadres qui ont reçu les malades. On ne peut séparer ceux-ci des matelots, qui sont eux-mêmes d'autant plus gênés que les ponts sont occupés par des moyens de couchage inusités ordinairement à bord. Il est bien probable que M. Rochard n'a point eu à traiter une ou deux fractures seulement sur son navire, autrement je ne comprendrais pas sa recommandation de faire naviguer les blessés.

Dans ce cas donc, pas plus que dans l'autre, les voyages sur mer ne sont utiles pour la guérison. Bien plus, l'installation des bâtiments en hôpital ne présente que des avantages relatifs. J'ai déjà parlé de la frégate l'*Armide*: tout y a été prévu pour que les malades y trouvent la plus grande somme de bien-être sur mer ; on leur a exclusivement consacré la batterie, c'est-à-dire la partie la plus saine du navire, la plus claire, la plus aérée, la plus sèche ; des cloisons garnissent les écoutilles par lesquelles l'équipage descend dans le faux-pont, et font obstacle à des communications intempestives ou à des courants d'air, etc.; des lits suffisamment espacés sont cramponnés au pont pour chaque malade ; l'embarquement de bœufs, de moutons, de volailles, d'œufs, de végétaux frais, de nombreux approvisionnements du lait excellent de M. de Lignac, de conserves soignées, de légumes desséchés, etc., assurent la possibilité de donner au régime alimentaire la variété désirable, et de l'approprier aux exigences les plus délicates de toute affection. Voilà donc réalisée depuis longtemps, et dans sa plus grande extension, la pensée de M. Rochard. Malheureusement, les faits observés déjà se reproduisent ici, quoique dans une proportion moindre qu'à bord des bâtiments de guerre. La mortalité reste toujours assez grande, et, chose remarquable, elle est toujours aussi en rapport avec la durée du séjour des malades sur le navire. Ainsi des malades pris au Sénégal succombent à Cayenne, à la Martinique, dans la traversée, selon la force de résistance qu'ils possédaient encore à l'instant de leur embarquement. Cependant ils ont navigué dans des mers constamment belles, en cédant toujours à l'impulsion favorable des vents alizés, par une température moyenne et assez égale, en accomplissant un voyage dont le but est déterminé, et non pas une de ces croisières qui sont d'autant plus pénibles que le malade n'en connaît ni l'utilité ni la durée probable. Si, malgré ces conditions tout exceptionnelles, on constate que les malades ne guérissent pas, il faut en convenir, la navigation n'est point un moyen à employer de préférence pour le traitement des malades.

De ce qui précède, faudrait-il déduire que les bâtiments-hôpitaux sont inutiles? Ce serait une erreur, et la marine, qui a la grande intelligence des moyens pratiques, a tiré déjà, et depuis longtemps, tout le parti désirable d'une telle institution. L'expérience est acquise, elle a porté ses fruits, et, loin d'y renoncer, chaque jour voit un nouveau progrès s'accomplir. Le moment n'est pas éloigné où le transport des malades se fera, de nos colonies transatlantiques à Brest, par le moyen de grandes corvettes de charge à vapeur. Nous appelons cette amélioration de tous nos vœux, parce qu'alors les traversées seront plus courtes et le nombre des guérisons plus considérable.

Le véritable et l'unique but des bâtiments-hôpitaux est donc de transporter le plus rapidement possible, et dans les meilleures conditions relatives, des malades ou des convalescents d'un point insalubre dans une localité plus saine, d'hôpitaux encombrés dans des établissements plus vastes. Ainsi l'*Armide*, à son passage sur les rives du Sénégal, de la Guyane, de la Martinique et de la Guadeloupe, dégage les hôpitaux et soustrait à des influences dont la persistance serait mortelle des hommes qui retrouvent la vie dans une atmosphère plus pure ; ils se rétablissent à la condition que les causes de malaise inhérentes à la navigation n'agissent pas trop longtemps, et que l'air natal, comme les habitudes hygiéniques de leur primitive existence, leur permette de recouvrer leurs forces. Ainsi les frégates à vapeur que nous avons dans la mer Noire éva-

eueñt, chaque jour, les ambulances de la Crimée sur Constantinople; mais, malgré les soins dont on entoure ces nobles victimes des combats, malgré la brièveté des traversées, il est incontestable que ces voyages ne sont qu'une des nécessités de la situation, de même que dans les guerres continentales les convois de blessés sont péniblement acheminés sur les villes éloignées des opérations militaires.

Enfin, le réglement sur le service à la mer et la constitution des escadres a prévu l'organisation d'un vaisseau-hôpital qui reçoit les malades et les blessés de la flotte qu'il accompagne. Dans la Baltique, une frégate française, *l'Algérie*, a eu cette destination en 1854, tandis que le vaisseau anglais *le Belle-Isle* a été appelé, pendant la même campagne, à un pareil service pour les navires de sa nation. En ce moment, la frégate française *l'Isis*, dans les mêmes parages, recueille les malades des canonnières de deuxième et de troisième classe, et des bâtiments de flottille qui n'ont point de médecin, parce que l'espace manque à bord, et parce que ces bâtiments ne sont pas destinés à naviguer isolément.

En dehors de la question de navigation, les bâtiments-hôpitaux peuvent rendre encore de grands services lorsqu'ils sont au mouillage. Dans ce cas, ils suppléent des édifices à terre, de même qu'à Toulon des vaisseaux servent de caserne pour la division des équipages de ligne et ont été employés pour l'infanterie de marine avant l'achèvement de la belle caserne du Mourillon. Mais alors il est préférable de les dégréer, de les transformer en pontons comme à Cayenne, de leur enlever, en un mot, les conditions de navigabilité, et, si l'on agit dans les fleuves, de faire remorquer l'hôpital par un navire à vapeur à la suite de l'expédition. La marine n'ignore aucune des ressources qu'elle peut tirer de son matériel, et les traditions de son département prouvent qu'elle ne néglige rien pour le bien-être des marins et des militaires employés dans son service.

Je ne terminerai pas sans dire un mot de la dépense dont mon collègue et ami ne s'est point occupé, en ce qui concerne le nombre et l'entretien des navires.

A supposer que les croisières soient agréables pour des hommes qui ne sont pas marins ; que le ravitaillement soit facile sans relâcher dans des ports où l'on ne verrait pas tranquillement arriver des navires chargés de malades ; que la guérison des maladies épidémiques et endémiques soit susceptible de s'opérer dans les mers intertropicales; que les malades puissent être embarqués *dès le début du mal*, ce qui me semble incompatible avec l'accomplissement des croisières; que les foyers d'infection ne se produisent pas et ne prennent pas d'intensité à bord des navires à la mer, il serait nécessaire que ces navires fussent armés d'un nombreux équipage et consommassent un matériel d'une certaine valeur. D'un autre côté, ces hôpitaux ne pourraient pas toujours naviguer, et le temps qu'ils passeraient sur rade, en attendant l'admission des malades, se résoudrait par une dépense qui, venant à s'ajouter à celle des croisières, porterait à une somme fabuleuse le prix de la journée d'hôpital pour chaque malade.

Aujourd'hui la dépense est atténuée par les transports de matériel et de personnel que l'*Armide* exécute en se rendant aux colonies, où elle se transforme en hôpital, et, néanmoins, le résultat est important; il saisit par ses conséquences immédiates. La traversée la plus courte et la plus confortable, eu égard à l'état actuel de l'art naval, enlève le malade à des influences redoutables, et le dépose sur le sol natal, où il recouvre le plus souvent toutes ses aptitudes physiques.

En définitive, et pour conclure sur les propositions de M. Rochard, des faits innombrables et avérés permettent d'établir quelques principes fondamentaux :

1° Les épidémies qui ne se développent pas spontanément à bord des bâtiments, et c'est le plus grand nombre, ont pour origine la fréquentation des pays où une épidémie de même nature exerce ses ravages.

2° Il suffit qu'un seul homme ait contracté la maladie épidémique à terre, pour qu'il donne naissance à une épidémie qui sévira sur tout l'équipage.

3° Lorsqu'une épidémie se développe sur un navire, elle s'éteint rarement d'elle-même, et dure tant qu'elle trouve un aliment parmi les marins.

4° Le premier devoir, dicté par l'expérience et accompli par un constant usage, en pareil cas, c'est de gagner le port le plus voisin, de mettre l'équipage dans les hôpitaux ou même sous des tentes, d'abandonner le navire au mouillage, de l'aérer nuit et jour, de le désarrimer parfois, de le purifier par des fumigations, d'en laver les murailles avec de l'eau chlorurée, de les blanchir à la chaux, etc.

Il n'en faut pas davantage pour apprécier les chances que pourrait avoir le traitement des maladies épidémiques et des blessures à bord des bâtiments-hôpitaux *mobiles*.

SÉNARD,
Chirurgien principal, adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LE TRAJET INTRA-OCULAIRE DES LIQUIDES ABSORBÉS A LA SURFACE DE L'ŒIL, par L. GOSSELIN, chirurgien de l'hôpital Cochin, président de la Société de chirurgie. (Lu à l'Académie de médecine le 7 août 1855.)

On sait depuis longtemps que l'absorption est très active et très rapide à la surface de l'œil. Il n'est pas de chimiste qui n'ait démontré dans ses cours cette remarquable propriété, en mettant sur la conjonctive d'un animal une ou deux gouttes d'acide prussique, et déterminant ainsi la mort dans l'espace de quelques secondes. Il est évident que, dans une pareille expérience, le poison absorbé par la conjonctive passe tout de suite dans le torrent circulatoire et est porté vers l'axe encéphalo-rachidien. Nul doute que toute autre substance soluble et non irritante, mise en contact avec l'œil, se comporterait de la même façon. Ce n'est donc pas sur ce fait suffisamment connu que je viens appeler l'attention de l'Académie.

Mais quel est le trajet suivi par les liquides après leur absorption sur l'œil ? Passent-ils en totalité dans les vaisseaux extra-oculaires pour aller se répandre dans le torrent circulatoire, ou bien passent-ils en partie dans les membranes et les milieux de l'œil? Telle est la question, également intéressante, selon moi, pour la science et pour la pratique, que j'ai mise à l'étude depuis plusieurs mois, et dont je suis en mesure de donner aujourd'hui la solution. J'ai fait, pour éclaircir ce sujet, une série d'expériences sur des lapins, des chiens et des chats avec l'iodure de potassium, le lait de chaux et le sulfate d'atropine. J'exposerai dans autant de paragraphes les résultats que j'ai obtenus avec chacune de ces substances, et je terminerai par les déductions auxquelles ces expériences m'ont conduit pour la physiologie et la pathologie.

§ 1. *Expériences avec l'iodure de potassium.*

J'ai choisi la solution d'iodure de potassium, parce que, d'une part, ce sel est très soluble, et que, d'autre part, il est facile à retrouver par l'analyse chimique ; et comme ma compétence dans ces sortes de recherches pourrait être mise en doute, je me hâte de déclarer qu'elles ont été faites à l'École de pharmacie, avec les conseils et sous la direction de M. Bussy, qui non-seulement a bien voulu constater la plupart des résultats, mais encore les a plusieurs fois trouvés lui-même, et que, d'ailleurs, toutes les expériences ont été faites avec l'assistance de M. Bussy fils, qui a mis à ma disposition, avec beaucoup de zèle et d'empressement, ses connaissances en manipulations chimiques.

EXP. I. — Le 10 juin 1855, j'ai fait, à deux heures dix-sept minutes, l'instillation, dans l'œil gauche d'un lapin, d'une solution contenant environ 20 grammes d'iodure de potassium pour 100 grammes d'eau distillée. L'instillation a été répétée cinq fois, et nous avons eu soin, chaque fois, de tenir les paupières écartées pendant quelques moments, puis de fermer l'œil et d'exercer sur lui une légère compression par l'intermédiaire des

paupières. Nous avons en même temps empêché le liquide de s'écouler sur l'œil droit. Au bout de sept minutes, c'est-à-dire à deux heures vingt-quatre minutes, j'ai extrait l'œil gauche, puis l'œil droit, l'animal continuant à vivre. L'œil gauche, celui dans lequel l'instillation a été faite, a été lavé dans de l'eau légèrement acidulée, dans laquelle j'ai ensuite versé de l'eau amidonnée. Je n'ai pas vu paraître la coloration bleue d'iodure d'amidon. La cornée a ensuite été détachée complètement, puis essuyée avec un linge sur ses deux faces, coupée en morceaux, et enfin pressée avec un petit bâton de verre parfaitement propre, dans une soucoupe contenant à peine une cuillerée à café d'eau. Cette pression a été continuée pendant dix minutes environ, et recommencée après avoir laissé macérer pendant le même temps. J'ai ensuite versé dans cette eau de macération quelques gouttes d'eau amidonnée et deux gouttes d'acide nitrique. J'ai immédiatement vu paraître une coloration bleue qui ne m'a pas laissé de doute sur l'existence de l'iodure d'amidon J'ai soumis à la même pression le cristallin, le corps vitré et l'iris, mais je n'ai pas obtenu d'une manière aussi évidente la coloration bleue.

L'œil droit, soumis à la même préparation, ne m'a pas donné la moindre trace d'iode, ce qui prouve que la présence de ce dernier dans la cornée gauche n'était pas l'effet du passage de la solution dans le torrent circulatoire.

Il résulte pour moi de cette expérience qu'au bout de sept minutes l'iodure de potassium absorbé par la conjonctive était infiltré dans les mailles de la cornée.

Exp. II. — Le 15 juin 1855, à onze heures du matin, en présence de MM. Bussy père et fils et de M. Bauchet, j'ai instillé, avec une pipette, une solution de 10 grammes pour 100 d'iodure de potassium dans l'œil gauche d'un lapin. L'instillation a été répétée sept ou huit fois, en laissant l'œil alternativement ouvert et fermé. Au bout de onze minutes, l'œil gauche a été extrait et lavé trois fois dans l'eau distillée, après que toutes les parties molles extérieures avaient été détachées de la sclérotique. Nous avons constaté que les eaux de lavage ne contenaient point du tout d'iode. Puis j'ai enlevé la cornée avec des instruments très propres, j'ai recueilli l'humeur aqueuse dans une capsule, et M. Bussy père a lui-même fait sur la cornée, l'humeur aqueuse et le reste de l'œil, les recherches nécessaires pour retrouver l'iode, de la manière suivante :

1° La cornée, placée dans une capsule de porcelaine avec un petit morceau de potasse dont la pureté avait été préalablement essayée, a été soumise à la calcination pendant quinze minutes, au moyen d'une lampe à esprit-de-vin. Le résidu de la calcination a été délayé dans un peu d'alcool, qui avait pour objet de dissoudre tout ce qu'il pouvait y avoir d'iodure de potassium. La solution alcoolique, versée dans une autre capsule parfaitement propre, a été soumise à l'évaporation ; le résidu blanc donné par cette dernière a été dissous dans quelques gouttes d'eau distillée, à laquelle on a ajouté ensuite une goutte d'eau amidonnée et une goutte d'acide nitrique. Au moment où cette dernière est arrivée, nous avons vu paraître de la façon la plus évidente la coloration bleue indiquant la présence de l'iode.

2° L'humeur aqueuse, placée dans un verre de montre, a d'abord été mélangée avec un peu de potasse, puis traitée par l'eau amidonnée et l'acide nitrique ; et nous avons vu paraître encore la coloration bleue : elle était même plus foncée, et indiquait une plus grande proportion d'iode que celle de la cornée.

3° Le reste de l'œil (iris, sclérotique, cristallin et corps vitré) a été soumis aux mêmes préparations que la cornée, et nous a donné une coloration bleue non moins incontestable que celle de l'humeur aqueuse et de la cornée.

L'œil droit, examiné de la même manière, ne nous a donné que des résultats négatifs, c'est-à-dire que la coloration bleue de l'iodure d'amidon n'a été donnée ni par la cornée, ni par l'humeur aqueuse, ni par le reste du globe oculaire.

Il ressort de cette expérience que l'iodure de potassium, mis en contact avec la surface de l'œil, est passé dans la cornée, l'humeur aqueuse et une partie, sinon la totalité, des autres éléments de l'œil, et l'on ne croira sans doute pas qu'il y a été amené par la circulation générale ; car, s'il en avait été ainsi, l'œil droit aurait dû en renfermer autant que le gauche. D'ailleurs, nous avons cherché l'iode dans l'urine sans en trouver, ce qui prouve qu'il n'était pas passé par la conjonctive une assez grande quantité d'iodure de potassium pour qu'on pût le retrouver dans toutes les parties de l'organisme, ce qui aurait eu lieu peut-être, si l'animal, ayant vécu plus longtemps, la substance avait pu quitter l'œil dans lequel elle était entrée.

Afin de répondre tout de suite catégoriquement à l'objection qui me sera certainement faite, que l'iodure de potassium a pu être apporté dans l'œil par la circulation générale, je dois rappeler que, quand cette substance a été ingérée dans l'estomac, elle ne se trouve pas dans les liquides de l'économie au bout de douze, quinze ou vingt minutes, mais plus tard. Voici, pour le lapin, les résultats auxquels je suis arrivé : Le 21 juillet, nous avons (exp. III) fait avaler à deux lapins, en leur ouvrant de force la bouche, et l'instillant avec une pipette, environ 10 grammes d'une solution concentrée d'iodure de potassium. Chacun d'eux en a certainement avalé une quantité plus grande que celle qui a pu être absorbée par la conjonctive dans les expériences qui précèdent et dans celles qui vont suivre. L'œil droit de l'un de ces animaux, examiné seize minutes après, ne contenait d'iode ni dans la cornée, ni dans l'humeur aqueuse, ni dans l'humeur vitrée. L'œil gauche, examiné vingt-deux minutes après, n'en contenait pas non plus, et nous n'en avons pas trouvé davantage dans l'urine. L'œil de l'autre animal (il était borgne), examiné trente-trois minutes après l'ingestion, en contenait dans l'humeur aqueuse et l'humeur vitrée. Il faut, en effet, pour que l'iode se retrouve dans tous les organes, que la circulation leur en ait apporté pendant un temps plus long que celui après lequel nous en avons trouvé dans l'œil instillé des animaux de nos deux premières expériences.

Dans les deux premières expériences, l'iode a été retrouvé sept et onze minutes après l'instillation à la surface de l'œil ; mais on peut le retrouver beaucoup plus tôt, et cette rapidité avec laquelle la solution est portée dans l'humeur vitrée et l'humeur aqueuse vient encore mieux démontrer qu'il s'agit d'un transport direct, et non pas d'un transport par les voies circulatoires. Ainsi, le 24 juillet (exp. IV), nous avons instillé également sur un lapin la solution d'iodure de potassium goutte à goutte pendant deux minutes. L'œil a été retiré six minutes après le commencement de l'expérience. La cornée et l'humeur aqueuse renfermaient une quantité considérable d'iode. Sur un autre animal (exp. V), l'œil retiré au bout de quatre minutes nous en a donné une quantité plus grande encore ; et sur un troisième (exp. VI), l'œil retiré trois minutes après le commencement de l'opération nous en a fourni de même. J'ai eu soin, dans ce dernier cas, d'examiner l'humeur aqueuse après avoir ponctionné par la sclérotique avec un trocart fin, afin d'évacuer la chambre antérieure sans toucher la cornée. J'ai de cette façon une réponse à l'objection qui pourrait être faite, que l'humeur aqueuse pourrait se charger d'iode en traversant la cornée qui en contient beaucoup. Ici, en effet, la cornée n'a pas été ouverte, et cependant l'humeur contenait encore une proportion notable d'iode. Enfin le 27 (exp. VII) j'ai enlevé l'œil une minute et demie après le commencement de l'instillation, je n'ai pas trouvé d'iode dans l'humeur aqueuse, mais il y en avait assez dans la cornée pour donner une teinte pensée, mais non pas bleue, ce qui prouve qu'il était passé de l'iode, mais pas au tant que dans les autres expériences, sans doute à cause du peu de temps qui s'est écoulé entre l'instillation et la mort.

Exp. VIII. — Le 17 juin, j'ai instillé avec l'aide de M. Bussy fils une solution d'iodure de potassium de 10 grammes pour 100 d'eau dans l'œil gauche d'un lapin. L'instillation a été répétée huit fois dans l'espace de six minutes, et vingt-cinq minutes après le commencement de l'expérience les deux yeux ont été enlevés en commençant par le gauche. Nous avons fait ensuite des investigations analogues à celles des expériences précédentes, et qu'il nous paraît inutile de détailler longuement. Nous donnons seulement les résultats.

Sur l'œil gauche :

1° L'humeur aqueuse, traitée par l'eau amidonnée et l'acide nitrique sans addition préalable de potasse, nous donne des traces très sensibles d'iode.

2° La cornée, traitée par la calcination, en donne également des traces sensibles.

3° Le corps vitré et le cristallin, examinés sans calcination préalable, n'offrent point d'iode.

4° La sclérotique, la choroïde et la rétine, calcinées séparément et traitées ensuite par l'eau amidonnée et l'acide nitrique, ne donnent point d'iode.

Œil droit :

1° L'humeur aqueuse n'offre aucune trace d'iode.

2° De même pour la cornée.

3° Le reste de l'œil, membranes et milieux compris, a donné au contact de l'amidon et de l'acide nitrique une coloration bleuâtre qui a disparu très vite, et sur laquelle nous aurions eu des doutes si nous ne l'avions pas vue reparaître en présentant à la solution un peu d'acide sulfureux.

L'urine de l'animal, calcinée avec de la potasse, puis traitée successivement par l'alcool, l'évaporation, l'eau distillée, et enfin l'amidon et l'acide nitrique, nous a donné aussi des traces d'iodure d'amidon, qu'un petit excès d'acide nitrique faisait disparaître, mais que l'acide sulfureux faisait reparaître.

Cette expérience nous montre qu'au bout de vingt-trois minutes une partie de l'iodure de potassium avait quitté l'œil gauche, et qu'il s'en était répandu assez dans le torrent circulatoire pour qu'on en trouvât dans l'urine et même un peu dans la partie postérieure de l'œil non expérimenté. Mais comme la cornée et l'humeur aqueuse de l'œil instillé en contenaient beaucoup, tandis que les mêmes parties de l'autre œil n'en renfermaient pas, il faut bien admettre que sur le premier la substance absorbée était passée directement dans la cornée et l'humeur aqueuse, et y avait séjourné. Mais combien de temps peut durer ce séjour? C'est ce que j'ai cherché à résoudre en partie par l'expérience suivante :

EXP. IX. — Le 17 juin, après avoir instillé pendant cinq minutes dans l'œil gauche d'un autre lapin la solution d'iodure de potassium (20 grammes pour 100 d'eau), je n'ai enlevé les deux yeux qu'au bout de quarante-trois minutes.

Œil gauche :

1° La cornée ne contenait plus d'iode.

2° L'humeur aqueuse en renfermait une quantité très appréciable,

3° Le reste de l'œil n'en contenait pas du tout.

Œil droit :

1° Cornée, point d'iode.

2° Humeur aqueuse, point d'iode.

3° Le reste de l'œil, calciné en masse, renferme une quantité appréciable d'iode.

Nous en trouvons également dans l'urine.

Nous voyons donc ici l'iodure de potassium séjourner dans l'humeur aqueuse au bout de quarante-trois minutes, tandis qu'il a abandonné la cornée et le reste de l'œil, et nous voyons, comme dans l'expérience précédente, la substance apportée par la circulation générale se retrouver dans les éléments postérieurs de l'œil opposé sans qu'on puisse la constater dans la cornée et la chambre antérieure.

Il semble donc que l'humeur aqueuse retient plus longtemps que les autres parties les substances qui ont été prises à la surface de l'œil; c'est ce qui ressort encore de l'expérience suivante :

EXP. X. — J'extrais les deux yeux d'un lapin soixante-quatre minutes après que M. Bussy fils a instillé dans l'œil gauche seulement, et toujours pendant cinq minutes, la solution d'iodure de potassium, et nous constatons ensemble :

Sur l'œil gauche :

1° Dans l'humeur aqueuse, quantité très sensible d'iode.

2° Dans la cornée, quantité également sensible.

3° Dans le corps vitré et le cristallin examinés ensemble, des traces d'iode.

4° Dans la sclérotique, la choroïde, l'iris et la rétine, quelques traces d'iode.

Sur l'œil droit :

1° Point d'iode du tout dans l'humeur aqueuse examinée très attentivement.

2° Point dans la cornée.

3° Point dans le cristallin et le corps vitré.

4° Des traces incontestables dans les autres membranes examinées ensemble.

On voit donc ici la substance absorbée séjourner plus d'une heure dans l'humeur aqueuse. Il est vrai qu'elle se retrouve aussi dans la cornée, tandis que l'expérience précédente, faite avec la même proportion d'iodure de potassium, ne nous a pas permis d'en trouver dans cette membrane après quarante-trois minutes. Sans doute, ces résultats s'expliquent par des différences individuelles. Ce qui reste important, c'est qu'au bout de soixante-quatre minutes l'humeur aqueuse contient encore beaucoup de la substance qui a été mise en contact avec la conjonctive, tandis que l'humeur aqueuse de l'autre œil n'en renferme pas encore, et cependant l'iodure de potassium avait passé dans le torrent circulatoire, car la partie postérieure de ce même œil en a reçu, et d'ailleurs nous en avons trouvé dans l'urine.

EXP. XI. — Le 2 juillet, j'ai fait une expérience analogue à la précédente, mais en n'examinant que les humeurs aqueuses. Les deux yeux ont été enlevés soixante-dix minutes après le commencement de l'instillation. L'humeur aqueuse de l'œil gauche qui avait été instillé nous a donné une quantité appréciable d'iodure d'amidon, tandis que celle de l'œil droit ne nous en a présenté aucune trace.

EXP. XII. — Les deux yeux d'un lapin sont ponctionnés quatre-vingt-quatorze minutes après le commencement de l'instillation qui avait été faite sept ou huit fois dans l'espace de cinq minutes avec la solution à 20 grammes pour 100. La ponction a été faite avec un trocart explorateur, mon intention étant de n'examiner que l'humeur aqueuse. J'ai trouvé encore beaucoup d'iode dans l'humeur aqueuse de l'œil instillé; l'humeur aqueuse de l'autre œil en renfermait aussi; mais comme la coloration bleue a été beaucoup plus faible, nous avons dû penser qu'il y avait moins d'iode. Néanmoins nous en avons conclu qu'au bout d'une heure et demie l'humeur aqueuse de l'œil opposé avait commencé à recevoir de l'iodure de potassium par la circulation générale.

EXP. XIII, faite le 25 juin. — Cette fois, les yeux ont été retirés deux heures après l'instillation (toujours sur un lapin). Sur l'œil instillé, il y avait encore beaucoup d'iode dans l'humeur aqueuse, un peu dans la cornée, un peu aussi dans le corps vitré et le reste de l'organe. Sur l'œil non instillé, il y avait un peu d'iode, se traduisant par une coloration pensée plutôt que bleue, dans l'humeur aqueuse, la cornée et les membranes postérieures.

Il y a donc encore ici une quantité d'iode plus appréciable dans l'œil opéré que dans l'autre, et comme la circulation générale en amenait aussi bien dans le premier que dans le second, c'est seulement cette différence de quantité qui nous autorise à invoquer encore cette expérience, comme prouvant le trajet intra-oculaire du liquide absorbé à la surface de l'œil.

Il serait intéressant de savoir pendant combien de temps la substance absorbée à la surface de l'œil peut se retrouver dans la chambre antérieure. Pour résoudre cette question, j'ai fait l'examen de deux yeux d'un lapin (exp. XIV) cinq heures après l'instillation de la solution iodurée dans le gauche. Je n'ai trouvé d'iodure d'amidon ni dans l'un ni dans l'autre; mais, ce jour-là, j'ai eu des doutes sur la pureté de l'acide nitrique que j'avais à ma disposition.

Une autre fois, le 3 juillet (exp. XV), j'ai fait l'examen six heures après l'instillation, et j'ai trouvé très positivement l'iode en quantité notable dans l'humeur aqueuse et dans l'humeur vitrée que j'avais écrasée dans un verre de montre avant d'ajouter l'eau amidonnée et l'acide nitrique. Je dois ajouter que le cristallin, écrasé de même après l'ouverture de sa capsule, ne m'a pas offert du tout d'iodure d'amidon, tandis qu'après avoir calciné cet organe et traité le résidu de la calcination par l'eau amidonnée et l'acide nitrique, nous y avons trouvé un peu d'iode. C'est d'ailleurs un résultat que nous avons obtenu dans d'autres expériences. Je n'ai pu examiner sur ce lapin que l'œil droit, le gauche ayant été enlevé quelques jours auparavant pour servir à d'autres études.

Dans une autre expérience (exp. XVI), nous avons fait l'examen de l'œil instillé dix-sept heures après. Je n'ai point trouvé du tout d'iodure d'amidon dans l'humeur aqueuse; et comme il n'y en avait pas non plus dans l'urine, j'en ai conclu que l'iodure absorbé avait dû non-seulement quitter l'œil, mais être éliminé de l'organisme du lapin par les urines.

Je n'ai détaillé que les expériences faites sur les lapins; je dois ajouter, pour ne laisser aucun doute, que nous en avons fait d'autres sur les chiens, et que les résultats ont été analogues. Ainsi, après avoir instillé la solution d'iodure de potassium à 20 pour 100 dans l'œil gauche d'un chien (exp. XVII), à quatre reprises différentes, le 19 juillet, à trois heures du soir, et enlevé les yeux à quatre heures et demie, c'est-à-dire quatre-vingt-dix minutes après,

j'ai retrouvé l'iode en quantité très appréciable dans la cornée (examinée après calcination) et dans l'humeur aqueuse, tandis que les mêmes parties de l'œil droit ne m'en ont offert aucune trace, et qu'il n'y en avait pas non plus dans l'urine. Sur un autre chien (exp. XVIII), la recherche de l'iode a été faite quatre heures après l'instillation ; je l'ai trouvé également dans la cornée, dans l'humeur aqueuse et dans l'humeur vitrée, tandis que je n'en ai pu apercevoir ni dans l'œil droit ni dans l'urine. Sur un troisième (exp. XIX), l'examen a été fait cinq heures et demie après l'instillation, et j'ai retrouvé l'iode dans les deux yeux et dans l'urine.

On remarquera dans ces résultats quelque chose de différent de ceux qui ont été observés chez le lapin : c'est que l'iodure de potassium n'est pas passé aussi vite dans toute l'économie. Cela peut tenir ou à ce que l'absorption est moins active, ou à ce que la quantité instillée n'a pas été exactement la même. Le phénomène que je tiens à faire ressortir, savoir le passage et le séjour dans de l'iodure absorbé n'en est que plus évident.

Je suis donc autorisé à conclure des expériences qui précèdent : 1° que l'iodure de potassium absorbé à la surface de l'œil passe dans la cornée et dans l'humeur aqueuse, où l'on commence à le retrouver au bout de deux minutes, et séjourne dans cette dernière pendant vingt à trente minutes avant que la circulation générale puisse en avoir apporté une quantité appréciable ; 2° que les autres parties de l'œil, et particulièrement le corps vitré, la sclérotique et la choroïde en reçoivent plus tard que la cornée et l'humeur aqueuse ; 3° que l'humeur aqueuse retient pendant plus longtemps que les autres éléments de l'œil la substance absorbée, tant celle qui est entrée directement, que celle qui a pu être apportée plus tard par les capillaires.

(*La suite à un prochain numéro.*)

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TRANSMISSION CROISÉE DES IMPRESSIONS SENSITIVES DANS LA MOELLE ÉPINIÈRE. — Mémoire présenté à l'Académie des sciences dans la séance du 23 juillet 1855, par le docteur E. BROWN-SÉQUARD, lauréat de l'Académie des sciences, ex-professeur de physiologie à Richmond (États-Unis), etc.

Suite et fin. — Voir le t. II, n° 31.

EXP. III. — Je coupe la moelle épinière le long de son plan médian antéro-postérieur, de manière à séparer l'une de l'autre ses deux moitiés latérales, dans toute l'étendue du renflement lombaire, c'est-à-dire de la portion de moelle qui donne naissance aux nerfs des membres abdominaux. Si l'instrument ne se dévie ni à droite ni à gauche, et que les moitiés latérales du renflement lombaire ne subissent pas d'autre lésion que celle de la section longitudinale de leurs commissures, on trouve, après l'opération, que l'animal reste capable de mouvoir volontairement ses membres postérieurs, et même souvent de s'en servir pour marcher, tandis que, tout au contraire, la sensibilité semble être absolument perdue dans ces deux membres.

On comprend que si les éléments conducteurs des impressions sensitives ne s'entrecroisaient pas dans la moelle épinière, la sensibilité devrait être conservée dans les membres postérieurs des animaux soumis à l'expérience que nous venons de rapporter. Peut-être serait-elle un peu diminuée, à cause de la légère compression que l'on exerce sur les deux moitiés latérales de la moelle, en coupant cet organe longitudinalement ; mais, au lieu d'une faible diminution, nous trouvons la perte, en apparence complète, de la sensibilité. De plus, pour qui sait qu'en général les compressions, même légères, de la moelle épinière, produisent une bien plus grande diminution des mouvements volontaires que de la sensibilité, il est impossible d'admettre que la sensibilité soit entièrement détruite par une compression qui n'abolit pas complétement les mouvements volontaires. En outre, quand on fend la moelle longitudinalement à l'aide d'un bistouri très fin et très tranchant, il n'y a certes pas de compression suffisante pour produire une paralysie notable soit des mouvements volontaires, soit de la sensibilité.

EXP. IV. — Si, au lieu d'opérer sur le renflement lombaire, comme dans l'expérience précédente, on fait une opération analogue à celle qui y est décrite, sur le renflement cervico-brachial, on constate les phénomènes suivants, quand on a réussi à séparer complétement et dans toute leur longueur les deux moitiés latérales de ce renflement. La sensibilité est perdue dans les membres antérieurs, mais elle persiste dans les membres postérieurs et dans la peau de l'abdomen et d'une grande partie de la région thoracique. Les mouvements volontaires existent dans les quatre membres, mais les membres antérieurs ne peuvent plus servir à la station, ce qui dépend surtout de ce que, pour mettre la moelle à nu, il faut couper beaucoup de muscles, et en particulier quelques-uns de ceux de l'épaule.

Les résultats des deux expériences qui précèdent sont décisifs dans la question qui nous occupe. Il est certain que si les éléments conducteurs des impressions sensitives ne s'entrecroisaient pas dans la moelle épinière, on n'obtiendrait pas les résultats indiqués et surtout ceux que donne la dernière de ces deux expériences, où nous voyons la sensibilité persister dans les membres postérieurs, alors qu'elle est perdue dans les membres antérieurs. Dans l'expérience suivante, qui est une combinaison de notre première et de notre quatrième expérience, les résultats sont encore plus péremptoires, s'il est possible.

EXP. V. — Si sur un animal qui a déjà subi l'opération mentionnée dans l'expérience IV, à savoir une section longitudinale sur le plan médian antéro-postérieur du renflement cervico-brachial dans toute son étendue, on coupe transversalement une des moitiés latérales de ce renflement, on constate, en outre de la perte de sensibilité dans les deux membres antérieurs, 1° que le membre postérieur, du côté de la section transversale, devient un peu plus sensible qu'il n'était ; 2° que le membre postérieur, du côté opposé à la section, perd presque complétement sa sensibilité.

Quelquefois il arrive, quand on a tenté de faire la section transversale d'une moitié latérale de la moelle épinière, qu'on obtienne un résultat très différent de celui qui est rapporté dans l'expérience I^re^. La sensibilité dans les parties qui sont du côté opposé à la section et en arrière d'elle, paraît être aussi vive qu'à l'état normal ; mais une autopsie bien faite révèle alors que la section n'est pas complète et qu'on a laissée intacte une partie de la moitié latérale qu'on voulait couper. Le meilleur moyen pour faire une autopsie concluante, c'est de mettre la moelle dans l'alcool et de l'y laisser quelques jours. Il est facile ensuite de voir si la section s'étend ou non jusqu'au plan médian antéro-postérieur de la moelle.

Il arrive assez souvent que, bien que la section d'une moitié latérale soit complète, la sensibilité paraisse encore assez vive dans les parties situées du côté opposé à la section et en arrière d'elle. Ceci s'observe surtout chez les animaux vigoureux que l'on a opérés dans l'état d'insensibilité que produit l'inhalation du chloroforme, parce qu'on peut alors mettre très promptement la moelle à nu sans épuiser la vigueur de l'animal par une hémorrhagie considérable et par la douleur. L'apparence de sensibilité qu'on trouve du côté opposé à la section et en arrière d'elle, dans ces circonstances, provient de phénomènes très intéressants, mais dont je ne puis dire ici que quelques mots. Supposons que l'hémisection de la moelle ait été faite à droite et à la hauteur de la première vertèbre lombaire, si je pince alors la patte gauche, il y a, par action réflexe, des mouvements dans le membre postérieur droit. Or, ce membre est dans un état d'hyperesthésie, et, de plus, les mouvements réflexes y sont très forts, et même assez pour que les contractions musculaires causent de la douleur. Il y a donc, quand on pince la patte gauche, de la douleur provenant du membre droit. C'est ce que démontre l'expérience suivante.

EXP. VI. — Sur un animal très vigoureux et ayant eu la moitié latérale droite de la moelle coupée transversalement à la hauteur de la première vertèbre lombaire, je constate que, quand je pince la patte *gauche*, il y a apparence d'une assez vive perception de douleur. Je mets alors à nu le renflement lombaire de la moelle, et je m'assure ensuite que le pincement de la patte *gauche* paraît causer encore une douleur assez vive. Cela observé, je coupe toutes les racines postérieures qui naissent du renflement lombaire à *droite*, et je trouve ensuite que l'apparence de sensibilité du côté *gauche* (où ni la moelle ni les racines n'ont été coupées) a disparu presque complétement et quelquefois complétement.

Cette expérience est certainement très propre à montrer qu'il ne reste *en réalité* que très peu de sensibilité dans le membre postérieur, du côté opposé à une section d'une moitié latérale de la moelle, bien qu'*en apparence*, quelquefois, on y trouve une assez vive sensibilité. L'expérience suivante conduit encore à la même conclusion.

Exp. VII. — Sur un animal vigoureux ayant eu la moitié latérale *droite* de la moelle épinière coupée à la hauteur de la première vertèbre lombaire, je constate qu'il y a, en apparence, une sensibilité assez vive dans le membre postérieur *gauche*. Je fais alors inhaler du chloroforme à l'animal, et je trouve que la sensibilité qui paraît alors exister dans le membre postérieur *gauche* s'évanouit presque aussitôt, et souvent en moins de la moitié du temps que met la sensibilité à disparaître dans les membres antérieurs et à la face. Le membre postérieur *droit*, au contraire, ne perd sa sensibilité que quelques instants après que le train antérieur a perdu la sienne.

Comme il arrive assez souvent qu'on ne réussisse pas à faire *directement* la section d'une moitié latérale de la moelle, j'ai employé le moyen suivant, qui donne des résultats très nets, ainsi que je l'ai fait constater à la Société de Biologie, il y a déjà plusieurs années. J'extrais les détails suivants des *Comptes rendus* de cette Société (*Comptes rendus et Mém. de la Soc. de Biologie, pour* 1851, t. III, p. 76.

Exp. VIII. — « Après avoir fait, à la hauteur de la dixième ou onzième vertèbre costale, une section longitudinale, d'un demi ou d'un centimètre, sur la ligne médiane de la moelle épinière, M. Brown-Séquard fait deux sections transversales d'une moitié latérale de cet organe, chacune de ces sections partant des extrémités de la section longitudinale, de manière à retrancher un fragment assez considérable de la moelle. L'animal qui a subi cette opération conserve presque toute l'énergie de ses mouvements volontaires, excepté dans le membre postérieur du côté de la section, lequel cependant possède encore des mouvements volontaires très faibles, mais incontestables. Quant à la sensibilité, ce dernier membre paraît au moins aussi sensible qu'à l'état normal, tandis que le membre postérieur du côté opposé (côté où la moelle est intacte) a perdu notablement de sa sensibilité. Deux cochons d'Inde, soumis à cette expérience, sont montrés à la Société. On a d'abord reconnu l'existence des phénomènes qui viennent d'être signalés, puis l'autopsie a été faite séance tenante, et les lésions indiquées ont été constatées. »

Il nous semble que les faits rapportés jusqu'ici, dans ce Mémoire, démontrent clairement que les éléments conducteurs des impressions sensitives s'entrecroisent, au moins en grande partie, dans la moelle épinière, ou, en d'autres termes, qu'un très grand nombre de ces éléments venant de la moitié droite du corps, se portent dans la moitié gauche de la moelle, après avoir traversé la moitié droite de cet organe, et *vice versâ*.

Il me reste encore à examiner maintenant les questions suivantes : 1° Ne peut-on pas expliquer, par l'existence d'une propriété spéciale de la substance grise de la moelle, les faits que j'explique par l'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions sensitives ? 2° L'entrecroisement de ces éléments est-il complet ou partiel dans la moelle épinière ? 3° Quelle est la partie de la moelle où se fait l'entrecroisement des éléments conducteurs qui y arrivent par une racine donnée? 4° Que prouvent les expériences faites sur le bulbe rachidien à l'égard de l'entrecroisement des conducteurs des impressions sensitives?

Nous allons essayer de résoudre successivement ces diverses questions.

1° *Ne peut-on pas expliquer, par l'existence d'une propriété spéciale de la substance grise de la moelle, les faits que j'explique par l'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions sensitives?*

Les idées des physiologistes du XVIIIe siècle ont, en partie, trouvé des adhérents dans celui-ci. Des hommes de mérite admettent encore qu'une certaine partie de la moelle, sa substance grise, possède la propriété de transmettre l'action nerveuse en tous sens. Suivant quelques-uns de ces physiologistes, les cellules de la substance grise seraient en rapport de continuité avec les fibres sensitives venues à la moelle par les racines postérieures, et ces cellules communiqueraient entre elles par des fibres ; de telle façon qu'une impression, transmise à la moelle par une fibre d'une des racines postérieures, se propagerait, de la cellule avec laquelle s'aboucherait cette fibre, à deux ou à un plus grand nombre d'autres cellules, dont une ou plusieurs se trouveraient dans la moitié même de la moelle où se trouve la première, et dont les autres se trouveraient dans l'autre moitié. Par ces dernières, la propagation se ferait encore à des cellules de la même moitié de moelle et à des cellules de l'autre moitié.

On comprendra aisément qu'avec un arrangement comme celui-là, une section d'une moitié latérale de la moelle ne doit pas être suivie de la paralysie de la sensibilité en arrière et du même côté. Mais cette théorie a contre elle : 1° le fait qu'après une section d'une moitié latérale de la moelle, les parties du corps situées en arrière de la section et du côté opposé éprouvent une diminution très notable de leur sensibilité ; 2° le fait qu'après une seconde hémisection de la moelle, à une certaine distance d'une première, les parties en arrière et du côté de cette première hémisection, qui avaient de l'hypéresthésie, deviennent extrêmement peu sensibles ; 3° le résultat d'une section longitudinale de la moelle sur un de ses deux renflements, à savoir l'anesthésie des deux côtés, 4° enfin, les cas observés chez l'homme de la paralysie de la sensibilité, n'occupant qu'une moitié du corps, et produite par une lésion siégeant dans la moitié opposée de l'encéphale ou de la moelle.

Quelques physiologistes disent qu'après avoir coupé une moitié latérale de la moelle en un point et l'autre moitié dans un autre endroit, on trouve la sensibilité conservée partout en arrière. Ils n'ont certainement fait qu'une section incomplète. J'ai vu qu'il suffit de n'avoir pas divisé entièrement la substance grise centrale (tout le reste d'une moitié latérale de la moelle étant coupé) pour que la sensibilité soit conservée partout en arrière. J'ai déjà dit dans ma thèse, il y a plus de neuf ans (*Loc. cit.*, p. 26-27, 8°, 9°, 10° et 11°), que si l'on coupe toute la substance blanche, à savoir le faisceau antéro-latéral et le faisceau postérieur de la moelle d'un côté, et les mêmes parties à une certaine distance en avant de la première section, la sensibilité ne paraît pas diminuée en arrière des deux sections. Il n'en est pas ainsi lorsque, outre la substance blanche, on coupe la substance grise, de manière que l'hémisection soit complète, et l'on trouve alors toujours la sensibilité presque complétement ou tout à fait perdue, en arrière de deux hémisections complètes de la moelle. Mais comme il reste souvent alors des traces évidentes (quoique très faibles) de sensibilité, il semble qu'il existe quelques fibres commissurales entre les moitiés latérales de la moelle, établissant une communication entre les éléments conducteurs des impressions sensitives.

L'hypothèse de la transmissibilité des impressions dans des directions très variées, par les éléments de la substance grise de la moelle, ne cadre pas avec les faits, ainsi que je viens de le montrer. Il en est tout autrement de la théorie que j'ai proposée, c'est-à-dire de l'existence d'un entrecroisement des éléments conducteurs des impressions dans la moelle épinière. Cet entrecroisement rend compte aisément : 1° de la persistance de la sensibilité en arrière et du côté d'une hémisection transversale de la moelle ; 2° de la perte ou de la diminution de sensibilité du côté opposé ; 3° de la perte de sensibilité des deux côtés après une section longitudinale sur le plan médian antéro-postérieur de la moelle.

Quant à l'existence de l'hypéresthésie dans les parties situées en arrière d'une section d'une moitié latérale de la moelle, elle dépend de circonstances que j'aurai l'occasion de faire connaître dans un prochain Mémoire.

2° *L'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions sensitives est-il complet ou partiel dans la moelle épinière ?*

On arrive, à cet égard, à deux conclusions différentes, suivant qu'on examine ce qui a lieu dans certaines expériences ou dans quelques autres. D'une part, en effet, les résultats d'une ou de deux hémisections transversales de la moelle, semblent montrer que l'entrecroisement n'est pas complet. D'une autre part, les résultats d'une section longitudinale, séparant une portion de la moelle en ses deux moitiés latérales, semblent montrer que l'entrecroisement est complet.

Il est probable que l'entrecroisement est à bien peu près complet, et que s'il y a quelques faits qui paraissent en opposition avec cette manière de voir, on en trouve l'explication en admettant qu'il y a, ainsi que je l'ai déjà dit, quelques fibres commissurales entre une moitié latérale de la moelle et l'autre moitié. On ne peut pas expliquer autrement ce qui a lieu après deux hémisections latérales de la moelle, faites l'une d'un côté, l'autre de l'autre, et à une certaine distance l'une de l'autre.

J'ajouterai que des faits pathologiques déjà assez nombreux, et qui ont été observés chez l'homme, conduisent à la même conclusion que les expériences sur les animaux. Je me propose de le démontrer bientôt dans un Mémoire spécial.

3° *Quelle est la partie de la moelle épinière où se fait l'entrecroisement des éléments conducteurs qui y arrivent par une racine donnée?*

Examinons, par exemple, ce qui a lieu pour les racines postérieures de la première paire lombaire et pour la dernière paire dorsale. Ces racines pénètrent dans la corne grise postérieure, entre le cordon postérieur et le cordon latéral de la moelle. Où vont-elles? C'est ce que l'anatomie ne nous a pas encore appris, ni pour ces racines, ni pour aucune des autres racines rachidiennes. L'expérimentation, ainsi qu'on va le voir, nous en apprend beaucoup plus à cet égard que l'anatomie.

Exp. IX. — Je coupe transversalement la moitié latérale droite de la moelle, juste au milieu de l'intervalle, entre les racines de la dernière paire dorsale et celles de la première paire lombaire. J'examine ensuite l'état de la sensibilité de ces racines, et je trouve que celles du premier nerf lombaire du côté de la section sont extrêmement sensibles, et paraissent même l'être plus qu'à l'état normal. Au contraire, celles du dernier nerf dorsal du côté de la section sont évidemment moins sensibles qu'à l'état normal. En examinant maintenant les mêmes racines du côté opposé à la section, je trouve qu'elles sont notablement moins sensibles qu'à l'état normal.

Ces faits démontrent que les éléments conducteurs des impressions sensitives, après avoir pénétré dans la moelle, se portent, en majeure partie, dans l'autre moitié de cet organe, à l'endroit même de leur entrée et au-dessous. Un certain nombre de ces éléments, cependant, se portent au dessus du point d'entrée.

On arrive à des conclusions analogues par les résultats des deux expériences suivantes.

Exp. X. — Je coupe la moelle longitudinalement sur son plan médian et dans l'étendue de l'insertion de deux paires de nerfs. Je trouve alors que la sensibilité de ces deux paires de nerfs est notablement diminuée, et que c'est la supérieure qui a le plus perdu de sa sensibilité.

Exp. XI. — Je coupe transversalement la moitié latérale droite de la moelle à la hauteur de la première vertèbre lombaire, et je trouve que la sensibilité de la paire de nerfs située immédiatement en arrière de la section semble exagérée. (Il en est de même de la sensibilité récurrente de la racine antérieure correspondante.) Si alors je coupe de nouveau transversalement la même moitié latérale de la moelle, immédiatement en arrière des racines de la paire de nerfs que je viens de trouver si sensible, je constate qu'elle a perdu presque complétement sa sensibilité.

Cette dernière expérience montre qu'un grand nombre des éléments conducteurs des impressions sensitives qui viennent d'une paire de nerfs se portent au-dessous de l'endroit où ils ont pénétré dans la moelle, c'est-à-dire s'éloignent de l'encéphale avant de faire leur entrecroisement. Ils ne vont pas très loin, cependant, sans le faire; car si l'on fait la seconde hémisection à environ 4 ou 5 centimètres (sur un gros lapin) en arrière de la première, alors la sensibilité persiste dans la paire de nerfs qui est immédiatement en arrière de la première hémisection.

De toutes ces dernières expériences il résulte clairement, je crois, que les éléments conducteurs des impressions sensitives se distribuent de la manière suivante, après leur entrée dans la moelle, par les racines d'une paire de nerfs: quelques-uns se portent vers l'encéphale, d'autres se portent directement dans la moitié opposée de la moelle, et d'autres enfin s'éloignent de l'encéphale, pour aller faire leur entrecroisement avec ceux du côté opposé, à quelque distance en arrière de leur point d'entrée dans la moelle.

4° *Que prouvent les expériences faites sur le bulbe rachidien, à l'égard de l'entrecroisement des conducteurs des impressions sensitives?*

Il semble que les physiologistes qui se sont occupés de la question de savoir si la moelle allongée a une action croisée ou directe, ont dû, par cela même, chercher si les conducteurs des impressions sensitives font leur entrecroisement dans la moelle épinière ou dans l'encéphale. A peine l'ont-ils fait cependant. Ainsi Lorry (*Mém. des savants étrangers*, t. III, p. 344), Saucerotte (*Prix de l'Acad. de chirurgie*, t. IV, p. 373), Fodéra (*Journ. de physiol.* de Magendie, t. III, p. 211), M. Flourens (*Rech. expér. sur le syst. nerv.*, 2e éd., 1842, p. 114-122), M. Magendie (*Leçons sur les fonct. et les malad. du syst. nerv.*, t. I, p. 285 et p. 293), M. Calmeil (*Journal des progrès*, t. XI, p. 100), Budge (*Untersuchungen ueber das Nervensystem*, 1re partie, 1841, p. 21), Valentin (*Lehrbuch der Physiologie*, 2e éd., 1849, t. II, 2e partie, p. 456), paraissent ne s'être occupés que de trouver de quel côté surviennent les convulsions et la paralysie du mouvement, après une lésion d'une moitié latérale de la moelle allongée. Hertwig est, à ma connaissance, le premier physiologiste qui se soit occupé directement de l'état de la sensibilité après la section d'une moitié latérale de la moelle allongée. Il dit (*Hecker's Annalen der Ges. Heilkunde*, 1826, p. 151) qu'après avoir coupé la moitié latérale droite de cet organe sur un chien, il trouva la sensibilité presque aussi grande qu'avant l'opération, dans le côté droit du corps; mais il ne dit pas quel était l'état de la sensibilité dans le côté gauche.

MM. Budge et Waller (*Comptes rendus de l'Acad. des sc.*, 1851, t. XXXIII, p. 420) disent avoir constaté que « la plus grande perte de sensibilité se fait sur le côté opposé à la section. »

MM. Vulpian et Philipeaux (*Essai sur l'origine de plusieurs paires des nerfs crâniens*, Paris, 1853, p. 54-56) affirment que la sensibilité dans le tronc et dans les membres n'est perdue ni du côté de la section d'une moitié latérale de la moelle allongée, ni du côté opposé. Ils disent même que, chez les cochons d'Inde, on serait tenté de croire que la sensibilité est exaltée.

J'ai moi-même souvent montré dans mes cours, depuis plusieurs années, que les animaux sur lesquels on a coupé une moitié latérale de la moelle allongée, en avant ou au-dessus de l'origine du nerf pneumogastrique, ne *paraissent* perdre leur sensibilité dans aucune partie du tronc et des membres. De plus, j'ai constaté qu'il semble y avoir alors une hyperesthésie très marquée du côté de la section dans les membres et le tronc.

Quelle est la signification de ces faits? Dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie des sciences, il y a six ans (*Comptes rendus*, t. XXIX, p. 672, *Sur le siége de la sensibilité et sur la valeur des cris comme preuve de perception de douleur*), j'ai essayé de montrer que, chez les animaux privés de la plus grande partie de leur encéphale, l'agitation des membres et les cris peuvent avoir lieu par action réflexe. Quant à l'agitation, il est clair que, chez des animaux dans cette condition, elle ne peut avoir de valeur comme preuve de douleur, et, quant aux cris, j'ai fait voir qu'ils peuvent exister après la section transversale de la moelle allongée tout entière, au niveau de son union avec la protubérance. De plus, il y a dans la science plusieurs observations de fœtus humains anencéphales, qui ont poussé des cris, bien qu'ils n'eussent que la moelle allongée et la moelle épinière, le reste de l'encéphale manquant complétement. Il faut donc admettre, ou que les cris ont alors lieu par action réflexe, ou que les perceptions de douleur peuvent se faire dans la moelle allongée, et peut-être aussi dans la moelle épinière. Nous n'entendons pas décider, ni même discuter ici cette grande question; mais nous voulons montrer que les cris *peuvent* n'être que le résultat d'une action réflexe. En effet, les cris ne sont rien autre chose que des sons produits pendant le passage rapide d'un courant d'air dans le larynx, lorsque les cordes vocales sont tendues. Et que faut-il pour que ces conditions de production des cris existent? Il faut tout simplement que les muscles tenseurs des cordes vocales se contractent en même temps que les muscles expirateurs. Or, il n'y a là rien autre chose que des contractions musculaires, qui peuvent avoir

lieu par action réflexe, comme les contractions des muscles des membres. Les cris peuvent donc n'être que la conséquence de contractions par action réflexe. Je répète cependant que je suis loin de dire que c'est positivement et uniquement par action réflexe qu'ils sont produits chez les anencéphales et chez les animaux privés de la presque totalité de leur encéphale. Je veux établir seulement qu'ils *peuvent* alors avoir lieu par action réflexe.

S'il en est ainsi, on comprend que les sections d'une moitié latérale de la moelle allongée sur les animaux ne peuvent joter aucune lumière sur la question de savoir si les éléments conducteurs des impressions sensitives font leur entrecroisement dans la moelle épinière ou s'ils le font dans l'encéphale.

Les faits pathologiques observés sur l'homme, et relatifs à la moelle allongée et à la protubérance ont bien plus de valeur que les expériences faites sur ces organes chez les animaux. Je réserve pour un mémoire spécial l'exposé de nombreux faits pathologiques qui démontrent qu'avec des lésions limitées à une moitié latérale de la protubérance ou de la moelle allongée, il y a une paralysie de la sensibilité dans le tronc et les membres, rien que dans le côté opposé à la lésion. L'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions se fait donc dans la moelle épinière; car, autrement, il y aurait eu, dans les membres et le tronc, paralysie, partielle au moins, de la sensibilité du côté de la lésion.

J'ai aussi réuni un certain nombre de faits relatifs aux lésions d'une moitié latérale de la moelle épinière chez l'homme. Dans ces cas, de même que dans deux observations recueillies récemment par M. Oré, de Bordeaux (voyez mon rapport sur un mémoire de M. Oré, dans les *Mémoires de la Société de biologie* pour 1853, t. V, p. 304), il y a eu paralysie de la sensibilité d'un côté du corps, par suite d'une altération de la moitié latérale de la moelle épinière du côté opposé.

La pathologie et l'expérimentation sur les animaux s'unissent donc pour montrer :

1° Que l'entrecroisement des éléments conducteurs des impressions sensitives ne se fait pas, comme on l'a dit, à l'extrémité antérieure de la protubérance;

2° Que la substance grise de la moelle épinière ne possède pas la propriété de transmettre les impressions sensitives en toute direction, ainsi que l'ont prétendu quelques physiologistes;

3° Que la plupart, sinon tous les éléments conducteurs des impressions sensitives s'entrecroisent dans la moelle épinière, c'est-à-dire que ceux venus de la moitié droite du corps se portent dans la moitié gauche de la moelle, et *vice versâ*;

4° Que l'entrecroisement de ces éléments se fait, en partie, presque aussitôt après leur entrée dans la moelle épinière, et que quelques-uns, en petit nombre, vont faire leur entrecroisement à une certaine distance au-dessus du point d'entrée dans cet organe, c'est-à-dire plus près de l'encéphale, tandis que d'autres, au contraire, et en plus grand nombre, descendent dans la moelle et vont faire leur entrecroisement au-dessous du point d'entrée;

5° Que, s'il y a quelques éléments conducteurs des impressions sensitives qui montent des membres ou du tronc tout le long de la moelle épinière pour aller faire leur entrecroisement dans l'encéphale, leur nombre doit être très peu considérable;

6° Que des altérations capables de produire une paralysie de la sensibilité, et siégeant sur un point quelconque d'une moitié latérale du centre cérébro-rachidien, produisent toujours une paralysie de la sensibilité dans le côté opposé du corps, et qu'il n'y a pas de différence entre l'encéphale et la moelle épinière à cet égard, ainsi qu'on l'avait cru jusqu'à mes premières recherches.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le rédacteur,

Permettez-moi de vous donner quelques éclaircissements en réponse aux observations critiques qui vous ont été suggérées par ma lecture à l'Académie de médecine, que vous appréciez, d'ailleurs, avec une bienveillance dont je m'empresse de vous remercier.

Vous dites : « Très probablement tout le monde avait compris, » comme nous, qu'il était échu à l'auteur de cette bonne fortune de » mettre le doigt sur un signe particulier, caractéristique, des hyda- » tides intra-thoraciques; mais sous ce premier rapport, l'attente » a été un peu déçue. »

Remarquez, je vous prie, que ma communication avait pour titre: *Relation d'un cas de kyste hydatique intra-thoracique, guéri par la ponction suivie d'une injection iodée.* J'ai dit, il est vrai, que j'en avais annoncé l'existence, *sous toute réserve cependant*, avant l'opération. J'ai exposé le calcul seméiologique par lequel je suis arrivé à ce résultat, en grande partie, ai-je soin d'ajouter, par voie d'exclusion. Aller au delà, c'eût été sortir de mon programme, ce que je ne voulais pas, et j'en ai donné les motifs dans le passage suivant : « Ce fait a été pour moi le point de départ de recherches » nombreuses et l'objet d'un mémoire dont je vais commencer la » publication, le mois prochain, dans l'un de nos journaux de mé- » decine. Je n'ai voulu entretenir l'Académie que de la partie » positive de mon travail, du fait mère, en quelque sorte. »

Mais une fois sorti de l'Académie, j'aurais mauvaise grâce à ne pas vous suivre sur le terrain où vous m'avez appelé. Eh bien! j'ai trouvé un certain nombre d'observations assez semblables à la mienne pour en être rapprochées, et assez détaillées pour fournir, si je ne me fais illusion, quelques notions applicables au diagnostic des kystes hydatiques de l'intérieur du thorax. Est-il sorti de cette étude quelque signe particulier et caractéristique? Pour vous prémunir contre une récidive de déception, je réponds : non! Et cependant je suis convaincu, après Laënnec, et j'ajouterai par mon expérience personnelle, que le problème peut être résolu. Aujourd'hui, nous diagnostiquons assez couramment, pour n'en citer qu'un exemple, la cirrhose du foie, qui n'a pas un seul signe caractéristique. Si je voulais même prendre ces deux derniers mots dans leur sens rigoureux, bien peu de maladies dont la diagnose est reconnue classique, posséderaient ce *signe particulier, caractéristique*, que vous réclamez pour la naturalisation clinique des kystes hydatiques du thorax. Moins sévère que vous, il m'a suffi de trouver que certains symptômes constants, quoique communs à d'autres maladies, offraient pour un certain nombre de cas, dans leur physionomie, leur développement, leur marche, leur combinaison, etc., des ressemblances assez frappantes, pour me croire autorisé à les proposer comme éléments de diagnostic propre et différentiel. Voilà ce que vous trouverez, j'espère, dans mon mémoire : c'est déjà bien quelque chose, dans un sujet presque neuf; et puis, vous le savez, rien n'est entêté comme un fait.

Vous m'adressez un autre reproche dont je tiens d'autant plus à me défendre que je crois l'avoir moins mérité. Une des circonstances qui m'ont paru avoir le plus de valeur pour l'idée à laquelle je me suis arrêté d'un kyste hydatique est une déformation partielle très remarquable du thorax. « Il ne paraît pas, dites-vous, » qu'on ait songé d'aucune manière à l'influence de la courbure » rachidienne sur la forme de la poitrine. » Or, celle-ci, croyez-le bien, avait été très sérieusement discutée et considérée comme secondaire à la maladie principale, ou, si elle en était indépendante, comme hors de toute proportion avec la déformation de la poitrine. Cette hétéromorphie m'a paru d'une importance si capitale pour la solution ultérieure de la question, que, quelques jours après l'opération, j'ai prié M. Woillez, dont vous ne contesterez pas la haute compétence dans une expertise de ce genre, de vouloir bien l'étudier avec moi. Elle lui a paru aussi avoir quelque chose de spécial, qu'il n'a encore rencontré sur aucun des malades soumis à son observation, et il a bien voulu consigner le fait et les déductions que l'on peut en tirer pour le diagnostic de ces kystes, dans une note annexée à l'observation telle que je la publie dans le prochain numéro des *Archives* (p. 290).

Autre remarque qui, dites-vous, « paraîtra peut-être bien ha- » sardée. Si ce kyste présumé de la poitrine était un kyste du foie? » Question prévue, moins hasardée que vous ne le pensez; mais mon programme! Et, d'ailleurs, on ne peut tout dire dans les quinze

ou vingt minutes accordées à une lecture académique. Voici ce que vous lirez dans le numéro déjà anté-cité des *Archives*, imprimé depuis le 15 août (p. 297) : « Il ne serait pas impossible, à la » rigueur, que le kyste se fût primitivement développé dans le foie » près de sa surface convexe, et eût refoulé le poumon jusqu'à la » limite supérieure de sa cavité, avec ou sans perforation du dia- » phragme. M. Morel-Lavallée m'a communiqué un cas de ce genre, » dont le véritable caractère n'a été reconnu qu'à l'autopsie ; on » pourrait rapprocher de ce fait ceux observés par M. Pize (*Bull.* » *de la Société anatomique*, 1853, p. 76), MM. Goupil et Leudet » (vol. cité, p. 397), M. Combessis (*Id.*, 1846, p. 41), M. Cru- » veilhier (*Id.*). Je ne le crois cependant pas. Sans revenir sur les » caractères positifs qui nous ont fait admettre une tumeur thora- » cique, j'insisterai sur les caractères négatifs d'une affection du » foie, et surtout sur les suites de l'opération. La réascension im- » médiate du foie derrière les fausses côtes est difficile à admettre » dans le cas où cet organe lui-même eût été le siége de la maladie ; » les conséquences de l'injection iodée n'eussent pas été sans doute » les mêmes, et la perforation de la plèvre par le trocart proba- » blement suivie de l'épanchement d'une certaine quantité de li- » quide hydatique dans sa cavité, complication dont on connait » toute la gravité. »

Voilà, mon cher confrère, ce que j'ai cru devoir répondre à des observations que je dois reconnaître d'autant plus fondées dans quelques-unes de leurs parties que je les avais prévues, attendant ma justification plus complète du mémoire auquel je viens de faire plusieurs emprunts. Vous excuserez mon empressement en raison de la nouveauté et de l'intérêt du sujet, et, permettez-moi de le dire, puisque je le pense, à cause aussi du rang distingué que mon spirituel et malin contradicteur occupe dans la presse médicale.

Agréez, etc. VIGLA.

Paris, le 25 août 1855.

RÉPONSE. — Rien ne peut mieux prouver que la lettre de notre honorable confrère combien étaient naturelles les réserves que nous avions cru devoir faire sur la signification du fait communiqué par lui à l'Académie. Nous étions étonné qu'on ne se fût demandé ni quelle part la courbure latérale du rachis avait pu prendre à la déformation du thorax, ni si le kyste n'appartenait pas au foie et non au poumon ou au tissu sous-pleural. M. Vigla nous apprend que ces questions ont été réservées pour le futur mémoire des ARCHIVES MÉDICALES. C'est ce que nous ne mettons pas en doute; mais c'est aussi ce que nous ne pouvions savoir.

Quant au fond, du moment où M. Vigla nous renvoie à un travail prochain, e'est un devoir pour nous d'attendre, pour nous prononcer, que ce travail ait été publié. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

L'abondance des matières nous force à renvoyer l'Académie des sciences au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. Un rapport de M. le docteur *Jacquez* (de Lure) sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Migna-Villers (1854-1855). — *b*. Un rapport de M. le docteur *d'Hennezen* sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la commune de Savigny. — *c*. Un rapport de M. le docteur *Degen* (de Borbach) sur une épidémie de variole. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Viard* (de Montbard) sur une épidémie de fièvre typhoïde. (*Commission des épidémies.*) — *e*. Un rapport de M. *Cazaintre* (de Limoux) sur une épidémie de choléra en 1854. (*Commission du choléra de 1854*). — *f*. Une demande d'avis pour la fabrication d'eaux minérales gazeuses. (*Commission des eaux minérales.*) — *g*. Une série de lettres relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *h*. Les états de vaccination des départements du Morbihan et du Cantal. (*Commission de vaccine.*)

M. *Villermé* présente à l'Académie deux rapports officiels sur le choléra, l'un sur l'épidémie cholérique qui a sévi à Copenhague du 12 juin au 1er octobre 1853, rédigé par le docteur *Hübertz* ; le second sur l'épidémie cholérique qui a sévi à Turin pendant l'année 1854, par M. *Bolino*, président de la Société médico-chirurgicale de l'Université royale de Turin. (*Commission du choléra de 1854.*)

— M. *Chatin* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, du *Traité des champignons utiles et vénéneux*, par M. *Dupuis*, professeur à l'École de Grignon.

— M. *le président* annonce que MM. *Hübertz* (de Copenhague), *Bertini* (de Turin), sont présents à la séance.

Lectures et Mémoires.

MÉDECINE. — M. *Bricheteau* donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Rossignol*, ayant pour titre : *De l'intermittence larvée ou latente dans les maladies inflammatoires, nerveuses ou autres.* M. Bricheteau n'approuve point l'expression de *larvée*, appliquée à des affections qui ne peuvent se dérober longtemps à la perspicacité d'un praticien instruit. Après cette courte critique, M. le rapporteur analyse les observations relatées dans le mémoire. Elles sont au nombre de huit.

La première a pour sujet un homme de cinquante-six ans, atteint d'une double conjonctivite aiguë et continue, qui prit ensuite la forme intermittente, avec le type d'une fièvre quarte, et qui céda à l'administration du sulfate de quinine. — Dans la seconde observation, il s'agit d'un jeune homme de trente-deux ans, affecté, d'après l'auteur, d'entérite aiguë, avec une vive réaction sur l'encéphale, et une notable rémission, pendant laquelle le malade était assiégé de terreurs sinistres. Cette affection, qui céda au sulfate de quinine administré pendant quatre jours, n'était-elle pas plutôt une fièvre rémittente pernicieuse ?

Les troisième et quatrième cas sont relatifs à des névralgies viscérales, avec des rémissions fréquentes, traitées et guéries encore par le sulfate de quinine.

Le sulfate de quinine a procuré encore des guérisons à M. Rossignol dans un cas de gastralgie caractérisée par des accès irréguliers, dans un cas d'arthrite avec rémissions diurnes, et dans un cas de fièvre pernicieuse hémorrhagique, qui constituent les dernières observations présentées par l'auteur.

A propos des deux éléments, l'un continu et l'autre intermittent, que M. Rossignol admet dans les maladies soumises à son observation, M. le rapporteur fait remarquer que le type d'une maladie, aussi bien que les variations de sa marche, sont plutôt des accidents secondaires que des éléments procédant de la nature intime du mal. Il ne saurait donc, avec l'auteur du mémoire, faire dériver les variations d'intensité d'une maladie de son essence propre.

La commission propose de remercier M. Rossignol de sa communication, et de déposer son manuscrit dans les archives académiques. (*Adopté.*)

CHIRURGIE. — M. *Jobert* (de Lamballe) donne lecture d'un rapport sur les travaux chirurgicaux de M. le docteur *da Costa*, chirurgien de l'hôpital civil de Rio-Janeiro. Le travail de M. da Costa, qui contient un résumé des principales opérations qu'il a faites à Rio-Janeiro pendant seize ans de pratique, est précédé d'un avant-propos dans lequel l'auteur fait l'historique de l'école de Rio-Janeiro, fondée par don Juan en 1813, et qui fut investie en 1838 du droit de conférer le titre de docteur.

Ce mémoire est composé de plusieurs chapitres qui traitent successivement de l'hydrocèle, du rétrécissement de l'urèthre, de la lithotritie, de la lithotomie et du cancer de l'utérus.

L'hydrocèle, très fréquente au Brésil, paraît avoir remplacé, dans cette contrée, l'éléphantiasis des Arabes, depuis que les Brésiliens ont adopté des coutumes plus conformes aux mœurs européennes. M. da Costa, le premier, a substitué l'injection de teinture d'iode à celle de sulfate de cuivre qui se pratiquait, avant lui, dans le traitement de cette affection.

Dans le second chapitre, M. da Costa rapporte deux observations de rétrécissements compliqués. Le premier fait est remarquable par l'oblitération d'une grande partie de la portion spongieuse de l'urèthre, par de nombreuses fistules et par un engorgement de la prostate. L'auteur du travail a refait l'urèthre à l'aide du trocart et d'une canule placée à demeure ; puis il a guéri l'altération de la prostate par la section de cet or-

gane, exécutée avec le lithotome double de Dupuytren. La seconde observation se distingue par la destruction d'une grande partie de la paroi inférieure de l'urèthre et par quatre petits calculs contenus dans la vessie. M. da Costa rétablit le cours de l'urine au moyen d'une sonde placée dans la vessie, obtint l'oblitération d'une fistule uréthrale par le ravivement et la suture entortillée exécutée avec de petites aiguilles d'or, et retira les calculs de la vessie à l'aide de la pince à trois branches de M. Civiale.

Ces deux faits, et beaucoup d'autres, donnèrent à M. da Costa l'idée de quelques instruments qu'il désigne sous les noms d'*algalie bouchée*, de *sonde-pince* et de *sonde électrique*. Le chirurgien de Rio-Janeiro se sert de l'algalie bouchée pour pratiquer le cathétérisme forcé, sans être exposé au danger de voir les yeux et le canal de la sonde bouchés par du mucus ou du sang coagulé. La sonde-pince est utile pour pratiquer l'extraction des corps étrangers de l'urèthre lorsqu'ils ne sont pas trop engagés. La sonde électrique a été employée avec succès dans cinq cas de paralysie du col vésical.

M. da Costa a pratiqué trente-quatre fois l'opération de la lithotritie, importée au Brésil, en 1838, par lui et par le docteur Peixoto. Sur ce nombre de malades opérés, deux ont succombé et il y a eu cinq récidives.

Sur six opérations de taille (bilatérale), M. da Costa compte quatre succès et deux revers.

M. da Costa attribue la fréquence du cancer de l'utérus au Brésil à la précocité de la menstruation et du mariage, et à la syphilis. L'auteur a pratiqué l'ablation partielle de l'organe deux fois, et une fois son extirpation totale. Au bout de cinq mois, la malade succomba à un abcès iliaque.

Il résulte de la lecture du travail de M. da Costa que la chirurgie était fort peu en progrès au Brésil quand l'auteur y a introduit des idées nouvelles, des procédés et des méthodes encore ignorées, empruntées à l'école française, dont il s'honore d'avoir été l'élève.

La commission propose d'inscrire le nom de M. da Costa sur la liste des futurs membres correspondants, et de déposer son travail dans les archives de l'Académie.

M. *Gibert* s'explique difficilement comment l'hydrocèle a pu remplacer, au Brésil, l'éléphantiasis des Arabes.

M. *Jobert* pense trouver une explication suffisante de ce fait dans les changements introduits dans les mœurs du pays par la civilisation et les habitudes européennes.

M. *Gerdy* aurait mieux aimé que M. da Costa, au lieu d'exposer devant l'Académie le résumé de sa pratique chirurgicale, eût entretenu la Compagnie de faits nouveaux, de travaux originaux, qu'il cherche vainement dans le mémoire sur lequel il vient d'être fait un rapport.

M. *Jobert* croit que les observations contenues dans le travail de M. da Costa sont de nature à intéresser les praticiens, à éclairer certains points douteux de la science, et à fixer les opinions sur des questions de pratique toujours embarrassantes et encore mal résolues.

Enfin M. da Costa ne saurait mériter trop d'éloges pour avoir propagé les doctrines de nos écoles dans une contrée où la chirurgie était encore naguère dans l'enfance.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

REMÈDES SECRETS. — M. *Robinet* lit une série de rapports sur des recettes nouvelles. Les conclusions négatives en sont adoptées sans discussion.

CHIRURGIE. — M. *Heurteloup* donne lecture d'un travail intitulé : *De la suture profonde*. Après avoir signalé l'insuffisance, les inconvénients, les dangers même de la suture entortillée, qui est le plus généralement employée dans les plaies profondes, l'auteur entre dans la description d'une méthode nouvelle à laquelle il donne le nom de suture profonde.

Tandis que les doigts d'un aide pressent les tissus perpendiculairement à la direction de la plaie de manière à les ramasser et à rapprocher les lèvres de la blessure, l'auteur passe une aiguille courbe à la base de la montagne que forment les chairs comprimées ; puis il glisse sur les deux extrémités de l'aiguille deux pièces (d'argent ou de métal inoxydable), qui peuvent, à l'aide d'une vis de pression, se rapprocher l'une de l'autre, opérer sur les tissus une pression méthodique et les maintenir dans la position désirée.

Ce procédé a l'avantage, suivant M. Heurteloup, d'affronter les parties profondes de la plaie, de prévenir les clapiers, les fusées purulentes et les accidents de la résorption putride; d'accélérer la cicatrisation, d'amener la réunion par première intention et de donner lieu à des cicatrices linéaires, régulières et d'une extrême solidité.

L'auteur met sous les yeux de l'Académie les instruments dont il fait usage (*Comm.* : MM. Bégin, Jobert, Velpeau.)

La séance est levée à quatre heures et demie.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

D'une forme curable de surdité, par M. WESTROPP.

Quoique l'auteur, par la seule observation qu'il cite, se borne à prouver, dans l'exacte mesure de son titre, que le cas était guérissable, et non qu'il a guéri, sa communication n'en renferme pas moins quelques enseignements pleins d'intérêt.

L'espèce de surdité qu'il décrit se caractérise par un épaississement de la membrane tympanique qui offre un grand nombre de stries blanchâtres, affectant diverses directions, dont quelques-unes se croisent entre elles d'une manière irrégulière. Dans les intervalles de ces cordes fibreuses, la membrane présente à peu près sa coloration normale.

Le traitement conseillé par M. Westropp contre cet état consiste en préparations mercurielles associées soit au quinquina, soit à des purgatifs (ainsi que le fait d'instinct tout praticien anglais dans un cas que, *à priori*, il a jugé rebelle). Quant aux moyens plus particulièrement adaptés à l'affection locale, ce sont des attouchements avec une solution de nitrate d'argent portée avec un peu de coton, au bout d'un stylet, jusque sur la membrane tympanique, puis un vésicatoire derrière l'oreille, qu'on saupoudre ensuite de strychnine.

On recommande aussi au malade de tâcher, lorsqu'il fume, de faire passer de la fumée de tabac dans l'intérieur de la cavité tympanique en fermant le nez avec les doigts, serrant les lèvres, et en faisant alors un effort énergique comme pour forcer la fumée de tabac dont la bouche est remplie à passer par le nez.

M. Westropp prescrit encore les émissions sanguines locales; mais il importe de s'y prendre de manière à les obtenir très près de l'orifice du méat. Une seule sangsue suffit alors ; et voici les précautions auxquelles il faut avoir égard. On doit d'abord remplir de coton le conduit auditif, dans le double but d'empêcher la sangsue de mordre trop profondément, et de prévenir l'introduction du sang, qui produirait quelques accidents en adhérant et séchant sur la membrane tympanique. — On aura également soin d'enlever le cérumen ou la matière de l'écoulement, s'il en existe un. — Pour obtenir un plus prompt résultat, on peut déterminer préalablement l'afflux et même la sortie d'un peu de sang, en grattant avec une épingle la partie où l'on désire que la sangsue prenne. — On ne laissera pas l'annélide mordre trop loin sur la surface de la conque à l'extérieur, parce qu'un érysipèle en est parfois la conséquence. — Chez les jeunes enfants, il est nécessaire d'arrêter l'écoulement du sang, qui dans cette région est ordinairement très abondant. (*Association Medical Journal*, 18 mai 1855, p. 464.)

Observation d'un cas d'hématomyélite, recueillie par M. HERPAIN (Clinique de M. LEBEAU, de Bruxelles).

L'hémorrhagie cérébrale est certainement moins commune qu'on ne le croyait à l'époque où toutes les cavités, cicatrices et érosions de la substance cérébrale étaient rapportées à une telle cause ; c'est que l'évolution anatomique du ramollissement était à peine connue encore. Cependant l'hémorrhagie du cerveau est remarquablement plus fréquente que celle de la moelle, dont on ne rencontre que çà et là quelques exemples avérés. L'observation suivante a donc l'avantage d'être un cas rare, et de pouvoir contribuer utilement à l'histoire d'un état pathologique bien déterminé.

OBS. — Un jeune soldat, âgé de vingt ans, de tempérament lymphatico-sanguin, de bonne santé jusque là, entra à l'hôpital militaire de Bruxelles, se plaignant de malaise général et de céphalalgie depuis sept jours.

Pendant les premiers jours, la maladie offrait tous les caractères de la fièvre typhoïde, sauf les taches lenticulaires et le râle sibilant, qui ne se montrèrent pas. Fièvre (pouls à 112), langue collante, selles liquides, involontaires, toux légère, insomnie, céphalalgie, vertiges, épistaxis, surdité, quelques soubresauts de tendons, tels furent les principaux symptômes notés.

. Le dixième jour de l'entrée à l'hôpital, engourdissement des extrémités inférieures. La gêne des mouvements volontaires augmente les jours suivants. Le quinzième jour, contractures, puis engourdissements des membres supérieurs, rétention d'urine alternant avec l'incontinence, insensibilité et immobilité des membres inférieurs. La respiration fréquente et abdominale depuis plusieurs jours, est encore plus difficile et ne s'exécute que par les contractions du diaphragme.

Les jours suivants, la paralysie devient de plus en plus complète, malgré de rares soubresauts de tendons; la sensibilité devient obtuse aux membres supérieurs, puis l'anesthésie se généralise, le malade se cyanose, et succombe le dix-huitième jour. L'intelligence, malgré la stupeur des premiers jours, parut se conserver à peu près jusqu'à la fin. Le pouls était tombé à 96 quand les symptômes spinaux étaient venus à se dessiner.

Sauf une saignée au début, quelques ventouses sur la région spinale le dixième jour et un vésicatoire à la nuque vers la fin, le traitement fut à peu près négatif. Nous devons ajouter que vers le quinzième jour, le professeur Lebeau diagnostiqua un épanchement sanguin dans l'épaisseur de la moelle, à la hauteur des vertèbres cervicales.

Autopsie.— On ne trouve aucune altération des organes autres que la moelle épinière. Simple engouement hypostatique des poumons, rate hypérémiée, légèrement gonflée et ramollie. La muqueuse digestive paraît en particulier parfaitement saine.

On constata, dans la région cervicale de la moelle, à la hauteur de la cinquième vertèbre, dans l'étendue d'un centimètre, un épanchement qui occupait le centre de l'organe. Il se présentait sous la forme d'un noyau rouge, assez dur, du volume d'un gros pois, occupant le centre de la portion médullaire, qui est ramollie, d'une consistance pultacée et d'une coloration brun-noirâtre. Placée sous l'eau, cette portion de la substance grise laisse flotter des bords inégaux et frangés dirigés vers la partie centrale; plus en dehors, l'altération mal limitée s'approche plus ou moins de la couche corticale sans l'intéresser en aucun point; les vaisseaux de la portion des méninges qui correspond à l'épanchement sont le siége d'une injection peu prononcée qui constitue toute l'altération qu'il soit possible d'apprécier dans ces membranes. (*Archives belges de médecine militaire*, janvier 1855.)

Cette observation pourrait donner matière à une fort importante dissertation. Nous nous contenterons de signaler le point de vue sous lequel elle nous paraît devoir être envisagée.

L'auteur considère simplement ce fait comme un exemple d'hématomyélite ayant simulé à son début une fièvre typhoïde. Cette interprétation nous paraît fort discutable. Nous ne saurions, pour notre compte, attribuer la *maladie* à l'altération circonscrite dans la région cervicale de la moelle.

Que nous montre l'analyse des phénomènes présentés par le malade? Une pyrexie, dans le cours de laquelle est survenue une hémorrhagie de la moelle. On n'a pas trouvé l'intestin affecté : c'est que ce n'était pas une dothiénentérie. Arrêtez la lecture des symptômes au neuvième jour de la maladie, vous croirez assister à une synoque grave, sinon à une fièvre typhoïde. A ce moment entre en scène un élément nouveau, l'hémorrhagie de la moelle. De corrélation nécessaire entre ces deux faits, la pyrexie et l'hémorrhagie spinale, nous ne saurions en apercevoir; en un mot, nous ne trouvons pas là l'unité morbide dont il est tant question depuis quelque temps. Le sujet aurait donc eu deux maladies, dont la seconde n'a été qu'un accident, une complication, et ne saurait, par conséquent, revendiquer une participation absolue aux premières périodes observées. Il n'y a pas eu, comme le croit l'auteur de l'observation, erreur de diagnostic, alors que l'on attribuait à une pyrexie les accidents qui ont précédé les symptômes apparents de la lésion spinale. Maintenant, pourquoi cette hémorrhagie spinale? quelle liaison peut être cherchée entre elle et l'affection fébrile préexistante? quelle part la préparation de cette hémorrhagie interstitielle a-t elle pu prendre aux premières manifestations symptomatiques de la maladie? quelle part la fièvre a-t-elle pu avoir au développement de l'hémorrhagie? Ce sont toutes questions qui peuvent donner beaucoup à réfléchir, mais ne sauraient guère être résolues.

Ce que nous avons voulu faire ressortir surtout, c'est la tendance que l'on a, dès que l'on trouve une lésion anatomique importante, à lui rapporter tous les accidents observés pendant la vie, au risque de lui attribuer des phénomènes qui lui sont parfaitement étrangers, et de lui créer une symptomatologie tout imaginaire.

Mémoire sur une altération particulière de la glande mammaire, par MM. Lorain et C. Robin.

Cette altération de la mamelle, désignée, dans la plupart des ouvrages classiques, sous les noms de *squirrhe*, *squirrhe ligneux*, *lardacé*, *napiforme*, *bunoïde*, *cancer fibreux*, *rameux*, ne mérite pas la dénomination de *tumeur*, puisqu'elle existe souvent dans un organe diminué de volume, ou celui de cancer squirrheux, puisque ce n'est pas un cancer. Ce tissu est décrit dans les termes suivants, dans un ouvrage devenu classique : « Le squirrhe de la mamelle offre à la coupe un tissu très résistant, d'un blanc bleuâtre ou gris, avec une certaine translucidité ; selon les uns, gris blanchâtre ou blanc jaunâtre ; ou bien se rapprochant de l'aspect de la couenne de lard, tant par sa couleur que par sa consistance, suivant les autres. Dans ce tissu, on trouve des parties disposées sous forme de bandes blanchâtres, d'apparence fibreuse, ramifiées; fréquemment, ces bandes blanches, ayant un peu l'apparence fibreuse, s'étendent en divergeant, et comme par irradiation, de quelques points du centre vers la circonférence. Nos deux honorables confrères sont arrivés, par leurs recherches cliniques et histologiques, à prouver que cette lésion consiste : 1° en une atrophie au moins partielle des éléments accessoires du tissu mammaire; 2° en un rapprochement avec adhérence des acini (extrémités en cul-de-sac des conduits sécréteurs) entre eux et avec les faisceaux fibreux qui restent; 3° en une résorption et disparition d'un certain nombre d'acini, tandis que les autres restent intacts, ou le plus souvent augmentent de volume, avec passage de leurs épithéliums nucléaires à l'état pavimenteux, et avec hypergénèse de ceux-ci; 4° en lésions diverses des conduits galactophores. Telle est, en résumé la nature de cette lésion. On remarquera que celle-ci consiste principalement, comme dans beaucoup d'autres maladies des glandes, en une hypertrophie partielle d'un des éléments, tandis que l'autre diminue de volume ou s'atrophie. L'épithélium nucléaire qui tapisse les conduits se change en épithélium pavimenteux ; il ne forme plus alors, comme dans l'état normal, une gaîne tapissant un cylindre creux, mais il constitue un cylindre solide et plein. Les noyaux de l'épithélium sont également un peu augmentés de volume. Les éléments sécrétoires de la glande, au lieu d'être séparés, comme à l'état physiologique, par un nombre considérable de vaisseaux, de vésicules adipeuses, de fibres du tissu cellulaire, etc., se trouvent ramenés au contact, probablement par suite de l'atrophie d'un certain nombre d'éléments glandulaires. Le réticulum, que nous avons indiqué plus haut comme formant le stroma de la tumeur, est constitué principalement par du tissu élastique à fibres minces, fréquemment anastomosées. Ce tissu élastique appartient en grande partie aux canaux galactophores atrophiés. Cette disposition explique la rétraction particulière du mamelon.

L'analyse des faits cliniques démontre aussi une différence entre cette espèce morbide et le cancer réel. La première n'infecte pas l'économie comme le cancer véritable. Quant à la douleur, nous savons depuis longtemps déjà qu'elle ne peut nullement servir au diagnostic des tumeurs.

La lésion sur laquelle MM. Lorain et C. Robin viennent d'appeler l'attention, se rapproche beaucoup de l'hypertrophie partielle de la mamelle ; cependant elle en diffère dans quelques détails. Ce travail est donc un nouveau progrès dans l'étude encore si obscure des affections de la glande mammaire. (*Archiv. gén. de méd.*, avril et juin 1855.)

Cas de superfétation abdominale terminée par la communication du kyste avec l'intestin et la guérison; par le docteur Giambattista Albertoni.

Obs. — Un petit garçon, âgé de trois ans, bien conformé et robuste, commença à éprouver, dans le courant d'août 1853, des dérangements dans les voies digestives, qui augmentèrent peu à peu et prirent les caractères de la lienterie. Le ventre, qui semblait à peine tuméfié, présentait, à gauche, entre l'épigastre et l'hypochondre au-dessus du colon, une masse dure, arrondie, grosse comme le poing, immobile, située à quelque distance de la paroi abdominale et indolente à la pression. Avec les progrès de l'affection intestinale, s'était développée une fièvre lente et continue offrant des exacerbations le soir, et l'amaigrissement avait fait des pro-

grès de plus en plus marqués. Après une cinquantaine de jours pendant lesquels les secours administrés restaient sans effet, la mère de l'enfant s'aperçut qu'il rendait avec les fèces de petits corps durs. Ces corps recueillis et examinés avec soin furent reconnus être de véritables petits os, cylindriques, courts, entiers, avec corps allongé et têtes articulaires ; une pièce représentait même deux phalanges unies par leur capsule. Sous l'influence de cette évacuation, la tumeur perdit de son volume, de sa consistance, et devint très douloureuse à la pression ; elle continua à diminuer à mesure que de nouveaux os de même forme que les premiers étaient rendus, non sans être accompagnés de matières noirâtres d'une horrible fétidité gangréneuse. Les symptômes mentionnés ci-dessus persistèrent avec plus ou moins d'intensité jusqu'à la guérison, et pendant ce temps il s'échappait toujours quelques petits os, un, deux ou trois, tous les quinze jours environ ; le nombre total s'éleva à la fin à vingt. Le malade gagna ainsi la fin de mars 1854, époque où ses souffrances s'accrurent au point de faire craindre une mort très prochaine. Mais bientôt il reprit le dessus, commença à avaler quelques cuillerées de bouillon, à rendre des matières moins noires et moins abondantes ; la fièvre cessa à son tour et, l'état général allant en s'améliorant, au bout de deux mois, la guérison était complète et il ne restait pas trace de la tumeur.

— C'est sans doute avec raison que M. Albertoni regarde le fait qu'il a observé comme un cas certain de superfétation abdominale, consécutivement mise en communication avec le colon descendant ; cas non moins curieux et non moins digne d'être recueilli que celui que le docteur Sulikowski a communiqué à l'Académie de médecine de Paris, et qui montre une ouverture spontanée de la paroi du ventre, chez une fille de quatorze ans, donnant issue à un fœtus mal conformé, et adhérent à l'épiploon. (*Gazetta medica italiana* (*Lombardia*), n° 19, 7 mai 1855.)

De l'utilité de l'acide gallique dans le traitement de plusieurs maladies et principalement dans les hémorrhagies, par le docteur RICHARD NEALE.

On trouvera dans le tome 1er de la *Gazette hebdomadaire* (pages 34, 641 et 965), le résumé des principaux travaux publiés en Angleterre sur l'emploi de l'acide gallique. M. Neale administre le médicament, 1° à l'intérieur comme astringent, 2° sous forme de gargarisme ; 3° enfin, en lotions dans le cas d'hémorrhagie externe : les doses à l'intérieur sont de 10, 15, 25 à 50 centigrammes par jour, dans un véhicule gommeux ou mucilagineux. Les affections dans lesquelles on eut recours au médicament étaient des hémorrhagies gastriques, pulmonaires, utérines, cérébrales, la néphrite albumineuse aiguë, les hémorrhoïdes, l'amygdalite aiguë, etc. Les observations destinées à démontrer l'efficacité du médicament sont assez brièvement relatées, et le nombre ne supplée pas, sous beaucoup de rapports, à leur trop grande concision. Néanmoins, l'acide gallique pourra se montrer utile dans les hémorrhagies internes qui résistent aux autres agens thérapeutiques ; c'est dans cet espoir que nous en suivons l'emploi thérapeutique avec intérêt. (*Médical Times and Gazette*, mai 1835.)

Cas de tétanos déterminé par la vaccination et guéri par des doses considérables d'opium, par M. le docteur J.-B. COTTMAN.

Les accidents traumatiques ou d'infection générale consécutifs à la piqûre vaccinale et à l'insertion du virus vaccin sont si rares, qu'on peut à peine en rencontrer quelques cas, bien que les vaccinations se comptent par millions. Toutefois, si les accidents d'infection générale sont à peu près inconnus dans l'espèce, il n'en est pas tout à fait de même des accidents traumatiques. Pour notre propre compte, nous avons été appelé à soigner un érysipèle fort grave qui a mis, pendant une dizaine de jours, dans un danger imminent, un enfant de six à huit mois, fort et bien portant. Cet érysipèle avait pour point de départ, non les piqûres, mais le développement même des pustules de l'un des bras, et s'est étendu de là à toutes les parties du corps, moins la tête. Nous connaissons aussi le cas d'un autre enfant de deux mois, né débile, et, bientôt après, affecté de diarrhée et d'amaigrissement, vacciné peut-être intempestivement, et dont l'un des boutons s'est transformé en une eschare large et profonde qui n'a pas peu contribué à amener une terminaison fatale. Dans le cas présent, on pourrait désirer, dans la relation du fait, plus de détails constatant l'absence de toute autre cause de tétanos ; car, même dans les pays où cette maladie se développe avec le plus de facilité, on n'a pas, que je sache, constaté jusqu'à présent que les piqûres vaccinales ou le développement de la pustule inoculée prédisposassent au tétanos.

OBS. — Une négresse attachée à une plantation tombe malade et est envoyée tout de suite à l'hôpital. A son entrée elle se plaignait de difficulté dans la déglutition et de sensation de stricture au sommet du sternum avec rigidité des muscles de la face et des extenseurs des extrémités : bain tiède, frictions à titre de vomitif, une préparation de lobelia, qui ne procura que de légers vomissements. Le lendemain, ventouses sèches le long de l'épine dorsale ; tous ces moyens ne produisirent que peu d'effet, car le jour suivant il y avait des spasmes, de l'opisthotonos, une rigidité complète des extenseurs, et les mâchoires ne pouvaient être écartées même en employant une très grande force. Un lavement composé d'une petite quantité d'huile et de lait, de deux onces de teinture de lobelia, de deux onces de teinture d'opium, eut pour effet de relâcher les intestins, de détendre le système général et de la jeter dans une prostration profonde sans lui faire perdre connaissance ; car la malade continuait de répondre d'une manière raisonnable aux questions qui lui étaient adressées ; ventouses nombreuses le long de l'épine, quatre grains d'opium pour la nuit, continuation des lavements en moindre quantité et purgatif actif au jalap pour le lendemain. Deux jours après, son état était quelque peu amélioré, mais les muscles des extrémités et des mâchoires étaient encore rétractés ; impossibilité de tirer la langue, sens à l'état normal ; aucune douleur, si ce n'est au bras vacciné qui avait été fortement cautérisé avec le nitrate d'argent le jour de l'entrée à l'hôpital, et qui présentait une eschare de la grandeur d'un dollar d'argent sur laquelle on avait maintenu des cataplasmes détersifs. Quatorze jours après le début de l'attaque, la contracture des muscles avait presque entièrement cessé, le sujet pouvait ouvrir la bouche, manger de bon appétit et bientôt marcher ; la plaie du bras suppure abondamment et a un bon aspect ; les pilules et les lavements opiacés sont continués, mais à doses moindres et la guérison tarde peu à être complète. La malade a pris, pendant le cours de l'attaque, environ deux onces d'opium solide et deux livres quatre onces de laudanum en lavement. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, mai 1855, t. XI, p. 783.)

Gastrotomie faite pour enlever un lingot de plomb ; guérison ; par M. le docteur T.-B. NÉAL.

Les faits de gastrotomie, publiés récemment par M. Sédillot, donnent un intérêt d'actualité à toutes les observations du même genre. (Voir à ce sujet la *Gazette hebdomadaire*, t. 1er, p. 560.) En rapportant celle qui suit, nous ferons remarquer le peu de gravité des suites de l'opération.

OBS. — L. Bales, âgé de vingt-sept ans, s'étant enivré avec de l'eau-de-vie, fit le pari d'avaler un barreau de plomb de dix pouces de longueur sur trois-quarts de pouce de largeur, et du poids d'une livre. Le métal traversa l'œsophage et pénétra dans l'estomac. B. travailla les trois jours qui succédèrent à cet acte ; mais dans la nuit du troisième jour il fut pris de violentes douleurs d'estomac, accompagnées de tiraillements le long de la colonne vertébrale, depuis la région lombaire jusqu'au sacrum et dans la hanche. Le quatrième jour les douleurs étaient moindres ; langue blanche, haleine fétide, constipation. On explora l'œsophage, qu'on trouva parfaitement libre. On administra de la morphine à petites doses, et une grande quantité de sulfate de magnésie, pour exciter les intestins. Cette médication produisit peu d'effets sur le tube digestif, cependant le malade en fut notablement soulagé, au point qu'il pouvait se promener un peu ; mais le dixième jour après l'accident, les douleurs reparurent plus violentes, s'accompagnant de vomissements et d'autres symptômes de gastrite.

On résolut alors de faire l'opération de la gastrotomie. Le docteur Bell de Wapello, fit aux parois abdominales une incision de quatre pouces de longueur, étendue de l'ombilic aux fausses côtes, à deux pouces sur le côté à gauche de la ligne médiane. Le péritoine divisé, le docteur Bell introduisit la main dans la plaie et trouva le barreau presque perpendiculaire, incliné seulement vers la gauche par son extrémité supérieure. Il le poussa en haut pour faire correspondre son bout inférieur avec la plaie de l'abdomen ; puis il fit sur ce bout une incision aux parois de l'estomac, assez large pour permettre le passage d'une pince destinée à saisir le lingot. La contraction de la tunique musculaire de l'estomac suffit pour refermer exactement cette ouverture. La plaie cutanée fut réunie par la suture et une compresse appliquée par-dessus.

Lorsque le malade fut revenu du sommeil anesthésique dans lequel on l'avait plongé pendant l'opération, il se sentit soulagé notablement.

Les trois jours suivants il fut soumis à une médication opiacée et tenu à une diète sévère, ne prenant qu'une petite quantité de boissons mucilagineuses. Il guérit absolument comme un malade affecté d'une gastrite sans complication. (*Medical Examiner*, avril 1853.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Influence de la constitution géologique du sol sur la production du crétinisme (Lettres de Mgr. ALEXIS BILLIET, archevêque de Chambéry, et réponses de M. le docteur MOREL, médecin en chef de l'asile de Maréville). Brochure in-8. Paris, VICTOR MASSON, place de l'École-de-Médecine.

Un spectacle consolant est de voir le zèle avec lequel, même en dehors de notre science, on sympathise avec la cause des infirmités humaines. Honneur cent fois à l'éminent prélat qui n'a pas cru déroger des hautes fonctions de son ministère, en apportant, en faveur d'une classe malheureuse et deshéritée de nos semblables, le tribut exemplaire de son observation et de ses remarques!

A quoi attribuer le développement du crétinisme? L'endémicité tient-elle à l'insalubrité des localités où il se manifeste, ou à la nature et à la composition des couches telluriques? On sait quel rôle certains savants, entre autres MM. Grange et Chatin, ont, dans ces derniers temps, fait jouer à la présence des sels magnésiens ou à l'absence de l'iode dans les eaux potables.

Sans se prononcer sur la valeur de ces dernières théories, Mgr. Billiet en admet implicitement une analogue. Les influences extérieures au sol, l'inaération, l'humidité, les habitations vicieuses, la mauvaise nourriture ne sont, en effet, à ses yeux, que des conditions secondaires, importantes à modifier sans doute, mais qui ne doivent pas faire perdre de vue les causes plus radicales et plus efficaces qui résident dans l'intérieur des terrains eux-mêmes. En Savoie, particulièrement, la tendance dégénérative agit dans les pays où dominent le gypse et l'argile. La migration des individus atteints ou menacés de goître et de crétinisme, la propagation des citernes, le mélange aux boissons ou au sel d'une certaine proportion d'iodure, telles seraient, d'après les présomptions de Mgr. Billiet, les principales indications à remplir.

Pour M. Morel, la thèse est sensiblement autre. Bien que d'accord avec l'illustre archevêque sur la nécessité spécifique d'un principe intoxicant dépendant du sol et sur lequel il ne s'explique pas, il accorde néanmoins aux causes, que lui aussi consent à appeler secondaires, une telle prépondérance, que, privé de leur concours, le germe crétinique n'aurait point d'évolution. Citant une foule d'exemples, il démontre que, partout où les circonstances hygiéniques se sont améliorées, où, dans des rues élargies, dans des maisons ouvertes, pénètre un air plus pur, une lumière plus abondante, où l'aisance a permis une nourriture plus saine, le crétinisme et le goître tendent à diminuer et à disparaître. Aussi, comme plusieurs observateurs l'ont fait déjà, entre autres MM. Ferrus et Guggenbühl, réclame-t-il avec instance l'intervention administrative, à cette fin d'opérer en grand les assainissements, d'obvier à l'hérédité par l'interdiction conjugale, et de fonder des établissements spéciaux, à l'instar de celui de l'Abendberg.

La vraie question du crétinisme est là évidemment où l'ont placée les auteurs des Lettres. On aurait beaucoup avancé le traitement de cette altération, si l'on en connaissait parfaitement les éléments générateurs. Malheureusement, ce point est encore environné de nombreuses incertitudes; raison de plus pour persévérer dans les recherches. On a blâmé M. Morel de ses efforts réitérés en ce sens. Pour notre compte, nous trouvons plus juste d'applaudir à sa courageuse initiative, à sa ténacité convaincue, et nous nous sentons disposé à faire bon accueil au nouveau travail sur les dégénérescences de l'espèce humaine, dont, tout récemment, dans une société savante, l'éminent aliéniste nous a promis l'apparition prochaine. DELASIAUVE.

Des effets de l'ascension sur les hautes montagnes sur l'économie animale, par le docteur CONRAD MEYER AHRENS. Leipzig, 1854, in-8. F.-A. BROCKHAUS.

L'œuvre du docteur Meyer Ahrens est un résumé consciencieux et très intéressant des symptômes relatés par les voyageurs qui se sont élevés à de grandes hauteurs, soit dans les ascensions aérostatiques, soit en gravissant des pics élevés. Dans un paragraphe annexé à l'ouvrage principal, nous trouvons le résumé des accidents accusés par les personnes qui sont descendues à de grandes profondeurs dans les mines ou dans les cloches à plongeurs. Quand on s'élève à de grandes hauteurs, on éprouve en général des phénomènes qu'on peut rattacher à plusieurs causes. La diminution de la pression atmosphérique rend compte des phénomènes vertigineux, de l'oppression épigastrique, de la dyspnée, de la fatigue extrême qui force le voyageur à reprendre haleine tous les cinq ou six pas, de la rapidité de la circulation; d'autres accidents, comme les ophthalmies, la vésication de la peau de la face et des autres régions découvertes, reconnaissent pour cause l'action d'une lumière éclatante dont les rayons sont réfléchis par des glaciers et des neiges. On trouvera dans ce recueil, à côté de recherches bibliographiques très étendues, une saine critique des travaux antérieurs sur ce sujet, qualités qui, même en l'absence d'observations et de faits nouveaux, assurent à ce livre une place honorable dans notre littérature médicale.

LEUDET.

VII.

VARIÉTÉS.

Par décrets du 30 août, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur:

Officiers, MM. Laffon de Ladébat, membre du comité supérieur d'hygiène publique; Fauvel, médecin sanitaire à Constantinople.

Chevaliers, MM. Cron, médecin à Sens (Yonne); Latour, chimiste à Trye (Hautes-Pyrénées); Carré, pharmacien à Bergerac; Bertrand fils, inspecteur-adjoint des eaux du Mont-Dore.

CHOLÉRA.—A Marseille, le choléra, dont nous avions signalé, il y a plus d'un mois (nº 30, p. 568), quelques cas isolés, a pris depuis une quinzaine de jours un peu plus d'intensité. Depuis le 15 août, époque où la maladie a porté ses atteintes au-delà du port, la moyenne des décès cholériques, tant en ville que dans les hôpitaux, est de quinze à vingt par jour. Cette proportion paraîtra peu inquiétante, si l'on tient compte du chiffre de la population et si l'on se rappelle que, dans toutes les épidémies cholériques qui ont eu lieu à Marseille, le chiffre des morts a suivi, dès les premiers jours, une progression ascendante tout autrement significative. Il faut noter, en outre, que cette ville renferme depuis quelque temps un grand nombre d'étrangers, d'Espagnols surtout, fuyant leur pays infecté. Dès leur arrivée, la plupart sont atteints de forte diarrhée avec vomissements, que les moyens les plus simples suffisent à arrêter.

Comme nous le disions, jusqu'au milieu d'août, les cholériques de la population civile provenaient à peu près tous du port, et plus particulièrement des navires. Mais, depuis lors, on en a compté, d'abord dans les vieux quartiers de la ville, puis dans tous les autres quartiers, y compris les plus riches et les plus aérés. La banlieue n'en a pas non plus été exempte, notamment le quartier d'Arene.

Il est des cas où la diarrhée a précédé les symptômes caractéristiques du choléra confirmé; mais il en est d'autres aussi, et malheureusement en trop grand nombre, où il y a absence complète de tout symptôme prodromique. On voit une ou deux selles liquides, à un quart d'heure de distance, être immédiatement suivies de vomissements incessants, accompagnés de crampes, petitesse du pouls, refroidissement général, etc. On dirait que cette année, et dans les cas graves, les malades succombent plus promptement qu'en 1854.

On nous permettra une remarque. Dans les occasions de ce genre, n'y aurait-il rien à faire pour prévenir, au sein d'une population nombreuse, la formation de foyers qui peuvent, d'un moment à l'autre, prendre une funeste activité. Par exemple, nous savons de bonne source qu'un seul navire portugais, ancré dans le port de Marseille, a fourni à l'hôpital 8 cholériques dans l'espace de quinze jours; qu'un navire napolitain en a donné 4, et un piémontais 5. N'y aurait-il pas eu avantage, dès l'apparition des premiers cas, à diriger le navire suspect sur l'île de Frioul, où l'autorité militaire a construit un bel hôpital, et à attendre l'événement, tout en soumettant le navire à une bonne aération, avec lavage et renouvellement des effets, etc.? L'origine, au moins très vraisemblable, du choléra *actuel* de Marseille, justifie suffisamment notre sollicitude.

— Il résulte du rapport adressé par M. l'intendant général de l'armée d'Orient à M. le ministre de la guerre, que le nombre des blessés entrés

dans les ambulances à la suite du combat de la Tchernaïa a été de : Français, 810, dont 46 officiers ; Russes, 1,664, dont 38 officiers.

ARMÉE D'ORIENT. — On nous écrit de Constantinople le 27 août :

« Le scorbut a remplacé dans nos hôpitaux le choléra et les affections typhoïdes ; ces deux dernières maladies ont presque complétement cessé depuis plusieurs mois déjà ; le scorbut de terre qui a envahi les camps est une conséquence naturelle des souffrances inévitables du soldat, de son éloignement si longtemps prolongé du sol de la patrie, de l'encombrement malheureusement forcé dans les circonstances où nous sommes, de la corruption de l'air imprégné de poisons miasmotiques, etc. Le scorbut de terre se manifeste par tous les symptômes d'un appauvrissement du sang, teint terreux de la peau, larges ecchymoses sous-cutanées ou pétéchies abondantes, teint pâle des muqueuses, hémorrhagies fréquentes, faiblesse extrême, relâchement général ; les symptômes du côté de la bouche sont moins caractérisés que dans le scorbut de mer. La médication anti-septique par les acides végétaux et minéraux, les légumes frais, le vin généreux, et par dessus tout, le changement d'air constituent le traitement le plus rationnel et le plus généralement suivi. La mortalité par le scorbut est très considérable, et l'on concevra aisément combien cette épidémie influence malheureusement les plaies, soit d'armes de guerre, soit de toute autre origine. Une telle maladie effraie moins que le choléra et le typhus ; car sa marche est lente, et ses symptômes peu alarmants aux yeux du public ; d'ailleurs, prise au début, elle cède à un traitement habilement dirigé.

» Le bruit de l'apparition de la peste nous avait considérablement émus ces jours derniers ; mais nos craintes n'ont pas duré longtemps. Des rapports venus d'Avlona, ville d'Albanie sur le littoral de l'Adriatique, faisaient mention de quelques cas de peste qui se seraient développé, dans la ville ; des mesures vigoureuses furent prises immédiatement pour cerner le lieu infecté et empêcher ainsi la contagion du fléau. Une commission médicale envoyée sur les lieux constata que cette prétendue peste n'était autre chose que la pustule maligne qui s'était communiquée des animaux à l'homme ; la rapidité de la mort, après l'apparition des bubons, fit confondre la pustule maligne avec la peste. Déjà quelques années auparavant la pustule maligne s'étoit montrée à Damas et à Gênes, où elle ne tarda pas à être reconnue, et fut limitée dans sa propagation. De toutes les épidémies, la plus redoutée est la peste ; et ce fléau ferait aujourd'hui des ravages affreux, car les besoins de notre société sont si pressants aujourd'hui qu'il y aurait impossibilité complète d'éviter le contact, et, par conséquent, la contagion. La contagion, niée par les sociétés savantes dans leurs discussions scientifiques, n'a jamais été mise en doute par les habitants des pays contaminés, et nous sommes intimement persuadé que tous les hommes sensés pensent comme nous, et qu'ils éviteraient le contact s'ils se trouvaient dans la possibilité de le faire.

Dans la seconde quinzaine d'août, nous avons eu quelques morts instantanées produites par opoplexie et anévrysme. C'est toujours à cette époque que l'on voit le plus de morts subites à Constantinople, ce qui est dû aux brusques variations atmosphériques. Les fièvres intermittentes sont rares cette année, comme aussi la dysentérie et la diarrhée, malgré la grande quantité de raisins verts et malades qui encombrent les marchés, et que le peuple dévore ; la maladie de la vigne a envahi toutes les campagnes et toutes les collines environnantes ; elle s'étend toujours, gagne du terrain, et finira par ne plus laisser un cep sain. Les sauterelles ont fait une descente dans les jardins qui s'étendent de la vallée de Bujucdéré jusqu'au bord de la mer Noire, en traversant les jolis villages de Baktcékeny et Belgrade ; elles ont tout détruit sur leur passage. Un nouveau tremblement de terre s'est fait sentir ces jours passés, mais il n'a causé aucun dommage. Un orage effroyable a éclaté vers la mi-août à Constantinople ; jamais on n'avait vu pareille pluie ; la foudre est tombée en cinq ou six endroits. Cet orage, qui a duré depuis dix heures du matin jusqu'à neuf heures du soir, a fait cesser une épidémie peu dangereuse, mais très incommode, de coliques intestinales et de gastralgies aiguës dont la majorité de la population était atteinte. Nous avons traversé la saison des grandes chaleurs ; la température est plus douce, et l'air est rafraîchi par de très fortes brises de nord-est qui règnent depuis quelques jours. En résumé, je puis dire que la santé publique est parfaite ; que depuis nombre d'années nous n'avons pas eu une saison d'été aussi salubre, et que nous formons des vœux pour que le ciel nous accorde la prolongation de cet état.

» Les hôpitaux français sont encombrés de blessés russes. Le dernier combat de la Tchernaïa a été funeste aux ennemis ; ils ont été décimés par la mitraille ; aussi leurs blessures sont-elles généralement graves. »

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES. — Juillet. Rêve et folie, par *Moreau* (de Tours). — Cause organique de l'aliénation mentale accompagnée de paralysie générale, par *Bayle*. — Consultation médico-légale sur un cas de monomanie, par *Baillarger*.

ARCHIVES D'OPHTHALMOLOGIE. — Mai et juin. Opération de la cataracte par kératotomie supérieure, par *Doumic*. — Cliniques et revues.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 juillet. Clinique de l'opium, par *Forget*. — Torticolis par contracture des splénius et sterno-mastoïdien gauches guéri par l'excitation électrique localisée des muscles antagonistes, par *Debout*. — 15 août. Lactate de zinc dans l'épilepsie, par *Herpin*. — Vices de conformation congénitaux. Transmission de la syphilis secondaire d'un nouveau-né à la nourrice, par *Letorsay*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Août. Sur la composition des eaux, par *Péligot*. — Sur la fonction glycogénique du foie, par *Dumas*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 juillet. Vapeurs thérébenthinées dans le traitement des maladies, par *A. Rey*. — Inoculation lacto-variolique, par *Brachet*. — 15 août. De l'âme humaine, par *Bordes-Pagès*. — Remarques théoriques et pratiques sur la fièvre typhoïde, par *Renouard*.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Juillet. Affections scrofuleuses dans l'espèce bovine, par *Ayrault*. — Tétanos essentiel ; inhalations de chloroforme ; guérison, par *Anginiard* fils. — Alimentation et respiration des animaux, par *Allibert*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Juillet. Angine couenneuse comme complication de la fièvre typhoïde, par *Gulmont*. — Accidents qui sont la conséquence de la réduction des luxations anciennes ; œdème du membre persistant après la réduction, par *Fano*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Juillet. Les courants électriques peuvent-ils transporter les médicaments ? par *Guitard*. — Quelques mots sur l'ozone, par *Laforgues*. — Sur l'igname de la Chine, par *Joly*. — Lettres sur la pharmacie, par *Laforgues*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 15 août. Classification des maladies de la peau, par *Rollet*. — Quelques faits cliniques observés à Aix-en-Savoie, par *Guilland*. — Utilité des préparations de cannelle, par *Chomier*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 30 juillet. Emploi du seigle ergoté dans les accouchements, par *L. Lafon*. — Constitution médicale de l'automne de 1854 à Gondrin, par *Artaud*. — Fracture comminutive de la jambe ; irrigations froides ; gangrène ; guérison, par *Barthès*. — N° 3. Influence que certains états morbides peuvent exercer sur la phthisie, par *Guyton*. — Emploi extérieur des cantharides, par *Chrestien*. — Traitement du bubon ramolli, par *G. Bouisson*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Juin. Moyen de prévenir les cicatrices de la variole, par *François*. — Campagne de 1854-55 du brick *le Duc-de-Brabant*, par *Durand*. — Action que l'iode exerce sur le camphre, par *Bihot*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Juin. Documents relatifs à l'inoculation de la pleuro-pneumonie des bêtes bovines. — Réduction par le rectum d'une hernie inguinale étranglée, par *André* et *Lecoulurier*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 32. Épanchement pleurétique ; thoracentèse ; amélioration, par *Boëns*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — N°s 32. Nouvelle théorie de la phthisie, par *Maschi*. — Traitement de quelques phlegmasies sans évacuations sanguines, par *Rotta*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — N°s 31. Sur le choléra, par *L. Fallani*. — Sur un pigmentum de la rate, du foie et du sang, par *Tigri*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — N°s 31. Fongus médullaire ramolli, etc. (suite), par *Gatto*.

Livres nouveaux.

DE L'EMPLOI MÉDICAL des eaux minérales de Château-Gontier (Mayenne), par le docteur *Mahier*. 1re partie. In-18 de XII—146 pages. Paris, Labé. 1 fr. 50

ÉLECTRO-DYNAMISME VITAL, ou les relations physiologiques de l'esprit et de la matière, démontrées par des expériences entièrement nouvelles et par l'histoire raisonnée du système nerveux, par *A.-J.-P. Philips*. 1 vol. in-8 de 783 pages. Paris, J.-B. Baillière. 7 fr.

ÉLÉMENTS D'HISTOLOGIE HUMAINE, par le professeur *A. Koelliker*, traduction de MM. J. Béclard et M. Sée, revue par l'auteur ; ouvrage accompagné de 334 figures intercalées dans le texte. Fascicule deuxième, comprenant le système musculaire, le système osseux et le système nerveux. Gr. in-8 de 193 à 390 pages. Le troisième fascicule est sous presse. Paris, Victor Masson. Prix des deux fascicules : 5 fr. 50

HISTOIRE CHIMIQUE DES EAUX MINÉRALES ET THERMALES de Vichy, Cusset, Vaisse, Hanterive et Saint-Yorre ; analyses chimiques des eaux minérales de Médague, Chateldon, Brugheas et Seuillet, par *P.-J. Bouquet*. 1 vol. in-8 de 282 pages avec 2 cartes géologiques et 1 planche d'appareils. Paris, Victor Masson. 7 fr. 50

TRAITÉ THÉRAPEUTIQUE DU QUINQUINA ET DE SES PRÉPARATIONS, par *P. Briquet* ; ouvrage auquel l'Académie des sciences a accordé un prix de 2,000 fr. 2e édition considérablement augmentée. 1 vol. in-8 de XII—661 pages. Paris, chez Victor Masson. 8 fr.

THE PRINCIPLES OF PSYCHOLOGY (Principes de psychologie), par *Herbert Spencer*. In-8. Londres, chez Longman. 22 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 14 SEPTEMBRE 1855. — N° 37.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 29 au 31 août 1855.

274. ICHARD, Jean-Flavien-Benjamin-Léon, né le 12 septembre 1830 à Senouillac (Tarn). [*Des tumeurs sanguines de l'orbite.*]

275. FROC, Gabriel, né le 29 octobre 1823 à Pithiviers (Loiret). [*De la pustule maligne.*]

276. SIFFLET, Jean-Baptiste-Gabriel-Ernest, né le 25 octobre 1828 à Bourges (Cher). [*Des fractures de la clavicule.*]

277. DROUET, Arsène-Armand-Aimé, né le 7 juin 1829 à Croton (Eure). [*Des plaies et hémorrhagies traumatiques de la main.*]

278. DUBREUILH, Léonidas-Joseph, né le 19 janvier 1829 à Blaye (Gironde). [*Des tumeurs érectiles au point de vue de leur traitement.*]

279. DUCLUZAUX, Jacques-Joachim, né le 18 novembre 1824 à Grignols (Dordogne). [*Essai sur la menstruation.*]

280. LAIR, Prosper-Alexis, né le 8 juillet 1822 à Beny-Bocage (Calvados. [*De l'influence du froid sur l'économie.*]

281. LONGEAU-LAUBANIE, Pierre-Étienne-Édouard, né le 4 avril 1831 à Pradour-sur-Vayres (Haute-Vienne). [*De la thoracentèse dans le traitement des épanchements pleurétiques aigus.*]

282. PIBERET, Antoine-Pierre, né le 1er février 1828 à Beaumont (Drôme). [*Des accidents qui peuvent survenir du côté du système nerveux dans le cours de la maladie de Bright et de l'albuminurie consécutive à la scarlatine.*]

283. PÉTEL, Paul-Louis, né le 24 octobre 1830 au Ferré (Ille-et-Vilaine). [*De la rupture artificielle de la poche des eaux, considérée surtout comme moyen de hâter l'accouchement.*]

284. PRIEUR, Emmanuel, né à Moulins (Allier). [*De l'emploi de l'ergot de seigle dans les accouchements.*]

285. LABORIE, Pierre-Victor-Célestin, né le 20 mai 1830 à Maurs (Cantal). [*Des abcès du sein.*]

286. HENRY, César, né à Montereau (Seine-et-Marne). [*Du sommeil et de la vie latente.*]

287. GUÉRIN, Louis-Eugène, né le 7 décembre 1830 au Vans (Ardèche). [*Symptomatologie d'une épidémie de scorbut observée au Val-de-Grâce.*]

288. LEPLÉ, Amédée, né à Darnetal (Seine-Inférieure). [*Propositions sur les connaissances médicales.*]

FEUILLETON.

Exposition universelle.

PRODUITS CHIMIQUES. — PHARMACIE. — HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE.

Suite. — Voir les nos 33 et 35, t. II.

Les collections de matières médicales exposées au Palais de l'Industrie présentent, comme les collections de minéralogie, les unes un intérêt purement scientifique, les autres un intérêt à la fois scientifique et commercial. Les plantes desséchées et les modèles de fleurs, fruits, racines, envoyés principalement de l'Angleterre et de ses colonies, appartiennent au premier groupe; le second est plus spécialement formé par des échantillons très variés de produits d'animaux et de végétaux acclimatés par la culture ou croissant spontanément dans les diverses contrées du globe ; telles sont les collections de produits médicamenteux de l'Angleterre et de ses possessions, et surtout celles de la France et des possessions françaises : l'Algérie, la Guyane, les Antilles, etc. Les herbiers anglais, pour la plupart, sont remarquables plutôt par la nature des espèces que par les soins apportés à leur dessiccation ; cependant, à côté d'échantillons nombreux de céréales assez bien desséchées, figurent un certain nombre de tableaux où sont renfermées quelques espèces des principaux genres de graminées aussi bien conservées que soigneusement et savamment préparées, tels, particulièrement, les genres : *Hordeum*, *Avena*, *Triticum* et *Secale*. Comme collections scientifiques, nous avons aussi admiré, en Prusse, les magnifiques graines de M. Grashoff, et, en France, celles de M. Vilmorin, exposées à côté d'une collection de céréales et de produits agricoles de toute beauté, offerte par cet exposant au conservatoire des Arts-et-Métiers. Mais, de toutes ces collections, la plus belle, la plus extraordinaire est celle d'un pharmacien anglais, M. Kent, qui nous montre des végétaux (racines, feuilles et fleurs), aconit, iris, digitale, bistorte, ciguë, roses, dahlias, coquelicots, jusquiame, houblon, fougères, etc., très nettement conservés avec leurs couleurs, leurs formes et leurs caractères botaniques : échantillons obtenus vraisemblablement, comme nous l'a fait remarquer M. le professeur Guibourt, à l'aide d'un procédé ancien particulièrement employé à la dessiccation des champignons, et qui consiste à exposer les plantes à l'étuve après les avoir enterrées dans du sable finement pulvérisé et chaud. Ces plantes sèches, qui ont été exposées par M. Kent comme une collection d'herboristerie, peuvent être très

289. MERCADIER, François-Casimir, né le 1er décembre 1829 à Recoul-Prévinquières (Aveyron). [*Essai sur la fréquence, les formes, les causes de la phthisie dans l'armée.*]

290. RÉVIAL, Sébastien-Jules, né à Autun (Saône-et-Loire). [*Des convulsions des enfants.*]

291. BENOIST, Émile-Auguste, né le 29 juillet 1827 à Clessé (Deux-Sèvres). [*Du croup ou diphthérite laryngée.*]

292. SOUCHAY. [*De l'homologie sexuelle.*]

293. ANDANT, Jean-Paul-Émile, né le 6 novembre 1826 à Thiers (Puy-de-Dôme). [*De la dysentérie.*]

294. ROUGET, Charles, né à Gisors (Eure). [*Recherches sur le type des organes génitaux et de leurs appareils musculaires.*]

295. FOSSARD, Pierre-Augustin-Edmond, né le 12 février 1831 à Lillebonne (Seine-Inférieure). [*De l'orchite tuberculeuse.*)

296. VALTAT, Pierre-Félix, né à Arnay-le-Duc (Côte-d'Or). [*Des ulcérations du col de l'utérus.*]

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 13 septembre 1855.

LES EARTHMEN A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — NOUVEAU REMÈDE CONTRE LES HÉMORRHOÏDES. — LIT FLOTTANT POUR LES MALADES. — STÉTHOSCOPE A EAU. — PORTE-ÉPONGE POUR LA CAUTÉRISATION DU LARYNX. — CATHÉTÉRISME DES BRONCHES; INJECTIONS MÉDICAMENTEUSES DANS LE POUMON.

Une grande nouvelle a éclaté tout à coup au beau milieu de la dernière séance de l'Académie: de nouveaux Aztèques vont être introduits! Notez que ce seraient les premiers, puisque ceux de l'autre jour étaient postiches. On ajoutait : Ceux-ci viennent de l'Afrique australe! autre curiosité aussi rare que pourraient l'être des sauvages de Pontoise, la distance n'étant guère plus grande entre cette ville célèbre et le pays des vrais sauvages qu'entre la pointe méridionale de l'Afrique et la partie de l'Amérique où ont fleuri les vrais Aztèques. Malheureusement, une brochure distribuée dans la salle nous apprend que les deux échantillons, mâle et femelle, qu'on fait monter sur le marbre de la tribune sont des EARTHMEN ou hommes TERRIENS, ainsi nommés parce qu'ils se creusent des habitations sous terre à l'instar des lapins. Le *terrien* et la *terrienne* sont conduits par le même montreur qui a déjà régalé l'Académie du spectacle des deux idiots que leur mère pleure à San-Miguel (Voy. GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1855, n° 32, p. 599). Ils appartiennent, dit la brochure, à une race lilliputienne qui vit à l'extrémité sud de l'Afrique, où ils ont été *accidentellement rencontrés* et troqués contre des *boutons de métal.* Le garçon a quinze ans et la fille dix-sept : leur taille ne dépasse pas 39 pouces et demi anglais (environ 1 mètre), et est restée stationnaire depuis leur arrivée en Angleterre, c'est-à-dire depuis 1851.

Ces *objets matériels*, comme s'exprime l'article 11 du règlement, sont renvoyés à la commission des faux Aztèques. Il ne s'agit plus cette fois de constater une monstruosité : les Earthmen sont régulièrement conformés ; et, à part une légère dépression sus-orbitaire, leur crâne n'a rien d'anormal. Ce dont la commission devra s'enquérir tout d'abord, c'est, d'une part, l'origine réelle de ces enfants, et, d'autre part, leur âge véritable. En ce qui nous concerne, et sous toutes réserves, nous les trouvons un peu bien gracieux de visage et très médiocrement noirs pour des habitants des rives du fleuve Orange. Puis, nous pouvons assurer que l'un des enfants n'a que vingt dents et l'autre vingt-quatre : à supposer que chez le premier deux canines de remplacement soient tombées, comme a paru le croire M. Blache, voilà toujours, pour l'un comme pour l'autre, un état de la dentition qui, aux bords de la Seine, passe généralement pour ne comporter qu'une dizaine d'années; et l'état de la charpente thoracique, de la musculature, des seins chez la demoiselle, du membre viril et des testicules chez le garçon, sont loin de contredire ce premier témoignage. Nous n'ignorons pas les exemples d'enfance prolongée signalés surtout par M. Baillarger; mais ce sont là des cas pathologiques, et l'on prétend ici posséder des échantillons normaux d'une race distincte. Si, d'ailleurs, ces deux petits corps sont parvenus au terme de leur développement, s'ils ne s'accroissent plus depuis quatre ans, les organes génitaux n'ont plus chance, sans doute, de gagner grand'chose en force et en volume : or, si ces organes sont aptes réellement à propager la race, il faut convenir, du moins, qu'ils ne paient guère de mine!

— Contrairement à ses habitudes notoirement féroces, M. Robinet a, dans cette même séance de l'Académie, recommandé vivement à ses collègues d'expérimenter un nouveau remède contre les hémorrhoïdes, et laissé même entrevoir qu'il y aurait peut-être lieu ultérieurement de réclamer pour l'inventeur de ce remède l'application favorable du dé-

propres à l'enseignement de la botanique et de la matière médicale ; il serait même désirable que nos droguiers publics possédassent des collections de cette nature, dût-on renouveler chaque année ceux des échantillons qui ne manqueraient pas de se décolorer par leur exposition à la lumière; mais le procédé de dessiccation ne sera jamais suffisamment pratique pour être employé en grand et devenir commercial.

M. Viel, de Tours, à côté du très ingénieux pilulier en galvanoplastie dont nous avons parlé, a exposé aussi une collection de champignons vénéneux et comestibles, moulés sur nature et parfaitement exécutés sous le rapport de la forme, mais qui laissent malheureusement encore beaucoup à désirer quant au coloris. On comprend facilement toute l'importance que pourraient avoir, au point de vue de la botanique et surtout de l'hygiène, de pareilles collections, si elles étaient complètes et exécutées d'une manière irréprochable : à cet égard, on ne peut que féliciter l'auteur de ses efforts et l'encourager à marcher dans la voie utile où il s'est engagé.

Quant aux collections de produits exposées dans un intérêt commercial, elles paraissent former aussi deux groupes distincts : les uns sont constitués simplement par les produits spéciaux propres à chaque contrée, tels le miel de l'Hymette, le goudron de Norwége, la canelle de Ceylan, les épices de Singapour, le lin de la Nouvelle-Zélande (*Phormium tenax*) avec lequel on falsifie nos tissus, les sucres et les cafés de Bourbon et de la Martinique, le castoreum du Canada, etc.; les autres par tous les produits exotiques qui, dans un même pays, ont pu s'acclimater ou se développer par la culture; telles sont surtout les expositions de nos colonies et particulièrement celles des diverses provinces de l'Algérie, remarquables surtout par le nombre et la quantité de productions variées avec lesquelles elles commencent à payer aujourd'hui les intérêts du gros capital de sueur et de sang que depuis plus de vingt ans leur colonisation a coûté annuellement à la France. Ces produits consistent principalement en fruits : figues, dattes, limons, cédrats, oranges, vanille, pavots; en tubercules féculents: pommes de terre, patates, igname, arum, canna, caladium ; en céréales : seigle, froment, orge, avoine, sorgho ; et en produits animaux et végétaux de toute espèce : cotons, carthame, cochenille, kermès, indigo, vins, alcools, huiles, opium, etc., etc. Au point de vue médical, l'opium est pour nous la plus intéressante de toutes ces productions. Le commerce, comme on le sait, nous offre surtout trois sortes d'opium qui, rangés d'après leurs qualités, sont : l'*opium de Smyrne*, en masses irrégulières recouvertes de semences de rumex et formées à l'intérieur de larmes agglutinées, semi-translucides; c'est le meilleur opium, l'opium officinal

cret du 18 août 1810. Il s'agit de l'emploi du piment contre les hémorrhoïdes douloureuses. Attendons d'abord l'arrêt de la clinique. Puis il faudra voir si un remède peut être réputé *nouveau*, alors même qu'il appartient déjà à la matière médicale, parce qu'il est approprié pour la première fois à une indication particulière. Nous ne faisons que poser la question.

— Il s'est fait depuis quelque temps, en Angleterre, deux applications médicales de l'eau, qui ne nous paraissent pas également heureuses.

On sait les accidents inhérents à la pression continue de la peau dans le décubitus prolongé, surtout chez les sujets atteints d'affections chroniques. Il est également des états pathologiques aigus où il est extrêmement pénible de garder longtemps la même position, en raison de l'endolorissement rapide des parties qui soutiennent principalement le poids du corps. Aux moyens déjà imaginés pour parer à ces inconvénients, et dont le moins insuffisant est la suspension sur une nappe de caoutchouc, M. Niel Arnott en a récemment ajouté un autre dont on fait déjà usage dans quelques hôpitaux d'Angleterre. On remplit d'eau une boîte ayant la forme d'une baignoire, mais de dimension plus grande : on jette sur l'eau une toile de caoutchouc beaucoup plus large que la boîte et qu'on attache aux bords de celle-ci ; par-dessus cette toile, une couverture pliée en quatre, faisant office de matelas, et un oreiller. Ce lit *hydrostatique* ou *flottant* est garni comme un lit ordinaire, et l'on y pose le patient. M. Arnott a raison de repousser toute comparaison entre son appareil et le sac à air, ou même le sac plein d'eau, que quelques praticiens ont également essayé. Mais peut-être ses explications sur ce point ne sont-elles ni assez précises, ni assez claires. La différence essentielle qui distingue son appareil des sacs *fermés*, que ce soit d'eau ou d'air qu'ils soient remplis, c'est que le poids du corps *déplace* du fluide dans le premier et *comprime* ce fluide dans les seconds. La surface du sac devient dure en proportion de la pression que le corps y exerce ; la surface du matelas flottant ne reçoit qu'un faible degré de pression, parce que l'excès de largeur de la toile de caoutchouc (qui n'est ici que comme étoffe imperméable) permet au corps de s'enfoncer en grande partie dans l'eau, et de changer son poids absolu contre un poids relatif dont la valeur est déterminée par la quantité d'eau déplacée. On obtiendrait le même effet, et plus sûrement encore, en munissant le matelas de vessies à air, au lieu de fixer le drap élastique. De cette manière, le corps, tout en plongeant jusqu'à la profondeur voulue, ne rencontrerait nulle part de surface résistante.

Un tel lit n'est pas sans doute destiné à un emploi permanent ; mais nous ne doutons pas qu'il ne puisse rendre de notables services.

Quant à l'autre invention anglaise, dont l'auteur responsable est M. Garstang, elle consiste à emplir d'eau le tube du stéthoscope, dans le but de renforcer les sons. Le principe de physique sur lequel est fondée cette innovation est parfaitement exact, et la pathologie nous en montre une application dans l'épanchement thoracique, lequel donne lieu, comme on sait, à un bruit de souffle. Toutefois cet exemple ne saurait être réputé favorable à l'emploi de l'eau comme conducteur du son, puisque, dans le bruit de souffle, le caractère normal du bruit respiratoire est tout à fait dénaturé par suite du changement de *timbre*. Heureusement pour la théorie, il y a lieu de penser que le changement de timbre, l'un des phénomènes les plus obscurs de l'acoustique, ne tient pas simplement à ce que le son traverse un milieu liquide, — ce qui ne peut jamais qu'augmenter son *intensité*, — mais à la forme altérée ou à un mode particulier d'ébranlement de la cavité thoracique, et que, dès lors, il ne se produirait pas dans un stéthoscope rempli d'eau. Mais il n'en est pas moins vrai que le meilleur moyen d'augmenter l'intensité d'un son aérien, sans en altérer le caractère, c'est de le recueillir à travers un tube rempli d'air, au lieu de le forcer à traverser des milieux différents et inégalement vibratiles. Encore, lorsqu'il est possible de saisir le son, pour ainsi dire, sur place, comme il arrive ordinairement dans la pratique de l'auscultation, vaudrait-il mieux aller le chercher directement avec l'oreille. C'est ce qu'on fait d'ailleurs généralement.

— Nos lecteurs se rappellent peut-être le bruit qui s'est fait l'an dernier autour du porte-éponge américain (GAZETTE HEBDOMADAIRE, t. I, p. 254 et 478). Il s'agissait surtout alors de savoir à qui de M. *Horace* Green ou de M. *David* Green revenait la première idée de l'instrument, et surtout l'honneur de l'avoir appliqué à la cautérisation du larynx. Mais une question préjudicielle s'élevait en présence de ces prétentions respectives. Le porte-caustique pénètre-t-il réellement dans la cavité laryngienne ? M. Horace Green avance quelque chose de plus : il affirme que la tige de baleine peut être portée jusqu'au delà de la bifurcation trachéale, dans l'une ou l'autre des deux bronches mères ; qu'il en est de même d'une bougie, et qu'il est dès lors facile, autant qu'avantageux, d'injecter des liquides caustiques dans l'inté-

qui doit contenir commercialement, en moyenne, 11 pour 100 de morphine (Chevallier) ; l'*opium de Constantinople* en pains aplatis, discoïdes, recouverts d'une feuille de pavot contenant au plus 7 ou 8 pour 100 de morphine cristallisée ; et enfin l'*opium d'Egypte*, en pains propres à l'extérieur, à cassure nette, d'une couleur hépatique, attirant l'humidité et qui, ne contenant que 3 à 6 pour 100 de morphine, paraît être un produit sophistiqué qu'on doit rejeter de l'usage pharmaceutique. L'opium exposé par l'Algérie a été envoyé par la province de Constantine. C'est en 1843 que le directeur de la pépinière d'Alger, M. Hardy, fit ses premiers essais sur la culture du pavot et la récolte de l'opium. Le produit obtenu d'abord ne renfermait que 5 pour 100 de morphine. En 1844, la proportion de cet alcoïde s'est élevée à 12 pour 100, mais en 1845, sans qu'on en ait pu découvrir la cause, les opiums recueillis en Algérie par le même observateur et par M. Simon, de Metz, n'en ont offert que de 3 à 5 pour 100. De nouvelles analyses ont fait constater dans l'opium d'Algérie une proportion de morphine suffisante pour le faire considérer comme commercial, et récemment il vient d'être l'objet d'un rapport extrêmement favorable à l'Académie de médecine.

En voyant une exposition des produits du sol de l'empire ottoman, nous avions espéré y trouver de copieux échantillons des opiums commerciaux précédemment indiqués et qui auraient pu nous fournir de nouveaux renseignements sur quelques points non encore complétement éclaircis aujourd'hui : la culture du pavot et la récolte des divers opiums : déception complète. Nous n'y avons rencontré que quelques moyens morceaux d'opium de Constantinople et de Smyrne, comme on en peut voir chez tous les droguistes de la rue des Lombards.

En compensation, outre de nombreuses peaux de bêtes, on peut apercevoir des stygmates de safran à extrémité linéaire, d'un jaune pâle, qui rappelle plutôt le safran d'Angoulême que celui du Levant, et des échantillons de fleurs de sureau, de violettes, de mauves, de tilleul et de soucis, qui, pour avoir crû sur le sol ottoman, ressemblent étonnamment et à s'y méprendre à des productions des environs de Paris mal desséchées et mal conservées. Constatons, cependant, qu'on trouve dans la collection de droguerie de M. Della Suda des fleurs de grenadier extrêmement belles et d'une conservation parfaite. Le gouverneur de la province de Tripoli nous a envoyé, en outre, de la graisse d'Autruche pour frictions contre les rhumatismes.

L'Inde anglaise a exposé aussi des échantillons d'opium : deux d'entre eux sont dans des pots de terre cuite avec l'étiquette *Opium pur*. Les autres sont renfermés dans des petits pots cylindriques de fer blanc, et l'on

rieur des poumons. L'Académie de médecine de New-York a renvoyé l'examen de ces diverses questions à une commission composée de MM. J. Wood, Stevens, Anderson, J.-T. Metcalfe, J.-O. Stone, B.-F. Barker, et Willard Parker, rapporteur. Or voici textuellement les conclusions du rapport :

1° Le cathétérisme des voies aériennes remonte au temps d'Hippocrate.

2° Le meilleur témoignage du passage de l'instrument dans les conduits de l'air est fourni par les signes rationnels (et non par les signes physiques).

3° La facilité de l'opération dépend de la nature de l'instrument : le meilleur est un tube à grande courbure ; la tige de baleine munie d'une éponge est moins bien disposée pour pénétrer dans la trachée.

4° La baleine porte-éponge peut pénétrer entre les cordes vocales et au delà.

5° Il n'est pas démontré aux yeux de la commission que l'instrument puisse être introduit à volonté dans la bronche droite ou dans la bronche gauche.

6° Dans la grande majorité des cas où l'on a cru que les injections avaient pénétré dans le poumon, elles avaient passé directement dans l'estomac.

7° Quant à l'utilité des injections au nitrate d'argent dans les poumons, les faits recueillis dans les expériences de la commission lui font regarder l'opération comme aussi dangereuse que difficile à pratiquer.

Ces conclusions ont été combattues par la minorité de la commission, notamment par M. Barker, qui a refusé de signer le rapport. Cet honorable collègue de M. Green au Collége médical de New-York assure qu'un chirurgien habile parviendra toujours aisément à introduire le porte-éponge dans la trachée ; et, quant au cathétérisme des bronches et à l'injection du poumon, il les regarde comme des conquêtes utiles de la médecine pratique.

Nous le souhaitons de tout notre cœur ; mais nous n'aurions pas songé, pour notre part, à accuser la commission de timidité. Labourer le larynx, la trachée et les bronches avec une éponge ou un cathéter, et injecter un liquide caustique dans le poumon, constituent une petite opération qui n'est pas précisément à la portée de tout le monde, et dont les avantages auraient besoin d'être démontrés de la façon la plus péremptoire.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDES SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉSECTION TIBIO-CALCANÉENNE, AVEC AMPUTATION DU PIED, PROPOSÉ ET MIS EN USAGE PAR M. LE PROFESSEUR N. PIROGOFF. — Communication de M. le professeur C. SÉDILLOT à l'Académie des sciences le 13 août 1855.

Suite et fin. — Voir le t. II, n^os 33 et 35.

OBS. III. — Le 6 novembre 1852, le nommé Serjei Iljin, paysan de Pskow, entre à la clinique chirurgicale. Il est âgé de vingt et un ans, et est plâtrier. Il habite Saint-Pétersbourg depuis trois ans, a toujours été bien portant, et n'a jamais souffert que d'un rhume qui persiste depuis quelque temps, et qui a été produit par un refroidissement. Au mois d'août de cette année, il se montra sur le dos du pied droit, un peu en dedans, une petite tumeur douloureuse que le mouvement et la pression exaspéraient. Il n'en continua pas moins à suivre ses occupations, quoiqu'il en éprouvât des douleurs assez vives. Au commencement, il n'y eut aucun changement de couleur à la peau ; mais au bout de quelques mois elle rougit et finit par s'ulcérer. Le malade ne put assigner aucune cause à son mal. Pendant tout ce temps, il fit usage d'onguents et de topiques divers. Il entra le 1^er novembre à l'hôpital des Ouvriers, et de là il fut dirigé sur la Clinique le 6 novembre.

État actuel. — Constitution bonne ; on ne remarque aucun défaut organique ; la peau est blanche et nette, les muscles bien développés. Pouls large et plein. Une exploration attentive ne fait rien découvrir. La poitrine est régulièrement bien conformée ; dans le lobe inférieur gauche, cependant, on trouve à l'auscultation le murmure vésiculaire plus obscur qu'à droite. A la percussion, on entend partout un son normal. Les organes de la digestion, de la circulation, etc., sont dans l'état normal. Aucun indice de scrofules ou autres dyscrasies. En comparant entre elles les deux plantes du pied, on trouve que celle du côté droit est plus épaisse et un peu dirigée en dehors. Son bord externe est un peu soulevé, de façon que le pied a la forme du valgus. Sur la face supérieure du pied, depuis l'astragale jusqu'à l'extrémité du cunéiforme, surtout au-dessus du scaphoïde, on remarque un gonflement assez notable ; la peau est là rouge et ulcérée dans certaines places ; des ouvertures fistuleuses de la grosseur d'un pois laissent échapper un pus liquide, grumeleux, et mélangé de beaucoup de sang. A l'exploration avec la sonde, on sent celle-ci pénétrer assez profondément entre deux gonflements, et s'arrêter sur un corps solide à surface inégale ; en introduisant la sonde dans l'ouverture située plus en dedans, l'instrument se dirige d'abord en bas, puis en dehors, puis en avant ; ces directions permettent de penser qu'il est arrêté sur le scaphoïde. Le son que rend l'instrument quand on le promène et que l'on percute démontre que cet os est dénudé et altéré. Par quel mode de développement cette altération s'est-elle produite? C'est ce qu'on ne peut dire dans l'état actuel de la plaie, c'est-à-dire sans avoir élargi les ouvertures fistulaires. Tous les symptômes militent en faveur de l'existence d'une carie ; la partie déclive de la plante du pied a été envahie par suite du relâchement des ligaments antérieurs et supérieurs du pied et des parties molles qui la recouvrent. Prescription : repos, bains alcalins, et cataplasmes arrosés d'acétate de plomb.

---

en voit aussi en boules de la grosseur d'une tête d'enfant, recouvertes de pétales de pavots. Tous ces opiums paraissent être de qualité inférieure, aussi bien ceux qui, quoique recouverts d'épaisses moisissures, sont néanmoins étiquetés : Opium pur, que ceux réduits en masse homogène, noirâtre, d'une odeur aromatique, un peu poivrée, et qui constitue une sorte d'électuaire désigné sous le nom d'Opium thériacal par M. Guibourt, membre du Jury, à l'obligeance duquel nous devons de les avoir pu manier et observer avec attention, après avoir fait sans résultat un grand nombre de tentatives auprès des gardiens et des exposants eux-mêmes.

La plus belle collection d'opium que nous ayons rencontrée, à défaut d'opium exotique, est celle d'opium indigène exposée par M. Aubergier : au milieu des produits pharmaceutiques, on aperçoit dans une vitrine de nombreux petits pains d'opium d'un brun clair informe, disposés en amphithéâtre au-dessus de deux autres grands bocaux renfermant la seconde spécialité du même pharmacien, l'*Opium de laitue*, le lactucarium.

Cet opium indigène, dont M. Aubergier est l'un des plus zélés partisans, s'est quelquefois montré plus riche en morphine que le meilleur opium de Smyrne : un échantillon obtenu dans les Landes par le général Lamarque, en 1828, en a fourni à M. Caventou 14 pour 100 ; un autre, récolté à Provins, en a produit jusqu'à 18 pour 100 ; mais d'autres échantillons en ont donné bien moins en certaines années ; cette richesse en morphine est donc loin d'être constante, et, le fût-elle, faudrait-il en conclure qu'on doit encourager en France et en Algérie la culture du pavot et la récolte de l'opium ? Nous ne le pensons pas, pour la raison que le pavot qui réussit dans un terrain où d'autres plantes, et notamment les céréales, ne pourraient être cultivées, a, comme on sait, le grave inconvénient d'empoisonner le sol de manière à rendre pour un temps assez long toute autre culture impossible.

D'ailleurs, si l'opium a subi souvent des fluctuations dans son prix, jamais il n'a manqué complétement dans le commerce ; et si cela, par impossible, arrivait, il serait temps alors de recourir à l'opium indigène. Si le climat et le sol de l'Algérie devaient être utilisés à ce point de vue, et si l'on devait tenter et encourager des essais de culture en matière médicale, ce serait plutôt pour un autre médicament dont la disette s'est souvent fait sentir, et qui nous menace de manquer bientôt complétement, le quinquina. Aujourd'hui, en effet, les forêts de la Bolivie et du Pérou, qui jusqu'ici nous ont fourni les meilleures espèces, cessent de produire, et nous nous trouvons fort heureux encore de recevoir les quinquinas de la Nouvelle-Grenade, dans lesquels une partie de la quinine est remplacée par de la quinidine, autre alcaloïde sur lequel les chimistes ne sont pas d'accord,

10 novembre. On pratiqua l'opération de la manière décrite ci-dessus; seulement, il est à remarquer que, dans ce cas, la surface articulaire tibiale a été enlevée totalement avec les malléoles.

On lia six artères; les lambeaux furent rapprochés par quatre points de suture. On employa l'eau hémostatique avant le pansement. Le malade fut chloroformisé.

Quelques heures après l'opération, hémorrhagie intense. Le soir, on enleva les sutures, et l'on parvint à arrêter l'hémorrhagie avec le tampon. L'exploration de la partie enlevée permit de constater les particularités suivantes :

La partie dorsale du pied était infiltrée de pus. Un kyste purulent et tuberculeux occupait l'espace entre les tendons fléchisseurs des deuxième et troisième orteils. Il en partait deux trajets fistuleux qui passaient entre les cunéiformes et se rendaient jusque vers le scaphoïde. Les surfaces articulaires de cet os étaient totalement détruites, et les cavités articulaires remplies d'un pus tuberculeux. Le cartilage de ces os était exfolié, et ceux-ci étaient à nu. Les membranes synoviales des articulations scaphoïdo-astragalienne et tibio-astragalienne étaient dégénérées, pulpeuses et épaissies.

11 novembre. — On renouvelle le pansement. Commencement de fièvre traumatique de médiocre intensité.

11 et 12 novembre. — Fièvre intense; diarrhée.

14 novembre. — Fièvre modérée; selles moins liquides. La plaie est sale, ses bords gonflés. Le patient se plaint d'un sentiment de brûlure dans la plaie. Pansement avec décoction de quinquina, teinture d'opium et solution de chlorure de chaux.

15 novembre.— Même état; quelques petits abcès dans les lèvres de la plaie, en dedans surtout; on y fait des incisions.

17 novembre. —Nouvel abcès, en dedans aussi; on fait des contre-ouvertures quelques pouces plus haut que la malléole interne. Selles diarrhéiques. La plaie est passablement nette.

18 novembre. — État fébrile modéré. Selles abondantes, liquides. La plaie est nette, un peu bleuâtre, le pus de bonne nature; on fait une contre-ouverture au côté interne de la malléole interne. Aspect scorbutique de la plaie. Décoction de quinquina acidifiée.

19 novembre. — Le pansement est renouvelé trois fois par jour. Douleur dans la région costale droite, qui est calmée par un vésicatoire. État fébrile modéré. État satisfaisant de la plaie recouverte de granulations.

22 novembre. — Pouls faible, mais plus plein et moins fréquent; nouvelle contre-ouverture à la partie inférieure et antérieure de la jambe.

25 novembre. — Au côté externe, nouvelles collections purulentes à travers lesquelles on passe un séton. Pas de fièvre. A travers la plaie, se fait jour le bord dénudé du tibia. Pansement avec décoction de quinquina.

13 décembre. — Les incisions pratiquées sur le côté interne et antérieur de la jambe sont presque cicatrisées; mais, au côté externe, la plaie faite pour une contre-ouverture est profonde et sécrète du pus; son bord inférieur est infiltré de pus. La guérison de la plaie marche bien; on la panse avec une solution de nitrate d'argent.

18 décembre. — Le fragment du calcanéum est fixé au tibia, moyennant un bandage contentif. La plaie s'est nettoyée. Petit abcès au sacrum, qu'on panse avec un cataplasme arrosé d'acétate de plomb.

9 janvier. — A la partie postérieure de la jambe, vers son milieu, se forme un abcès sans fièvre. On l'ouvre le 10; beaucoup de pus s'en écoule. Sa cavité communique avec le côté externe de la plaie par un trajet fistuleux dans lequel on fait passer un séton. Pansement avec solution de nitrate d'argent. Bandage contentif.

13 janvier. Plaie passablement bien, peu de pus; le trajet de la partie postérieure se rapetisse; on laisse encore le séton.

3 février. Le malade éprouve aujourd'hui une diminution de la sensibilité dans la partie opérée. Peu de suppuration au pansement. État de la plaie satisfaisant; la chaleur de l'extrémité augmente. Selles abondantes et liquides.

16 février. — Sur le membre amputé restent deux plaies de la grandeur d'une pièce de 20 kopeks argent; la première se trouve sur le milieu de la jambe, à sa surface postérieure externe, la seconde à 4 pouces de celle-ci, mais plus en dedans; elles ne se réunissent pas; de la supérieure part un trajet se dirigeant en bas, dans l'étendue de 2 pouces. A la fin de ce trajet, les téguments sont amincis, et là s'accumule le pus; on y fait une petite incision. Les cicatrices sont bleuâtres; en général, on remarque un état scorbutique; c'est pourquoi on panse l'extrémité amputée et le lambeau avec de la pommade oxygénée; on prescrit des remèdes antiscorbutiques et des bains aromatiques.

État du malade en avril 1853. — Sur le dos du pied *gauche* s'était formée une tumeur qui avait pris un tel accroissement qu'en ce moment (avril) elle avait acquis le volume d'un œuf de poule; elle présente de la fluctuation; les téguments ne sont ni rouges ni gonflés; on constate une mobilité anormale dans l'articulation tarso-métatarsienne correspondante au gros orteil, accompagnée de crépitation et liée à une exfoliation du cartilage articulaire. A l'exception de quelques trajets fistuleux, les plaies sont guéries au pied *droit*, qui a été amputé. Le lambeau plantaire adhère parfaitement avec le calcanéum au tibia, sans qu'il soit survenu de l'exfoliation osseuse.

L'état général est très satisfaisant. Le malade a repris de l'embonpoint, et consentira à la même opération à l'autre pied.

Voici maintenant l'observation de M. le docteur Michaelis, chirurgien principal, chef de la division chirurgicale de l'hôpital Saint-Ambroise de Milan.

Plastique de la jambe d'après Syme et Pirogoff.

Depuis que Pirogoff a décrit sa nouvelle opération et que Schuh lui a donné la sanction de sa pratique en Allemagne, j'ai été conduit à la pratiquer moi-même il y a quelque temps, dans un cas qui, par ses résultats, est d'autant plus intéressant que la guérison a été obtenue dans les circonstances les plus difficiles.

Giuseppe Tavecchio, appartenant au régiment d'infanterie du baron Geppert, âgé de vingt-sept ans, fut admis dans mon service, le 11 juillet de l'année dernière. Il avait été absent par congé et pendant ce temps il s'était formé sur le dos du pied une tumeur qui, au début, avait été petite, sans rougeur à la peau, et sans douleur à la pression. Bientôt il ne put plus se servir de son membre, la tumeur s'ouvrit après s'être rapidement augmentée de volume et laissa écouler un pus épais, jaunâtre, à différents endroits. Le malade, éprouvant des douleurs très vives, vint chercher secours à l'hôpital militaire. Je le trouvai dans l'état suivant :

Depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'aux orteils existait un gonflement notable du dos du pied; les parties molles étaient dures, infiltrées œdématiées en quelques endroits, et présentant quelques points fluctuants plus élevés; la peau était rouge et partant sensible à la pression.

Trois ouvertures fistuleuses correspondant au scaphoïde et aux cunéiformes permettaient l'introduction de la sonde, qui arrivait sur le tissu

---

et auquel ils reconnaissent assez généralement une composition élémentaire identique avec celle de la quinine. Que la quinidine soit isomère avec la quinine, cela peut être, mais il n'en est pas moins certain, d'après les expériences entreprises à cet égard, que si les propriétés médicales des deux bases sont les mêmes, l'activité thérapeutique de la quinidine est bien inférieure à celle de la quinine. Les quinquinas de Popayan, de Bogota et de Carthagène exposés par la république de la Nouvelle-Grenade sont donc inférieurs en qualité au quinquina que le Pérou fournit au commerce : cela est incontestable; mais si l'on considère que leur prix est relativement beaucoup moindre, on conçoit qu'il y ait compensation dans leur emploi pour l'extraction des alcaloïdes, quinine et cinchonine, et l'on est alors porté à remercier M. Delondre, non-seulement de la belle collection de quinquinas qu'il a exposée, et qui comprend toutes les espèces commerciales récoltées en suivant la Cordillère des Andes, depuis le Haut-Pérou jusqu'à la Nouvelle-Grenade, mais encore des efforts qu'il a faits, concurremment avec M. le professeur Bouchardat, pour remettre récemment en faveur dans le commerce ces quinquinas qui, pour avoir été vantés, peut-être, outre mesure par Mutis, étaient injustement tombés dans l'oubli.

Une autre culture qui paraît être en plein rapport en Algérie, et mériterait d'être encouragée, là et ailleurs, est celle de l'asphodèle, dont les tubercules féculents fournissent à la distillation, après la transformation en glycose et fermentation préalable, un alcool qui, jusqu'à un certain point, peut rivaliser avec l'alcool de vin. L'alcool et la fécule d'asphodèle ne sont pas les seuls produits de cette liliacée, la plante elle-même est formée de fibres résistantes, et sert aussi à faire une excellente pâte de carton et de papier. La Toscane, qui depuis longtemps s'est emparée de la culture de cette plante, et paraît l'exploiter sur une grande échelle, nous a aussi montré de forts beaux échantillons de tous les produits qu'on en peut retirer Du reste, beaucoup de contrées nous ont envoyé des alcools de vin, de betteraves, de fécules diverses et, en général, un grand nombre de liquides fermentés et de liqueurs de table de toute nature, sur lesquelles il nous est impossible de porter un jugement, n'ayant pu les déguster, et ne les ayant, le plus souvent, aperçues que dans des flacons parfaitement bouchés et cachetés.

La France, l'Algérie, les colonies anglaises et françaises ont envoyé du miel et de la cire, voire même des portions de ruches. Un exposant autrichien, imitant en cela les industriels qui, par un sentiment exquis de justice, livrent à la publicité les noms de leurs ouvriers, a, comme pour nous rappeler le *sic vos non vobis* du poëte, exposé des échantillons

osseux ramolli et y pénétrait facilement; ces ouvertures donnaient du pus jaunâtre, assez consistant, grumeleux et de la sérosité sanguinolente.

La carie était évidente, il s'élevait seulement la question de savoir sur quoi elle s'étendait; à cet effet, j'ouvris la tumeur fluctuante la plus élevée, et j'acquis la certitude que la sonde pénétrait jusqu'à l'astragale déjà en proie à la carie. La grande articulation était gonflée, mais la capsule articulaire intacte, le talon et les malléoles avaient encore leur forme normale, n'étaient point douloureux et pouvaient être considérés comme les limites de cette affection osseuse. Un examen attentif du malade ne révéla rien de particulier sur la cause de cette carie, les organes de la respiration furent trouvés en bon état; le malade n'en souffrait pas; il était très amaigri.

Le malade n'étant aucunement disposé à subir une opération, je dus me borner à un traitement palliatif, qui consista à donner un libre écoulement au pus, aux fragments osseux, et à convertir en plaies simples les ouvertures fistuleuses.

Le malade commençant à éprouver des mouvements fébriles, je le pressai d'accepter l'amputation comme unique moyen de salut.

Dans une consultation on accorda la préférence à une amputation simple et l'on rejeta une opération compliquée comme dangereuse. Je préférai l'opération de Pirogoff, désireux que j'étais de pratiquer au moins une fois, l'amputation de Syme Pirogoff. La relation des succès de Pirogoff et Schuh avaient du reste motivé ma préférence.

Le malade, anesthésié par le chloroforme, fut opéré le 2 août. Je pris des précautions pour éviter la perte de sang chez ce sujet affaibli, et je dus à mon aide chargé de la compression d'y réussir, car le malade perdit à peine une cuillerée de sang.

Je fis la première incision sur le dos du pied à deux lignes au-devant de l'articulation tibio-tarsienne; je conduisis ensuite mon couteau tout près de la malléole interne, le dirigeai vers la plante et ramenai la section en dehors et en haut pour la terminer à l'angle externe où l'incision avait été commencée; je donnai au lambeau plantaire une forme convexe; l'extension du gonflement en avant ne permit pas d'y laisser plus de peau; du reste c'était inutile. Lorsque je voulus ouvrir l'articulation du pied et que, pour cet effet, je mis le pied dans une extension forcée, la tête de l'astragale se brisa pendant la section des parties molles; je fus presque forcé d'avoir recours au tire-fond pour l'extraire; je ne pus l'avoir que par morceaux. La surface articulaire du calcanéum parut malade ainsi que la surface tibiale de l'articulation, le tibia était affecté de carie dans une étendue de 1 pouce et demi au-dessus du cartilage. La scie pénétra de bas en haut dans le calcanéum ramolli derrière son articulation avec l'astragale. Les malléoles furent abattues et avec elles une lame du tibia malade, plus épaisse en arrière qu'en avant.

En essayant d'appliquer le lambeau calcanéen sur le tibia, je ne pus obtenir ce résultat: le lambeau ne s'appliquait pas. Il fallut, pour rendre la chose possible, enlever un fragment triangulaire à base postérieure, de la surface du calcanéum; la réunion fut alors très facile. A mon grand étonnement, l'hémorrhagie fut nulle à la levée du tourniquet; des applications froides avaient arrêté tout écoulement de sang. Je raccourcis un peu les tendons qui pendaient dans la lèvre antérieure de la plaie, tendons qui, d'après le conseil de Schuh, ne doivent être conservés dans une certaine longueur que pour éviter l'entrée du pus dans leur gaîne, et de façon que les muscles ne puissent pas les retirer complétement; je leur laissai une longueur de 1 pouce en dehors de leur gaîne.

Je réunis par la suture.

Dans les premiers jours tout alla à souhait, la sécrétion de la plaie devint trouble, et une fièvre peu intense annonça une suppuration modérée. On enleva les sutures, on les remplaça par des emplâtres agglutinatifs. Pendant la quatrième nuit, le malade éprouva une très vive douleur et des tiraillements si pénibles dans le membre que dans un moment où il était à peine réveillé et non en possession de sa connaissance, il frappa le membre amputé contre le bas du lit, le frotta contre cette partie avec tant de violence qu'il enleva tout l'appareil à pansement et qu'on trouva le membre à nu. Ce mouvement fut très rapide, et l'infirmier qui était allé chercher de l'eau dans une pièce voisine fut effrayé à son retour de trouver un tel changement chez ce malade. On me fit appeler, et à mon arrivée je trouvai le chirurgien de garde près du lit de l'opéré; celui-ci me fit observer qu'il était aussi survenu un renversement du rectum qui avait donné du sang. Cet intestin prolabé fut immédiatement repoussé dans l'abdomen. Cet effet ne s'étant plus reproduit, je n'ai pu me rendre compte de ce phénomène.

Dans ces tristes circonstances je remis le lambeau froid et livide avec peu d'espoir de le conserver et de le voir se réunir. Des frissons, de la toux, du délire, qui survinrent bientôt après, me firent administrer le quinquina avec l'élixir acide de Haller, remèdes usités en pareil cas, et je pensai que la pyoémie ne s'arrêterait plus.

Cependant les symptômes n'augmentaient pas, des sueurs abondantes se déclarèrent, le malade recouvra la raison; la toux diminua au bout de trois jours.

La sécrétion qui, jusqu'à ce jour (huitième), était restée douteuse, changea de nature, prit une couleur et une consistance normales; un gonflement douloureux de la gaîne du muscle péronier fit seul craindre une nouvelle complication et en quelques jours, la pression fit sortir de cette gaîne un peu de pus avec de la sérosité filante, épaisse, jaunâtre (synovie), la gaîne fut comprimée, et peu à peu disparut aussi cette complication de l'opération; je ne fus pas obligé d'ouvrir d'abcès dans la gaîne tendineuse et la plaie commença à se fermer.

La cicatrisation complète de la plaie présenta seulement quelques difficultés, que Schuh a signalées; pendant environ cinq semaines après la crise, c'est-à-dire six semaines après l'opération, la plaie resta ouverte dans une largeur de 2 lignes et une hauteur de 3 lignes; cette plaie ne se ferma qu'au bout de trois à quatre semaines, de sorte que dix semaines furent nécessaires pour la cicatrisation complète. Après la guérison, le raccourcissement du membre fut de 1 pouce à peu près.

Pendant ce mois, je fis l'amputation de Lisfranc pour une carie, puis une amputation de la jambe pour le même motif. Les plaies, chez ces individus, aussi amaigris que le précédent, se fermèrent après l'amputation de la jambe en dix-huit jours, après l'amputation de Lisfranc en trente-huit jours.

Je dois encore dire que ce qui me décida à préférer le procédé de Pirogoff, ce fut l'état sain en apparence des malléoles et du talon qui n'était là que peu épaissi. J'ai très bien fait de prendre en considération ce signe si léger d'extension de la carie, car tout le calcanéum allait subir la dégénérescence graisseuse, et il commençait déjà à se laisser écraser sous le doigt.

La solidité de ce fragment osseux a du reste sur son emploi comme moyen de sustentation, une influence plus considérable que Schuh et Pirogoff ne semblent le croire. Jusqu'au mois de janvier (il avait été opéré le 2 août), le malade ne put pas s'appuyer sur son moignon, car celui-ci ne portait pas le poids du corps, même avec un soulier très bien

---

d'abeilles *femelles*, *mâles* et *ouvrières* à côté de leurs produits, la propolis, le miel et la cire. A cet égard, il vient d'être dépassé par un agriculteur du Maine-et-Loire, M. Debeauvoys, qui a établi sur le pont de communication de l'Annexe principale à la Rotonde, une ruche tout entière construite sur un modèle de son invention et dans laquelle on peut voir les abeilles rapporter leur butin, et travailler dans leur vitrine sous les yeux du public. Les abeilles paraissent se ressembler assez dans toutes les contrées, mais il n'en est pas de même du miel et de la cire, que l'on voit varier d'aspect, de couleur et d'odeur dans chaque localité, selon le genre de préparation qu'on a fait subir à ces deux produits, et, surtout, selon la nature des végétaux où butinent les abeilles. C'est ainsi qu'on assure que la saveur parfumée du miel de Narbonne est due aux labiées sur lesquelles il a été récolté, que la couleur brune du miel de Bretagne serait due au sarrazin. Auguste Saint-Hilaire rapporte d'ailleurs avoir trouvé au Brésil un miel rendu toxique par une plante vénéneuse de la famille des apocynées et Pline parle d'un miel des bords du Pont-Euxin qui rendait furieux, et qu'on désignait pour cette raison sous le nom de *mel mænomenon*, miel de démence.

Parmi les collections qui fourmillent dans les galeries de l'Annexe, nous ne pouvons énumérer tous les produits qui font communément la matière de tous les droguiers et qui ont été envoyés de quelques contrées, notamment des Indes anglaise et néerlandaise, comme succursales de magasins de droguerie ou d'herboristerie. On se plaint déjà de l'exiguïté du local; que serait-il donc arrivé si tous les exposants en droguerie eussent envoyé chacun un spécimen de tous leurs produits? Nous ne reconnaissons véritablement aucune raison d'être aux expositions de cette nature. Qu'il nous suffise de mentionner, parmi les plus importants de ces produits, ceux qui ont le plus intéressé au double point de vue de la science et de l'art médical : les résines de copal et animée d'Angleterre, la colle de poisson du Canada, la très belle gomme du Sénégal et aussi les fleurs du Brayera anthelmentica (*Rosacées*), ce nouveau spécifique tænifuge désigné sous le nom de Kousso d'Abyssinie et exposé par un pharmacien de Paris, M. Philippe, qui en fait une spécialité.

Au milieu de ces monceaux de drogues de toute espèce, quelques productions mériteraient peut-être encore d'être citées favorablement; mais, après avoir indiqué les plus remarquables, nous nous hâtons d'arriver aux nombreux produits et appareils qui se rapportent à l'hygiène, voulant terminer aujourd'hui tout ce qui a trait à la revue pharmacologique, afin de donner la parole à la librairie dans le feuilleton prochain.

rembourré, et cependant la plaie était bien formée, aucune inflammation nouvelle n'était imminente, soit dans les parties molles, soit dans les parties dures, ce qui éloignait toute crainte de nécrose.

Ce fut seulement après cette époque qu'il essaya de marcher avec des béquilles et de jour en jour mieux et plus facilement. En ce moment il essaie de marcher avec une canne. Ce retard dans l'usage du membre tient-il aux lésions dont les os ont été atteints ou à leur conformation, ou bien à leur mode de réunion?

N'ayant pu nous procurer les observations de MM. Schultz (de Vienne), Hope (de Bâle), etc., nous nous trouvons limités à l'appréciation clinique des quatre faits dont nous avons rapporté les détails.

Ces faits ne seraient pas concluants, s'ils n'avaient pas été confirmés par d'autres observations. Les malades ont guéri de leurs plaies, et ils commençaient à s'appuyer sur leur moignon ; mais il reste évident qu'ils ne marchaient pas encore librement, même au bout d'un an, et il serait indispensable d'avoir des renseignements plus complets sur leur état ultérieur.

Nous devons constater cependant qu'on ne saurait espérer un rétablissement plus prompt. Le travail de connexion organique des surfaces osseuses en contact exige un ramollissement, une hyperhémie et une ossification secondaire ou consécutive, dont les périodes sont forcément d'une grande lenteur; et c'est peu à peu, et sous l'influence modérée et persistante des pressions produites par les tentatives de marche, que la continuité osseuse peut acquérir les conditions de solidité et de résistance indispensables à ces fonctions.

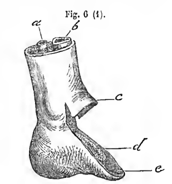
Sous le rapport des manœuvres et des résultats opératoires, nous examinerons successivement les différents temps de l'opération.

Section de la peau et formation des lambeaux. — M. Pirogoff commence son incision interne au-dessous de la malléole tibiale, et la conduit de ce point en bas et un peu en arrière (fig. 3) pour contourner la face inférieure du pied, et former le lambeau plantaire en ramenant le bistouri ou le couteau vers la malléole externe. Une deuxième incision à convexité antérieure passe au-devant des malléoles sur la face dorsale du pied, et achève la section des téguments.

Nous avons trouvé plusieurs inconvénients à ce procédé : le lambeau plantaire est trop court, ne peut être facilement réuni au lambeau dorsal, et la plaie n'est pas suffisamment couverte en avant par la peau (fig. 5). L'opérateur rencontre, de plus, de très grands obstacles à la désarticulation du pied et à la section de l'extrémité des os de la jambe. Les téguments, trop fortement bridés, gênent l'action du couteau, et peuvent être atteints et blessés soit par cet instrument, soit par la scie. Le danger le plus grave est la lésion de l'artère tibiale postérieure, qui descend avec ses veines satellites immédiatement en arrière de la malléole interne, dont elle n'est séparée que par un mince feuillet cellulaire, au travers duquel on l'aperçoit. Si cette artère est coupée dans cet endroit, la nutrition du lambeau plantaire est compromise, et, quoique l'on n'ait pas signalé parmi les complications la gangrène, on ne saurait se dissimuler, en pareil cas, l'imminence de cet accident.

Nous avons jugé plus simple et plus sûr de commencer l'incision verticale interne à un travers de doigt au-dessus du sommet de la malléole *c* (fig. 6), et de là nous la conduisons au bas et en avant, pour contourner la plante du pied *e* (fig. 6), et revenir du côté opposé la terminer au niveau du point de départ, un peu en avant de la malléole externe, qui descend, comme on le sait, beaucoup plus bas que l'interne, et est située beaucoup plus en arrière. Rien n'est ensuite plus aisé que d'ouvrir largement en avant l'articulation tibio-tarsienne, en relevant le lambeau dorsal et en promenant le couteau d'une malléole à l'autre ; on met à nu la face supérieure de l'astragale, et, en abaissant le pied de la main gauche, on contourne avec la pointe du couteau les malléoles, on divise en dehors les tendons des péroniers, et en dedans on engage la pointe de l'instrument entre la face latérale de l'astragale et la malléole correspondante, pour atteindre les ligaments très épais et très forts qui les unissent. Ce temps de l'opération est facilité par un léger mouvement de renversement du pied en dedans, en bas et en arrière, mouvement assez libre lorsqu'on a déjà coupé les ligaments latéraux externes, les tendons des péroniers, et isolé l'extrémité de la malléole externe. On achève alors la section des ligaments internes en rasant le bord postérieur de la malléole tibiale, avec la précaution de ne pas atteindre l'artère du même nom, qui s'en approche et y touche comme nous l'avons dit. On divise en finissant les tendons du jambier postérieur et des muscles fléchisseurs des orteils.

Fig. 6 (1).



Section des os. — M. Pirogoff a figuré (fig. 4) la section par la scie des malléoles interne A et externe B, avec conservation du cartilage de la surface articulaire du tibia. Il semble aussi que le calcanéum C a été coupé presque perpendiculairement de haut en bas et d'arrière en avant, comme l'auteur en donne, au reste, le conseil. Toutes les fois que nous avons opéré ainsi, nous avons eu beaucoup de peine à mettre les surfaces osseuses en contact, et il nous a souvent fallu abattre la partie supérieure et postérieure du calcanéum pour y réussir. Le même acci-

(1) Aspect général du membre après l'amputation. *a*, péroné; *b*, tibia ; *c*, lambeau dorsal; *d*, surface de section du calcanéum; *e*, lambeau plantaire. (Dessiné d'après nature par le docteur Hergott.)

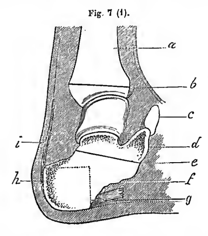
Les produits exposés qui ont trait à l'hygiène sont principalement des aliments : Boissons, conserves alimentaires et des appareils destinés à des usages très divers. Les boissons, surtout les boissons fermentées artificielles, s'y trouvent en très grand nombre. Il est bien probable que toutes ces recettes merveilleuses, enfantées par la nécessité, disparaîtront lorsque reviendra le cours normal de nos trois boissons : le vin, le cidre, la bière, et qu'on n'entendra pas plus parler alors de ces productions économiques affichées sur tous les murs : *sombrico, berg op zoom, sprucefir*, etc., que si elles n'avaient jamais existé. Il suffirait d'ailleurs de jeter les yeux sur les nombreux échantillons de vins naturels français et étrangers exposés, pour rester convaincu que l'on ne considère, en général, ces liquides, que comme des boissons de passage, et que l'usage qu'on en fait ne tient pas à ce que le goût des boissons naturelles aurait passé en France plus qu'à l'étranger.

Les conserves alimentaires occupent aussi une place fort importante. Les moyens de conservation employés sont de diverse nature. Ce n'est que sous certaines conditions incompatibles avec le développement des fermentations que les matières organiques peuvent se conserver. Parmi ces conditions, les plus importantes à remplir sont : 1° la privation de l'air ; 2° la privation d'eau et de toute humidité, soit dans la matière, soit dans l'air qui l'environne; 3° l'abaissement de la température à zéro ; 4° le séjour dans une solution saturée de sel marin (*saumure*) ; 5° l'exposition à la fumée dans le but d'imprégner les corps d'une petite proportion de créosote fonctionnant alors comme agent conservateur (*boucanage*.)

Un petit nombre d'exposants ont fait usage du procédé d'Appert ; l'un des premiers et des meilleurs moyens de conservation qui consiste à faire le vide dans les bocaux en les maintenant immergés dans l'eau bouillante pendant quelque temps pour les ficeler ensuite et les cacheter avec soin. D'autres ont employé la dessiccation et la compression à la presse hydraulique ; la plus importante exposition de conserves obtenues par ce procédé appartient à l'usine Chollet, dont les produits desséchés : carottes, pommes de terre, julienne, choux, etc., surpassent en beauté tout ce qu'on peut en ce genre. Nous ne sommes pas aussi enthousiaste de la julienne au gras destinée à remplacer le bouillon de bœuf. En général, on est peu disposé à accepter ces compositions, et nous avons souvent vu le public sourire lorsque le représentant de cette maison s'efforçait de démontrer les avantages de ses tablettes au gras remplaçant le bœuf. Ces sortes de conserves ne deviendront utiles et réellement acceptables que dans les cas où l'on sera complétement privé de viandes fraîches, sur mer, par exemple.

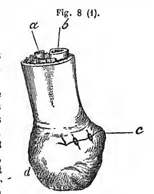
dent est arrivé, comme nous l'avons vu, à M. Michaelis. Il paraît donc convenable d'incliner davantage la section du calcanéum en bas et en avant, et d'enlever une lamelle de la totalité de l'extrémité tibiale, la présence du cartilage ne pouvant être qu'un embarras et un retard pour la guérison définitive. Une scie ordinaire suffit, à la rigueur, pour ces manœuvres, mais nous préférons une scie dont la lame à rotation est dirigée un peu en avant, ou encore, une scie à chaîne. Voici comment on procède : On abaisse fortement le pied, et l'on place le milieu de la lame de l'instrument en arrière et au-dessous de l'articulation astragalo-calcanéenne postérieure, indiquée dans ce point par une saillie osseuse astragalienne qui sert de guide et de point de repère. On n'a pas à s'occuper de l'astragale qui fait corps avec le calcanéum, et la scie retranche obliquement de ce dernier os (*e*, fig. 7) toutes les surfaces articulaires en passant au-dessous de la jointure cuboïdienne (*d*, même fig.). Dans les scies ordinaires, le support ou dos de l'instrument

Fig. 7 (1).



arcboute contre la face antérieure de la jambe, et force habituellement à donner à la section une inclinaison trop verticale. Il vaut donc mieux tourner la lame un peu en avant, si elle est mobile, ou recourir à la scie de Heync, dont l'application est rapide et se prête à toutes les indications. On suit, pour la division de l'os, l'inclinaison du lambeau (*d*, *e*, fig. 6). Il ne reste plus qu'à dégager les extrémités tibiale et péronière, et à les abattre perpendiculairement d'avant en arrière, pendant que le talon est tiré dans ce sens, pour mettre la peau à l'abri de l'action de la scie, précaution facile dans le procédé que nous venons de décrire. Si le calcanéum avait été coupé trop verticalement, on devrait en enlever une lamelle supéro-postérieure; mais on remédie encore mieux à cet inconvénient en obliquant de bas en haut et d'avant en arrière (*b*, fig. 7) le trait de scie qui porte sur les os de la jambe. Dans ces conditions, le rapprochement avec contact des surfaces osseuses se fait très bien, et on le maintient par quelques points de suture pratiqués entre les lambeaux (*c*, fig. 8). La section de bas en haut et d'avant en arrière du calcanéum nous a paru moins avantageuse, et nous n'y insistons pas. On pourrait, au premier abord, redouter que la rotation en avant et en haut, imprimée au calcanéum, ne gênât plus tard la sustentation et la marche, et j'ai entendu exprimer la crainte que les malades, venant à prendre un point d'appui sur le tendon d'Achille, n'en ressentissent quelque incommodité. Ce danger n'existe pas. Le renversement du talon en avant est à peine marqué, et le poids du corps porte toujours sur le coussinet fibro-graisseux, dont l'élasticité préserve complétement les insertions minces, fibreuses et comme périostiques du tendon d'Achille.

Fig. 8 (1).



Dans le cas où les faces antérieure et supérieure du calcanéum seraient enflammées, ramollies, cariées, on pourrait encore tenter la conservation de la portion postérieure, qui repose seule normalement sur le sol, en la circonscrivant par deux sections à angle droit (*g*, fig. 7), l'une partant de la bourse synoviale du tendon, et l'autre terminée en arrière du point où la face inférieure du calcanéum s'incline en haut et en avant pour concourir à la grande arcade plantaire. Cette modification opératoire exigerait la désarticulation préalable de l'astragale, et serait peut-être suivie de succès ; on ne saurait se dissimuler, toutefois, qu'outre le danger de voir l'inflammation s'emparer du noyau osseux calcanéen ainsi limité, on serait encore exposé aux complications résultant de l'ouverture de la bourse muqueuse qui sépare le tendon d'Achille du bord corrrespondant du calcanéum, et à la destruction par suppuration ou gangrène des pelotons graisseux très volumineux qui remplissent le grand intervalle (*i*, fig. 7) compris normalement entre la face postérieure de l'astragale, une portion du calcanéum et le tendon du gastro-cnémien. Ce serait néanmoins une extrême res-

(1) Coupe verticale de l'extrémité inférieure de la jambe et de la portion correspondante du pied. *a*, tibia ; *b*, section légèrement oblique d'avant en arrière, et de bas en haut du tibia ; *c*, surface scaphoïdienne de l'astragale ; *d*, surface cuboïdienne du calcanéum ; *e*, section oblique du calcanéum ; *f*, portion du calcanéum inclinée d'arrière en avant et de bas en haut, qui concourt à constituer la grande voûte plantaire ; *g*, section à angle droit de l'extrémité postérieure du calcanéum ; *h*, bourse synoviale située entre le tendon d'Achille et la face correspondante du calcanéum ; *i*, masse cellulo-graisseuse, placée au-dessus de la portion postérieure du calanéum, entre cet os l'astragale et le tendon d'Achille. (Dessiné d'après nature par le docteur Hergott.)

(1) Moignon dont la plaie est réunie par quelques points de suture, pour maintenir affrontées et en contact les surfaces osseuses. *a*, péroné ; *b*, tibia ; *c*, plaie tégumentaire et points de suture, *d*, talon.

Nous avons vu aussi des morceaux de viande, des côtelettes, des poissons, des oiseaux conservés au moyen d'une couche de substance imperméable et élastique qui les recouvre comme une sorte de vernis, substance désignée par l'exposant sous le nom de conservatine, et qui ne nous paraît être autre chose que la gélatine. Ce procédé, et c'est là le principal et très grave reproche qu'on puisse lui adresser, donne, en général, des produits peu appétissants.

Parmi les nombreux appareils, nous avons remarqué surtout des ventilateurs, des machines à balayer, à ramoner, des appareils pour distiller l'eau de mer et la rendre potable, notamment ceux de l'Angleterre et de la Suède, des water-closets, des fosses inodores et un modèle très ingénieux de fosses séparatoires des matières solides et liquides exposé par M. Chevallier, fils, à côté de substances animales pouvant servir d'engrais, et rendues imputrescibles par un procédé qui lui est propre et qui nous est inconnu aussi bien que celui de la Compagnie générale maritime pour la minéralisation des substances animales destinées à constituer des engrais. Nous donnerons aussi une mention honorable aux robinets de sûreté de M. David Macaire, avec lesquels toute falsification des liquides en fûts devient absolument impossible. Avec ce genre de robinets, on peut facilement tirer le liquide, mais on ne peut, en aucune façon, en introduire la moindre quantité dans le fût autrement que par la bonde, et avec l'assentiment du propriétaire. Cet avantage est dû à une disposition très simple, consistant en la présence à l'intérieur de la canette, d'un petit clapet prenant toutes les positions d'équilibre du fût, et qui, sans s'opposer à la sortie du liquide, s'oppose seulement à son intromission. Le prix de chaque fût de sûreté de la contenance de deux hectolitres, ne dépasse pas 18 francs. Il serait donc à désirer que l'administration recommandât l'usage exclusif de cette utile modification.

Mais, de tous les appareils qui se rattachent à l'hygiène, il n'en est pas qui méritent d'être plus favorablement mentionnés que les appareils à panification mécanique imaginés par M. Rolland et perfectionnés surtout par M. Boland.

A l'aide du pétrin mécanique de M. Rolland, on peut, — ce que le pétrissage à bras ne produira jamais — en un quart d'heure, transformer un sac de farine en une pâte homogène levée et aérée, sans pelotes ni grumeaux ; avec son four à air chaud et à sole tournante, la cuisson est parfaite, régulière et continue ; chaque pain n'est exposé que pendant le même temps aux ardeurs du four, et la croûte, n'étant plus en contact avec la cendre et la braise, est toujours d'une propreté remarquable.

Toutefois, le pétrin Rolland et ses analogues, dans lesquels les lames

source à tenter. Dans ce cas, le talon resterait perpendiculaire à l'axe de la jambe, et serait fortement porté en avant, directement au-dessous du tibia (voy. fig. 7).

Réunion et pansement de la plaie. — La réunion immédiate des surfaces osseuses paraît impossible. Une inflammation suppurative doit survenir, et la guérison suivre la même voie que dans les fractures compliquées de plaie. Ces conditions semblent indiquer l'affrontement des lambeaux en avant pour donner de la consistance et de l'immobilité au moignon ; on laisserait béants les angles postérieurs de la plaie, pour l'écoulement de la suppuration et la facilité des injections détersives ou de toute autre nature jugées nécessaires. On bornerait ainsi l'inflammation et l'on en préviendrait la propagation aux gaînes tendineuses. M. Pirogoff, dans le but d'éviter ce dernier et grave accident, propose de laisser aux tendons une grande longueur. C'est une question à étudier, car on pourrait également soutenir la proposition contraire, les gaînes tendineuses, vides, aplaties et en contact avec elles-mêmes devant se réunir par première intention avec une grande rapidité, si l'on sait prévenir toute inflammation diffuse en fournissant aux liquides une large et libre issue, comme nous l'avons depuis longtemps démontré.

Résultats de l'opération. — Nous avons signalé, au début de ce travail, les avantages si importants d'un moignon solide et perpendiculaire à la jambe. Le peu de raccourcissement du membre mérite d'être pris aussi en considération, quoique nous n'y attachions pas autant de valeur que M. Pirogoff, par la raison qu'une bottine rembourrée dissimulera toujours l'inégalité de longueur. Le point capital est la conservation d'une portion du calcanéum et du talon entier pour assurer la sustentation et la marche, et l'on exempte les malades de l'amputation de la jambe, alors même que l'articulation tibio-tarsienne est compromise par l'inflammation et la carie, comme on l'observe si fréquemment dans les tumeurs blanches du cou-de-pied, suites d'entorses.

C'est à ces divers titres que nous n'hésitons pas à recommander l'opération si ingénieuse et si remarquable de M. Pirogoff, et nous serions heureux que la traduction de son œuvre, nos remarques et les légères modifications apportées dans le manuel opératoire pussent concourir à en assurer l'adoption et le succès.

III.

CORRESPONDANCE.

Navires-Hôpitaux mobiles.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

J'ai lu avec intérêt les documents nombreux que renferme l'article critique de M. Senard sur mon projet de création de *bâtiments-hôpitaux mobiles*. Seulement, il contient une grave erreur, que j'ai hâte de dissiper : c'est que M. Senard me prête l'idée de conseiller l'emploi de la navigation comme moyen thérapeutique, tandis que je ne la conseille que comme moyen *hygiénique*.

Quant aux autres objections, pour y répondre efficacement, j'ai besoin de recueillir des documents scientifiques d'accord avec mes observations personnelles, et je m'en occupe dès à présent.

Agréez, etc. Dr ROCHARD.

Incompatibilité du calomel et de l'acide prussique.

Monsieur le Rédacteur,

Votre numéro du 27 juillet contient un article du professeur Delioux (de Brest), inséré auparavant dans le *Bulletin général de thérapeutique*, et intitulé : *De l'incompatibilité du calomel et des émulsions d'amandes.* Cet article intéressant et pratique au plus haut point m'a rappelé un autre mode de décomposition du calomel par l'acide prussique, signalé par M. J.-P.-Fr. Pagenstecher (de Berne), pharmacien distingué, dans les *Mittheilungen der naturforschenden Gesellschaft in Bern*, nos 95 et 96, 1847, p. 84-85. On avait prescrit, dans la pharmacie du neveu de l'auteur, un onguent composé d'axonge, d'un peu de graisse de mouton, de calomel et d'acide cyanhydrique dilué. Dès que cette dernière substance eut été ajoutée, cet onguent devint verdâtre, sans perdre aucunement de l'odeur caractéristique d'amandes amères. Frappé de ce résultat, le pharmacien expérimenta les résultats du simple mélange de calomel et d'acide prussique dilué. Le protochlorure de mercure se déposa sous forme d'un sédiment d'un vert foncé, dans lequel il fut facile de reconnaître, après quelque temps, de petits globules de mercure métallique. Des adjonctions ultérieures de calomel produisirent le même résultat, sans que l'acide chlorhydrique perdît en odeur ou en volume ; toutefois il vint un moment où une nouvelle adjonction du sel mercuriel ne fut plus suivie de cette décomposition chimique. Le liquide fut séparé du précipité et soumis à l'évaporation ; cette opération laissa pour dépôt du deutochlorure de mercure (sublimé corrosif), sans trace d'acide prussique. M. Pagenstecher explique ces altérations par la formule suivante :

$$Hg^2Cl^2 + H^2Cy^2 = Hg + H^2Cl^2 + HgCy^2 = HgCl^2 + Hg + H^2Cy^2.$$

Agréez, etc. Dr CORNAZ (de Neuchâtel-Suisse).

Double fracture de la base du crâne ; guérison rapide.

Monsieur le Rédacteur,

On lit, à la page 429 du tome II de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, une observation extraite du *Siglo medico* (de Madrid), et intitulée : *Contusion de la tête, écoulement de sérosité par l'oreille*, par M. Oli-

---

sont perpendiculaires à l'axe, ont l'inconvénient de ne pouvoir servir pour les pâtes fermes ; de plus, l'agitation continue de la pâte s'oppose au développement normal de la fermentation, et le pain n'est jamais suffisamment levé. Le pétrin mécanique perfectionné par M. Boland, produisant avec ses lames courbes-spiralées un pétrissage intermittent, et pouvant servir, à la fois, pour les pâtes fermes comme pour les pâtes douces, est d'une supériorité réellement incontestable, et il nous paraît difficile d'y apporter un plus haut degré de perfectionnement. C'est cet appareil qui fonctionne depuis plusieurs années, et avec succès, à la boulangerie générale des hôpitaux. Malgré tous les avantages que présente cette invention, aussi bien pour les mitrons et les geindres que pour le public, comprend-on que les ouvriers boulangers aient, en 1830, poussé le vandalisme jusqu'à détruire tous les pétrins mécaniques qui existaient alors, et n'est-il pas inimaginable qu'il n'y ait encore à Paris que quelques boulangers qui fassent usage de ce merveilleux appareil ! L'homme serait-il donc condamné, au propre comme au figuré, à manger éternellement son pain à la sueur de son front?

HÉBERT,

Pharmacien en chef de l'hospice de Bicêtre.

Le comité directeur de la rédaction de la *Gazette médicale de Lisbonne* s'est réuni pour remercier M. le docteur Bernardino-Antonio Gomes des bonnes relations qu'il a su nouer entre cette feuille et les principaux journaux de médecine de Paris, lorsqu'il a accompagné en France le roi de Portugal.

— La session du Congrès de statistique international de Paris s'est ouverte le 10 septembre, au ministère de l'agriculture et du commerce.

— Par suite d'une mesure administrative, un dépôt spécial des blessés de l'armée d'Orient va, dit-on, être établi à Rueil.

— M. le docteur Roche (d'Avignon) a succombé récemment à une attaque d'apoplexie.

— Le corps médical de Paris vient de perdre deux de ses honorables membres, M. le docteur Charrier et M. le docteur Rampon, ex-chirurgien militaire.

— La chaire de médecine à l'Université d'Édimbourg est devenue vacante par la démission de M. Alison. Les concurrents connus sont MM. T. Gairdner, Al. Wood et Laycock.

varès. Permettez-moi de vous rappeler à ce sujet une autre observation publiée dans les *Annales de la Soc. méd.-chir. de Bruges* (1854, p. 64-67), par le docteur L. Gicot (do Levroux), sous le titre de : *Signes d'une double fracture de la base du crâne ; guérison rapide.*

Un homme, renversé par un cheval qu'il tenait à la bride, vint frapper de la partie postérieure de la tête contre un mur. Il perdit connaissance, au dire des témoins du fait, et rendit une assez grande quantité de sang par le nez, la bouche et l'oreille droite. Deux heures plus tard, l'auteur constata chez lui une grande somnolence, réponses difficiles et vagues, demi-résolution générale ; pupilles dilatées, réagissant sous l'influence de la lumière, etc. Une tumeur sanguine existe à la partie postérieure de la tête ; l'écoulement de sang continue par l'oreille droite ; ecchymose sous-conjonctivale à l'œil gauche. Prescriptions : Saignée ; douze sangsues derrière l'apophyse mastoïdienne droite ; sinapismes aux deux cuisses. Le lendemain et le surlendemain, un écoulement séreux remplaça le sang à l'oreille droite, pour s'arrêter le quatrième jour, moment où l'ecchymose persistait et s'était même étendue à la paupière inférieure gauche. L'accident était arrivé le 15 avril 1851, et le malade entrait en convalescence le 20.

Voilà donc un cas où, malgré un diagnostic probable de fracture de la voûte orbitaire du côté gauche et de fracture du rocher du côté droit, et un pronostic des plus graves, le malade fut rétabli après cinq jours de traitement. La présence d'une ecchymose sous-conjonctivale et palpébrale a assez fréquemment lieu sans qu'il y ait eu fracture de la voûte orbitaire, et, récemment encore, j'ai observé un cas de ce genre à l'hôpital Pourtalès ; mais l'écoulement séreux provenant après une chute a été observé bien rarement en dehors de la présence d'une fracture du rocher. Toutefois MM. Chassaignac et Nélaton en ont aussi observé. M. Gicot l'attribue alors à une simple déchirure du cul-de-sac arachnoïdien qui accompagne le nerf auditif dans le conduit auditif externe.

Dr CORNAZ.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 27 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière*, par M. *Brown-Sequard.* — De ce que les cordons postérieurs paraissent être la seule partie sensible de la moelle, on avait conclu que la transmission des impressions sensitives ne s'opère que par ces cordons. Mais, après avoir établi que des parties insensibles peuvent transmettre des impressions sensitives, l'auteur se propose de démontrer par des faits anatomiques et par des vivisections que les cordons postérieurs et leur continuation, les corps restiformes, ne peuvent pas être l'ensemble des fibres sensitives du corps montant vers l'encéphale.

Une section transversale des cordons postérieurs est faite à la région des dernières vertèbres dorsales, et la sensibilité des membres abdominaux est augmentée. De plus, la sensibilité de la surface de section des cordons postérieurs et des racines postérieures qui naissent en arrière de la section est, en général, plus grande que celle des parties qui sont en avant.

Après une section longitudinale de la portion de la moelle qui donne origine aux nerfs des membres abdominaux, la sensibilité est perdue dans les deux membres postérieurs, tandis que le mouvement y persiste au moins en partie. Dans ce cas, la continuité des cordons postérieurs reste intacte, et cependant la transmission ne se fait plus : ce n'est donc pas par eux qu'elle s'opère.

Après la section transversale complète des cordons postérieurs, au niveau du bec du calamus, la sensibilité persiste dans le corps entier de l'animal ainsi que dans les cordons et les racines postérieures, en arrière de la section, tandis qu'elle paraît complétement manquer dans la plus grande partie des corps restiformes. L'auteur a trouvé récemment que les corps restiformes, même à l'état normal, sont si peu sensibles qu'on peut les piquer ou les traverser de part en part sans provoquer de traces de douleurs. C'est là assurément un fait capital contre la théorie que les cordons postérieurs et leur continuation, les corps restiformes, sont l'ensemble des fibres nerveuses sensibles du corps montant vers l'encéphale.

Pour prouver que les cordons postérieurs ne contiennent aucune fibre sensitive se dirigeant vers l'encéphale, M. Brown-Sequard, après avoir constaté que la sensibilité existe à la surface supérieure d'une section des cordons postérieurs, à la région lombaire, pratique une seconde section de ces cordons à la région cervicale, et il trouve que la sensibilité continue d'exister à la surface supérieure de la première section.

Si, après la section en travers de toute la moelle épinière, excepté les cordons postérieurs, à la région de la dixième vertèbre dorsale, on a laissé une petite quantité de substance grise intacte, adhérente encore aux cordons postérieurs, il reste de la sensibilité dans les membres abdominaux. Mais si toute la substance grise a été coupée et s'il ne reste de la moelle absolument que les cordons postérieurs, les membres abdominaux ne sont plus sensibles.

L'auteur, discutant l'opinion émise par M. Ludwig Turck, que c'est le cordon latéral droit qui est chargé de transmettre les impressions reçues par la moitié gauche du corps, et *vice versâ*, pense que M. Turck a été trompé, par suite de la difficulté de laisser intacte la substance grise centrale, quand on fait la section des cordons latéraux ; car le phénomène signalé par M. Turck ne s'observe pas quand la substance grise centrale n'a pas été lésée dans l'expérience. La section en travers des cordons antérieurs de la moelle, à la hauteur des premières vertèbres lombaires, amène une exagération de la sensibilité dans les membres abdominaux. Après la section en travers de toute la substance blanche de la moelle sans trop léser la substance grise centrale, la sensibilité persiste, mais diminue en arrière de la section.

Des expériences directes ont conduit M. Brown-Sequard à conclure que c'est la substance grise centrale de la moelle qui transmet les impressions sensitives jusqu'à l'encéphale.

Si à la région dorsale on coupe transversalement toute la substance grise, on trouve que la sensibilité est perdue dans les membres postérieurs, quelle que soit la partie de la substance blanche qu'on laisse intacte. Cette expérience démontre aussi que la propriété de transmettre les impressions est indépendante de la propriété d'être sensible, car la substance grise de la moelle paraît ne pas être sensible. L'auteur cite d'autres faits qui prouvent que la faculté de transmettre l'action nerveuse peut appartenir à des parties insensibles.

Des faits et des raisonnements contenus dans son mémoire, M. Brown-Sequard tire les deux conclusions suivantes :

1° Pour arriver au centre percepteur, les impressions sensitives reçues par le tronc et les membres ne passent pas tout le long des cordons postérieurs, à partir de leur point d'arrivée à la moelle épinière jusqu'à l'encéphale. 2° Si, pour être perçues, les impressions sensitives, reçues par le tronc et les membres, doivent arriver jusqu'à l'encéphale, c'est par la substance grise de la moelle épinière que la transmission s'opère en dernier lien. (*Comm.*: MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

Troisième mémoire à propos de la fonction glycogénique du foie, par M. *Figuier*. (*Comm.*: MM. Dumas, Pelouze, Rayer.) — Nous avons publié ce travail en entier dans notre dernier numéro.

Recherches sur l'influence de la lumière sur la production de l'acide carbonique des animaux, par M. *Moleschott*, de Heidelberg. — L'appareil qui a servi à ces expériences se compose : 1° d'un flacon à double tubulure, dans lequel sont enfermés les animaux en expérience ; 2° d'un premier appareil de Woolf, adapté à l'une des tubulures, à moitié rempli d'une solution de potasse, et que doit traverser l'air atmosphérique avant de pénétrer dans le flacon (à grenouilles); 3° d'un second appareil de Woolf fixé à l'autre tubulure, et contenant de l'acide sulfurique concentré ; 4° d'un tube à chlorure de chaux ; 5° d'un appareil de Liebig renfermant la solution de potasse destinée à recueillir l'acide carbonique expiré ; 6° d'un tube rempli de potasse sèche ; 7° d'un aspirateur de M. Brunner.

Dans un premier tableau, l'auteur expose les nombres obtenus pour des individus divers, qui, dans les expériences comparées entre elles, étaient de même sexe, à peu près de même grandeur, pris le même jour et gardés sous des conditions égales, sauf l'action de la lumière et de la température.

D'après les nombres moyens obtenus de trente-quatre séries d'expériences, la valeur de l'acide carbonique produit dans l'obscurité est à celle de l'acide carbonique exhalé à la lumière comme 522 : 654 = 1 : 1,25 ; tandis que la température dans le verre était plus grande de 2°,93 à la clarté que dans l'obscurité.

Par des journées très claires, M. Moleschott a donc trouvé une quatrième partie d'acide carbonique de plus sous l'action de la lumière que dans les ténèbres.

Dans un deuxième tableau, l'auteur expose les nombres obtenus par un

temps pluvieux ou même par un ciel seulement couvert de nuages. Il a trouvé que, dans ces conditions, l'action de la lumière du jour réfléchie n'est pas assez forte pour augmenter l'acide carbonique produit par les grenouilles.

M. *Remack*, en faisant hommage à l'Académie d'un exemplaire de son mémoire *sur l'électrisation méthodique des muscles*, déclare qu'il a constaté, par de nombreuses expériences sur l'homme vivant, que pour produire un raccourcissement complet d'un muscle, il faut laisser agir le courant électrique sur le nerf du muscle.

MÉDECINE. — Diverses pièces relatives au choléra présentées par MM. *Sirus Pirondy* (de Marseille), *Cadet* (de Rome), *Duchaussoy*, *Sainville*, *Vinci* et *Hansotte*. (*Commission du prix Bréant.*)

ANATOMIE COMPARÉE. — *Note sur les caractères encéphaliques des mammifères aquatiques* (*phoques et cétacés*), par M. *Dareste*.

TÉRATOLOGIE. — *Observation d'un enfant monstrueux* né dans la commune d'Épreville, arrondissement de Pont-Audemer (Eure), par M. *Noueker*. (*Comm.:* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire.)

Mémoire sur les sangsues, par M. *Bouniceau*. Dans ce nouveau travail, l'auteur présente : 1° l'indication des espèces ou variétés qu'il considère comme préférables ; 2° l'examen d'un procédé vicieux de dégorgement qui a été plusieurs fois préconisé ; 3° l'ensemble des signes auxquels on peut reconnaître qu'une sangsue est en condition de produire l'effet qu'on en attend. (*Comm.:* MM. Milne Edwards, de Quatrefages, Moquin-Tandon.)

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ÉCONOMIE DOMESTIQUE. — *Note sur la destruction des punaises*, par M. *Thenard*. — L'auteur propose, pour détruire ces insectes incommodes et souvent malfaisants, de laver à plusieurs reprises, au moyen d'une éponge trempée dans une dissolution bouillante de savon, les murs, les tapisseries, les meubles et les boiseries envahis par ces hôtes détestables.

M. *Despretz* assure qu'il s'est servi avec avantage de fumigations soufrées, suivies d'autres fumigations pratiquées avec un mélange de chaux et de sel ammoniac. L'acide sulfureux détruit non-seulement les punaises, mais aussi leurs œufs.

MÉDECINE. — *Note de M.* Neil Arnott *sur le lit hydrostatique ou matelas flottant en usage dans les hôpitaux de l'Angleterre, proposé d'abord par lui.* — L'objet de ce matelas est de prévenir les fatigues, les souffrances, les accidents (compression, excoriations, eschares, etc.) qui résultent d'un séjour prolongé au lit pour les sujets déjà émaciés, affaiblis par une longue maladie. Suivant l'auteur, le lit hydrostatique, outre l'avantage d'être mou au delà de tout autre lit, a les avantages suivants : une grande facilité de laisser changer la position des malades, comme pour panser une plaie sur le dos ; la facilité de placer un vase sous le corps ; la facilité de maintenir la température désirée ; la facilité, par l'épaisseur des parties du matelas ou des coussins, de donner au malade une position quelconque. (*Section de médecine et de chirurgie.*)

ZOOLOGIE. — *Note sur un jeune aye-aye vivant*, par M. *Liénard* père (de l'île Maurice). — Cet animal, âgé de trois à quatre mois, est du sexe masculin ; il a le front large et bombé, le nez bien dessiné, la bouche petite, les yeux noirs, les oreilles nues et placées horizontalement, la face grise et couverte de soies et de duvet, les membres et la queue noirs. Son pénis se trouve logé dans une membrane blanche ; ses testicules sont excessivement petits et cachés sous la peau.

L'aye-aye se sert de ses membres antérieurs pour porter les aliments à sa bouche.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Deux rapports de MM. *Yvonneau* et *Bernier*, contenant le compte rendu des maladies qui ont régné en 1854 dans les arrondissements de Blois et de Romorantin. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un travail statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par M. le docteur *Dagonet*, médecin de l'asile de Stephansfeld. (*Comm.* : MM. Villermé, Baillarger, Londe.) — *c.* Une notice sur un lit inventé par M. *Villot-Leroy*, et destiné aux blessés. (*Comm.* : MM. Larrey et Gimelle.) — *d.* Une série de lettres relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets.*)

2° Communications de : *a.* M. le docteur *Alliot* (guérison du cancer de la face par l'acupuncture et par des lambeaux de peau empruntés au front, à la face, et appliqués sur la plaie). (*Comm.* : M. Jobert.) — *b.* M. le docteur *Cornerin* (réclamation de priorité relative à la transmission du choléra par la larve d'une mouche). (*Commission du choléra de 1854.*) — *c.* M. le docteur *Pons* (observations sur l'efficacité de la vaccine). — *d.* M. le docteur *Rochard* (note sur une nouvelle ceinture herniaire). (*Comm.* : MM. Malgaigne, Ricord.) — *e.* M. le docteur *Boulu* (nouveau traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée.) (*Comm.* : MM. Poiseuille, Soubeiran, Bouvier.) — *f.* M. le docteur *Remy* (observations sur la vaccine, la variole et le collodion). (*Commission de vaccine.*) — *g.* M. le docteur *Maisonneuve* (observation relative à un cas d'obstruction intestinale datant de vingt-cinq jours ; entérotomie du côlon lombaire droit ; établissement d'un anus artificiel). (*Comm.* : M. Jobert.)

Lectures et Mémoires.

THÉRAPEUTIQUE. — M. *Robinet*, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'un rapport sur une note de M. *Allègre* relative à l'emploi du *piment* (*Capsicum annuum*) dans le traitement des hémorrhoïdes.

M. Allègre raconte lui-même qu'ayant eu l'occasion d'observer, dans le cours de ses voyages, l'extrême rareté des hémorrhoïdes au sein des populations qui font un usage fréquent du *Capsicum* (piment), l'idée lui vint d'essayer cette plante comme moyen curatif de cette douloureuse affection. Le succès a presque toujours répondu à son attente depuis plusieurs années qu'il fait usage de ce remède.

La commission a vainement interrogé les annales de la science, vainement elle a consulté les lumières et la pratique des savants et des médecins les plus consommés, dans le but de savoir si quelque tentative du même genre avait été faite antérieurement à M. Allègre. Le seul renseignement qu'on ait pu recueillir sur le *piment*, c'est que dans certaines contrées c'est un condiment fort goûté et dont quelques personnes font un usage habituel.

Un des membres de la commission a voulu expérimenter le piment contre les hémorrhoïdes.

Il a pu réunir une cinquantaine de cas traités par ce nouveau médicament. Il a partagé les hémorrhoïdes en deux classes : 1° celles qui sont *passagères*, qui apparaissent et disparaissent capricieusement, une ou plusieurs fois dans le courant d'une année, et qui cèdent souvent à un simple topique, au repos, au changement de régime ; 2° celles que l'on pourrait appeler *permanentes* ou *chroniques* et qui durent depuis plusieurs années, avec des exacerbations fréquentes, des hémorrhagies graves et un suintement blanc presque continuel.

Voici les principaux résultats obtenus dans les cinquante cas dont il est question :

L'administration du piment a procuré, dès le deuxième jour, un soulagement notable dans les cas d'hémorrhoïdes *passagères* ; la douleur a disparu peu à peu, et la tumeur s'est flétrie progressivement ; quelques jours ont suffi pour amener une guérison complète. M. le rapporteur pense qu'il est rationnel de voir dans ce fait autre chose qu'une simple coïncidence.

Dans les cas d'hémorrhoïdes anciennes constitutionnelles, offrant des symptômes d'irritation et d'étranglement, avec douleur atroce, gonflement énorme, avec ou sans hémorrhagie, l'emploi du piment a suffi pour modifier, au bout de peu de jours, l'état du malade, et pour rendre assez promptement les tumeurs hémorrhoïdales flasques et indolentes.

Les progrès de la guérison sont d'une extrême lenteur dans les cas de marisques (hémorrhoïdes durcies) datant de quinze, vingt ou vingt-cinq ans.

C'est donc contre les hémorrhoïdes récentes ou contre ces tumeurs à l'état d'exacerbation que le piment doit surtout être employé et semble réussir.

On l'administre sous forme de pilules, en poudre, à la dose de 0gr,75 à 1 ou 2 grammes par jour; ou bien en extrait aqueux à la dose de 0,60 à 0,80, moitié le matin, moitié le soir.

La commission, avant de proposer pour ce médicament l'application des décrets relatifs aux remèdes nouveaux, croit devoir engager M. Allègre à produire de nouvelles observations ; elle invite aussi les praticiens à expérimenter le piment comme moyen de traitement des hémorrhoïdes, et à faire connaître à l'Académie le résultat de leurs essais.

M. *Gerdy* trouve que les résultats signalés dans le rapport sont d'un vague déplorable. Il aurait été fort important de dresser une sorte de statistique, et d'indiquer combien de fois et dans quels cas le piment avait ou guéri, ou soulagé, ou était demeuré sans résultat. Serait-ce un remède héroïque, et faudrait-il le placer entre le quinquina et le mercure?

M. *Robinet* répond qu'il est formellement dit dans le rapport que le piment doit être administré, pour être efficace, dans les cas d'exacerba-

tion des tumours hémorrhoïdales. D'ailleurs on a eu soin de no pas exalter la valeur du remède, attendant, pour formuler une opinion favorable, que des expériences nouvelles et plus nombreuses soient venues édifier la commission sur son efficacité.

M. *Piorry* est d'avis qu'il n'y a pas de *spécifique* possible contre une affection caractérisée par une dilatation variqueuse des radicules veineuses du rectum et uno disposition morbide particulière du tissu cellulaire ambiant, affection qui se manifeste dans des circonstances spéciales, chez les sujets pléthoriques, chez ceux qui ont des habitudes sédentaires, dans les cas de constipation fréquente, de stase sanguine dans les vaisseaux hémorrhoïdaux. Le bon sens, l'anatomie, la physiologie s'unissent pour dire que dans ce cas le meilleur remède, l'indication la plus rationnelle, c'est de détruire l'obstacle à la circulation, et de favoriser, par les moyens les plus simples, le retour du sang vers le cœur.

M. *Jobert* assure qu'il a essayé avec succès le *Capsicum annuum* sur plusieurs malades de son service affectés d'hémorrhoïdes.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

LES EARTHMEN (*hommes terriens*). — M. *Morris* présente à l'Académie deux jeunes enfants amenés, il y a plus de quatre ans, du cap de Bonne-Espérance en Angleterre par le capitaine *Wetherall*. L'un, le petit garçon, est âgé de quatorze ans ; l'autre, la petite fille, a dix-sept ans. Ils ont la taille des prétendus Aztèques. Les proportions de leurs formes sont d'une parfaite régularité. Au dire de leur conducteur, ils n'ont point grandi depuis leur arrivée en Europe.

Leur intelligence est assez développée ; ils parlent bien l'anglais, et ils dessinent, dit-on, passablement.

Si l'on en croit la notice, ils appartiennent à *une race africaine d'hommes lilliputiens inconnue jusqu'à ce jour*, et que les Anglais désignent sous le nom d'*Earthmen* ou terriens, à cause de l'habitude qu'ils ont de se loger exactement comme le lapin de nos garennes et de se creuser en terre des trous qu'ils garnissent de feuilles d'arbres et dont ils bouchent l'entrée de manière à cacher leur retraite à tous les regards.

(Des remercîments sont adressés à M. *Morris*, et les *Earthmen* renvoyés à l'examen de la *Commission des Aztèques*.)

EAUX MINÉRALES. — M. *Boullay*, en l'absence de M. *O. Henry*, donne lecture d'un certain nombre de rapports relatifs à des sources minérales pour l'exploitation desquelles l'avis de l'Académie avait été demandé.

Les conclusions de ces divers rapports sont adoptées sans discussion.

La séance est levée à quatre heures vingt-cinq minutes.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Laryngite sous-muqueuse (œdème de la glotte) chez un enfant épileptique; laryngo-trachéotomie; succès ; mort dans une récidive, par le docteur RIPOLL, chirurgien adjoint à l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Nul ne doute aujourd'hui des avantages attachés à la laryngo-trachéotomie. Cette opération échoue souvent ; mais combien de malades menacés d'une mort imminente ne lui ont pas dû leur salut dans les périodes extrêmes, soit du croup, soit de l'œdème de la glotte ! On peut, entre autres, à cet égard, consulter les écrits de MM. Trousseau et Sestier.

L'exemple suivant, qui vient grossir la liste des faits connus, présente des particularités remarquables.

Un enfant de quatre ans, par suite de frayeur, avait été pris à vingt-deux mois d'accès épileptiques se renouvelant tous les douze ou quinze jours. Soumis à l'oxyde de zinc, le malade n'éprouva d'abord aucun soulagement ; mais dans les derniers temps les crises semblaient tendre à s'éloigner. Soudain, le 17 décembre 1853, se manifeste, avec de l'enrouement, une gêne notable de la respiration.

Ces accidents, toutefois, considérés comme une surexcitation de bronchite habituelle, n'avaient causé qu'une médiocre inquiétude, quand, dans la nuit du 19 au 20, survint une suffocation tout à fait alarmante.

Appelé dès le matin, M. Ripoll trouva l'enfant assez calme. La respiration était plus bruyante que difficile ; la parole avait quelque chose de rauque et de saccadé. Les amygdales étaient rouges, hypertrophiées, douloureuses ; point de traces de pseudo-membranes.

En présence même du médecin prêt à formuler sa prescription, une quinte de toux violente, prolongée et sans expectoration laissa le petit patient pâle et essoufflé. Pressentant une affection croupale, bien qu'aucun signe anatomique n'en donnât la certitude, M. Ripoll conseilla simultanément six sangsues aux angles des mâchoires, une potion stibiée et des révulsifs extérieurs.

Le soir, malgré l'application scrupuleuse des moyens indiqués, le progrès des symptômes avait été tel que l'on s'attendait à chaque instant à une issue funeste.

M. Ripoll, soupçonnant dès lors un œdème de la glotte, proposa l'opération, qui fut pratiquée de concert avec M. Roques d'Orbcastel fils et avec le concours de MM. Buffy et Rigal, internes des hôpitaux.

L'ouverture, comprenant le cartilage cricoïde et deux anneaux de la trachée-artère, se fit sans difficulté. Seulement, une toux convulsive s'étant déclarée, l'enfant tomba comme asphyxié, en buvant une quantité considérable de salive, état qui s'amenda néanmoins, en suite de l'évacuation par la plaie de mucosités abondantes.

Un grand écueil fut le maintien des canules. Après plusieurs essais, on s'est vu obligé de renoncer à la gaîne extérieure.

Du 21 au 30, sauf des interceptions momentanées de respiration occasionnées par l'obstruction de la canule, tout alla passablement. La phlegmasie tonsillaire marchant à la résolution, et le larynx, auparavant fermé, livrant à l'air un libre accès, on crut pouvoir négliger le secours de la sonde.

Mais il fallut la remettre. Le 11 janvier, arrachée par l'enfant, elle n'est plus replacée. Insensiblement, la plaie se cicatrise.

Vers le 20, malheureusement, les symptômes récidivent, et le 23 arrivent à leur summum. Un traitement analogue au précédent suffit pour les modérer.

Jusqu'au 15 février, le mieux se soutient ; tout à fait rendu à la santé, l'enfant suit son régime ordinaire.

Le 16, nouveaux accidents. Cette fois, l'opération, qui paraissait indispensable, fut refusée. Cependant la crise se passa encore, mais hélas ! pour se reproduire le 3 mars et déterminer une mort rapide ?

A quelle circonstance pathologique rapporter les phénomènes ? L'autopsie n'ayant point eu lieu, il est difficile d'affirmer, sur la seule absence de fausses membranes, l'existence d'une laryngite sous-muqueuse. L'épilepsie aurait-elle joué ici quelque rôle ? Quoi qu'ait avancé M. Marshall Hall de l'action des muscles laryngiens dans la production des attaques, cela n'est pas probable. L'asphyxie purement glottique est rare chez les individus atteints de mal caduc. La plupart succombent à la congestion cérébrale.

En dépit de ces incertitudes, on ne doit pas moins enregistrer comme curieuse et significative une opération en réalité suivie de succès, puisque celui qui l'a subie n'a succombé, après soixante-quatorze jours, qu'à une inexplicable rechute. (*Gazette médicale de Toulouse*, mai et juin 1855.)

Du délire pellagreux, par le docteur J. CLERICI, médecin du grand hospice de Milan.

La pellagre, connue de nom seulement par la plupart des médecins français, règne, on le sait, endémiquement dans quelques contrées méridionales, en Italie, en Espagne, et en particulier dans la Lombardie. Elle consiste en plaques érythémateuses, irrégulièrement arrondies, variant du rouge sale au grisâtre argenté, rugueuses, fendillées, et donnant lieu à une desquamation abondante.

Cette éruption peut se manifester sur les différents points de la surface cutanée ; mais elle envahit de préférence les mains, les avant-bras, le devant de la poitrine, et en général les parties qui, étant découvertes, sont les plus exposées à l'action du soleil ; le visage est rarement atteint.

Sa marche est essentiellement chronique, et le plus souvent périodique. Le printemps est d'ordinaire l'époque des récidives.

Curable chez un bon nombre de malades, chez d'autres, l'érythème pellagreux persiste, s'aggrave, et entraîne des complications funestes.

Dans certains cas, en effet, même dès le début, on voit survenir des troubles intestinaux, de la diarrhée, de l'amaigrissement, une disposition hypochondriaque et un véritable délire, signes qui, en progressant, peuvent amener la dégradation complète et la mort, abrégée quelquefois par le suicide.

Plusieurs auteurs ont, dans ces derniers temps, attiré l'attention sur le délire des pellagreux ; mais jusqu'à présent leurs recherches n'ont point abouti à en préciser nettement le caractère. Se diversifie-t-il suivant les individus ou les circonstances ? N'est-il pas, au contraire, toujours identique avec lui-même ?

La première opinion semble résulter de la généralité des appréciations. Tantôt le désordre mental affecterait la forme lypémaniaque, d'autres fois celle de la torpeur ou de la manie. « Les malades, dit Francesco Frapolli, qui l'un des premiers a mentionné le fait dès 1771, commencent à souffrir de la tête ; en proie à l'insomnie et aux vertiges, ils deviennent tristes et craintifs ; l'esprit s'engourdit presque jusqu'à la *fatuité ;* enfin, coïncidant avec le flux du ventre, se déclarent des idées hypochondriaques, et quelquefois des accès de manie. »

C'est à peu près dans les mêmes termes que sont conçues la majeure partie des descriptions mentionnées par l'auteur, entre autres celles de Gherardini, W. Jansen, Fanzago, Luigi Careno, Mozè Rizzi, Monneret et Fleury, Brierre de Boismont, etc.

Il suit de là un embarras pour assigner au délire pellagreux une place certaine dans la nomenclature. Longtemps M. Clerici crut, comme à peu près tout le monde, à la mobilité de ses formes. Toutefois, depuis deux ans que, préposé à la cure des aliénés du grand hôpital de Milan, il a eu l'occasion d'examiner la folie sur une masse d'individus atteints de pellagre, une observation attentive n'a pas tardé à le convaincre que, dans l'immense partie des cas, cette variation de l'aspect phénoménal, toute accidentelle, ne détruisait point l'unité de l'état morbide. « Le délire pellagreux, dit-il, n'est point le Protée décrit par les auteurs, mais un délire vertigineux, vague, confus, accompagné de stupidité, de difficulté de la mémoire, de pesanteur, sans idée fixe ni excitation violente durables. Tous les symptômes qui paraissent appartenir à d'autres espèces sont accessoires, momentanés ; le fond délirant reste le même dans tout le cours de l'affection. »

Déjà M. Baillarger, dans ses remarquables articles sur la folie et la paralysie des pellagreux, avait rapproché leur condition mentale de celle des stupides ou *déments aigus* d'Esquirol, qu'il a si bien spécifiée sous la qualification peut-être impropre de *mélancolie avec stupeur*.

Comme nous l'avons exprimé souvent nous-même, dans les confusions cérébrales qui distinguent certaines espèces délirantes, entre autres la stupidité, le *delirium tremens*, les délires produits par l'épilepsie, par le plomb, le hachisch, l'opium, etc., etc. (et, à en juger par l'opinion de M. Clerici, celui des pellagreux s'en rapprocherait), l'agitation, les cris, les hallucinations, la tristesse, les idées de suicide n'ont point de signification propre. Ce sont de simples incidents qui, s'ils peuvent faire varier l'expression symptomatique, ne modifient point la situation principale favorable à leur production.

Il importe ici de ne pas perdre de vue la subordination des phénomènes. Le chaos, voilà le fait permanent ; puis fortuitement, capricieusement, selon les hasards de l'incitation vasculaire, surgissent des hallucinations. De là cette réaction presque toujours de nature triste, tantôt violente, tantôt concentrée, mais qui ne se rapporte pas plus, dans le premier cas, à l'incohérence de la manie, que dans le second à la fixité lypémaniaque, et partant n'accuse point une révolution réelle dans la maladie. La méconnaissance de ces évidentes relations a, selon nous, été jusqu'ici l'un des plus grands obstacles à l'établissement d'une bonne nomenclature mentale. En pathologie, les degrés peuvent varier ; il s'opère des complications, il se manifeste des épiphénomènes, mais les types ne changent point à volonté ; et s'il en apparaît quelquefois autrement, c'est que vraisemblablement la nature ne nous permet point de pénétrer ses secrets.

Mais revenons au mémoire de M. Clerici. A travers quelques oscillations, le délire des pellagreux aboutit graduellement à la démence ; rarement il subit de véritables intermittences. Si d'aventure il guérit, le malade n'en conserve que le vague souvenir d'une sorte d'ébriété. Son intensité varie en raison de certaines prédominances organiques ; faible quand la peau seule est affectée, quel que soit le degré de l'éruption, il augmente s'il coïncide avec une lésion gastrique et surtout cérébro-spinale. Les diarrhées abondantes procurent du calme, mais momentanément.

En somme, pour M. Clerici, le délire des pellagreux, mélange de torpeur et d'agitation hallucinatoire, devrait être rangé parmi nos folies stupides. Et cette manière de voir se présente avec d'autant plus d'autorité qu'elle a eu pour base un vaste champ d'observation. L'endémie pellagreuse est, en effet, si grave en Lombardie, que, pour le seul mouvement de l'année 1854, les tableaux du grand hôpital de Milan fournissent les proportions suivantes, dont l'exposé est assez significatif pour n'avoir pas besoin de commentaires.

1° *Malades atteints de délire pellagreux.*

Existants au 1er janvier.	37
Entrés.	133
Guéris.	63
Passés des salles de traitement dans la division des chroniques.	40
Morts	17
Restants au 31 décembre.	20

2° *Pellagreux simples.*

Existants au 1er janvier.	19
Entrés.	59
Guéris.	8
Améliorés.	4
Transférés.	23
Morts.	28
Restants au 31 décembre.	15

(*Gazzetta medica Lombardia*, 4 juin 1855.)

Sur les extraits gommeux d'alcoolature pour l'administration des principes actifs des végétaux, par M. Guilliermond.

La plupart des végétaux doivent, comme on sait, leurs propriétés thérapeutiques à des principes immédiats plus ou moins altérables sous l'action de l'air, de la chaleur et de la lumière. Cette altérabilité devient déjà très manifeste pendant la dessiccation. Les rhus, les arums, en se desséchant, abandonnent en totalité les principes fugaces et éminemment volatils auxquels ils doivent toute leur action. Les rosacées, les ombellifères, et particulièrement les renonculacées, ne retiennent guère à l'état sec que leurs principes fixes. Bien plus, les principes fixes eux-mêmes s'altèrent dans un grand nombre de végétaux pendant leur seule dessiccation. C'est ainsi que les écorces de quinquina, par exemple, subissent, en se desséchant au contact de la lumière, des modifications profondes de leurs principes actifs, et que leur précieux alcaloïde, la quinine, comme l'a récemment fait voir M. Pasteur, se transforme en une substance isomère qui, sans être dépourvue, peut-être, de toute valeur thérapeutique, est aujourd'hui de nulle valeur commerciale.

Ces considérations, dont quelques-unes sont d'une observation déjà fort ancienne, ont dû engager les praticiens à imaginer un certain nombre de préparations pharmaceutiques ayant pour but de parer aux inconvénients que nous venons de signaler ; tels sont les alcoolés, les alcoolats, les alcoolatures, les extraits, etc. Mais alcoolés et alcoolats présentent l'inconvénient d'être obtenus avec des végétaux déjà plus ou moins desséchés.

M. Béral eut, le premier, l'idée de préparer avec les plantes fraîches des teintures médicamenteuses qu'il a désignées sous le nom d'*alcoolatures*. Obtenues par deux procédés qui consistent, l'un

à faire macérer la plante fraîche contusée dans de l'alcool à 88 degrés centigrades, l'autre, à mélanger simplement l'alcool avec le suc non dépuré, ces préparations ont l'immense avantage de renfermer sans altération les principes actifs du végétal ; mais elles offrent en même temps un inconvénient capital qui résulte de leur mode d'obtention même. Ce sont des médicaments difficiles à doser, par cette raison qu'un même végétal peut renfermer des quantités variables de suc, et que ce suc lui-même est loin de contenir ses principes médicamenteux en proportion toujours constante.

Pour faire disparaître cet inconvénient grave, cause unique de l'emploi restreint des alcoolatures, M. Guilliermond a proposé, il y a quelques années, de les transformer en *extraits gommeux secs*, par un procédé qui consistait « à évaporer les alcoolatures à une douce chaleur sur de la gomme, et à remplacer, poids pour poids, par cet excipient solide, le véhicule qui dissolvait les principes actifs. » Tout récemment, M Guilliermond vient de modifier son procédé de la manière suivante : On essaie d'abord combien l'alcoolature contient d'extrait sec, soit 4 pour 100 ; on ajoute, dans ce cas, 16 grammes de gomme arabique en poudre. On fait varier la proportion de gomme de manière à l'avoir toujours dans le rapport de 4 : 1 d'extrait. On commence l'évaporation au bain-marie, et l'on étend ensuite le mélange sur des assiettes ou des verres à vitres ; on les expose dans une étuve à la chaleur de 25 à 30 degrés, et bientôt l'extrait gommeux obtenu se détache en écailles fines et très brillantes.

Ainsi perfectionné, le procédé de M. Guilliermond n'est pas encore à l'abri de toute critique : quelques précautions que l'on prenne, l'évaporation par la chaleur et la dessiccation à l'air attirent toujours d'une manière sensible les principes immédiats des végétaux. La gomme, agissant à la manière de la fécule verte dans les extraits préparés par l'évaporation spontanée des sucs non dépurés (méthode de Storck), a pour but, il est vrai, de hâter la solidification, en permettant d'évaporer une moindre quantité de véhicule ; mais son addition augmente sans bénéfice thérapeutique le volume du médicament. Cependant, si les extraits gommeux d'alcoolature sont inaltérables ; s'ils n'attirent pas l'humidité de l'air ; si, comme l'affirme M. Guilliermond, ils présentent une activité telle qu'on puisse les employer aux mêmes doses que les extraits ordinaires ; s'ils sont enfin à ceux-ci ce que les alcoolatures sont aux teintures, on ne saurait trop recommander ces nouvelles préparations à la sérieuse attention des praticiens. (*Gaz. méd. de Lyon*, 1855, n° 8.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité des maladies vénériennes, par M. A. VIDAL (de Cassis). 1 vol. in-8 avec 10 planches coloriées, 2ᵉ édit. Paris, 1855, chez VICTOR MASSON, 17, place de l'École-de-Médecine.

Le livre de M. Vidal se présente sous l'imposant patronage d'une récompense académique dont le prix intrinsèque a été doublé par les plus élogieux considérants dont un auteur ait jamais pu s'honorer. Il est, en outre, l'œuvre d'un praticien dont l'expérience sur la pathologie spéciale de l'un et de l'autre sexe a eu le temps de devenir consommée. Ajoutez à ces motifs la manière à la fois piquante et précise, le style incisif, quoique si éminemment didactique, dont M. Vidal possède le secret, et vous comprendrez à quelles puissantes raisons cet ouvrage doit la faveur publique dont une seconde édition est à la fois le signe flatteur et la démonstration péremptoire.

« Presque tous les livres sur les maladies vénériennes, dit l'auteur, ont pour but d'édifier ou de renverser un système... Quant à moi, mon intention est de résumer les faits, les idées, les pratiques que la science a recueillis du naufrage des systèmes. » Cette phrase, que nous empruntons à la première page de l'introduction, est on ne peut plus philosophique. Mais la pensée qu'elle accuse nous semble à la fois trop et trop peu modeste — M. Vidal nous permettra et cet éloge et cette critique — pour avoir pu servir de programme. Renoncer à soutenir ou à combattre un système quelconque, c'est se résigner à n'écrire qu'un simple formulaire. Ne donner que des idées ou des faits échappés au naufrage serait beaucoup plus louable, sans doute. Mais, hélas ! où sont, de notre temps, les idées et les faits *insubmersibles?* — Tout ce que nous avons à louer dans cette promesse, c'est donc le désir nettement formulé de sacrifier aussi peu aux théories, autant aux indications pratiques, que la chose est possible. Et nous reconnaissons très volontiers et très explicitement que cette qualité se trouve réalisée à un remarquable degré dans tout le cours du livre que nous avons sous les yeux.

Il est une autre conviction, illusoire à nos yeux, que M. Vidal manifeste avec une prédilection évidente. J'examine les doctrines de mes adversaires — semble-t-il dire à chaque instant — ; mais, quant à moi, je n'adopte aucun système ; je puis donc exposer les faits en eux-mêmes et pour eux-mêmes, libre de l'entrave que toute synthèse à créer ou à défendre apporte à leur étude. Mais, avec un peu de réflexion, M. Vidal sera le premier à rejeter le bénéfice de cette neutralité, qui n'est point dans ses goûts, et contre l'existence même de laquelle son livre est, d'un bout à l'autre, une protestation significative. Il n'est guère dans la nature d'un esprit aussi élevé, aussi entier que le sien, de procéder exclusivement par la négation. Par cela seul qu'il attaque incessamment un système dont toutes les assises sont des propositions très explicitement formulées, il adopte donc les propositions contradictoires. Et si l'on veut prendre la peine de rassembler les assertions formant le contre-pied de celles qu'il ne cesse de battre en brèche, on arrive à constituer de toutes pièces un système fort complet, dont la responsabilité lui appartiendra en propre, qu'il veuille ou non la décliner. Ainsi, pour lui, le virus syphilitique est un dans ses diverses manifestations. — Chancre et blennorrhagie sont des effets identiques de sa pénétration dans l'économie. — Ces accidents, à peine apparents, sont déjà accompagnés d'une infection générale. Il est donc inutile de chercher à les faire avorter. — Le virus peut produire des symptômes constitutionnels sans avoir révélé son introduction par des lésions locales (vérole d'emblée). — Balanite et végétations appartiennent à l'ordre des phénomènes résultant de la diathèse syphilitique. — Toutes les formes du chancre sont suivies de l'infection générale. — Les accidents constitutionnels éclatent indistinctement sans s'asservir à une succession chronologique régulière selon leurs diverses formes. — Toutes les lésions syphilitiques, les générales comme les locales, ont la propriété de se transmettre par le contact. Voilà ce nous semble, jetées sans ordre il est vrai, mais fidèlement empruntées aux argumentations répandues dans cet ouvrage, une série de propositions que nous ne discuterons point en ce moment, mais dont l'ensemble ne laisse pas que de composer un système assez complet, et dont la coordination, du moins, paraît irréprochable.

L'œuvre de M. Vidal, indépendamment des doctrines, se recommande par un double et remarquable mérite : les qualités d'exposition didactique et le talent du praticien. Apprendre sans peine la meilleure conduite à tenir dans les cas si délicats que cette spécialité lui présente, tel est l'avantage que le jeune médecin trouvera dans ce livre, dont le plan comme les détails offrent, avec une précieuse clarté de style, des préceptes thérapeutiques de la plus grande valeur, et parfois d'une originalité incontestable.

Parmi ces derniers, il convient de citer en première ligne, et avec des éloges sans restriction, le *débridement du testicule* pour la chaude-pisse tombée dans les bourses. Dans les cas — assez rares, il est vrai — où l'épididymite se complique d'orchite, la douleur acquiert parfois une férocité désespérante ; et nous avons constaté par nous-mêmes que rien ne la calme aussi vite et aussi complètement que cette petite incision, non moins innocente dans ses effets que simple et facile dans son exécution. Nous saisissons avec plaisir l'occasion de travailler de précepte et d'exemple à sa popularisation.

Plaçons au même rang les ingénieuses recherches qui ont amené

la découverte des serres-fines, instrument primitivement consacré à accélérer la réunion des lèvres de la plaie après la circoncision, et dont l'emploi s'est ensuite si rapidement généralisé. C'est à un syphilographe, c'est à la syphilographie que reviendra l'honneur de ce procédé, dont la chirurgie a tiré, dans tant de circonstances diverses, un parti dont aucun inconvénient ne compense les nombreux avantages.

La pratique des injections intra-utérines, si près, à une certaine époque, de tomber dans le discrédit, devra encore à M. Vidal d'avoir survécu, pour le soulagement des malades placées dans les conditions où ce moyen est indiqué. Faisant justice des arguments extra-scientifiques, substituant à des expériences défectueuses une série d'applications méthodiques, formulant un procédé dont les conditions de sécurité constituaient la base principale, il a pu conserver à la thérapeutique des maladies des femmes un agent dont les services sont peut-être destinés à prendre encore plus d'extension qu'on ne leur en a supposé jusqu'ici.

Dans un ordre différent d'idées, on remarquera les considérations frappantes de sens et d'à-propos sur le degré de confiance qu'il faut accorder, dans tel ou tel cas, au témoignage du malade. Quand peut-il se tromper ? Quand doit-on supposer qu'il a voulu tromper ? Questions ardues, mais qui reviennent si souvent aujourd'hui dans la discussion, qui ressortent, d'ailleurs, si naturellement des circonstances où se contracte la maladie vénérienne, qu'il était impossible de les omettre. Félicitons M. Vidal de les avoir traitées avec le soin et l'indépendance qu'elles méritent. Ce n'est point là une vaine amplification. Chacune de ces remarques judicieuses a son application marquée d'avance pour l'instruction des élèves et des praticiens.

Il faut encore signaler la discussion à laquelle l'auteur se livre pour montrer quelle différence sépare les suites de l'inoculation des suites de la contagion par le procédé ordinaire. — Mentionnons aussi les raisons sur lesquelles il s'appuie pour assigner à l'ophthalmie blennorrhagique une cause dépendante de la métastase. En effet, si l'on considère, avec lui, qu'une arthrite coïncide souvent alors avec l'ophthalmie, que cette dernière affection est très rare comparativement au nombre d'individus qui pourraient s'inoculer par inadvertance, que le contact sur la conjonctive même du muco-pus est assez difficile à réaliser, que l'œil ne s'affecte guère qu'à la fin de la gonorrhée, alors que son fluide est le moins contagieux, on deviendra plus défiant sur la part qui doit être accordée à la contagion dans l'étiologie de cette affection, sans que néanmoins il entre dans notre pensée plus que dans celle de M. Vidal de nier l'influence pathogénique de cette cause directe.

D'autres que nous, et parmi ceux-ci je demande de placer, sûr de n'être pas démenti, mon excellent confrère et ami, M. Sperino, loueront la libéralité avec laquelle M. Vidal formule les émissions sanguines, même générales, dans le traitement du chancre et de la blennorrhagie. Nous suivons, quant à nous, une marche entièrement différente ; et rien ne nous a engagé jusqu'ici à la modifier dans le sens des phlébotomistes. Mais avant de clore cette liste des passages plus particulièrement remarquables du livre de M. Vidal, transcrivons une sage et trop véridique sentence, dont l'esprit devrait toujours diriger les idées, sinon régler la pratique du médecin. C'est à propos du bubon et de son traitement dit abortif ou résolutif « Dans ma pensée, dit l'auteur, il y a presque impossibilité, par les moyens ordinaires de la thérapeutique, d'obtenir un de ces résultats. Le bubon qui devra suppurer suppurera, quoi qu'on fasse ; et le bubon qui devra marcher vers la résolution se résoudra le plus souvent en dépit des suppuratifs ordinaires. » Cette vérité nous avait déjà frappés, comme elle frappera tout spécialiste exerçant sans parti pris de colliger des faits pour ou contre telle méthode de traitement ; et, quoique mû par des motifs théoriques différents en quelques points de ceux qui ont décidé à cet égard la conviction de M. Vidal, comme lui, nous avons depuis longtemps professé explicitement dans nos cours la doctrine du *fatalisme absolu* en matière d'évolution de bubon.

Nous bornons, pour aujourd'hui, ce compte rendu à l'examen de ce qui touche aux symptômes primitifs.

Toutefois, nous ne quitterons pas ce chapitre sans demander à l'honorable auteur la permission de discuter avec lui quelques points de doctrine. Et, dans le nombre de ceux qui fondent entre lui et l'école de M. Ricord une dissidence tranchée, nous en choisirons deux des plus saillants, des plus directement afférents à la pratique, savoir : la nature de la blennorrhagie, et les variétés du chancre au point de vue de ses suites.

Sans rappeler les puériles expériences par lesquelles on a cru prouver que l'inoculation du pus blennorrhagique produit un chancre, sans vouloir non plus examiner si les ophthalmies et les arthrites qui accompagnent la blennorrhagie lui donnent le caractère d'une affection générale ; refusant également d'accorder au chancre uréthral ou utérin la propriété de rester véritablement latent pour le spécialiste attentif ; la question sérieuse dégagée de ces vains ambages, la seule qui mérite de s'agiter entre syphilographes sincères et compétents, est celle-ci : sur les malades que vous avez pu suivre durant le cours de leur blennorrhagie, chez qui la nature de quelques signes, l'absence de tels autres, la durée du mal, l'influence du copahu, etc., vous permettent d'affirmer qu'il n'y a pas eu de chancre, ni *concomitant*, ni *antérieur*, ni *ultérieur*, sur ces malades, disons-nous, avez-vous ensuite constaté des accidents syphilitiques constitutionnels ? M. Vidal répond : oui. Mais, au lieu d'avancer en preuve des observations, il cite des autorités. Dans l'école à laquelle je m'honore d'appartenir, la conviction de la négative est ferme, sans réserve ni concessions : c'est un des dogmes que le maître a le plus solidement établis ; et nous le justifions chaque jour par l'observation de milliers de malades indemnes tant qu'ils n'ont eu que trois, quatre, dix chaude-pisses, vérolés dès qu'ils prennent un chancre.

Nous l'appuyons, notamment sur la clinique des étudiants en médecine, clients aussi défiants, mais plus sagaces que d'autres, et chez l'universalité desquels c'est aujourd'hui un fruit de l'expérience que cette conviction de l'inaptitude de la blennorrhagie à déterminer les manifestations constitutionnelles.

Ce fut pour sortir du champ des assertions gratuites échangées entre les deux camps, que je proposai, il y a trois ans, un prix au médecin qui apporterait dix cas de blennorrhagie suivis d'accidents constitutionnels. La proposition était sérieuse quoique la somme fût modique. La Société de médecine de Lyon était chargée de porter le jugement ; arbitrage d'autant plus rassurant pour nos adversaires que les idées que je défends ne comptaient alors parmi ses membres qu'une minorité respectable. Pourquoi donc aucun mémoire ne parvint-il au secrétariat ? Pourquoi, de ces faits innombrables dont on nous accable tant qu'il ne s'agit que de les résumer, aucun des identistes ne voulut-il prendre la peine d'en détacher seulement une dixaine ? Pourquoi ! Tout simplement parce que j'avais su prendre mes précautions contre une surprise ; parce que, en stipulant 1° que les sujets seraient examinés par moi ; 2° que la blennorrhagie ne devait pas dater chez eux de plus d'un an, je m'étais assuré le moyen de distinguer—et cela par des moyens dont les adversaires eux-mêmes auraient été obligés de reconnaître la valeur,—ceux des malades chez qui les chancres, ayant réellement existé, auraient été ou méconnus, ou dissimulés. Les observations ne vinrent pas parce qu'elles ne pouvaient pas venir ; et ce défi, que je suis prêt à répéter sur la première demande qui m'en serait loyalement adressée, contribua sans doute à dessiller quelques yeux.

Mais à quoi bon argumenter ainsi contre M. Vidal ? M. Vidal est trop bon clinicien pour conserver le moindre doute à ce sujet. Et, je puis lui prouver, d'après lui-même, que si, dans ses écrits, il admet encore le pouvoir syphilogène de la blennorrhagie, sa pratique, à cet égard, donne à sa théorie le plus sage, mais le plus formel démenti. M. Vidal, en effet, a pour principe d'instituer un traitement général par le mercure, non-seulement contre la vérole constitutionnelle réalisée, mais également dès que viennent à paraître des accidents primitifs pouvant y donner lieu plus tard. Il ne manque pas de le prescrire, nommément à tous ceux qui viennent de contracter un chancre, un bubon, ou même une végétation. Or, s'agit-il de la blennorrhagie ? Il est absolument muet sur l'opportunité d'un traitement général. Et l'on chercherait

en vain dans tout son livre un seul mot sur l'indication du mercure dans ce cas. Est-ce oubli ? Est-ce concession tacite ? Chacun choisira l'explication la plus conforme à ses goûts. Quant à nous, en constatant le fait, nous croyons pouvoir l'interpréter, à l'honneur de M. Vidal, par l'embarras où il se sera trouvé, par l'hésitation bien légitime qui se sera sans doute emparée de sa plume au moment de formuler, en 1855, l'indication d'un traitement mercuriel contre la blennorrhagie.

Je serai plus bref sur la seconde question. L'induration chancreuse a pris, grâce surtout aux travaux de M. Ricord, une importance extrême en syphilographie. Soit comme fait expérimental, soit comme signification pathogénique, elle est devenue la clef de voûte de tout l'édifice. Pour celui qui la sait diagnostiquer, il n'y aurait, dès la première visite, plus rien d'obscur dans l'avenir du malade qui vient réclamer ses soins ; et, à la seule inspection de l'ulcère dont il est porteur depuis quelques jours, il serait possible de lui pronostiquer ou l'immunité complète, ou un enchaînement de symptômes qui manque bien rarement de suivre l'évolution annoncée. On pourrait surtout régler dès lors le traitement en conséquence, sans rien négliger d'utile, sans rien prescrire de superflu. Eh bien ! ces données si précieuses, si remarquables de justesse, M. Vidal les raye d'un trait de plume, en déclarant que, à ses yeux, *le chancre est toujours induré à un certain degré*. Et, pour le prouver, il prend avantage d'une phrase d'un interne de M. Ricord, parlant de chancres d'une dureté *douteuse*. Il note aussi que certains de ses adversaires avertissent que le chancre ordinaire peut être artificiellement induré par des pansements irritants. Il s'appuie enfin sur l'assertion fameuse de Babington « que tous les chancres sont indurés. »

Il pourra paraître dur à M. Ricord de voir invoquée contre lui la loyauté que lui ou ses disciples mettent à convenir de la difficulté du diagnostic dans quelques cas rares ; de relire, transformées en objections à son adresse, les minutieuses règles qu'il a énoncées pour distinguer la fausse induration de la véritable. Mais ce qu'il faut surtout signaler ici, c'est l'erreur commise par M. Vidal, lorsqu'il affirme, non plus d'après l'autorité de Babington, mais de son propre chef, que « depuis l'induration-type, si nettement accusée par Hunter, il y a des nuances qui, bien observées, établissent les rapports du chancre dit vulgaire, régulier, avec celui-ci. » Nous ne saurions protester trop explicitement contre une pareille proposition. Non, entre le chancre induré et le chancre souple, il n'y a pas plus de transitions intermédiaires qu'il n'en existe entre le noyau induré lui-même et les tissus qui l'entourent. Huit fois au moins sur dix, la distinction est claire, facile, évidente, se fait à distance, à la simple vue, sans le secours du toucher. Et le diagnostic, quoi qu'on en dise, est tellement sûr, que le praticien peut accepter sans crainte telle contre-épreuve qu'on lui veuille imposer, soit que, voyant les accidents constitutionnels de fraîche date, il remonte à la cause et trouve un chancre induré; soit que, jugeant induré un chancre récent qu'on lui soumet, il présage l'apparition prochaine d'accidents constitutionnels, et cela sans risquer de se tromper dans un cas plus que dans l'autre.

M. Vidal formule des réserves auxquelles nous sommes plus sympathiques, lorsqu'il fait remarquer que l'induration annonce que la diathèse s'est déjà établie, à tel point que parfois elle se borne à ce seul phénomène local, et qu'on peut avoir un chancre induré sans autre manifestation de l'état général syphilitique. Aussi nous associons-nous pleinement, et sans craindre de désaveu du maître, aux conclusions pronostiques qu'il énonce ainsi : « Le chancre induré ne fait pas la vérole, il prouve seulement qu'elle est faite. L'induration est un effet et non une cause. » Non, et cela est parfaitement vrai, l'induration ne fait pas plus la vérole que le thermomètre ne fait la température ; mais elle reste un de ses plus certains, de ses plus précoces indices, et, sous ce rapport, elle ne méritait point l'espèce d'anathème dans lequel l'auteur semble avoir pris à tâche de l'accabler en la dépouillant des caractères qui lui assurent une individualité propre.

Nous avons franchement signalé les parties de ce livre qui nous paraissent mériter une approbation sans réserve. C'était aussi un devoir pour la critique d'exprimer avec la même liberté des doutes, et, sur plusieurs points, une opinion entièrement opposée à celle de l'auteur ; mais ces réserves ne nous empêchent point de reconnaître la haute valeur de l'ouvrage de M. Vidal, soit comme exposé de doctrines, soit comme traité d'enseignement pratique. Nous aurons bientôt l'occasion de développer ce jugement, en complétant, dans un prochain article, l'examen de la seconde division, consacrée à la description des *maladies vénériennes consécutives*.

P. DIDAY.

VII.

VARIÉTÉS.

Choléra.

ESPAGNE. — A Madrid, l'épidémie reste stationnaire, avec une fixité remarquable. Voilà près d'un mois que le nombre quotidien des cas oscille entre 25 et 50, donnant à peu près la même moyenne hebdomadaire. L'intendance d'Alava, la ville principalement, ont été assez maltraitées, malgré la température assez froide de cette région (provinces basques) ; mais le fléau diminue. Albacète et ses environs sont ravagés. La province d'Alicante, au contraire, souffre peu, et il paraît que la maladie épargne surtout les villes qui ont été fortement atteintes l'année dernière. Avila, qui s'était toujours crue, jusqu'ici, à l'abri du choléra, vient d'être envahie. Badajoz l'est également, mais avec peu de violence ; d'autres localités de la même province ont plus à souffrir. État stationnaire, peu grave, à Barcelone ; ravages considérables à Ledesma, à Ciudad-Real, surtout dans les journées des 10, 11, et 12 septembre. La Navarre, Salamanque et Zamore subissent aussi de fâcheuses atteintes. Intensité médiocre de l'épidémie à Cordoue, Cuenca, Guadalajara, Guipuscoa, Palencia, Vizcaya. Une recrudescence a eu lieu dans la Corogne et à Léon. Grenade est à peu près délivrée. La maladie décroît à Almeria (8 à 10 décès par jour), Huesca, Jaen, Malaga, Murcie, Poria, Teruel, Valence, Sarragosse.

PORTUGAL. — L'épidémie a pris de l'extension depuis notre dernier bulletin. Elle a fait de notables progrès à Porto ; on a été forcé d'établir à Aguas-Ferreas un hôpital spécial de cholériques, où il est entré, du 30 juillet au 7 août, 87 malades, sur lesquels 36 avaient succombé. Le choléra règne aussi à Villa Nova de Gaya, Valbom, Saint-Jean de Pesqueira (où, après une rémission notable, s'est manifestée une recrudescence), Foscoa, Almendra, Aventes, Algarve, Lagos, Faro, Moncarapacho, Algesur, Santa-Luzia, Fuzeta (dont la population a émigré presque entièrement), Alvor, etc. Un cas seulement avait été observé à Lisbonne, à la date du 15 août.

ITALIE. — En Sardaigne, à Sassari, le choléra diminuait d'intensité à la fin d'août, mais il s'étendait aux villes de second ordre. A Alghero, on comptait, le 15 août, un total de 243 cas et 84 décès ; à Toralba, 237 cas et 113 décès ; à Bonorra, 117 cas et 80 décès ; à Oriezi, 210 cas et 124 décès ; à Tula, 96 cas et 54 décès. Huit médecins étaient morts à Sassari.

A Gênes, le choléra avait une marche lente et stationnaire qui n'inspirait pas de craintes sérieuses; on comptait par jour de 20 à 30 cas et de 10 à 15 décès. Depuis l'invasion jusqu'au 31 août, il y avait eu 818 cas et 480 décès.

Dans le royaume lombardo-vénitien, l'épidémie était presque stationnaire.

Dans la Romagne, la maladie continuait ses ravages. A Fano, il y avait encore, le 15 août, de 10 à 15 cas par jour ; Ancône était presque entièrement délivrée du fléau ; mais à Ferrare, à Bologne et dans l'Ombrie, l'épidémie était toujours intense.

— En Italie, on nomme comme ayant succombé au choléra MM. Fulvio Gozzi (de Bologne), Angelo Magistretti (de Macerata), Enrico Cosletti (de San-Giovani), Zacconi (de Saint-Hippolyte); et, en Toscane, MM. Stefani, Fosi, Conti, Salei, Brescia, Fiorani, Frosini, Cerroti, Favilli, Focacci, et Baglioni.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 21 SEPTEMBRE 1855. — N° 38.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés de M. le Ministre de l'instruction et des cultes, en date du 10 septembre 1855, M. GIRARDIN, directeur de l'École préparatoire de l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Rouen, est nommé officier de l'instruction publique.

MM. MAHEUT et LEROY, professeurs adjoints de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen, sont nommés officiers d'Académie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies depuis le 13 juillet 1855.

48. AQUARRON, Horace-Adolphe, de Monts-sur-Guesmes (Vienne). [*Essai sur la dysentérie aiguë considérée au point de vue thérapeutique.*]

49. GAZEL, Fortuné, des Ilhes-Cabardès (Aude). [*Quelques considérations sur le diagnostic et le traitement des fièvres éruptives.*]

50. BOISSIER, Alfred, de Pont-de-Montvart (Lozère). [*Étude sur le vallon thermal de la Malou, et sur les bains de la Malou-le-Haut en particulier.*]

51. MARATHON, de la Buisse (Isère). [*Études sur les fractures des os de l'avant-bras à leur partie inférieure ou près de l'articulation du poignet.*]

52. LE TERSEC, Théodore, de Quimper (Finistère). [*Observations sur la colique nerveuse.*]

53. CANDOLLE, Octave, de Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Quelques mots sur la vaccine et la vaccination.*)

54. BLANC, Henri, de Londres (Angleterre). [*Essai sur le sclérème.*]

55. DUFOUR LA BASTIDE, de Brignac (Corrèze). [*Considérations sur les maladies des os.*]

56. DURAND, Edmond, de Montpellier (Hérault). [*Propositions sur l'érysipèle.*]

57. THOMAS, Sylvain, de Saint-Gervais (Hérault). [*De la version considérée sous le point de vue de ses indications dans la pratique des accouchements.*]

58. SADDE, Jean-Pierre, de Faugères (Hérault). [*Des maladies chirurgicales qu'on doit respecter.*]

FEUILLETON.

Exposition universelle.

LIBRAIRIE MÉDICALE.

Vous me demandez, mon cher Rédacteur en chef, pour votre esquisse de l'Exposition universelle, une note sur ce que le palais de l'industrie contient d'intéressant relativement aux applications des arts graphiques aux sciences médicales. Avez-vous bien réfléchi au danger que vous courez en puisant vos renseignements à une source aussi directement intéressée ? Comptez-vous sur ma modestie et mon impartialité au point de ne rien craindre de mes sentiments paternels ?

. . . . Mes petits sont mignons,
Beaux, bien faits, et jolis sur tous leurs compagnons.

Mais vous êtes prévenu ; je vous exposerai les choses telles que je les ai vues. A vous de rectifier les effets de réfraction de mon binocle d'éditeur.

Dirigeons-nous d'abord vers l'angle nord-ouest du palais, et entrons dans le *Salon de la librairie*. Je ne vous invite pas à monter les marches de l'estrade occupée par l'Imprimerie impériale : nous retrouverons ailleurs les quelques volumes qui vous y intéresseraient. Faisons modestement le tour de ce sanctuaire.

Mais tout d'abord, il faut le confesser : parmi toutes les travées de cette vaste bibliothèque, on en compte jusqu'à deux consacrées aux sciences médicales. Pourquoi deux seulement, quand cinq maisons spéciales se serrent autour de l'École de médecine ? Certes, le libraire de la Faculté avait sa place marquée à côté du libraire de l'Académie. Et puis, pourquoi M. Méquignon n'a-t-il pas mis sous les yeux du public ces traités-miniatures d'anatomie et de chirurgie qu'il exécute en artiste consommé ? Il nous répondra sans doute que leur texte, traduit en toutes langues, les a répandus dans l'univers entier, et qu'il n'est pas un médecin qui ne les connaisse. Soit. Mais pourquoi la cinquième maison n'a-t-elle pas saisi cette occasion de se révéler au public ? M. Chamerot, qui vient seulement d'aborder la spécialité médicale, nous aurait montré *son Cazeaux ;* s'il n'a pas le mérite d'avoir créé le livre, du moins s'efforce-t-il d'en maintenir les éditions si fréquentes dans les conditions de perfection typographique où M. Méquignon l'avait placé de prime saut. Notre nouveau confrère en médecine vient d'ailleurs de produire son *masterpiece*, et la corporation ne pouvait refuser l'accolade à l'éditeur des *Éléments de chirurgie opératoire* du docteur Alph. Guérin.

Cherchons donc les deux courageux éditeurs qui ont osé affronter le regard insoucieux d'un public dont la froideur en présence de matières médicales s'explique trop naturellement.

59. HUC, Charles-Zacharie, de Moux (Aude). [*Essai sur l'utilité des injections iodées.*]

60. JALLAGUIER, Jacques-Marie, de l'Hérault. [*De la version dans la présentation des extrémités supérieures.*]

61. BRUN, Nestor, de Toulouse (Haute-Garonne). [*Considérations sur la métrorrhagie chez la femme enceinte avant, pendant et après l'accouchement.*]

62. BRUNEL, d'Orcival (Puy-de-Dôme). [*Quelques considérations sur les maladies héréditaires au point de vue de leur prophylaxie.*]

63. BOIRON, Antoine, de Saint-Maurice-sur-Dargoire (Rhône). [*Considérations sur la folie; du siége, de la nature et du traitement de cette affection.*]

64. BLANC, Pierre, de Poussan (Hérault). [*De la fistule à l'anus et de son traitement par l'injection iodée.*]

65. DELPECH, Gérard-Léon, de Molières (Tarn-et-Garonne). [*Des bubons vénériens.*]

66. PRIVAT, Lucien, de Lodève (Hérault). [*De la leucorrhée.*]

67. RONZIER-JOLY (Washington). [*Des méthodes analytiques appliquées au classement des indications thérapeutiques.*]

68. PELLET, d'Éclose (Isère). [*Des différentes espèces de fluxion de poitrine.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,
LAURENS.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 20 septembre 1855.

A MONSIEUR ÉMILE CHAUFFARD, MÉDECIN EN CHEF DES HÔPITAUX D'AVIGNON.

Monsieur et savant Confrère,

Il appartenait à celui qui, dès l'internat des hôpitaux, publiait une brochure très remarquée sur le *vitalisme* (1846), d'entreprendre de fixer le sens du mot et la portée de la doctrine (voir GAZETTE HEBDOMADAIRE, 1854, nos 29, 32 et 34). Je vous l'ai dit quand vous m'avez fait l'honneur de m'interpeller à ce sujet, et je le répète tout haut, le débat qui a eu lieu à l'Académie de médecine n'a eu d'autre résultat que de constater un malentendu profond entre Paris et Montpellier, et de mettre en relief, chez plusieurs orateurs, une inexpérience complète et de la question elle-même et de la langue philosophique. Je ne flatte donc pas nos représentants de l'organicisme; mais, en même temps, je crois que les causes du malentendu et de la confusion ne sont pas entièrement à leur charge. Le vitalisme ne doit pas s'attendre à être toujours compris, depuis qu'il a rompu son antique unité, depuis qu'il a constitué l'anarchie dans son propre sein et créé à son usage une technologie parfois singulière. De plus, si son expression a été souvent défigurée par les organiciens, les vitalistes, de leur côté, ne se sont pas fait faute de défigurer l'expression naturelle et légitime de l'organicisme, de lui imposer des conséquences où il ne tend nullement, et de lui en interdire d'autres qu'il a tout droit de revendiquer. Voilà pourquoi, monsieur, j'ai regardé comme une bonne fortune pour la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE que les termes du débat y fussent posés et définis par un écrivain né en plein vitalisme, constamment appliqué à mûrir par l'étude les fruits de l'enseignement paternel, et personnellement désintéressé de tout système. Il m'a paru que votre conception du sujet devait être celle de la majeure partie de la secte vitaliste, et je ne pense pas m'être trompé.

Mon intention n'est pas de vous suivre dans tout le développement de votre remarquable profession de foi, mais seulement de m'attacher aux points par lesquels elle touche plus ou moins directement les vues et les doctrines de la GAZETTE HEBDOMADAIRE. J'en remarque principalement deux : l'un relatif aux termes dans lesquels doit se limiter le problème de l'organisme vivant; l'autre, qui concerne la vraie signification et les principes de l'organicisme.

I. Je n'approuve pas plus que vous qu'on prétende à l'impossible, et le roc de Prométhée me sourit d'autant moins, que, n'ayant rien de commun avec Hercule, je pourrais y rester longtemps. Mais je ne me plais pas davantage au vague, à l'indéterminé; je ne consens pas à ce qu'on s'engage dans une question profonde sans descendre jusqu'où l'aide du raisonnement peut conduire et soutenir la recherche. Aussi ne puis-je partager votre sévérité envers ceux qui croient devoir se préoccuper du dualisme de la matière vivante. Cette prétention a des antécédents trop glorieux pour être aussi condamnables. Sous la forme religieuse ou sous la forme philosophique, dans l'Inde ou dans la Grèce, le premier problème auquel se soient heurtés les grands penseurs des temps antiques a été précisément celui de deux principes, l'esprit et la matière, se joignant dans une lutte ou dans un embrassement éternel (selon le point de vue systématique), pour former l'univers tel qu'il nous apparaît. C'était dès les premiers pas la plus grande hardiesse que pût se permettre l'esprit humain. A plus

Je ne puis cependant vous refuser un moment d'arrêt devant cette magnifique armoire où les reliures dominent, mais où quelques volumes ouverts appellent notre admiration sur la pureté de gravure des caractères, sur le goût exquis qui a présidé aux ornements des pages, sur la netteté irréprochable de l'impression. J'apprécie avec vous l'avantage que présenterait aux médecins un imprimeur-éditeur qui leur fournirait ses livres avec des reliures partant de la modeste basane pour s'élever jusqu'au luxueux maroquin d'Orient; je ne détournerai même pas vos yeux des perfides étiquettes qui trahissent le bon marché de tous ces petits chefs-d'œuvre. Puis, si vous me demandez pourquoi je ne vous offre pas, sous cette forme séduisante et avec des prix aussi microscopiques, les œuvres de nos professeurs, je vous dirai : « Vous êtes tout simplement ici devant l'exposition de M. Mame, de l'éditeur distingué qui a opéré une révolution dans la librairie d'éducation. M. Mame n'imprime que pour son propre fonds, et il n'imprime pas *la médecine.* S'il lui plaisait d'aborder *notre partie*, il y introduirait certainement de grandes améliorations; mais, comme nous, il rencontrerait des obstacles contre lesquels échouerait peut-être son incontestable habileté. Il ne pourrait aller chercher à deux ou trois cents kilomètres de Paris la main-d'œuvre à bon marché, parce que vous avez besoin, messieurs les docteurs, d'avoir sous la main l'imprimeur que vous écrasez de corrections. Enfin, au lieu de tirer à 12,000 un Paroissien qui s'adresse à tous, ou un livre d'éducation qui restera immuable pendant un demi-siècle, il oserait à peine imprimer 1,200 exemplaires d'un ouvrage que vous traiterez d'arriéré avant deux ans, vu le train dont vous menez la science. Vous le voyez, tout est pour le mieux dans le meilleur des commerces bibliographiques. » Cherchons nos deux libraires.

Nous voici devant votre éditeur. Admirez un peu quelle astucieuse coquetterie il a déployée dans l'arrangement de sa *vitrine!* Quels piéges tendus à l'innocent flâneur! Vous ne voyez d'abord que des cadres élégants se prélassant sur un velours moelleux; sous leur glace, l'histoire naturelle vous étale ses images les plus gracieuses et les plus séduisantes. A gauche, à côté des vingt volumes qui étreignent sous leur maroquin rouge mille planches, magnifique monument élevé par ses disciples à Georges Cuvier, quelques dessins vous présentent, sous des couleurs de lis et de rose, le laboratoire du chimiste et l'atelier de l'industriel. Il se glisse bien, par-ci par-là, quelques traîtresses planches d'anatomie; mais le pinceau de madame Mantois les a caressées, et le cadavre a revêtu les tons de chair les plus frais et les plus appétissants. Quel est donc le visiteur, même le plus étranger aux sciences naturelles, qui résisterait aux attraits d'une exhibition aussi provocante? Rien, d'ailleurs, ne l'oblige à fixer son attention sur ce texte grec que votre savant confrère Briau a enrichi de variantes puisées dans vingt manuscrits: la traduction est là

forte raison ne se gêna-t-on pas pour poser et pour résoudre la question d'un principe générateur et moteur de la matière animée, ayant une individualité propre et se manifestant suivant des lois spéciales. Toute l'antiquité, tout le moyen âge et les temps modernes, les prêtres, les philosophes, les médecins, n'ont pas de question dont ils soient plus préoccupés; et il faut convenir que, s'ils s'égarent loin du sentier permis à la raison humaine, il n'y a pas de découverte qui ait coûté autant de génie que cette illusion ! Est-ce donc par fantaisie, par une sorte de vertige communicatif, que la pensée de tous les temps et de tous les lieux s'est ainsi précipitée vers le même point ? Non ; c'est qu'elle y était entraînée irrésistiblement, et je ne voudrais pas d'autre preuve de la légitimité de la recherche que l'universalité des efforts qu'elle a suscités. N'alléguez pas, honoré confrère, l'incertitude persistante de la solution; car je vous répondrais que cette incertitude est la fatalité des questions les plus humbles comme des plus élevées, et que le vitalisme lui-même, réduit aux termes pratiques que vous exigez, partage encore à certains égards les esprits, comme les partageaient le mécanisme et le dynamisme au temps de Démocrite et d'Héraclite.

Au fond, sur quoi porte la dispute du vitalisme et de l'organicisme ? L'organicisme ne nie pas que la matière organisée ne soit vivante, qu'elle ne soit active, que cette activité n'ait des lois, que de cette activité ne dépende le développement et la conservation de l'être. Personne, à coup sûr, ne conteste cela en fait. Quand donc le vitalisme s'affirme en opposition avec l'organicisme, il est tenu de se formuler autrement; de dire, par exemple, que la vie dont la matière est douée ne procède pas de l'arrangement ni de l'action réciproque des molécules ; que les lois de l'activité vitale sont autres que ne le croient les organiciens, etc. Mais si la vie n'est pas une qualité de la matière, un phénomène dont la matière soit le soutien, elle lui vient donc du dehors; elle a donc ailleurs que dans la molécule ou dans le rapport d'une molécule à une autre molécule, sa source, sa cause, son principe enfin. Ainsi, l'existence d'un principe de vie, telle est la conséquence finale à laquelle doit aboutir le vitalisme, sous peine de se nier lui-même. Et voilà la raison du grand embarras où s'est trouvé Barthez. Imbu de l'esprit de la méthode expérimentale, engagé fort avant, malgré quelques apparences contraires, dans la philosophie du XVIIIe siècle, Barthez répugnait à proclamer la réalité du principe que rendait pourtant nécessaire son interprétation de l'organisme vivant. De là ses divergences de langage et le vague de ses réticences. Aristote, à qui l'on a reproché déjà quelque indécision, est néanmoins plus explicite. S'il ne veut pas que l'âme, qui est pour lui le principe de la vie organique, puisse être séparée du corps, et si, à ce titre, il en défère l'étude aux naturalistes, il professe nettement, du moins, que, sans l'âme, la matière n'aurait jamais la vie, et que c'est l'âme qui la lui apporte, conséquent en cela avec l'un des premiers préceptes de sa métaphysique : « Celui qui veut étudier une science pour elle-même, choisira entre toutes celle qui est *le plus science :* or, cette science est la science de ce qu'il y a de plus scientifique, et ce qu'il y a de plus scientifique, ce sont *les principes et les causes.* » Vous savez comment Stahl a complété et étendu la pensée d'Aristote. Vous proposez de revenir à la *nature* d'Hippocrate : ce mot ne compromet rien en effet ; mais, pour revenir réellement à Hippocrate, il ne faudrait pas seulement reproduire ses expressions, il faudrait ressusciter sa pensée. Or, croyez-vous que ce grand esprit n'ait pas été tourmenté des mêmes problèmes que vous voudriez biffer de la philosophie médicale ? Il s'en préoccupe si bien, qu'il ébauche un véritable animisme, et, plus encore, bâtit sur la nature de l'âme une théorie qu'un médecin qui a fait de l'étude de la chaleur une sorte de spécialité, M. Jules Guyot, a cherché à réhabiliter, en l'appropriant à la science contemporaine. Galien aussi employait le mot *nature*, qui était d'ailleurs dans la bouche de tous les médecins de son temps ; mais qu'est-ce que la nature à ses yeux? *La cause de la formation du fœtus*, cause dont il déclare ne pas connaître la substance; ce qui équivaut à dire qu'elle en a une quelconque.

Vous prétendez, savant confrère, échapper à cette nécessité de toutes les époques de la philosophie. Voyons donc à quelles conditions, et comment vous vous y prenez. Vous commencez par déclarer que le vitalisme ne doit pas être une *explication de la vie*, mais purement et simplement *la notion qui a pour sujet le fait de la vie* (GAZETTE HEBDOMADAIRE, n° 29, p. 536). Mais, ajoutez-vous aussitôt, pour arriver à la notion de la vie, comme fait, il faut *rechercher la raison d'être de ce fait*, c'est-à-dire *sa cause*, et la cause est *ce dont l'action rend nécessaire la succession d'un phénomène à un autre.* Jusqu'ici vous raisonnez comme Aristote. La vie est un fait, ce fait a une cause, et cette cause il faut la rechercher. Je ne dis pas pour mon compte autre chose; mais dès que vous entrez dans le développement, vous changez gravement les termes de la question, et vous donnez comme objet à la recherche, non plus la cause de la vie, mais *les rapports de causalité de la vie* (ce qui est un peu moins

pour qui a oublié la langue de Paul d'Égine. Si l'*Histologie humaine* de Kölliker, la *Physiologie* de Longet, la *Matière médicale* de Tabourin sont pour lui sans intérêt; si l'*Histoire des règnes organiques* de Geoffroy Saint-Hilaire, la *Géographie botanique* de de Candolle, les *Cours d'histoire naturelle* de Milne Edwards, de Jussieu, Beudant, d'Orbigny; les ouvrages sur la culture, de Girardin et Dubreuil ; les traités sur la chimie, de Regnault, Pelouze et Fremy, Gerhardt, Lehmann ; les *Cours de mécanique* et d'*astronomie* de Delaunay ; si tous ces volumes, grands et petits, ne peuvent le captiver, malgré la recherche des vignettes et les soins apportés à l'impression ; si, enfin, cet homme de glace résistait même à la sirène que l'on nomme *Gazette hebdomadaire* (Proh pudor !), soyez sûr qu'il ne pourra refuser quatre minutes d'examen à cette magnifique planche sur laquelle le burin de M. Wormser a représenté les appareils de chimie végétale de l'un de nos plus ingénieux et de nos plus persévérants expérimentateurs. C'est au même artiste, c'est à M. Wormser que nous devons les figures si fines et si exactes que vous admirez dans le nouveau volume du professeur Gavarret, ainsi que les charmantes vignettes qui illustrent le *Guide aux eaux*, du docteur James, et le *Précis sur les eaux des Pyrénées*, du docteur Verdo.

Je vous vois chercher la partie purement médicale de mon exposition. Ouvrons le tiroir, et je ferai passer sous vos yeux les ouvrages qui ne pouvaient braver les regards du public. La belle exécution des planches qui les accompagnent n'était pas un passeport suffisant pour ces volumes de MM. Velpeau, Vidal, Devergie. Je ne pouvais étaler davantage l'ensemble du *Traité d'anatomie descriptive*, dans lequel M. E. Beau a fait preuve d'autant d'habileté artistique que d'intelligence du sujet. Vous ne trouverez pas la 49e livraison : diverses circonstances ont interrompu une œuvre si bien commencée par le professeur Bonamy; mais vous pouvez annoncer à vos lecteurs qu'elle va être reprise avec ardeur : MM. P. Broca et E. Beau mèneront leur publication à bonne fin, et ce n'est nullement avec leur assentiment que certain catalogue renvoie, pour la *névrologie*, à un ouvrage qui a en effet revêtu une forme identique avec celle du traité retardataire. Quant à cette série de cent planches sur les *accouchements*, elle attend, pour se produire en public, un texte que son auteur ne peut lui refuser encore bien longtemps. Je vous fais grâce de tous ces autres volumes, depuis le compacte *Grisolle* jusqu'au portatif *Sédillot*. Je vous arrêterai encore moins aux mémoires in-4 d'une jeune Société, rivale déjà redoutée de nos académies, ou bien à ces collections volumineuses de journaux datant de 1785, de 1809, de 1824 et de 1843. Ce sont les archives où devra toujours fouiller tout adepte des sciences qu'elles ont pour objet. Puisse notre enfant, encore en lisières, atteindre, comme ses aînés et sans vieillir plus qu'eux, une aussi respectable longévité ! Mais

clair), ou encore la vie *comme loi*. Or, ici, le fil ordinairement si droit de vos déductions se relâche et s'embrouille légèrement. La cause et la loi ne sont point identiques. La vie ne saurait être une cause en tant que loi, ni une loi en tant que cause. Si vous voulez n'étudier que la loi et négliger la cause, soit; mais qui est-ce qui n'a pas la prétention d'étudier la loi de la vie? Il en est même qui assurent l'avoir trouvée. De deux choses l'une : ou la loi de la vie signifie pour vous la succession et la relation réciproque des phénomènes par lesquels la vie se manifeste, et alors c'est un objet de recherches ouvert à toutes les doctrines et accepté par toutes; ou la loi est pour vous adéquate au fait, et je dis que votre loi n'est rien de moins ni de plus qu'une cause. Mais si la vie est une cause, elle est nécessairement distincte de l'organisme, qui est son effet, et vous voilà malgré vous sur le chemin que vous déclarez conduire aux abîmes ; vous aboutirez , si vous allez jusqu'au bout , à l'animisme de Stahl , au vitalisme de Barthez, ou à celui de M. Lordat.

Vous me reprocheriez d'interpréter ainsi votre pensée sans mentionner votre comparaison de la vie avec l'attraction. La vie, dites-vous, est *la loi du monde organisé;* l'attraction est *la loi du monde inorganique*. Je retrouve là un souvenir de la *Revue médicale*, d'autant mieux à sa place dans vos articles, qu'il se lie à une discussion où vous êtes intervenu avec talent il y a déjà une dizaine d'années. Eh bien, quoi que vous en puissiez dire, quoi qu'en ait pu dire M. Cayol dans une brochure récente, cette comparaison célèbre, dans les conditions nécessaires du problème de la vie, manque absolument de rigueur. L'attraction, qu'on la considère comme en puissance ou comme en acte, est une action exercée par un corps sur un autre; les deux termes nécessaires de toute action, l'actif et le passif, sont connus; expliquer l'attraction serait donc expliquer pourquoi et comment ce corps est attiré par le corps voisin, et non par quelle source celui-ci a reçu le pouvoir d'attirer. La vie, au contraire, n'a qu'un terme apparent, la molécule, et il s'agit de savoir comment cette molécule vit, sent, se meut, sans y être sollicitée autrement que par une force interne ; la détermination de ce second terme est tout le problème. Je parle d'expliquer l'*attraction ;* je pose ainsi la difficulté telle qu'elle m'est présentée; mais, en réalité, ce n'est pas à quoi sont obligés ceux qui croient pouvoir admettre une force vitale distincte. Newton, d'un côté, et les vitalistes, de l'autre, sont préoccupés de la cause d'un phénomène, d'un mouvement : ici du mouvement des planètes, là du mouvement de la vie. Newton découvre que la matière attire la matière suivant de certaines lois; ce qu'il *explique*, ce n'est donc pas l'*attraction*, c'est le mouvement, et la force attractive est le principe actif de ce mouvement. Quand donc le vitaliste, pour expliquer le fait de la vie, suppose une force primordiale, génératrice et organisatrice, il raisonne précisément et conclut comme Newton; et il n'irait au delà que si, cette force admise, il cherchait à en pénétrer la nature, — ce qui, après tout, ne serait pas défendu, pourvu qu'on n'affirmât pas cette nature avant de l'avoir trouvée. Mettez *vis formatrix* au lieu de *vis gravitatis* dans le beau passage suivant, et vous aurez une déclaration que signera volontiers M. Lordat :

« Hactenus, phænomena cœlorum et maris nostri per vim gravitatis exposui, sed causam gravitatis nondum assignavi. Oritur utique hæc vis a causa aliqua, quæ penetrat ad usque centra solis et planetarum , sine virtutis diminutione ; quæque agit non pro quantitate *superficierum* particularum, in quas agit (ut solent causæ mechanicæ), sed pro quantitate materiæ *solidæ ;* et cujus actio in immensas distantias undique extenditur , decrescendo semper in duplicata ratione distantiarum. Rationem vero harum gravitatis proprietatum ex phænomenis nondum potui deducere, et hypotheses non fingo. Quidquid enim ex phænomenis non deducitur, *hypothesis* vocanda est ; et hypotheses seu metaphysicæ, seu physicæ, seu qualitatum occultarum, seu mechanicæ, in *philosophia experimentali* locum non habent. In hac philosophia propositiones deducuntur ex phænomenis, et redduntur generales per inductionem. Sic impenetrabilitas , mobilitas et impetus corporum et leges motuum et gravitatis innotuerunt. Et satis est quod gravitas revera existat, et agat secundum leges a nobis expositas, et ad corporum cœlestium et maris nostri motus omnes sufficiat. (Newton , *Philosophiæ naturalis principia*, p. 530.)

Enfin, permettez-moi de vous faire observer que l'attraction n'est pas une loi comme vous voulez que soit la vie. Elle est soumise à de certaines lois; mais au sens de la physique, c'est une force, et une force résidant sans doute dans la matière , mais distincte du corps sur lequel elle s'exerce. Si donc on voulait absolument la comparer à la vie, il faudrait considérer aussi la vie comme une force spéciale, qui, en pénétrant la matière, la constituerait à l'état d'organisme vivant.

Je suis bien intéressé, vous le savez, à défendre les partisans de la force vitale ; car j'admets cette force, je l'admets distinctement, sans rien décider de sa source, de son essence, de son mode de rapport avec la matière organisée (1);

(1) Voir, pour les développements nécessaires, *Gaz hebd.*, n° 12, p. 209.

c'est assez vous occuper de ma personnalité. Vous attendriez vainement que, dans mon examen de conscience, je me découvrisse quelque défaut. La cause en est toute naturelle : si je m'en étais connu, je m'en serais corrigé.

Hâtons-nous d'arriver à l'exposition de M. J.-B. Baillière. Notre attention est attirée par le spécimen du magnifique *Traité d'anatomie pathologique* que cet éditeur commence avec le professeur Lebert (de Zürich). Cet ouvrage sera le digne frère cadet des *Maladies de la peau* et des *Maladies des reins* de M. Rayer, et aussi d'une autre *Anatomie pathologique*. Mais le cadet aura sur ses aînés tous les avantages d'exécution matérielle que lui assurent les progrès réalisés par les arts graphiques. Deux autres planches se font également remarquer par leur exécution soignée : ce sont celles détachées de l'*Iconographie ophthalmologique* de M. Sichel.

Je trouve moins heureux le choix de ces planches représentant des coquilles fossiles : leur exécution ferait croire à une bien grande infériorité de notre lithographie, si la France n'avait de tous côtés, et notamment dans l'annexe, près des instruments de chirurgie, de si magnifiques échantillons du talent de ses artistes.

Vous regretterez avec moi que pas un de ces deux cents volumes ne nous ouvre ses pages. Cependant la lecture de leurs titres suffit pour nous rappeler les droits de M. Baillière à la reconnaissance du corps médical On a dû à ces traductions nombreuses la connaissance des travaux de l'Allemagne, que bien peu de médecins pouvaient alors lire dans le texte original. Souvent aussi, M. J.-B. Baillière a consacré ses capitaux à des éditions qui étaient plutôt des services rendus à la science que des spéculations commerciales. En exposant tous ces volumes publiés pendant sa longue carrière, mon confrère a sans doute voulu nous mettre à même d'apprécier les progrès introduits depuis douze ans dans la librairie médicale ; car il en est plus d'un, dans le nombre, dont la simplicité antique ne satisferait pas aujourd'hui le goût plus exercé de M. Baillière. Si nous comparons aux publications qui datent de plus de dix années la *Pathologie externe* de M. Vidal, le *Guide du médecin*, de Valleix, la dixième édition du *Dictionnaire* de Nysten, et surtout les *Médecins grecs* de M. Daremberg, nous devrons reconnaître quel pas immense a fait dans ces derniers temps la typographie médicale.

Vous m'aviez demandé, mon cher rédacteur , d'examiner pour quelle part entrent dans cette riche collection , résultat de trente-sept années d'intelligent travail, les produits d'une médecine nouvelle à laquelle M. Baillière a fait une si large place sur ses tablettes et dans son catalogue. J'ai regardé dans tous les coins, en haut, en bas; j'ai failli regarder derrière. Je n'ai absolument rien aperçu. J'incline à penser que M. Baillière, nanti par l'Académie d'un titre officiel, avait pris le parti de rompre avec une médecine désavouée par nos Facultés et nos corps savants. On m'a dit

je l'admets comme un dogme conséquent du vitalisme, qui, sans cela (excusez ma plaisanterie dans un sujet si grave), ressemble quelque peu à un pont sur lequel tout le monde passe, et bien connu des habitants de votre ville.

Il me reste maintenant, en passant à la seconde question que je me suis proposée, à rechercher ce que peut et doit être la maladie dans la doctrine vitaliste et dans la doctrine organicienne, et à montrer, j'espère, qu'elles ne sont pas aussi ennemies que vous paraissez le croire.

A. Dechambre.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Nous avons pour habitude de ne pas nous occuper d'homœopathie, même pour la combattre, dans la crainte de servir certains calculs. Mais quand l'homœopathie devient le sujet d'une expérience régulière, publique, suivie et attestée par des hommes compétents; quand, au lieu de se prôner elle-même, elle se laisse réellement juger, nous lui devons d'enregistrer ce jugement. Aussi n'aurons-nous garde d'y manquer aujourd'hui. On saura donc que l'administration des hospices de Marseille, effrayée de ce fait que, dans la recrudescence actuelle du choléra, sur les 84 premiers malades, 49 avaient succombé en peu de temps, a cru devoir confier un service de cholériques à l'auteur d'un livre récemment publié et qui a pour titre : L'Homœopathie et ses détracteurs en 1854. La partie était donc engagée jeu sur table, et l'honorable correspondant qui nous transmet ces détails exprime ainsi le sentiment d'impartialité apporté à l'appréciation des résultats : « En présence des chants de victoire entonnés par les médecins homœopathes et des dénégations non moins bruyantes des allopathes, celui qui n'avait pu s'assurer *de visu* de ce qu'il pouvait y avoir de faux ou d'exagéré chez les uns et chez les autres, se trouvait réellement dans une grande perplexité. Il est des organisations qui répugnent toujours à supposer chez des confrères l'erreur et à plus forte raison le mensonge, et la mienne est de celles-là, etc. » Or, voici le résultat de cette épreuve : Sur 26 cholériques, 19 ont succombé très rapidement, et le chef improvisé du service s'est hâté d'abandonner la place. On peut s'attendre à ce que, loin de l'hôpital, les spécifiques anticholériques reprennent toute leur efficacité.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Note sur un traitement rapide de la gale, par MM. L. Dusard, interne en pharmacie, et A. Pillon, interne en médecine (service de M. Cullerier) à l'hôpital de Lourcine.

Certes les moyens ne manquent pas pour guérir la gale, et il faut avoir une confiance réelle dans celui que l'on propose pour oser l'ajouter à la liste trop nombreuse des traitements usités jusqu'à ce jour. On peut dire que presque tout peut servir à détruire l'acarus, depuis les substances les plus simples et les moins coûteuses, comme le vinaigre, jusqu'à d'autres plus chères ou d'un emploi difficile. Mais à tous les moyens ordinaires on peut faire des reproches, et même d'assez graves : l'*essence de térébenthine* a une odeur désagréable et surtout très persistante; elle est fréquemment inefficace, et de nombreuses récidives succèdent à son emploi; à la *teinture de benjoin* on peut accorder un emploi facile et une odeur agréable, mais on doit objecter un prix assez élevé, une fidélité des plus douteuses, des récidives sans nombre; à l'ancien traitement par la pommade d'Helmerich, par les bains sulfureux, par le sous-carbonate de potasse, on doit reprocher, entre autres inconvénients, une lenteur désespérante, une inefficacité qui n'est pas à l'abri de tout conteste.

Enfin, et sans les passer tous en revue, on peut attaquer le traitement dit de Saint-Louis : *la frotte*. M. Devergie lui a fait son procès; il l'accuse de bien nombreux insuccès, et, qui plus est, d'exaspérer, de perpétuer, en les faisant passer à l'état chronique, les complications eczémateuses, ecthymateuses, prurigineuses de l'affection psorique, d'être pour les malades une source de douleurs et de désagréments.

Nous croyons avoir évité la plupart de ces inconvénients par l'emploi du chlorure de soufre en dissolution dans le sulfure de carbone, et nous venons humblement le proposer à l'appréciation de nos maîtres, à l'expérimentation de chacun.

Ce médicament, facilement obtenu par l'action du chlore sur le soufre, a d'abord l'avantage, en sa qualité de composé liquide, de s'appliquer en couche mince et régulière, de pénétrer jusqu'au fond des sillons et partout où il faut, de s'y dédoubler en acides sulfureux et chlorhydrique et en soufre.

Au début, nous employions pur le chlorure de soufre; appliqué partiellement et en quantité très minime, il réussissait déjà, mais pas du premier coup. Nous dûmes chercher un dissolvant, un véhicule qui n'exerçât sur lui aucune action chimique capable de modifier sa composition ou de neutraliser ses propriétés.

Un petit nombre de substances seulement pouvaient remplir ce but. Le chloroforme fut essayé; mais on pouvait nous objecter son prix assez élevé, à nous qui avions la prétention de proposer un traitement économique. Après divers tâtonnements, nous don-

---

pourtant, mais je n'affirme rien, qu'une notice portant la date d'août 1855 annonçait, comme nouvelles publications homœopathiques, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, cent huit ouvrages divers; plus huit périodiques, suspendus il est vrai, mais dont les collections comprennent 46 tomes; et enfin, un journal né, le 1er mai 1855, des cendres de deux journaux défunts depuis 1849 et 1850.

Le Magnétisme n'a pas subi le même affront; il s'est subrepticement glissé dans la vitrine de l'Académie impériale, sous la forme modeste d'un in-18, et il se pavane au premier rang, entre M. Flourens et M. Dubois (d'Amiens).

Passons en Autriche, et tout d'abord remarquons quel parti l'Imprimerie impériale de Vienne a tiré de la chromolithographie là où nous employons à peu près exclusivement la gravure en taille-douce et le pinceau. L'iconographie des maladies de la peau du docteur Elfinger est exécutée par ce procédé. Douze planches sont terminées. L'impression en est faite avec six, huit ou dix pierres dont chacune sert à poser une couleur particulière. Vous jugerez avec moi que les tons sont naturels et exacts. La chromolithographie a un double avantage : elle maintient entre tous les exemplaires une identité qu'il est impossible d'obtenir avec le pinceau; puis les couleurs en sont inaltérables, tandis que l'air et la lumière détruisent rapidement les tons posés à l'aquarelle. C'est par le même procédé, et seulement avec trois ou quatre pierres, que sont imprimées en couleur les planches de Jæger sur les maladies des yeux. Ces planches sont irréprochables, grâce au grossissement considérable des sujets représentés. Mais des essais faits avec M. E. Beau m'ont convaincu que lorsqu'il s'agit de reproduire par la lithochromie, dans la grandeur naturelle, des objets aussi délicats qu'un œil, par exemple, il se présente des difficultés qu'on ne surmonterait qu'avec des frais excessifs. C'est surtout dans l'exécution des cartes géologiques que la lithochromie rend des services. L'Exposition nous en offre des spécimens très multipliés; mais nous ne voyons rien qui égale la Carte géologique de France, dont notre Imprimerie impériale a déjà terminé les départements du nord.

Je ne vous fais remarquer qu'à titre de curiosité les planches faites à l'Imprimerie de Vienne par l'*impression naturelle*. Lorsque le gouvernement autrichien avait permis, il y a deux ans, à M. Worring de venir faire chez moi divers essais de galvanoplastie, j'ai exécuté avec lui des impressions de ce genre sur des plantes et sur des pétrifications. Mais j'ai dû reconnaître que ce procédé n'est pas susceptible de rendre des services à la science pure, parce qu'il ne conserve pas suffisamment les caractères spécifiques des objets reproduits. Vous devez, d'ailleurs, recommander au sérieux examen de vos confrères toutes les applications faites par l'habile

nâmes la préférence au sulfure de carbone, déjà proposé comme moyen curatif de la gale, mais qui, employé seul, ne constitue qu'une préparation d'une fidélité douteuse, ainsi que nous avons pu nous en convaincre. C'est encore en tâtonnant que nous sommes arrivés à constater quelles doses minimes du médicament suffisaient pour produire de bons résultats.

Nous prenons une dissolution de 12 grammes de chlorure de soufre dans 100 grammes de sulfure de carbone (100 grammes au plus du mélange suffisent pour un malade adulte). La valeur vénale de cette dose bien suffisante est des plus modiques (1).

Voici maintenant comment nous procédons :

Nous nous plaçons dans un lieu bien ventilé, en ayant la précaution d'en retirer tout objet de cuivre dont le brillant se trouverait altéré par les vapeurs sulfureuses qui s'exhalent pendant l'opération. Nous plaçons le malade complétement déshabillé sur un tabouret, pour qu'il soit plus élevé que nous ; nous lui enveloppons la tête dans un vaste cornet de papier résistant et ouvert par en haut, pour lui épargner toute odeur désagréable, pour le soustraire aux vapeurs piquantes qui pourraient se produire. Nous passons légèrement sur la surface du corps un pinceau de blaireau ou de charpie, en n'omettant pas de notables surfaces, en insistant sur celles bien connues qu'habite de préférence l'acarus. Et tout se borne à ce procédé si simple que le premier venu, homme ou femme, baigneur, infirmier, garde-malade, peut y être initié, mais que nous avons décrit minutieusement pour en assurer le succès.

Le badigeon terminé, le malade ressent une chaleur générale sans cuisson douloureuse; nous le renvoyons, en l'affirmant guéri. Le traitement, à proprement parler, n'a pas duré plus de cinq minutes.

Les démangeaisons cessent comme par enchantement. C'est seulement après trente-six heures que nous prescrivons un bain simple, recommandant de s'abstenir jusque-là d'ablutions du cou ou des mains; puis un bain tous les deux jours pendant une semaine : cela nous a toujours suffi.

Mais nous n'avons agi que contre l'acarus, nous n'avons détruit que lui. Or la gale n'est presque jamais simple, et les complications subsistent; toutefois la cause est supprimée, et dans toutes nos observations nous avons vu ces complications s'éteindre et disparaître avant la fin de la deuxième semaine.

Aux cas où l'eczéma prédomine, nous ajoutons quelques bains gélatineux ou amidonnés.

Aux cas où c'est le prurigo, quelques bains alcalins en font généralement justice.

En présence de ces gales composées, où les complications tiennent la plus grande place, nous calmons d'abord l'état aigu par des moyens appropriés avant d'en venir au badigeon sur des surfaces trop sensibles, ce qui serait douloureux.

Voilà ce que nous avons fait dans seize cas de gale bien avérée. On ne contestera pas la valeur de nos diagnostics, si nous disons qu'il ont tous été contrôlés, soit par M. Cullerier, soit par M. Bernutz; et dans ces seize cas nous avons réussi, et nous sommes encore à attendre une seule récidive, quoique la moitié au moins de nos guérisons ait de deux à trois mois de date. — Il est deux autres observations que nous n'avons pas fait entrer en ligne. La première a trait à une femme allaitant son enfant : tous deux étaient affectés de gale; la mère seule a été soumise au traitement, l'état de santé de l'enfant nous défendant de le mettre en expérience. Or la mère depuis vingt-cinq jours nous paraissait guérie; aujourd'hui la gale reparaît chez elle sur la poitrine et les seins qui sont en contact fréquent avec l'enfant. Nous ne croyons pas devoir l'attribuer à une récidive, mais à une contagion nouvelle. Dans la deuxième observation, le sujet traité nous a quittés deux jours après le badigeon ; malgré sa promesse de revenir, nous ne l'avons pas revu. Serions-nous en droit de le croire guéri ?

Enfin nous n'hésitons pas à employer le même moyen sur les enfants même à la mamelle, mais en redoublant de précautions pour soustraire le petit malade aux vapeurs irritantes dont nous avons parlé.

Pour juger du succès, la disparition des démangeaisons a été notre critérium, puis l'affaiblissement des vésicules et la disparition graduelle, mais plus lente, de la papule du prurigo, du sillon qui se comble peu à peu, de l'eczéma du sein ou des espaces interdigitaux, qui persiste généralement le dernier.

Pour ce qui est des démangeaisons, on doit être prévenu qu'après avoir disparu, elles reviennent quelquefois au bout de cinq ou six jours ; mais ce ne sont plus celles qui tenaient à la présence des acarus, ce sont celles, de tout autre nature, qui appartiennent au prurigo qui a persisté. Insister sur les bains simples ou alcalins est tout ce qu'il convient de faire en pareil cas, au lieu de concevoir aussitôt l'idée d'une récidive, que nous n'avons pas constatée, nous le répétons, quand toutes les précautions sus-décrites avaient été bien prises.

Comme dans tous les autres traitements, il ne sera pas inutile de faire purifier les vêtements par les moyens ordinaires, quoique nous ayons souvent négligé cette précaution sans avoir eu à nous en repentir.

On ne manquera pas de nous objecter l'odeur peu agréable de notre médicament; mais cette objection nous paraît sans valeur, si l'on considère que cette odeur est devenue très supportable avec notre formule perfectionnée, que nous y soustrayons complétement le malade, et que, comme nous, l'opérateur s'y habituera bien facilement s'il est animé du désir de rendre service.

Conclusion. — Un seul badigeon de cinq minutes avec une substance peu coûteuse, dont l'emploi est facile et exempt de dangers, dont l'odeur est très supportable ; cinq ou six bains simples ou alcalins, sans écorcher le malade, sans le faire souffrir, sans le garder à l'hôpital: voilà, certes, un traitement rapide, commode, et dont l'efficacité ne nous a pas encore failli une seule fois.

(1) Tout compte fait, elle ne doit pas dépasser 60 centimes.

---

directeur de l'Imprimerie impériale et royale de Vienne, M. le conseiller Auer, de la galvanoplastie et de la photographie aux arts graphiques. L'Angleterre nous offre également plusieurs spécimens de photographie appliquée aux études microscopiques. Mais, dans ce genre, l'Imprimerie de Vienne ne doit reconnaître pour maître que notre compatriote M. Bertsch, dont les produits touchent de si près à la perfection, de même que, pour la galvanoplastie, elle ne doit amener pavillon que devant M. Hulot. Puisque nous avons parlé de la photographie, nous devons mentionner ici les travaux de M. L. Rousseau, qui, par un système particulier d'appareils, arrive à conserver la position horizontale aux préparations anatomiques qu'il veut représenter. Ce n'était qu'à cette condition que la découverte de Niepce pouvait être utilisée pour figurer des objets qui, le plus souvent, doivent être conservés dans l'alcool, et qui, dans tous les cas, ne sauraient être placés verticalement, sous peine d'être complétement déformés.

Nous ne remarquons en Saxe d'autre ouvrage sur la médecine que le *Traité des maladies des yeux*, du docteur Theodor Ruete, publié par le libraire Teubner, de Leipzig. Le texte, petit in-folio, ne laisse rien à désirer. L'atlas est gravé en taille douce avec une grande finesse, et le pinceau a été conduit par une main habile. Seulement les tons ne me semblent pas toujours très exacts, surtout dans la partie pathologique de l'ouvrage. Vous voyez que l'exemplaire est « vendu à M. le docteur Gruby. »

Les deux *Iconographies des maladies des yeux* que nous avons vues et celle que le docteur Dalrymple a publiée à Londres chez J. Churchill sont certainement d'une belle exécution. Si cependant nous nous rappelons l'Atlas que Demours faisait paraître en 1818, nous ne trouverons pas que pour l'iconographie opthalmologique la taille-douce et l'enluminage aient fait d'immenses progrès depuis quarante ans.

Avant de sortir de Leipzig, exprimons le vœu que MM. Giesecke et Devrient aient prochainement occasion d'appliquer à des publications médicales le goût exquis et la perfection d'exécution qui distinguent les ouvrages sur la littérature qu'ils ont exposés. Cette maison, fondée depuis trois années à peine, a déjà mis en œuvre, avec un succès complet, tous les nouveaux procédés de la galvanoplastie. Elle n'emploie que de beaux types, et ses tirages à la mécanique sont irréprochables. MM. Giesecke et Devrient laissent derrière eux, dès leur début, la plupart de leurs devanciers d'Allemagne, et viennent se placer au premier rang parmi les meilleurs typographes de France et d'Angleterre.

Dans la galerie supérieure, MM. Vieweg et fils, de Brunswick, font une exposition libre d'un grand nombre d'ouvrages de science, tous illustrés, que nous pouvons feuilleter à notre aise, et parmi lesquels nous trouvons des noms bien connus par les médecins français, Henle, J. Siebold, Valentin, C. Vogt, etc.

Essai sur la nature de la cataracte capsulaire, par MM. Adolphe Richard et Charles Robin, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Dans le service de M. le professeur Malgaigne, à l'hôpital Saint-Louis, on a pu voir dernièrement réunies quatre femmes, entrées pour des affections chirurgicales diverses, et portant une cataracte capsulaire. Il était curieux qu'une pareille coïncidence s'offrît à l'examen du chirurgien éminent dont les travaux avaient battu en brèche l'existence de cette espèce de cataracte ; et, précisément encore, chez trois de ces malades qui durent être opérées, l'extraction fut pratiquée par M. Adolphe Richard, qui avait été jusqu'à nier, il y a quelques années (1), la possibilité d'une opacité propre de la capsule.

Déjà amende honorable sur ce point important de pathologie a été faite par M. Ad. Richard. — Deux pièces examinées par MM. Desmarres et Ch. Robin (2), deux autres par M. Broca (3), n'ont pu lui laisser aucun doute, et l'excellente publication de M. Broca a été suivie d'autres faits également concluants. — Il s'en faut pourtant que cette question si débattue soit entièrement claire, même pour ceux qui l'ont étudiée, et ce travail le montrera sans doute. Aussi le but des deux auteurs de cette note est simplement de mettre sous les yeux du lecteur de nouveaux exemples de cataracte capsulaire, en aidant la description de dessins aussi exacts que possible ; et bien qu'ils espèrent être arrivés dans ces recherches à un résultat important, ils se garderont de vouloir remédier à la sécheresse d'un pareil travail par des conclusions prématurées et des interprétations douteuses contre lesquelles d'autres n'ont pas su se prémunir.

Fig. 1.

Obs. I. — Au n° 13 de la salle Sainte-Marthe, à l'hôpital Saint-Louis, est couchée, depuis le 7 mars 1855, une femme de cinquante-deux ans, couturière, nommé Lecerf (Adélaïde), demeurant à Paris, rue de la Roquette, n° 112. Elle est entrée pour une tumeur blanche du genou, aujourd'hui (commencement d'août) en voie de guérison. — Sa vue est excellente de l'œil droit ; de l'œil gauche, elle est, au contraire, presque entièrement abolie.

Il y a dix ans, son mari aperçut sur cet œil gauche une petite ligne blanchâtre, comme un fil ; malgré cela, la vision restait bonne. Mais à quelque temps de là cette femme fut tourmentée par la présence de poussières fines, noirâtres, qui semblaient voltiger devant elle dès qu'elle fixait son regard sur un objet. Étudiant dès lors les fonctions de son œil gauche, elle s'aperçut que de jour en jour la faculté visuelle déclinait de ce côté, pour disparaître entièrement dans l'espace d'environ une année. L'œil droit resta bon, et elle put continuer ses travaux d'aiguille, bien qu'elle en éprouvât une certaine fatigue. — Elle n'a jamais souffert ni dans l'œil ni dans la tête. Rien ne lui rappelle que sa maladie soit due à un coup, à un choc sur l'œil. — Elle ne peut citer aucune personne de sa famille à elle connue qui ait eu la cataracte.

Quoi qu'il en soit, voici ce que l'on observait dans l'œil gauche de cette malade.

La pupille se dilate facilement et régulièrement par la belladone. La face antérieure de la cataracte, découverte ainsi presque en totalité, laisse voir un fond opalin blanc bleuâtre, uniforme de teinte, ayant en somme l'aspect ordinaire d'une cataracte corticale complète dont les stries ne sont plus visibles. Sur ce fond s'élève la cataracte capsulaire, et une masse centrale qui en forme la partie principale attire tout de suite l'attention. Cette masse est au centre du champ pupillaire, bien qu'elle s'étende un peu davantage par en haut. — On peut avoir une idée de son étendue, en remarquant qu'elle remplit et bouche la pupille quand celle-ci a son diamètre ordinaire. — Elle forme une saillie notable dans la chambre antérieure, et l'on voit, en la regardant de côté, qu'un très petit espace la sépare de la cornée. — De plus, en variant la position de la tête de la malade par rapport au jour, on voit se dessiner une ombre sur le fond uniforme de la cataracte cristalline, du côté opposé à la lumière reçue. La fig. 1, faite sur un très beau dessin de M. Léveillé, donne une idée complète de l'effet bizarre produit dans l'œil par cette singulière tumeur ; mais ce que le dessin même colorié ne peut rendre entièrement, c'est le blanc mat et crayeux de cette masse végétante, qui permet à l'observateur d'émietter tous les détails de sa configuration. Sa surface, en effet, est d'une grande inégalité, bien que dans son ensemble elle soit à peu près hémisphérique. — Tous les petits mamelons qui la hérissent et lui donnent un aspect framboisé ont à peu près même forme : ils sont arrondis et de la grosseur d'une très petite tête d'épingle ; on les voit à la circonférence comme sur toute la face antérieure. — Il est facile de voir que ce monticule central est formé de l'agglomération de tous ces petits mamelons, et l'on s'en convainc encore en voyant les petits amas isolés qui à droite et à gauche de la tumeur principale, et surtout en bas, couvrent, irrégulièrement disséminés, plusieurs points de la surface cristallinienne.

(1) *Des diverses espèces de cataractes* (Thèse pour l'agrégation), juin 1853.
(2) Société de biologie, 22 août 1853.
(3) *Mémoire sur la cataracte capsulaire* (Bulletin de la Société anatomique, décembre 1853).

Nous voici en Angleterre. Votre désappointement égalera le mien. Comme moi, vous aviez compté trouver au grand concours universel les produits des Churchill, des Highley, des Longman, des Simpkin, des Walton. Ces éditeurs n'ont pas voulu écraser nos modestes publications de tout le luxe des leurs ; ils ne brillent que par leur absence. Édimbourg a été moins généreux ou moins dédaigneux à notre égard. M. Black a envoyé deux volumes du docteur Miller : *The Principles of Surgery* et *The Practice of Surgery*. C'est très bien de papier, de marges, d'interlignes. Mais les figures intercalées dans le texte n'ont rien d'extraordinaire, et cependant voyez ce chiffre gravé sur le dos de chaque volume : 16 *sh.* — vingt francs un volume de 700 pages avec 227 figures !

Si vous prolongez votre exploration jusqu'à l'extrémité de la galerie, vous découvrirez, au milieu des richesses de la Compagnie des Indes, un *Traité d'anatomie*, grand in-folio, que le docteur Mouat a publié en indou, avec le texte anglais en regard. Vous ne reconnaîtrez dans les planches ni le crayon ni le pinceau de nos artistes parisiens ; mais c'est exécuté à Calcutta.

Le vice-roi d'Égypte, Saïd-Pacha, moins superbe que nos confrères d'outre-Manche, a envoyé de nombreux spécimens des produits de son imprimerie de Boulak. Comme moi vous devez, tout en rendant justice à l'exécution typographique des 195 volumes exposés, vous en rapporter à l'assurance qui nous est donnée que bon nombre d'entre eux ont trait aux sciences médicales.

J'arrêterai ici, mon cher rédacteur, ces notes déjà beaucoup trop étendues. Nous ne verrons pas en détail les expositions des graveurs en taille-douce ou en relief, des lithographes, des imprimeurs de toute espèce, des coloristes. Vous avez pu, en feuilletant nos volumes, faire la part de chacun. Lorsque vous admiriez, par exemple, les *Organes des sens*, dernière partie du traité de M. Sappey, vous vous êtes rendu compte du nombre de *perfections* qu'il a fallu réunir pour atteindre un tel résultat : perfection du dessin, perfection de la gravure, perfection du papier, perfection de l'encre, enfin perfection de l'impression. Quant à l'éditeur, son mérite consiste à savoir réunir *ces perfections* et à en coordonner les résultats. A moins qu'il ne soit dénué de tout bon goût, sa tâche est facile, grâce aux hommes de talent que Paris recèle, et surtout s'il a le bonheur de disposer des presses des honorables maisons d'imprimerie dont les noms figurent sur les volumes exposés par M. J.-B. Baillière et par votre éditeur bien affectionné

Victor Masson.

Le champ pupillaire, en l'état de mydriase que représente la figure, laisse apercevoir, au-dessous de la cataracte, une très petite portion du noir de l'œil sous forme de croissant très ténu, à longues cornes. Cela indique-t-il un déplacement de la cataracte, ou bien en cet endroit la capsule et la lentille ont-elles leur transparence? Nous ne pouvons rien affirmer, bien que la première supposition soit plus probable.

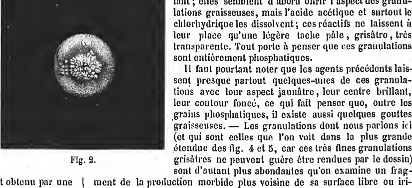


Fig. 2.

Le 7 avril 1855, l'extraction de cette cataracte fut pratiquée par M. Ad. Richard, en présence de M. Malgaigne et de M. Sichel. La kératotomie supérieure une fois faite, le kystitome introduit ne put entamer la cataracte, particularité, du reste, prévue. Mais, à l'aide d'une pression soutenue avec ménagement sur le globe, la plaie cornéenne s'ouvrit pour laisser échapper la cataracte en masse.

Examinée sous l'eau et grossie du double par une loupe (fig. 2), elle laissait apercevoir plus nettement la disposition observée dans l'œil. — Les mamelons dont l'agrégation constitue le monticule central paraissaient plus détachés, plus isolés. Le passage à travers la cornée n'avait pourtant rien détaché de la masse principale, mais quelques-uns des points disséminés avaient disparu. En effet, ce résultat peut être facilement obtenu par une pointe d'aiguille; on fait sauter assez facilement la petite incrustation, mais le tissu même de cette cataracte capsulaire résiste au scalpel, bien loin d'offrir pourtant une dureté pierreuse: cela résiste plutôt comme du tissu fibreux. La base d'implantation de la saillie montueuse principale et des points blanchâtres disséminés est une cataracte cristalline demi-molle.

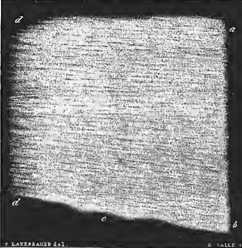


Fig. 3.

L'examen micrographique de cette pièce donna les résultats suivants à M. Ch. Robin :

Au centre de la masse centrale, dans sa partie la plus épaisse, le produit nouveau est constitué principalement par une substance de nouvelle formation que nous appellerons, pour abréger, pseudo-membrane. C'est une substance assez dure, se dilacérant pourtant avec une certaine facilité et toujours dans le même sens; elle est incolore, transparente, remarquable par son aspect strié.

Ces stries sont parallèles, et c'est dans le sens de leur direction que s'opère la déchirure; elles sont d'ordinaire rectilignes, quelquefois onduleuses. Elles donnent à la substance l'aspect de fibres, ou, mieux, de nappes du tissu cellulaire ou lamineux. Mais on n'a pas sous les yeux les éléments de ce tissu, car l'acide acétique pâlit cette substance striée, mais ne la rend pas homogène et ne fait pas disparaître les stries, comme il le fait pour le tissu lamineux proprement dit, en gonflant et rendant cohérentes les fibres elles-mêmes. De plus, ici les extrémités des lambeaux déchirés ne présentent pas de fibres isolées telles que celles qu'on voit dans les faisceaux de tissu cellulaire. — Au lieu de fibres, les bords de la déchirure offrent de petits fragments de lambeaux lamelleux s'amincissant et se perdant insensiblement en devenant de plus en plus pâles. — C'est ce qu'on voit fig. 3, *d*, *d*.

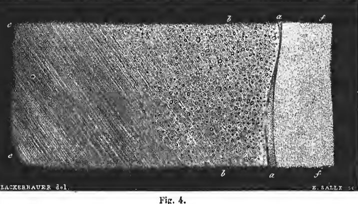


Fig. 4.

Ces lambeaux lamelleux, s'amincissant insensiblement pour se terminer par un bord pâle, ont des dimensions variables selon les accidents de la dilacération.

A la trame qui vient d'être décrite, et qui est le tissu fondamental, s'ajoutent des productions accessoires d'autant plus importantes à signaler que c'est certainement à leur présence que le produit de nouvelle formation doit son opacité et cet aspect spécial crayeux qui au premier coup d'œil donne l'idée d'une masse phosphatique. Nous voulons d'abord parler des *granulations* dont est parsemée la substance fondamentale dans la plus grande partie de son étendue.

La plupart d'entre elles sont très fines, grisâtres, pâlies, mais non dissoutes par l'acide acétique; elles modifient les portions de substance qui les renferment de telle façon que l'aspect strié est en partie masqué (fig. 4, *b*).

Outre les précédentes, on trouve (fig. 5 et fig. 4) des granulations jaunâtres à contour foncé, à centre brillant; elles semblent d'abord offrir l'aspect des granulations graisseuses, mais l'acide acétique et surtout le chlorhydrique les dissolvent; ces réactifs ne laissent à leur place qu'une légère tache pâle, grisâtre, très transparente. Tout porte à penser que ces granulations sont entièrement phosphatiques.

Il faut pourtant noter que les agents précédents laissent presque partout quelques-unes de ces granulations avec leur aspect jaunâtre, leur centre brillant, leur contour foncé, ce qui fait penser que, outre les grains phosphatiques, il existe aussi quelques gouttes graisseuses. — Les granulations dont nous parlons ici (et qui sont celles que l'on voit dans la plus grande étendue des fig. 4 et 5, car ces très fines granulations grisâtres ne peuvent guère être rendues par le dessin) sont d'autant plus abondantes qu'on examine un fragment de la production morbide plus voisine de sa surface libre ou iridienne. — C'est également près de cette surface, et particulièrement à la circonférence, qu'on trouve des globules isolés ou réunis, larges de 1 à 2 centièmes de millimètre, jaunâtres, à contour foncé, pourvus de stries concentriques, que M. Ch. Robin a déjà vus et décrits, constituant à eux seuls une cataracte capsulaire remise par M. Sichel (1).

Dans l'épaisseur de la substance amorphe se trouvent encore des noyaux assez nombreux, quelquefois contigus; leur diamètre varie de 5 à 7 millièmes de millimètre; leur forme est sphérique ou ovoïde, leur contour pâle, peu régulier, leur intérieur finement granuleux, sans nucléole (fig. 5, *b*).

La fig. 5 montre encore que la matière amorphe granuleuse a rendu irrégulière la surface lisse de la capsule (*f*, *f*) à laquelle elle adhère; elle a de plus très légèrement aminci la capsule (*c*).

Partout on retrouve la même chose; toujours et partout la substance pseudo-membraneuse amincit la capsule d'environ 6 à 10 millièmes de millimètre, soit qu'elle la détruise, soit qu'elle l'envahisse en s'y mêlant et la modifiant d'une manière quelconque. Toujours est-il que cette modification est partout manifeste par un changement survenu dans la transparence et l'homogénéité si caractéristiques de la capsule.

A la circonférence de la masse principale, et dans l'épaisseur et à la périphérie des points irrégulièrement disséminés sur la cataracte, on trouve des filaments cylindriques déjà décrits par MM. Ch. Robin et Sichel, appliqués à la surface de la capsule, lui adhérant, s'y incrustant même dans l'épaisseur de 4 ou 5 millièmes de millimètre. Leur structure est toujours la même, mais leur transparence varie suivant leur diamètre ou le nombre des granulations qu'un y rencontre; ils sont constitués par une matière amorphe, homogène, non striée, assez résistante, se brisant nettement, contenant un grand nombre de granulations moléculaires grisâtres ou quelquefois un peu brillantes au centre, variant d'un diamètre presque imperceptible à un diamètre de 2 millièmes de millimètre. — On ne peut se lasser d'observer ces filaments, en raison de l'uniformité et de la régularité de disposition des granules. — Leurs configurations sont aussi des plus

(1) *Iconographie ophthalmologique*, 11e livraison.

bizarres. Tantôt larges de 1 à 4 centièmes de millimètre, ils se replient sur eux-mêmes en circonvolutions entériformes, ramifiées et quelquefois anastomosées ; d'autres fois, et plus souvent, ils sont bifurqués, et d'espace en espace offrent des resserrements qui les rendent moniliformes (fig. 6). Ils ont alors 7 ou 8 centièmes de millimètre de large.

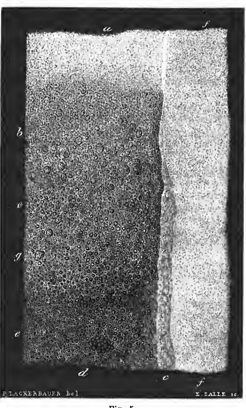


Fig. 5.

Que sont ces singulières productions pathologiques? Nous avons cru nécessaire de les faire connaître, mais nous ne préjugerons rien sur leur nature.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés en rapportant cette première observation rendront courte la relation de celles qui vont suivre.

Obs. II. — Au n° 79 de la même salle Sainte-Marthe, est entrée, le 2 avril 1855, Marguerite Beaurepaire, âgée de soixante-dix ans, demeurant rue du Ponceau, n° 38.

L'œil gauche est sain.

L'œil droit ne peut plus que discerner la lumière de l'obscurité; il y a déjà plusieurs années que cet œil a cessé de distinguer les objets, sans que la malade puisse, du reste, rien préciser à cet égard. — Pendant que la cataracte s'est formée, la femme dit n'avoir éprouvé aucune douleur ni autre trace d'inflammation; aucune cause traumatique ne peut non plus être invoquée.

La pupille se laisse facilement dilater par la belladone. — On voit alors sur le fond d'une cataracte cristalline analogue à la précédente, mais un peu plus jaunâtre, une tache blanche (fig. 7), irrégulièrement carrée, et cachant la plus grande partie de la face antérieure du corps cristallinien. Cette tache, au premier abord, paraît former une plaque continue; mais en l'examinant de plus près et à l'aide de la loupe, ainsi que la représente la figure, on voit qu'en plusieurs points de son étendue elle semble faire défaut en laissant voir le fond cristallinien proprement dit. — On découvre, de plus, que son aspect est loin d'être uniforme, mais que l'on y peut isoler plusieurs petites masses de formes différentes, les unes dentées, les autres ondulées, dont l'ensemble forme la plaque capsulaire. — En un mot, on voit là à un faible degré la particularité de composition notée dans l'observation précédente. — Sa couleur est d'un blanc sec tranchant sur le fond jaunâtre de la lentille, mais elle n'a pas le crayeux de la première observation. On voit que cette plaque est un dépôt fixé sur la cataracte proprement dite; mais la saillie qu'elle forme, pour être reconnue, a besoin d'un examen attentif. Son léger relief apparaît surtout vers le bord onduleux qui la limite.

Fig. 7.

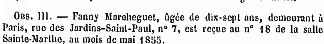
Cette femme fut opérée par M. Ad. Richard quelques jours après la précédente. La cornée étant ouverte, le kystitome fut porté avec une certaine force sur le bord externe de la plaque capsulaire, à son union avec la capsule saine. — Que cette membrane ait été ou non intéressée par cette manœuvre, aucun changement dans l'œil n'en avertit l'opérateur, et celui-ci, portant alors dans le champ pupillaire des pinces très fines, vint saisir entre les mors la plaque capsulaire à son bord externe, et, sans avoir besoin d'aucune traction, la retira avec la plus grande facilité et dans un état d'intégrité parfaite. — La lentille s'échappa un instant après.

La manière dont cette cataracte capsulaire a pu être ainsi comme cueillie dans l'œil est une particularité bien intéressante : ainsi les petits îlots de capsule qui paraissaient sains au milieu de la plaque, et qui à coup sûr étaient translucides, étaient pourtant malades.

La pièce, examinée sous l'eau et à la loupe, offrait des bords d'une grande netteté. Son aspect était à peu près celui de la corne; les inégalités de la surface formaient une saillie de 1/2 millimètre environ. Dans les intervalles, les portions de capsule restées translucides paraissaient néanmoins augmentées d'épaisseur. D'après l'examen de M. Charles Robin :

« Il n'existe aucune différence entre le produit morbide de cette seconde pièce » et celui de la première, si » ce n'est dans l'épaisseur; » du reste, même substance » striée à déchirure lamelleuse, même résistance à la » déchirure, même parallélisme des stries droites ou légèrement onduleuses. Il faut pourtant » noter que les granulations phosphatiques et graisseuses sont ici beaucoup moins abondantes; aussi les stries de la substance pseudo-membraneuse se présentent avec une bien plus grande netteté. Les petits » cylindres bizarres précédemment décrits existaient également ici. »

Fig. 6.



Obs. III. — Fanny Marcheguet, âgée de dix-sept ans, demeurant à Paris, rue des Jardins-Saint-Paul, n° 7, est reçue au n° 18 de la salle Sainte-Marthe, au mois de mai 1855.

Depuis son enfance, sa vue est très faible; son œil droit offre un peu de nébulosité dans le champ pupillaire, et cependant c'est le seul qui lui serve, car l'œil gauche a même perdu la faculté de discerner la lumière des ténèbres, comme dans l'amaurose la plus complète.

La pupille est médiocrement dilatée; l'iris conserve tous ses mouvements ordinaires sous l'excitation lumineuse, ce qui paraît d'un pronostic favorable et fait décider l'opération très désirée par la malade.

Quant à la cataracte qui remplit le champ pupillaire, son aspect peut être peint d'un mot. C'est une tache plâtrée d'une uniformité parfaite sans granulations, sans aspérité, mais offrant deux rides transversales qui parcourent toute l'étendue de la cataracte. Il n'y a pas de cataracte lenticulaire qui offre une semblable disposition, et le diagnostic fut ainsi posé.

Cette cataracte est très ancienne; elle a au moins une dizaine d'années; mais, d'après les renseignements de la famille, il est bien avéré que l'œil gauche était bon dans la première enfance. Quant à l'époque précise où la cécité absolue est survenue, on ne peut rien apprendre à cet égard.

Vers le milieu de mai, cette jeune fille fut opérée par M. Ad. Richard. La cornée étant ouverte, une pince très fine fut introduite. L'opérateur, dirigeant la pointe de l'instrument vers la circonférence interne de la cataracte, put saisir toute la capsule antérieure et la retirer.

Une très petite quantité de liquide parut alors dans la chambre antérieure. Immédiatement après, il sortit par la plaie cornéenne le cristallin opaque, très petit et réduit presque au noyau.

Tout cela se fit très vite, et l'œil étant examiné une minute après, perçut les gros objets placés au-devant de lui.

La pupille était néanmoins encore obstruée dans une bonne moitié de sa hauteur par un voile blanchâtre situé assez profondément : c'était évi-

demment la cristalloïde postérieure. Le chirurgien fit avec difficulté plusieurs tentatives pour l'extraire; mais la petite malade accusait de vives douleurs; l'œil était devenu tout à fait intolérant, et il parut prudent d'en rester là.

L'apparence de cette nouvelle pièce était en tout celle de la deuxième, c'est-à-dire cornée; sa surface extérieure était seulement plus lisse, plus uniforme, son épaisseur plus grande.

Le même accord se retrouva dans les résultats de l'examen micrographique auquel la soumit M. Charles Robin :

La substance fondamentale du produit morbide est toujours cette substance striée à déchirure lamelleuse, rarement filamenteuse ; les stries sont mieux accusées encore que dans les deux autres observations ; elles sont rectilignes ou à peine onduleuses par places. — Comme toujours, le produit morbide s'incruste dans la capsule, qu'il pénètre dans l'épaisseur de un centimètre environ. — En certains points, les stries sont masquées par de fines et abondantes granulations ; au milieu d'elles on ne trouve nulle part les noyaux ovoïdes et granuleux décrits précédemment. — Les points qui à l'œil nu sont le plus opaques et le plus blancs doivent cette particularité à des granulations phosphatiques jaunâtres serrées au point d'être contiguës.

Les trois observations qui viennent d'être rapportées acquièrent un grand prix par l'accord frappant auquel conduit leur examen anatomique. L'altération constituant la cataracte capsulaire est toujours un dépôt de substance fausse-membraneuse semée de matières grasses et phosphatiques, dépôt siégeant au-devant de la capsule et empiétant sur cette membrane dans une portion de son épaisseur.

Fig. 8.

Les examens faits précédemment par M. Charles Robin sur les pièces provenant des cliniques de MM. Sichel et Desmarres sont d'accord avec ces résultats, avec cette restriction que quelquefois la substance striée fausse-membraneuse fait défaut, et que le dépôt graisseux et surtout calcaire forme alors à lui seul l'opacité (1).

Et, pour nous, nous rapportant à ce que nous avons vu, nous ne distinguons que deux variétés de cataractes capsulaires.

1° Opacité formée au-devant et dans l'épaisseur de la capsule par une substance striée d'aspect pseudo-membraneux, parsemée de granules phosphatiques et graisseux.

2° Opacité formée au-devant et dans l'épaisseur de la capsule par un dépôt presque uniquement calcaire, sans trame pseudo-membraneuse (2).

La maladie est-elle née dans la capsule elle-même, ou bien l'altération de cette membrane est-elle simplement l'effet de la propagation et de l'envahissement d'un travail morbide voisin (2) ?..... Quelle que puisse être la réponse à cette question, le nom de *cataracte capsulaire* demande à être conservé ; car non-seulement la capsule est opaque et infiltrée de matériaux morbides dans une petite portion de son étendue, mais encore elle est malade et profondément modifiée dans les points qui restent transparents, et jusqu'à sa face profonde, où disparaît d'ordinaire la belle couche épithéliale qu'y a découverte M. Charles Robin. Aussi les propriétés de cette singulière membrane sont entièrement changées et c'est au moment de l'opération qu'on sent toute l'importance de ce changement. Ainsi, dans notre deuxième observation, cette plaque, qui tache le centre de la capsule, est détachée et cueillie avec la pince comme si c'était un simple dépôt. C'était pourtant un segment complet de la capsule qui, par une petite traction, se casse à son pourtour et s'isole du reste de la membrane ; et ce segment, examiné, était transparent et paraissait sain dans presque toute son épaisseur.

Quelle que soit la nature intime de la maladie dans ces sortes d'altérations, on ne peut refuser au produit morbide principal le nom de fausse membrane. Le parallélisme et l'écartement des stries, la fermeté du tissu, sa déchirure plutôt lamelleuse, et, quand par hasard des fibrilles se montrent, l'élasticité, la roideur de ces filaments, sont autant de caractères qui le séparent nettement du tissu cellulaire. Mais on chercherait vainement à le différencier des fausses membranes, suite d'iritis, par exemple. Dirons-nous, alors, que nos cataractes capsulaires sont purement et simplement des cataractes pseudo-membraneuses, c'est-à-dire des fausses membranes venant de l'iris et des procès ciliaires, et collées contre l'appareil cristallinien ? Non certes, car la capsule est profondément modifiée.

Mais où est la limite précise qui, pour la clinique aussi bien que pour l'histologie, sépare les cataractes capsulaires des fausses membranes déposées sur la capsule par l'ophthalmie interne ? Nous ne savons si cette limite précise existe ; mais le fait suivant va prouver que dans certains cas le chirurgien devra rester dans le doute.

OBS. IV. — Antoinette Maillé, âgée de soixante-quatre ans, demeurant à Paris, passage Crussol, n° 7, occupa pendant trois mois environ le n° 16 de la salle Sainte-Marthe, contigu à celui de la femme qui fait le sujet de notre première observation. Comme celle-ci, elle était entrée à l'hôpital pour toute autre cause que pour sa cataracte, et le hasard n'en était que plus singulier d'avoir réuni en même temps, et lit à lit, dans les salles de M. Malgaigne, deux femmes portant une cataracte capsulaire. Elle fut examinée avec soin par M. Sichel, et le savant ophthalmologiste porta le même diagnostic que sur la femme du n° 15 (obs. I).

Voici ce qu'on observait dans son œil gauche.

La pupille s'est dilatée régulièrement, mais avec une certaine difficulté. Bien que le dépôt capsulaire soit loin de former un tout continu, on voit mal le fond cristallinien sur lequel il repose.

La cataracte est formée d'un amas central d'où partent de grosses branches radiées irrégulièrement qui laissent entre elles des espaces à fond nébuleux. La saillie est telle qu'au centre au moins elle dépasse le plan antérieur de l'iris et vient paraître dans la chambre antérieure. La couleur est d'un blanc tirant sur le gris, sans aucun éclat, terne même. L'aspect général ne donne pas l'idée d'un dépôt épais ni dense, mais plutôt d'une substance comme soufflée et un peu vésiculeuse. Il faut ajouter un détail important : cinq ou six points de piqueté pigmentaire, bien indiqués par la fig. 8, couvrent la partie supérieure de la cataracte. En somme, malgré quelques différences, cette cataracte capsulaire ressemble à celle de la 1re observation par sa saillie et les inégalités de sa surface ridée et plissée, à celle de la seconde par sa forme, un peu par sa coloration.

Et pourtant, contrairement aux trois autres malades, qui n'avaient jamais eu trace d'inflammation dans l'œil, voici ce qu'apprenait ici le commémoratif.

Il y a vingt ans, l'œil gauche s'est vivement enflammé ; la malade en souffrait cruellement et ne pouvait supporter la lumière. La douleur vers les tempes était surtout intense ; puis, sous l'influence d'un traitement énergique, ces symptômes se sont amendés, mais jamais ils n'ont entièrement cessé. Car tous les mois sans manquer, quelquefois même tous les quinze jours, la malade était subitement réveillée la nuit par des douleurs autour de l'orbite et l'inflammation de l'œil, et cela durait plusieurs jours. Il y avait cinq ou six ans que le début de cette affection s'était manifesté, quand la malade eut par hasard l'occasion de constater que la vision était profondément atteinte. En traversant un passage, à ce qu'elle rapporte, une ordure lui sauta dans l'œil droit, et elle se sentit aveugle, l'œil gauche étant entièrement perdu. Les symptômes intermittents d'ophthalmie interne ne diminuèrent pas de longtemps ; mais, dans ces dernières années, ils s'affaiblirent un peu ; et depuis un an cette femme n'en a plus souffert. Aussi, l'œil droit restant bon, elle ne désire pas être opérée de l'autre côté.

Enfin, comme étiologie, il n'est pas inutile d'ajouter que cette malade est dans les salles pour des tumeurs gommeuses de la jambe, datant d'un grand nombre d'années, et aujourd'hui (août 1855) guéries par un traitement longtemps continué d'iodure potassique.

(1) Quand la cristalloïde postérieure opaque a pu être examinée, M. Ch. Robin a reconnu exactement la même disposition que pour l'antérieure, c'est-à-dire que la production morbide occupait la face superficielle ou postérieure de cette cristalloïde, s'incrustant en avant dans une portion de son épaisseur, en arrière faisant saillie du côté du corps vitré.

(2) C'est-à-dire des organes vasculaires, iris, procès ciliaires auxquels l'appareil cristallinien emprunte les matériaux qu'il assimile et auxquels il restitue ceux qu'il abandonne.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 10 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — *Nouvelles recherches expérimentales sur les mouvements et les bruits normaux du cœur envisagés au point de vue de la physiologie médicale*, par MM. *Chauveau et J. Faivre*. Afin de détruire la sensibilité et le mouvement dans le tronc et de prévenir ainsi la douleur et les convulsions, causes perturbatrices principales des mouvements rhythmiques du cœur, les auteurs pratiquent la section atloïdo-occipitale de la moelle épinière ; l'insufflation pulmonaire est mise en usage pour empêcher l'asphyxie ; la poitrine est ouverte de côté par l'ablation de trois ou quatre côtes, et le cœur est alors découvert sans que le jeu de cet organe soit sensiblement altéré. Il peut continuer de battre, ainsi dénudé, pendant trois ou quatre heures, et même davantage. Ce procédé, appliqué sur vingt-six solipèdes et sur dix chiens et un singe, a permis d'élucider bien des points obscurs ou discutés.

La *diastole* est caractérisée par la flaccidité et l'affaissement du tissu du cœur, tissu qui acquiert brusquement pendant la *systole* une rigidité extrêmement prononcée. Pendant la systole, diminution du volume des oreillettes et des ventricules, avec torsion de la pointe du cœur sans déviation latérale ou antéro-postérieure.

Chaque révolution du cœur comprend trois périodes principales : la première occupée par la systole auriculaire, avec diastole des ventricules; la seconde, par la systole ventriculaire, avec diastole des oreillettes ; la troisième, par une diastole générale du cœur.

Pendant la pause ou le repos général du cœur, le sang coule d'une manière indiscontinue des veines dans les oreillettes, et de là dans les ventricules par les orifices auriculo-ventriculaires largement béants. Lors de la systole des cavités auriculaires, le sang qu'elles contiennent est projeté faiblement et seulement en partie dans les ventricules, qui se remplissent d'autant. Quand ceux-ci se contractent à leur tour, la double ondée sanguine est chassée presque en totalité, mais non complétement, dans les arbres artériels. L'ondée sanguine, pressée contre les valvules auriculo-ventriculaires qui se redressent, et rencontrent, à l'intérieur des artères, une colonne sanguine qui s'oppose à sa libre projection dans ces canaux, imprime au cœur un mouvement de recul qui neutralise le raccourcissement de l'organe produit par la systole ventriculaire.

Le *premier bruit* du cœur est isochrone avec la systole ventriculaire, et le deuxième coïncide avec le commencement de la diastole générale. Ces deux bruits sont dus à la tension et au claquement des valvules sigmoïdes ou auriculo-ventriculaires.

Le choc précordial a lieu pendant la systole ventriculaire, et reconnaît pour cause le changement de forme et de consistance des ventricules, quand ils passent de la diastole à la systole, et l'*instantanéité* de cette transformation. (*Comm.*: MM. Andral, Rayer, Bernard.)

— *Sur une nouvelle maladie glycosique et sur la glycogénie morbide en général*, par M. *Mariano-Semmola*. — L'auteur a eu l'occasion d'observer chez un jeune homme de vingt-cinq ans une modification de la sécrétion cutanée, caractérisée par la présence de quantités notables de sucre dans les sueurs. — Premiers symptômes de la maladie : Faiblesse progressive des jambes, amaigrissement continuel, sueur très abondante ; appétit assez développé, soif inaccoutumée, diminution des urines, quelque léger trouble dans la vision, et enfin une sensation de tiraillement douloureux depuis l'occiput jusqu'aux premières vertèbres du dos ; légère consistance acquise par les chemises mouillées de sueur et ensuite desséchées. — Résumé des résultats obtenus : 70 grammes de sueur rendus dans une heure, soit 1680 grammes dans vingt-quatre heures. La quantité de glycose contenue dans la sueur a été, en moyenne de 20 millièmes. L'alimentation exclusivement azotée ou l'emploi de quelque féculent ne changeait pas sa proportion bien sensiblement. — Diminution sensible du chlorure de sodium, dont la proportion se trouvait apparemment en raison inverse de la quantité de glycose. La sueur contenait une quantité considérable d'acide lactique libre. — La sueur du malade, excitée artificiellement six semaines après la guérison, ne contenait pas la moindre trace glycosique, et présentait une composition presque physiologique.

Pendant la maladie, la glycose n'a pas été un principe constant dans les urines, et elle s'est évidemment trouvée en rapport avec la qualité de l'alimentation. L'administration des féculents a rendu les urines sucrées après quelques heures, et le sucre a persisté plusieurs heures après la dernière ration mixte. L'alimentation exclusivement azotée a fait complétement disparaître le sucre de l'urine. Après la guérison, nulle trace de sucre dans les urines, même quand l'alimentation était très riche de féculents.

De ces faits et des analyses pratiquées sur l'air expiré par le sujet pendant et après la maladie, l'auteur conclut : Qu'il y a une double série de maladies sacchariféres : l'une qui dépend de l'exagération dans l'activité glycogénique du foie, sans que les travaux de combustion soient tombés au-dessous du taux normal, et l'autre, au contraire, qui se manifeste très probablement à la suite d'un défaut de l'activité oxydante de la respiration, sans que la quantité de sucre sécrété soit augmentée. (*Comm. :* MM. Pelouze, Rayer, Bernard.)

Dans une lettre adressée à M. Flourens, M. *Schiff* annonce que de nouvelles expériences instituées dans le but d'éclairer l'influence des nerfs sur la nutrition des os lui ont appris qu'on voit le tissu osseux se condenser, s'hypertrophier quelques semaines après la section, du côté opéré. L'auteur pense que ce nouveau fait, ajouté à ceux dont M. Brown-Séquard a récemment entretenu l'Académie, contribuera à détruire, en France, le reste des opinions vagues que les théories de Ch. Bell ont répandues sur les faisceaux de la moelle.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observations faites à l'observatoire météorologique de Versailles, avec le papier dit ozonométrique de M. Schœnbein, pendant le mois d'août 1855, à six heures du matin, midi, six heures du soir et minuit*, par M. le docteur *Bérigny*.— Ces expériences, faites dans les salles de l'hôpital militaire de Versailles, ont paru démontrer : 1° que lorsque la température s'élève, l'ozone diminue ; 2° que, lorsque la force élastique de la vapeur et l'humidité relative augmentent, l'ozone suit la même progression ; 3° que fréquemment, plus le degré de sérénité du ciel est faible, plus celui de l'ozone est considérable. L'ozone n'est autre chose que de l'oxygène électrisé. (*Comm. :* MM. Dumas, Boussingault, Bravais.)

HELMINTHOLOGIE. — *Recherches physiologiques sur la maladie du blé connue sous le nom de* nielle, *et sur les helminthes qui occasionnent cette maladie*, par M. *Davaine*. — Après avoir rappelé que la *nielle* est causée par des *helminthes* de l'ordre des *Nématoïdes*, animaux microscopiques d'une organisation semblable à celle des vers cylindriques qui vivent en parasites chez l'homme, l'auteur, qui s'est surtout occupé du mode de transmission, de génération et de développement de ces vers, annonce qu'au milieu des anguillules sans sexe généralement connues il a découvert d'autres vers plus gros, en nombre variable depuis deux jusqu'à douze environ, pourvus les uns d'organes génitaux mâles, les autres d'organes génitaux femelles dans lesquels on aperçoit des œufs ; ce sont les parents des anguillules sans sexe. Le mâle se reconnaît d'abord à sa taille plus petite et bientôt à ses organes copulateurs. Dans les deux sexes, les organes génitaux sont conformés sur le type de ceux des *vers nématoïdes*. La femelle pond un grand nombre d'œufs qui se fractionnent, et dans lesquels on voit se former un embryon ; celui-ci ne tarde pas à percer la membrane de l'œuf, et, sans subir aucun changement ultérieur, il vit, à l'état de larve, dans la cavité qui renferme ses parents. (*Comm. :* MM. de Quatrefages, Milne Edwards, Decaisne.)

MÉCANIQUE ANIMALE. — *Mémoire sur la physiologie pathologique du second temps de la marche*, par M. *Duchenne* (de Boulogne).— L'auteur entreprend de démontrer que les mouvements d'oscillation et de flexion des différents segments du membre inférieur pendant le second temps de la marche ne doivent pas être attribués uniquement à l'action de la pesanteur. 1° Un homme qui est privé de l'action des muscles fléchisseurs de la cuisse veut-il accomplir le second temps de la marche, il est forcé d'élever la hanche et l'épaule du côté correspondant pour détacher le pied du sol ; puis il projette le membre inférieur en avant, imprimant un mouvement de rotation au bassin sur le condyle opposé. Sans ce mouvement de rotation, le membre inférieur placé en arrière, au moment où il est détaché du sol, n'oscille que lentement et faiblement et s'arrête quand il est arrivé à la direction verticale. — 2° Si les muscles fléchisseurs de la jambe ont perdu leur action, la flexion qui doit avoir lieu dans l'articulation du genou avant que le pied se détache du sol se fait difficilement et incomplétement. — 3° Enfin la flexion du pied sur la jambe vient-elle à se perdre ou à s'affaiblir, le membre ne peut plus osciller au-dessous du condyle sans que la pointe du pied étendu butte tout contre le sol.

De l'ensemble des faits contenus dans ce travail, M. Duchenne conclut que la contraction musculaire des muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse et du pied sur la jambe, est la cause productrice réelle des mouvements du membre inférieur qui constituent le second temps de la marche, et que l'action de la pesanteur ne concourt que très faiblement à l'oscillation physiologique. (*Comm. :* MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

CHOLÉRA. — Dans une lettre adressée à l'Académie par M. *Hubertz* (de Copenhague) sur une épidémie de choléra, l'auteur constate que les gens employés à vider les fosses d'aisances, les ouvriers occupés à la fabrication des cordes de boyau, de la colle forte, à la préparation des poissons secs, ainsi que les individus affectés au transport des malades ou des morts, furent, pour ainsi dire, complétement épargnés par le fléau.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : Les états des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Isère, de la Seine-Inférieure, de la Creuse et à l'île de la Réunion. (*Commission de vaccine.*)

2° Communications de : *a.* M. le docteur *Lemaire*, de Dunkerque (Supplément au rapport sur la fièvre puerpérale qui a régné épidémiquement dans cette ville en 1854). (*Commission des épidémies.*). — *b.* M. le docteur *Dufresse de Chassaigne* (Lettre sur la composition de l'eau minérale de la vieille source dite *Source principale de Bagnols*). (*Commission des eaux minérales.*) — *c.* M. le docteur *Legouest*, médecin major agrégé au Val-de-Grâce (Note sur une luxation du poignet en avant. (*Commiss.:* MM. Larrey, Malgaigne.). — *d.* M. *Charrière* fils (Description d'un nouveau craniotome). (*Commiss.:* M. Depaul.) — *e.* M. le docteur *Lunier*, médecin en chef de l'asile des aliénés de Blois (Observation d'un idiot microcéphale). (*Commission des Aztèques.*) — *f.* M. le docteur *Paul Rouët* (De la constitution paludéenne et de la constitution cholérique, ou histoire d'une épidémie cholérique à Saint-Laurent-d'Argouse. (*Commission du choléra* de 1854.)

Lectures et Mémoires.

REMÈDES SECRETS. — M. *Robinet* donne lecture d'un certain nombre de rapports défavorables sur des remèdes secrets. (Adopté.)

CALCUL VÉSICAL. — M. *Blache* met sous les yeux de l'Académie un calcul volumineux ($0^m,06$ de longueur, $0^m,04$ d'épaisseur) qui a été extrait sans effusion de sang, à travers l'urèthre dilaté, chez une jeune fille d'une vingtaine d'années, par M. le docteur Passaquay, de Lons-le-Saulnier. La concrétion calculeuse avait pour noyau le manche du fer d'une plume que la jeune malade s'était violemment introduit dans la vessie pendant un accès de manie aiguë dont elle avait été atteinte quelques années auparavant.

M. *Velpeau* fait observer que les cas de ce genre ne sont pas rares dans la science. Il est d'avis que M. Passaquay aurait mieux fait d'enlever la pierre par fragments, après l'avoir brisée dans la vessie, que de l'extraire intacte, comme il l'a fait, au prix d'une énorme dilatation de l'urèthre.

DERMATOLOGIE. — M. *Gibert* lit un rapport sur un travail de M. le docteur *Délioux*, médecin en chef de la marine, intitulé : *De la spedalskhed et de la radesyge, maladies endémiques dans le nord de l'Europe.* M. le rapporteur regrette que M. Délioux, ne consultant que les traités classiques, ait négligé de prendre connaissance de quelques documents importants publiés dans différents recueils : il aurait vu que la lèpre vulgaire des Grecs (simple variété du *psoriasis*) avait depuis longtemps été rejetée du cadre des lèpres proprement dites ; que la *radesyge* avait été distinguée depuis longtemps aussi de l'*éléphantiasis* ; enfin que l'éléphantiasis tuberculeux ou *léontiasis* ne doit pas être confondu avec la lèpre des Hébreux. M. *Gibert* divise la *lèpre* proprement dite en trois espèces bien distinctes, savoir : l'*éléphantiasis grec*, désigné en Norwége sous le nom de *spedalskhed* ; l'*éléphantiasis anaisthetos* des Anglais, ou *leuce* d'Hippocrate, lèpre antique des Hébreux ; l'*éléphantiasis arabe*, rapproché par Schilling de l'éléphantiasis grec, comme ayant pour principe une altération du sang identique.

Suivant le rapporteur, la *radesyge* de Norwége, confondue par quelques médecins du pays avec l'éléphantiasis, est une maladie spéciale qui se rapproche plus des syphiloïdes que des *lèpres* proprement dites ; cependant elle offre parfois ce phénomène commun avec l'éléphantiasis, qui consiste dans la nécrose et la chute des phalanges.

M. Délioux a bien vu et bien décrit plusieurs cas de l'*éléphantiasis anaisthetos*, qui paraît à peu près inconnu en France. Sans avoir partagé les opinions émises par l'auteur relativement aux causes de cette affection et au peu d'efficacité des divers traitements dirigés contre elle, M. le rapporteur propose à l'Académie : de déposer le travail de M. Délioux dans les archives ; d'adresser à l'auteur une lettre de remercîments, et d'inscrire son nom sur la liste des futurs correspondants.

— M. *Piorry* se souvient d'avoir lu dans l'ouvrage d'un savant norwégien, dont le nom lui échappe, la description de la *spedalskhed*. S'il a bonne mémoire de sa lecture et des figures qui accompagnent l'ouvrage en question, il ne croit pas que la spedalskhed ait beaucoup d'analogie avec l'éléphantiasis.

M. *Gibert* connaît parfaitement le travail auquel M. Piorry fait allusion : il est de MM. *Boeck* et *Danielsen*, qui en ont fait jadis hommage à l'Académie. M. Gibert ne saurait partager les idées de ces deux auteurs, qui lui paraissent avoir commis dans ce cas, en particulier, d'étranges confusions.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

MALADIES DE L'OREILLE. — M. le docteur *Ménière* lit un travail intitulé : *Note sur quelques cas de séquestres osseux observés dans les diverses parties de l'appareil auditif.* Une étude attentive de certaines affections qui occupent toutes les parties de l'appareil auditif ont démontré à l'auteur que les lésions du tissu osseux dans lequel est contenu cet organe, loin d'offrir la gravité qu'on leur attribue, sont soumises à des opérations régulières ayant pour but l'élimination de la partie frappée de mort.

M. Ménière passe d'abord en revue les lésions du tissu osseux constituant le conduit auditif externe ; elles sont communes, et soit qu'elles résultent d'une maladie spontanée des parties molles, soit qu'elles dépendent d'une action chirurgicale sur le méat externe, elles sont sans gravité et se guérissent ordinairement d'elles-mêmes. Le tissu frappé de mort est éliminé par fragments imperceptibles ou en masse plus ou moins volumineuse ; et, dans tous les cas, les parties molles cicatrisées ne conservent que de faibles traces d'une maladie très souvent méconnue, faute d'examen suffisant, et toujours regardée comme sérieuse par ceux qui constatent son existence.

Examinant ensuite les maladies de l'oreille moyenne, qui peuvent donner lieu à la dénudation des parties osseuses, à leur mortification, phlegmons, tubercules, rupture de la membrane tympanique, dislocation des osselets, éraillure ou simple contusion des parois par un corps étranger introduit soit violemment, soit dans un but chirurgical, l'auteur établit que les séquestres de la cavité tympanique sont soumis aux mêmes lois et éliminés par les mêmes procédés que les fragments osseux de l'oreille externe. Il cite un certain nombre de cas d'opérations chirurgicales malheureusement suivies de la nécrose des parois de l'oreille moyenne, et qui l'autorisent à dire qu'aucun instrument ne doit être introduit dans le méat auditif sans être dirigé par l'œil aidé d'une lumière directe et suffisante.

M. Ménière rapporte sommairement le fait d'un enfant de onze ans, sourd de l'oreille gauche depuis l'âge de six ans, et chez lequel il put constater l'issue du limaçon presque tout entier, pendant qu'il administrait dans l'oreille malade une douche d'eau tiède. Un an après, l'écoulement avait cessé, et le cérumen normal avait reparu dans cette oreille si longtemps inondée de pus. Aujourd'hui l'enfant se porte à merveille, et tout annonce une de ces guérisons spontanées que la médecine la plus confiante en elle-même oserait à peine opérer.

En présence de ces faits, M. Ménière croit qu'il est temps de renoncer aux topiques dits *maturatifs*, digestifs ou autres analogues, qui ne sauraient avoir aucune influence sur ce travail réparateur dont le secret nous échappe. Il ne nous reste de l'ancien arsenal que l'eau destinée à enlever les produits de la suppuration, quelques sels métalliques plus ou moins désinfectants.

L'auteur reconnaît et proclame la souveraine influence d'une bonne hygiène ; il recommande aux malades de vivre dans un lieu où l'air est pur, la lumière du soleil abondante, d'user de la propreté la plus minutieuse et de recourir à une nourriture saine et abondante ; et pour aider l'organisme restauré dans ce travail intime d'où dépend le salut du malade, il prescrit l'usage méthodique de certains remèdes dits altérants, les préparations d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, les bains fortement salés, les sirops de gentiane, de quinquina, le vin antiscorbutique, etc. (*Comm. :* MM. Gimelle, J. Cloquet, Jobert.)

VOIES URINAIRES. — M. le docteur *Mariano-Semmola* lit un mémoire ayant pour titre : *De l'hématurie rénale : recherches de chimie et d'anatomie pathologiques.* Les principales opinions développées dans ce travail sont résumées dans les conclusions suivantes : 1° La nature chimique de l'hématurie rénale est subordonnée à la forme aiguë ou chronique de la maladie : dans le premier cas, la qualité de l'urine est altérée par l'hématine ; dans le second, par l'hémaféine. — 2° Il est rare que la seconde forme soit la conséquence de la première, c'est-à-dire que, se rapportant à des conditions anatomo-pathologiques différentes, il n'est guère possible que l'hématurie rouge soit suivie de l'hématurie foncée, ou *hémaféinurie*. — 3° L'autopsie démontre que les hématuries foncées ne se rapportent jamais à un état inflammatoire des reins. Dans sept exemples d'hématurie foncée, l'auteur a observé un engorgement veineux des organes malades, causé le plus souvent par un obstacle à la circulation provenant du développement d'un tissu morbide hétéromorphe. — 4° Il est probable encore que certaines altérations du sang favorisent beaucoup la production de l'hématurie foncée ; car, dans trois cas, les malades avaient présenté des vomissements et des selles semblables, en couleur et en composition chimique, à la matière de l'hématurie chronique. — 5° Comme conséquence pratique de ces observations, l'auteur pense qu'il faut renoncer au traitement antiphlogistique ou résolutif dans l'hématurie foncée, et donner la

préférence à la méthode antiseptique. (*Comm.*: MM. Ségalas, Lagneau, Guérard.)

Physiologie. — M. le docteur *Wamier* commence la lecture d'un mémoire sur *la chaleur animale*.

Présentations. — M. *A. Da Costa* (de Rio-Janeiro) présente à l'Académie un instrument de son invention pour la lithotritie.

— M. *Jobert*, président, annonce que, dans deux cas de calculs volumineux, il a opéré avec succès le broiement de la pierre avec l'ingénieux instrument de M. Da Costa.

M. le docteur *Le Maux* (de Batignolles) soumet à l'examen de l'Académie un appareil qu'il a imaginé pour les fractures de la jambe.

— M. *Maisonneuve*, chirurgien de la Pitié, présente un malade qu'il a opéré d'un énorme polype naso-pharyngien avec des prolongements multiples dans la bouche, les narines, la fosse zygomatique, la joue, la fosse temporale, et auquel il a préalablement extirpé l'os maxillaire supérieur du côté de la tumeur, d'après le procédé de M. Flaubert fils.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCE DU 6 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

Instruments de chirurgie des anciens Grecs. — Calculs vésicaux.

M. Olympios, professeur de clinique externe à l'université d'Athènes, membre honoraire de la Société, montre quelques instruments de chirurgie qu'on a trouvés, il y a six ans environ, dans l'île de Milos, en faisant des fouilles dans un tombeau. Les figures que nous en donnons les représentent réduits à la moitié de leur grandeur. Nous devons ces dessins à l'obligeance de M. Luër, qui est chargé de copier ces instruments pour le musée de l'université d'Athènes.

Ces instruments sont :

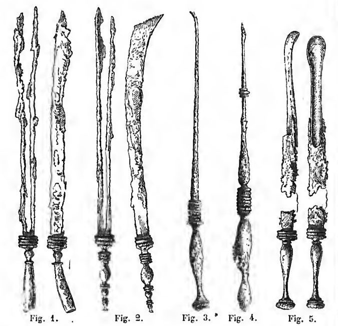


Fig. 1. Fig. 2. Fig. 3. Fig. 4. Fig. 5.

Fig. 1. Une pince droite, munie d'un petit cylindre creux, qui servait probablement de porte-caustique. Paul d'Égine, en parlant des maladies de la luette, fait mention d'un instrument servant à cautériser cet organe (σταφυλοκαύστης).

Fig. 2. Une pince courbe sur le côté, dont les branches sont armées de dents. C'est probablement de cette pince à dents que parle Paul d'Égine dans le sixième livre de son *Traité de chirurgie*. Il l'appelle μυόδιον, pince à dents de souris.

Fig. 3. M. Olympios suppose que cet instrument est une aiguille à cataracte (παρακεντητήριον). De nos jours encore, les charlatans grecs, pour faire l'opération de la cataracte, se servent d'un instrument tout à fait semblable. Comme les anciens, ils n'opèrent que par abaissement, en faisant la ponction par la sclérotique.

Fig. 4. Un ténaculum. La pointe ayant été détruite par la rouille, il est impossible de savoir si elle était mousse (τυφλάγκιστρον) ou non (ἄγκιστρον). Galien, en traitant de la torsion des artères, parle du ténaculum pointu, destiné à piquer et à soulever le vaisseau.

Fig. 5. Une curette (κυαθίσκος) dont le manche paraît avoir été muni d'une charnière.

Fig. 6. Quatre spatules (σπάθη) de diverses grandeurs, munies de charnières. Les anciens auteurs parlent de spatule à stylet (σπαθομήλη) et de curette à stylet (κυαθισκομήλη) ; il est vraisemblable que ces instruments s'articulaient ensemble au moyen de charnières.

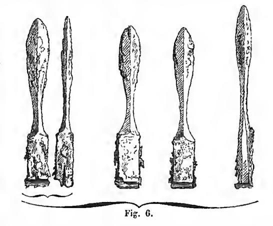


Fig. 6.

Tous ces instruments sont de cuivre et très bien exécutés ; les pinces ont la même forme que celles dont les Turcs se servent pour allumer les pipes. M. Olympios a vu dans le musée de Naples une collection d'instruments de chirurgie qu'on a trouvés dans les ruines de Pompéi et d'Herculanum, et qui sont tout à fait semblables à ceux qui ont été découverts à Milos. Cette collection ne renferme pas d'aiguille à cataracte ni de pinces semblables à celles que nous venons de décrire, tandis que les autres instruments y sont tous représentés ; en outre, il s'y trouve un instrument composé, dont l'un des bouts est formé par une pince en tout semblable à la pince à épiler de Beer, et l'autre par un cure-oreille (ὠτογλυφίς) des anciens. Une autre pince s'y trouve encore, dont les branches se terminent en disque, et sur lesquelles coule un anneau destiné à les fixer. Les spatules et les curettes sont aussi munies de charnières, mais les instruments qui s'y articulaient manquent complétement.

Il est très probable que les instruments de M. Olympios datent de la même époque que ceux du musée de Naples, vu la grande ressemblance qui existe entre eux.

M. Olympios fait ensuite passer sous les yeux de la Société une série de calculs vésicaux remarquables par leur forme, leur dureté et leurs noyaux. Nous n'en mentionnerons qu'un seul, dont le noyau est formé par un caillot de sang de la grosseur d'une noix.

D[r] A. Martin.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Des scrofulides, par Aug. Millard.

Parmi les maladies de la peau, s'il en est qui sont purement locales, comme la teigne faveuse, il en est d'autres, au contraire, qui sont sous la dépendance d'un état constitutionnel, d'une modification générale et profonde de l'économie.

A côté des manifestations cutanées de la syphilis, il faut ranger une autre classe de maladies également produites par une cause générale et interne, le vice scrofuleux. Il y a des affections de la peau qui doivent être regardées comme l'expression d'une diathèse scrofuleuse.

Willars a désigné ces maladies sous le nom de *lupus*, et les a classées parmi les lésions tuberculeuses. Cependant, quand on observe la marche du lupus, on voit souvent les tubercules faire défaut, et l'on constate que la scrofule cutanée se manifeste tour à tour par une simple rougeur, des vésicules, des pustules ou des squames.

Devant cette diversité d'aspects, le mot *lupus*, qui implique

l'existence de tubercules, tandis que ceux-ci sont très inconstants, devient un terme impropre et mérite d'être rayé de la nomenclature. On peut le remplacer par celui de *scrofulides*. Les scrofulides présentent plusieurs variétés. On peut en admettre cinq principales : les scrofulides *érythémateuse*, *pustuleuse*, *tuberculeuse*, *verruqueuse* et *phlegmoneuse*. Un phénomène bien singulier et très important, qui les distingue des affections dartreuses, c'est l'absence de la réaction générale, et l'indolence presque absolue des éruptions.

Mais le caractère le plus tranché des scrofulides, c'est leur terminaison constante par cicatrice, quelle que soit d'ailleurs la lésion élémentaire.

Les scrofulides n'occupent pas indifféremment toutes les parties du corps : c'est un fait vulgaire qu'elles affectionnent surtout le visage. Après la figure viennent les membres supérieurs et inférieurs; le tronc est plus rarement atteint.

Le pronostic des scrofulides est toujours grave, d'abord à cause de leur longue durée, puis à cause des cicatrices qu'elles laissent après elles.

L'*étiologie* des scrofulides est tout entière dominée par la diathèse scrofuleuse, dont elles ne sont qu'une manifestation.

L'âge, le tempérament lymphatique, les mauvaises conditions hygiéniques, l'hérédité, la syphilis, sont autant de points sur lesquels peut s'étayer l'étude générale des causes de cette maladie.

Le *traitement* des scrofulides comprend deux ordres de moyens qui sont généraux et locaux. On a vanté l'iode et ses préparations ; mais le remède par excellence est l'*huile de foie de morue*. En général, il faut toujours employer une médication essentiellement reconstituante.

Le *traitement local* varie suivant la forme de scrofulide. Dans les premiers temps, topiques peu actifs, cataplasmes, lotion de vin aromatique, légère cautérisation au nitrate d'argent ; mais un excellent modificateur est le bi-iodure de mercure, qu'on emploie mélangé à l'axonge, à des doses variées.

Le travail de M. Millard contient, comme on peut le voir, peu de données nouvelles; mais le bon esprit dans lequel il est conçu et les sages vues qu'il renferme devaient lui mériter une mention. (*Moniteur des hôpitaux*, n^{os} 88-89, juillet 1855.)

Matière cancéreuse contenue dans les branches de l'artère pulmonaire, par le professeur WERNHER.

Le transport direct de la matière cancéreuse dans le sang, et l'infection de l'économie par suite de ce mécanisme, ne sont pas démontrés par l'analyse du sang ; on ne peut non plus, grâce aux recherches microscopiques, admettre la transformation des caillots sanguins en cancer. Les belles recherches de M. Broca ont confirmé la manière de voir, généralement admise aujourd'hui, que le cancer qu'on rencontre dans les vaisseaux n'y pénètre que consécutivement à la rupture de leurs parois. Le professeur de clinique chirurgicale de Giessen, M. Wernher, a fait connaître dernièrement un fait qui tendrait, au contraire, à prouver le transport direct de la matière cancéreuse par le torrent de la circulation. Comme ce fait contredit des opinions aujourd'hui presque généralement admises, nous avons cru devoir l'indiquer ici. Un homme de vingt-deux ans, amputé pour un encéphaloïde du tibia, éprouva, peu de temps après l'opération, des douleurs sous-sternales ; plus tard apparurent des hémoptysies, de la toux, une expectoration fétide, puis des phénomènes hectiques qui se terminèrent par la mort. L'examen du tibia avait fait reconnaître l'existence d'un cancer encéphaloïde avec développement vasculaire abondant du tiers supérieur de cet os. La partie moyenne du poumon droit renfermait une cavité gangréneuse remplie d'un pus fétide ; ses parois étaient sillonnées par un grand nombre de vaisseaux oblitérés. Une caverne de même nature existait à la base du poumon droit. En coupant le parenchyme pulmonaire sain, on faisait sortir des branches de l'artère pulmonaire un grand nombre de concrétions dendritiques libres dans les rameaux vasculaires, et offrant exactement les caractères microscopiques du cancer, cellules ovoïdes souvent à deux noyaux. M. Wernher croit que ces dépôts cancéreux dans l'artère pulmonaire proviennent d'un transport direct du produit morbide du membre inférieur dans le torrent circulatoire. A ses yeux, les cavités décrites dans le poumon ne sont que des cavernes gangréneuses développées consécutivement à l'oblitération des rameaux artériels. Nous croyons que ce fait n'est pas démonstratif. En admettant qu'il n'y ait pas eu d'erreur dans l'examen microscopique, nous aurions désiré un examen plus attentif de la paroi des cavités du poumon. N'y aurait-il pas eu là un cancer, et l'oblitération artérielle, au lieu d'être primitive, ne serait-elle pas secondaire? Ces questions doivent être examinées avant d'arguer de ce fait à l'admission d'une théorie qui intéresse si vivement la pathologie générale. (*Henle's und Pfeufer's Zeits.*, t. V, livr. 1, 2. — *Allg. Medic Centr. Zeit.*, 1855, n° 8.)

Abcès du cou s'ouvrant dans la carotide primitive, la trachée et l'œsophage, par M. JAMES MILLER.

La science possède aujourd'hui un assez grand nombre d'observations qui démontrent que les artères ne résistent pas constamment à l'action prolongée et destructive que le pus exerce sur les autres tissus, mais elle en renferme peu qui nous démontrent des altérations aussi multiples produites en même temps sur le même individu. Voici, en résumé, le fait relaté par M. J. Miller à la Société médico-chirurgicale d'Édimbourg.

Une femme de quarante et un ans entre à l'infirmerie royale pour un gonflement de la partie latérale droite du cou, dont elle faisait remonter le début à sept semaines. M. Miller reconnut dans cette tumeur les caractères d'une adénite chronique, ordonna un traitement ioduré et renvoya la malade chez elle. Quelques semaines plus tard elle rentrait à l'infirmerie ; les téguments qui recouvraient la tumeur étaient rouges et tendus, la fluctuation pouvait être perçue profondément ; la tumeur, primitivement placée tout entière au-dessus de la clavicule, avait, depuis le premier examen, dépassé cet os en bas. La malade était faible et accusait une gêne marquée dans la respiration. On prescrit du bouillon et du vin et des fomentations sur le cou. Une ouverture, pratiquée le lendemain à l'abcès par M. Miller, donna issue à une grande quantité de pus louable ; la difficulté dans la déglutition et dans la respiration diminua beaucoup. Trois jours après l'ouverture de l'abcès, on vit se manifester tout à coup de la toux suivie de vomissements sanglants et d'expulsion du même liquide par le nez et la plaie du cou. Quatre heures après la première hématémèse, la malade succombait. L'ouverture du cadavre permit de constater que l'abcès du cou s'était ouvert dans la carotide primitive, vers le milieu de sa hauteur; un autre abcès moins volumineux, placé en arrière des vaisseaux, s'était ouvert dans la trachée et dans l'œsophage. (*Medico-chirurgical Soc. of Edinb.* — *Monthly Journ. of Med.*, juin 1855.)

Recherches sur les rapports numériques qui existent chez l'adulte, à l'état normal et à l'état pathologique, entre le pouls et la respiration, par M. le docteur MARCÉ.

Ce travail, établi d'après l'analyse de nombreuses recherches statistiques, est résumé ainsi par l'auteur lui-même.

Chez l'adulte en état de santé, la moyenne des respirations est de 20 par minute, la moyenne des pulsations étant de 72.

Le chiffre qui, à l'état normal, exprime le rapport entre le nombre des pulsations et le nombre des respirations, est, en moyenne, de 3 1/2.

Ce rapport n'est pas constant. Quand le nombre des pulsations tombe au-dessous de la moyenne normale, le nombre des respirations reste proportionnellement supérieur; quand le nombre des pulsations s'élève de beaucoup au-dessus de l'état normal, le nombre des respirations, tout en augmentant d'une manière absolue, reste proportionnellement inférieur; en un mot, le chiffre du rapport augmente avec le nombre des pulsations.

Étant donné, chez l'adulte et chez le vieillard, un même nombre de pulsations, le nombre des respirations chez le vieillard est inférieur au nombre des respirations chez l'adulte.

La douleur des parois thoraciques, qu'elle tienne à une névrite, à une névralgie, à un rhumatisme ou à toute autre cause, est le

seul symptôme qui puisse augmenter, hors des limites normales, le nombre proportionnel des respirations.

Les affections cérébrales comateuses et les pertes de sang subites et considérables sont les seules causes qui amènent le ralentissement proportionnel des mouvements respiratoires. (*Archives générales de médecine*, 1855, juillet, p. 72.)

Effets thérapeutiques du tannin administré à l'intérieur dans quelques maladies, par les docteurs Mund et Kipp.

MM. Buehring et Macke avaient déjà, l'année dernière, attiré de nouveau l'attention sur les bons effets obtenus de l'administration du tannin dans les hémorrhagies. Sans contenir aucun résultat bien nouveau, les recherches de MM. Mund et Kipp confirment celles de leurs prédécesseurs. Les maladies dans lesquelles le tannin est conseillé par ces médecins sont les diarrhées, la dysentérie, la coqueluche ; contre les sueurs des phthisiques, les métrorrhagies atoniques et les hémoptysies de même nature ; enfin, à l'extérieur également, dans la blennorrhagie et dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Les doses sont, à l'intérieur, de 0gr,30 dans la coqueluche, 4 grammes dans la dysentérie ; enfin, la même dose est donnée en injection dans la blennorrhagie, et 0gr,15 à 2 grammes dans l'ophthalmie des nouveau-nés. Jamais nos confrères allemands n'ont observé d'effets fâcheux à la suite de cette médication : à peine les malades accusaient-ils un peu de douleur gravative ou de chaleur au creux épigastrique. (*Allg. medic. Centr. Zeit.*, nos 11, 14.)

Des reins mobiles, par le docteur Henoch.

Malgré les efforts de certains auteurs, et de M. Rayer surtout, pour faire connaître cette curieuse lésion des reins, le déplacement de cet organe n'en est pas moins regardé encore aujourd'hui comme un fait excessivement rare, au point que beaucoup de médecins oseraient à peine le diagnostiquer. M. Rayer en a rapporté six exemples dans son célèbre *Traité des maladies des reins*. M. Henoch a entretenu la Société de médecine scientifique de Berlin de trois faits du même genre qu'il a eu l'occasion d'observer dans un court espace de temps. Le premier a été recueilli chez un cavalier qui, à la suite d'une chute de cheval, s'aperçut de l'existence dans l'abdomen d'une tumeur mobile ayant complétement la forme du rein et disparaissant par la pression et le décubitus dorsal. Le malade n'éprouvait aucun trouble dans la sécrétion ou l'émission des urines, mais accusait quelques accidents analogues à ceux des maladies de la moelle. Le deuxième sujet d'observation était une femme qui avait reçu un coup violent dans l'hypochondre droit. Enfin, le troisième était un étudiant en médecine chez lequel le rein se déplaça sans cause appréciable. Nous rappellerons ici que le rein, dans son déplacement, a une tendance remarquable à se diriger vers la ligne médiane et la région ombilicale, en même temps qu'il tourne sur lui-même, son hile se dirigeant en haut. (*Berlin. Gesells. für wissensch. Medic.* — *Allg. med. Centr. Zeit.*, 1855, n° 16.)

Cas de congestion du cerveau, opportunité de la saignée, par le docteur Brooks (de Wheelock, Texas).

La saignée a constitué jusqu'ici et constitue encore aujourd'hui, pour la plupart des praticiens, le traitement obligatoire et par excellence de tout symptôme apoplectique. Il se fait actuellement une réaction formelle contre cette médication. Ce moyen héroïque, qui a présidé à la guérison ou assisté à la mort de tant de générations d'apoplectiques, est tout près d'être rejeté, comme un préjugé, comme une faute même ; et si l'on se contentait autrefois de l'accuser d'impuissance dans les cas malheureux, il semble aujourd'hui que ce soit malgré lui que son emploi ait été suivi quelquefois de résultats heureux.

Le docteur Brooks vient aussi jeter la pierre à la saignée. Il met en regard l'observation d'un noir, robuste, âgé de trente ans, qui, frappé d'apoplexie, fut saigné le lendemain à la temporale, alors qu'il avait les extrémités froides, le pouls faible à 100, des sueurs profuses, les urines involontaires, la tête chaude, les pupilles un peu dilatées, les carotides battant avec violence ; et celle d'un jeune homme de quinze ans, de bonne santé, qui, atteint de la même manière et offrant la même apparence symptomatique, ne fut pas saigné. Le premier mourut quatre heures après l'opération ; le second ne mourut pas. Sinapismes, vésicatoires; carbonate d'ammoniaque, 25 centigrammes toutes les heures, jusqu'à ce que la circulation eût repris de la force et de la régularité ; de l'extrait de jusquiame dissous dans l'eau, pour calmer l'agitation ; 1 gramme de sulfate de quinine en quatre doses, au bout de dix à douze heures qu'il parut survenir un peu de rémission. Le lendemain matin, 150 centigrammes de calomel avec 2 gouttes d'huile de croton, et sulfate de quinine. Tel fut le traitement usité. Au bout de vingt-quatre heures environ, le malade parla pour la première fois, et demanda à boire. Le calomel fut alors commencé à doses fractionnées, et le sulfate de quinine continué pendant deux jours encore. La convalescence fut rapide et la guérison complète.

L'auteur avoue que, dans ce cas encore, il avait été sur le point d'ouvrir l'artère temporale ; mais n'en ayant obtenu que des effets douteux dans plusieurs circonstances, il se décida à s'en dispenser. D'ailleurs, si la fièvre congestive ou la congestion cérébrale, dit-il, est une maladie du système nerveux, comme le pensent plusieurs écrivains, il me semble que la perte du sang doit accroître la tendance à la prostration qui existe, et rendre la maladie plus dangereuse. (*The New-Orleans Medical and Surgical Journal*, nov. 1854.)

Plusieurs raisons sont propres à faire hésiter, dans les apoplexies, à tirer du sang. D'abord l'incertitude du diagnostic, qui souvent est extrême, des états fort divers de l'encéphale pouvant très bien donner naissance à des phénomènes semblables d'apoplexie ; ensuite, la considération que le docteur Brooks met en avant, au sujet du danger que l'on court d'accroître la tendance à la prostration. Ce n'est pas certainement qu'il faille attribuer un caractère de passivité à la paralysie, à l'anesthésie, au sommeil des facultés. Mais, quelque actives que soient les causes de l'apoplexie, on ne peut méconnaître que le système nerveux se trouve frappé, enchaîné dans son action, de telle sorte qu'il y ait à redouter, si l'on insiste sur les moyens débilitants, de le rendre incapable de retrouver le ressort nécessaire au recouvrement de ses fonctions et de la santé. Tout cela est à peser dans l'occasion.

Mais, suivant nous, l'opportunité de la saignée dans la congestion cérébrale gît tout entière dans le moment. Le moment le plus favorable est avant la congestion elle-même, quand l'imminence peut en être saisie au moyen de quelques signes précurseurs. Beaucoup d'individus parviennent ainsi à prévenir des attaques par des saignées dites de précaution ; dirigée avec sagacité, cette pratique est d'une haute importance.

Mais, quand il est question de décider l'opportunité de la saignée, la congestion est généralement accomplie. Or, pour nous, cette règle n'est pas douteuse. Toutes choses égales, d'ailleurs, plus on est rapproché de l'attaque, plus la saignée peut être efficace et surtout sans danger. Nous avons vu bien des fois des accidents, très formidables en apparence, s'évanouir sous notre lancette en quelque sorte. Peut-être auraient-ils disparu sans la saignée ; mais nous voyons alors les choses se passer le plus favorablement du monde.

Le docteur Brooks a évidemment cherché une opposition, dans sa première observation, où la saignée de la temporale a été suivie de la mort quatre heures après. Mais l'opérateur nous paraît ici plus responsable que l'opération. Le lendemain d'une attaque, avec un pouls affaibli et très fréquent (à 100), des extrémités froides, des sueurs profuses et un collapsus complet, ou la mort était imminente, et le moyen employé en a été fort innocent, ou la mort n'était pas prochaine encore, et la saignée devait sans doute l'accélérer. Telle est du moins l'impression que laisse le récit des faits, car on ne peut juger en telle matière qu'avec beaucoup de réserve. Cependant nous ne pouvons hésiter à déclarer que, dans l'état des choses, la saignée nous paraît s'être trouvée parfaitement contre-indiquée chez ce noir.

Nous n'avons eu en vue, dans ces réflexions que nous ont inspirées les observations du docteur Brooks, que l'apoplexie par congestion cérébrale. S'il s'agissait de l'apoplexie par hémorrhagie cérébrale, d'autres considérations devraient trouver leur place

Épidémie de typhus à Strasbourg, par M. le professeur SCHUETZENBERGER.

Depuis la fin des grandes guerres du premier empire français, le typhus n'avait pas reparu à Strasbourg. Une épidémie observée pendant le semestre de novembre 1854 à avril 1855 est le sujet de la revue clinique que vient de publier M. Schützenberger. Ces faits lui ont paru démontrer de la manière la plus évidente la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Les faits qui frappent le plus se rapportent : 1° A des différences étiologiques : la fièvre typhoïde n'a pas pu se développer à Strasbourg, à l'hôpital, dans les prisons, par contagion; au contraire, le typhus a régné d'une manière endémique, s'est transmis à des religieuses, à un infirmier, à un étudiant en médecine, à des malades couchés pour d'autres affections dans les salles ; 2° à des différences phénoménologiques. C'est moins par les symptômes pris isolément que le typhus et la fièvre typhoïde diffèrent, que par leur physionomie générale. Cette différence est due à la prédominance de certains éléments morbides ; elle dépend en outre de la marche, de la succession, de l'enchaînement des phénomènes, de la durée totale de l'affection et de celle de ses différentes périodes d'évolution. Ainsi, dans le typhus on observe exceptionnellement, au début, de la diarrhée ou de la tympanite. Dans aucune des autopsies de malades morts du typhus on n'a observé la moindre altération des follicules de l'intestin ou des ganglions mésentériques. L'éruption cutanée du typhus a été, comme l'indiquent les auteurs, bien différente de celle de la fièvre typhoïde : elle apparaissait dès le deuxième ou troisième jour de l'invasion fébrile, sous forme de taches d'un rouge vif au début, devenant rapidement livides et confluentes, de manière à constituer de larges plaques. Très nombreuses, elles se sont étendues, dans quelques cas, à presque tout le corps ; elles ne tardaient pas, dans beaucoup de cas, à s'accompagner de pétéchies, de taches ecchymotiques. En même temps, d'autres hémorrhagies s'observaient dans le tissu sous-séreux de la plèvre, du péricarde, du péritoine, dans le tissu sous-muqueux de la bouche, de l'estomac, de la vessie; dans la cavité même du tube digestif, dans le parenchyme du poumon, dans les reins. Le professeur de Strasbourg insiste également sur la violence des accidents fébriles du début, la rapidité avec laquelle se développe l'état typhoïde, la forme ataxo-adynamique, la durée moindre de l'évolution totale de la maladie et de chacune de ces périodes, enfin son extrême gravité, caractères qui distinguent manifestement le typhus de la fièvre typhoïde, et doivent les faire considérer comme deux individualités nosologiques distinctes appartenant à une même classe nosologique, celle des pyrexies spécifiques.

Conformément aux préceptes inscrits dans la science, M. Schützenberger est parvenu, en séquestrant et isolant les malades, en évitant simultanément tout encombrement, à arrêter le développement de l'épidémie. Le traitement a varié : il a consisté en purgatifs, vomitifs; enfin en lotions froides, et, dans quelques cas, on eut recours aux toniques et aux astringents minéraux. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, juin 1855.)

— Le tableau morbide que l'épidémie de typhus a mis sous les yeux du professeur de Strasbourg diffère, en effet, sous des rapports essentiels, de celui qu'offre d'ordinaire la fièvre typhoïde. Néanmoins, s'il y a un typhus dans lequel manque l'altération des plaques de Peyer (*typhus fever* des Anglais), il ne faut pas oublier que cette altération a été rencontrée dans la pyrexie grave qui a existé épidémiquement en France en 1814, et qui a reçu et assez bien mérité, ce nous semble, le nom de *typhus*. Il y aurait lieu ici à une distinction importante au point de vue nosologique.

V.

VARIÉTÉS.

CHOLÉRA.— A la date du 17 septembre, le choléra faisait des progrès à Marseille. Dans les jours précédents, sur la moyenne de la mortalité générale, qui était de 80, on pouvait compter de 50 à 55 cholériques. On observe en outre beaucoup de diarrhées.

Le fléau a sévi aussi avec une certaine violence dans le département du Var, et plus particulièrement à Draguignan.

VI.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — N°s 135. Nosologie des fièvres comme pouvant guider le diagnostic et le traitement, par *E. Laycock*. — Cas de tétanos traumatique guéri, par *C. Cowdell*. — Sur une concrétion intestinale, par *G. Rigden*. — 136. — Pendaison dans l'aliénation mentale, par *Dunn*. — Empoisonnement par une saucisse, par *Michael*. — Relâchement de la membrane du tympan, par *E. Westropp*. — 137. Propriétés thérapeutiques de l'acide carbo-azotique, par *E. Moffatt*. — Empoisonnement par le chlorure de zinc, par *G. Willis*. — Convulsions avant le travail, par *P. Boscow*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — N°s 865. Analyses et revues. — 866. Convulsions puerpérales, par *Woodhouse*. — Perforation de l'estomac.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — N°s 266. Complication de fièvre continue pendant la dernière épidémie à l'hôpital de Smyrne, par *S. Gibbon*. — 267. Fièvres de Smyrne, par *Gibbon*. — Rétrécissement de l'urèthre, rétention d'urine, ponction de la vessie par le rectum, par *Eng*. — Matière bleue dans l'urine des cholériques, par *Osborn*. — Sur une forme de congestion de la rate, par *S. Rhine*. — 268. Amputation dans l'articulation coxo-fémorale, par *Tatum*.

THE DUBLIN QUARTERLY JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE. — Août. Hémorrhagie dans les fièvres, par *H. Kennedy*. — Fièvre rhumatique et péricardite rhumatique, par *Moore*. — Aliénation ; considérations médico-légales, par *Williams*. — Luxation de l'humérus, par *Collis*. — Influence de la mort du fœtus sur la durée de la grossesse, par *Johns*. — Déformation oblique du pelvis, par *Sinclair*. — Sucre dans l'urine du fœtus, par *Moore*. — Dyssentérie asthénique, par *Young*.

THE LANCET.— N°s 5. Quelques phénomènes sur l'état inter-paroxysmal de l'épilepsie, par *R. Reynolds*. — De l'arc sénile, par *Ed. Canton*. — Gangrène étendue, suivie du néphrite et d'anasarque, par *C. Hagg*. — Traitement modifié de la fistule à l'anus, par *T. Mitchell*. — 6. Épilepsie étudiée entre les accès, par *Russell Reynolds*. — Lithotritie, par *Lewitt*. — Cas heureux d'ovariotomie, par *S. Garrard*. — Opération de hernie, par *Neate*. — 7. Traitement des plaies de l'arcade palmaire, par *Arnott*. — Tétanos traumatique, par *Garnham*. — Cas de choléra grave, par *Barry*. — Intussusception et gangrène d'une portion de l'iléum, par *Spang*.

EL HERALDO MEDICO. — N°s 213. Choléra d'*Alamas*, par *J. Santaolaria*. — 214 — 215 — 216.

EL SICLO MEDICO. — N°s 82. Identité du rêve et de la folie, par *Nieto*. — Hygiène militaire, par *S. Garcia Vasquez*. — Origine et nature des qualités des eaux minérales, par *J. Salgado*. — 83. Clinique médicale, par *Santero*. — Philosophie médicale, par *Acevedo*. — 84. *Idem*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 15. Sur la contusion, par *Benavides*. — Difficultés de la cure des maladies aiguës, par *J. Angulo*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 31 juillet. Incision unique pour la résection de la tête du fémur et pour la désarticulation de la cuisse, par *Larghi*. — 15 août. Choléra de Laigueglia, par *Giacometti*.

IL PROGRESSO (Genova). — Juillet. Prothèse de l'extrémité inférieure, par *Rosso*. — Guano de Sardaigne, par *Finollo* et *Multedo*. — Hygiène et médecine navale, par *Massone*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Juillet. De la gymnastique comme partie de l'éducation complète chez les anciens. — De la méthode autoplastique allemande. — Deux cas de guérison de laryngite pseudomembraneuse. — Des doigts surnuméraires. — Août. De l'éclampsie des nouveau-nés. — Opération de hernie étranglée.

Livres nouveaux.

ÉLÉMENTS DE STATISTIQUE HUMAINE, ou Démographie comparée, où sont exposés les principes de la science nouvelle, confrontés d'après les documents les plus authentiques, l'état, les mouvements généraux et les progrès de la *population* dans les pays civilisés, par *Achille Guillard*, docteur ès sciences. In-8 de 376 pages. Paris, 1855, chez Guillaumin. 5 fr.

GUIDE DES ADMINISTRATEURS ET AGENTS DES HOPITAUX ET DES HOSPICES, ou Recueil analytique et méthodique de lois, décrets, ordonnances, instructions, etc., concernant l'organisation matérielle, administrative et financière des hôpitaux et des hospices, suivi d'un Formulaire annoté des écritures dont la tenue est prescrite dans ces établissements, par *C. Thannberger*. 1 vol. in-8 de VIII—202 pages. Colmar, chez J.-B. Ceug. 3 fr.

MÉMOIRE SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE CATHÉTÉRISME et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre, par le docteur *Maisonneuve*. In-8 de 40 pages avec 1 planche. Paris, chez Labé. 1 fr. 25

NOTICE MÉDICALE SUR LES BAINS DE MER du Croisic et sur l'effet thérapeutique des eaux mères, de l'hydrothérapie marine et des bains de sable administrés à l'établissement du Croisic. In-8 de 47 pages. Paris, chez Labé. 1 fr. 25

BEITRAEGE ZUR GEBURTSKUNDE UND GYNAEKOLOGIE (Recherches sur l'obstétrique et les maladies des femmes), par *F.-W. Scanzoni*. T. II. In-8. Wurzbourg, chez Stahel. 6 fr. 50

LEHRBUCH DER CHEMISCH-ANALYTISCHEN TITRIRMETHODE (Analyse par les liqueurs titrées), par le docteur *Friedrich Mohr*. 1 vol. in-8 en 2 parties. 1re partie de 344 p., avec 104 figures.

UEBER ANGEBORNE HARNBLASENSPALTE UND DEREN BEHANDLUNG (Sur la fissure congénitale de la vessie et son traitement), par *J. Moergelin*. In-8. Berne, chez Blom. 3 fr. 25

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 28 SEPTEMBRE 1855. — N° 39.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 19 septembre 1855, un congé, pour raison de santé, est accordé à M. GRUÈRE, professeur adjoint de pathologie interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

M. DUGAST, professeur suppléant à ladite École, est chargé du cours de pathologie interne pendant la durée du congé accordé à M. Gruère.

M. CHANUT, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur adjoint de pathologie externe à ladite École.

M. BOUCHER, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant, spécialement attaché à la chaire d'anatomie et physiologie, à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, en remplacement de M. Chanut.

M. BRULET, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant, spécialement attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchements à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon (fonctions nouvelles).

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 27 septembre 1855.

ÉTIOLOGIE DU CHOLÉRA. — MODE DE PROPAGATION. — M. VIRCHOW ET L'ÉCOLE DE MUNICH.

Nous avons eu déjà occasion de mentionner l'opinionde quelques médecins étrangers qui attribuent à des germes émanés des déjections des cholériques le pouvoir de transmettre la maladie. Cette opinion a conduit à une autre, dont les promoteurs appartiennent également à la médecine étrangère, et dans laquelle le choléra pourrait être transporté par ces mêmes germes de l'homme aux animaux. Nous avons publié, l'année dernière, sur ce sujet, une longue lettre de M. Lauder Lindsay ; l'article suivant résume et les discussions et les expériences dont ces deux questions ont été l'objet.

A. D.

FEUILLETON.

Congrès international de statistique (1).

Deuxième session tenue au Palais législatif, du 10 au 15 septembre 1855, sous la présidence du Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

La statistique, modeste science qui a grandi à l'ombre de l'administration, à laquelle elle servait d'instrument pour les besoins du recrutement et de l'impôt, tend de nos jours à prendre un tout autre rôle : elle devient, suivant l'expression du docteur Guillard, la *tenue des livres* de l'humanité, et, par suite, dans nos sociétés, une puissante méthode d'analyse. Elle est le scalpel au moyen duquel on isole les moindres fibres du corps social ; elle est le microscope qui, grossissant les moindres influences, les rend visibles à tous les entendements ; elle est le réactif sensible qui nous dit la présence et la mesure d'un élément perturbateur dont, sans elle, les effets eussent échappé longtemps à la perspicacité de l'observateur, ou à l'intuition hardie mais souvent téméraire du génie.

La thérapeutique, perdue aujourd'hui au milieu des affirmations contradictoires de la science, souillée par l'épidémie du merveilleux et de l'absurde qui a envahi les esprits, avilie par les charlatans de foire et de salon qui chauffent et exploitent habilement cette crédulité, ne pourra s'élever au-dessus de tant de clameurs qu'en soumettant ses assertions multiples à l'autorité des faits accumulés par la statistique. D'une autre part, des problèmes considérables restent pendants, parce qu'ils ne sont susceptibles d'être résolus que par la statistique nosologique. Tels sont ceux de l'antagonisme des maladies, des influences professionnelles, climatériques, géographiques, géologiques, connaissances dont la détermination est si importante en hygiène, et reste si ignorée tant que de vaines et mensongères intuitions remplacent les données positives de l'observa-

(1) Il ne sera question ici que de la partie des travaux du Congrès qui se rattache à la statistique des causes de décès.

B.

Après la publication de plusieurs documents qui nous ont été envoyés au sujet du Congrès, la GAZETTE HEBDOMADAIRE se propose d'exprimer ses vues propres sur la statistique appliquée à la médecine.

A. D.

L'intensité de l'épidémie et les ravages que fit le choléra en 1854 conduisirent le gouvernement bavarois à organiser une société de médecins, siégeant à Munich, dont la mission fut d'étudier l'étiologie, le traitement et le mode de propagation du choléra.

Cette assemblée, dont on ne saurait, du reste, trop louer le zèle et l'empressement, publie (dans le nº 44 de l'*Intelligenz Blatt*) la revue et le résumé des travaux accomplis pendant l'épidémie. M. Pfeufer, parlant des résultats dus à la société, adresse *de grands remerciments à ceux qui ont fait sortir le choléra de la voie où il était.* Il signale les pénibles et *remarquables recherches* de M. Thiersch, faites avec *tant de talent* et ayant *une portée si élevée.* Il termine enfin par revendiquer, pour les résultats obtenus à Munich, le grand prix Bréant proposé à Paris.

On conçoit l'impression causée par ces déclarations émanant d'une société officielle. Comment pouvoir douter, en lisant les articles du *Journal d'Augsbourg*, que M. Thiersch n'eût découvert le germe du choléra? Que M. Pettenkofer n'eût expliqué le mode de propagation et décrit la disposition locale qui favorise le développement des germes? Enfin que M. Pfeufer n'eût en troisième instance décrit les conditions de réceptivité du fléau, et éclairé le problème difficile de la prédisposition individuelle?

Le scepticisme fut réveillé par la recrudescence du choléra, déclaré pourtant éteint par la commission ministérielle. Comme si le ciel eût voulu donner une leçon d'humilité aux médecins de Munich, la reine mère succomba à une attaque de choléra, pendant que l'on rendait solennellement grâces à l'Éternel de l'extinction de l'épidémie. La question reprenait donc son actualité.

M. Virchow porta sur les résultats annoncés à Munich un sérieux examen. Ce n'était point comme novice que le professeur de Würzburg entrait dans la discussion. On se rappelle le rôle important qu'il joua dans les deux épidémies de Berlin. On connaît ses savantes recherches sur les principaux caractères pathologiques du choléra, les altérations histologiques du sang, l'augmentation des corpuscules blancs, la néphrite albumineuse accompagnant l'attaque, les diverses inflammations diphthéritiques et gangréneuses, surtout celles des muqueuses intestinale, vaginale, œsophagienne et vésicale, enfin les inflammations hémorrhagiques de la rate, de la matrice et du poumon dans la période typhoïde. Quant à l'étiologie, il pensait que le choléra émanait d'une cause toxique ayant de nombreuses affinités avec l'intoxication paludéenne. Lorsque l'*Eureka monacensien* appela son attention sur une voie qu'il avait lui-même tracée, il chercha naturellement ces résultats précis, ces faits certains qu'annonçait M. Pfeufer, et ne les trouvant pas, dégonfla d'un coup d'épingle, dans une lettre à M. Schönlein, le ballon si pompeusement lancé à Munich. Or voici sur quoi portait le débat.

M. Claude Bernard, voulant examiner si les ferments agissent dans l'organisme comme dans les laboratoires, injecta le premier de l'amygdaline dans les veines, et, introduisant de l'émulsine dans l'estomac, espéra produire la réaction caractéristique. Il parvint à décomposer l'amygdaline, mais en injectant simultanément de l'émulsine dans les veines.

M. Schmidt, de Dorpat, ayant mêlé de l'amygdaline au sang d'une cholérique, obtint l'odeur caractéristique d'acide cyanhydrique, ce qui l'amena à supposer dans le sang des cholériques la présence d'un ferment analogue à l'émulsine.

Pendant l'épidémie de Munich, M. Thiersch poursuivit ces recherches. Il obtint une réaction analogue, non-seulement avec le sang, mais encore avec diverses portions de cadavres cholériques, entre autres le contenu de l'intestin. M. Voit arriva, il est vrai, à des résultats identiques avec le sang de sujets non cholériques, et même avec le sang d'un criminel récemment exécuté. M. Thiersch trouva que le sang de sujets ayant succombé au typhus décomposait de même l'amygdaline; mais il n'en continua pas moins à regarder cette réaction comme propre au choléra, puisqu'il ajoute (*loc. cit.*, p. 368) que les individus dont le sang servit aux expériences avaient été soumis à l'influence d'une violente épidémie cholérique; ce qui semblait prouver que ce ferment analogue à l'émulsine pouvait se trouver dans le corps humain sans nécessairement produire le choléra. Il conclut que les selles des cholériques devaient contenir le germe propre à répandre la contagion; et, se fondant sur les expériences de Meyer, qui avait produit une maladie analogue au choléra en mettant les selles cholériques en contact avec la muqueuse stomacale des chiens (1), il entreprit de donner de la même manière le choléra à une colonie de souris blanches.

M. Schmidt avait déjà prouvé que les produits volatils provenant de la décomposition des évacuations cholériques ne pouvaient propager la maladie. M. Thiersch pensa que la substance contenue dans les évacuations cholériques, qui se comporte comme un ferment et agit sur le corps comme les autres poisons animaux, ne se propage point sous la forme de gaz, mais reste contenue dans les substances liquides ou solides provenant de la décomposition des selles. Si ce ferment pouvait, sous l'influence de certaines circonstances que M. Pettenkofer nous décrira tout à l'heure, subir une division mécanique qui rendrait possible son transport par l'atmosphère? Il laissa donc fermenter les selles cholériques, trempa des bandes de papier à filtre dans le mélange, et les donna à manger à des souris. Le papier, imbibé du liquide qui avait fermenté de trois à six jours, ne produisit aucun effet. Ce fut après un laps de six à neuf jours d'exposition à l'air libre que les selles donnèrent au papier la vertu de reproduire des symptômes analogues à ceux du choléra. Les souris, dit M. Thiersch, perdirent leur vivacité, leur poil se hérissa, leurs oreilles se plissèrent. Les évacuations, d'abord molles et décolorées, finirent par devenir complétement liquides. L'urine perdit son odeur normale; l'appétit

(1) Nous ferons remarquer que Mayer ne produisit qu'une maladie ayant d'*assez grandes analogies* avec le choléra. Il n'obtint jamais les selles rizacées. (*Archives d'anatomie pathologique de Virchow*.)

---

tion accumulée. Si, par exemple, on demandait à un médecin quelles sont, en France, les localités les moins ravagées par la phthisie, si des différences notables existent à ce sujet, si les rivages sont favorables ou défavorables, si, etc., en est-il un qui pût répondre avec connaissance de cause? Ainsi, voilà une maladie qui moissonne environ le dixième de l'espèce humaine, qui s'abat de préférence sur l'âge le plus précieux, la jeunesse adulte, qui se transmet par l'hérédité, et qui souvent finit, après avoir désolé et ruiné les familles, par les éteindre entièrement; voilà, dis-je, une maladie terrible dont nous ne savons aucune des conditions d'existence. Nous ne disons que par préjugés quels sont les lieux, les natures de sol, les expositions, les climats qui la combattent ou qui la favorisent; nous ne pouvons donner un conseil *valable* à une famille qui, tremblante sous la menace de l'hérédité, veut fuir et porter sa résidence dans les contrées où elle a le plus d'espoir d'échapper à l'implacable fléau qui la poursuit. Et pourtant, quelle affection se prête mieux que la phthisie aux enquêtes statistiques? espèce une et bien déterminée, d'un diagnostic très facile (il ne s'agit ici que du diagnostic de la cause du décès); de sorte que l'on peut dire que nulle étude n'est à la fois plus importante et plus facile que celle qui consiste à étudier la distribution de cette maladie dans un grand pays comme la France, et, par suite, à reconnaître les milieux qui paraissent les plus favorables ou les moins propices à son développement. Nous proposant de revenir sur ce sujet, nous nous bornerons à ces préliminaires, espérant qu'ils suffiront pour que le lecteur soit pénétré de l'importance du débat sur l'emploi de la statistique en médecine; seulement nous ne pouvons nous dispenser de rappeler que, avant de faire de la statistique, il faut en savoir les règles. Cette exigence de la science, qui paraît si naturelle, a cependant été méconnue par des hommes du premier mérite. C'est ainsi que MM. Louis et Bouillaud, dans leurs *Recherches thérapeutiques*, ont compromis la statistique aux yeux vulgaires, parce que, entre autres causes, opérant sur de trop petits nombres, ils n'ont pu s'élever au-dessus des perturbations accidentelles, qui les ont conduits à des conclusions contradictoires et vaines.

D'une autre part, quelques hommes ignorant l'importance des moyennes et des séries naturelles, des accouplements homogènes et des lois qui régissent les mouvements de la population, vont s'imaginant et proclamant que la statistique condamne la vaccine. D'autres, enfin, méconnaissant la propriété singulière des *grands nombres*, d'annuler les erreurs de détail (quand ces erreurs, par une cause constante, ne se font pas toujours dans le même sens) et de conserver des rapports vrais entre les données, alors même que des erreurs nombreuses auraient modifié le chiffre de

fut perverti, et les petites bêtes mangèrent le coton qui les protégeait. Il n'y eut pas de vomissements; 30 sur 34 furent incommodées; 12 moururent dans un état de roideur extrême. L'autopsie fit reconnaître une forte injection de l'intestin, la transformation graisseuse de la substance corticale des reins (1), la vacuité de la vessie, la fluidité des substances contenues dans l'intestin. Ces matières et le sang décomposaient l'amygdaline.

M. Thiersch arriva donc à cette conclusion finale : Le choléra peut se transmettre de l'homme à l'homme, et le *ferment spécifique* peut se propager de deux manières : 1° soit par les cryptogames résultant de la fermentation (*pilze*), que l'on trouve dans l'air, et qui porteraient le ferment par la bouche et les fosses nasales jusque dans l'estomac; 2° soit par l'empoisonnement des sources et fontaines servant de boisson, dont la mauvaise disposition favoriserait le mélange des eaux potables avec le liquide infectant provenant des fosses d'aisances (2).

On voit donc, quoi qu'en dise M. Pfeufer, que M. Thiersch attribuait la contagion au développement d'un *ferment spécifique*, émanant des matières fécales fermentées des malades cholériques.

M. Virchow attaqua ces conclusions. Sous sa direction, M. Grohé, son préparateur, fit des expériences avec le sang, le contenu de l'intestin, le liquide extrait de rates provenant de malades morts du typhus, et il obtint la décomposition de l'amygdaline par ces substances. M. Virchow prit lui-même le sang d'une personne morte de *struma carcinomatosa*, celui d'une femme morte hydropique à la suite d'une bronchite chronique, enfin le sang provenant du céphalomatome d'un jeune enfant, et arriva à la production d'acide cyanhydrique, qu'il vérifia chimiquement. Il plaça sous une cloche ce sang exhalant une forte odeur d'amandes amères, et à côté une cupule contenant du sulfhydrate d'ammoniaque; après vingt-quatre heures, le perchlorure de fer colora en rouge le liquide contenu dans la cupule, et cette couleur résista à l'action de l'acide chlorhydrique et à la coction avec le chlorure de sodium.

Ainsi était enlevée à l'école de Munich cette prétendue spécificité d'un ferment causant le choléra et décomposant l'amygdaline à la manière de l'émulsine. Quant au mode de transmission, nous ne sommes pas bien convaincu que les souris blanches aient eu le choléra. Nous rappellerons, à ce sujet, un article de M. Lindsay (*Gaz. hebd.*, 1854, p. 1044) qui concluait comme suit : Lorsqu'on nourrit les animaux avec les évacuations des cholériques, on produit des effets analogues à ceux que détermine l'absorption d'irritants ou de matières putrides. On peut difficilement comparer au choléra une maladie durant en moyenne de trois à huit jours et pouvant s'étendre jusqu'au dix-septième jour.

(1) On remarque cette transformation, différente de l'altération cholérique par son siége, chez presque tous les animaux âgés, et surtout chez les chats.

(2) Cette opinion avait déjà été avancée par M. Snow en Angleterre, et MM. Baly et Gull, rapporteurs au Collége royal de Londres, crurent ne pas devoir l'admettre. (*Gazette hebdomadaire*, 1854, p. 562.)

M. Virchow, ce nous semble, était dans son droit. On avait annoncé des résultats précis; il trouvait à peine une ombre de théorie. On avait prétendu au prix Bréant; tout en reconnaissant la bonne direction des recherches, il était conduit à montrer leur insuffisance et le peu de valeur des conclusions auxquelles elles servaient de base.

Il faut faire une place à part dans ce débat à une récente publication de M. Pettenkofer (voir la *Gaz. hebd.*, 1854, p. 1123), plus sérieuse et plus complète que tout ce qui a précédé. C'est une analyse soignée et minutieuse d'un grand nombre de faits pouvant servir à l'histoire de la marche et du développement du choléra. Malheureusement, le désir de rattacher ce travail à une théorie fausse a entraîné l'auteur à plus d'une faute de logique. Le travail n'en reste pas moins un dossier riche de faits et digne de son titre d'*Histoire du choléra en Bavière*. Voici les conclusions générales :

1° Le choléra n'est pas une affection européenne. Il est toujours importé.

2° *Les véhicules de la contagion sont les déjections des individus portant en eux le germe de la maladie.*

3° Il n'est pas nécessaire d'avoir le choléra déclaré pour répandre la maladie. La diarrhée contractée sous l'influence épidémique a aussi cette puissance. Le fléau peut être propagé par les individus n'ayant ni diarrhée ni choléra, mais venant de lieux infectés.

4° Les effets, les objets de literie, les linges souillés de déjections cholériques, peuvent répandre la maladie.

5° Pour que l'épidémie se développe dans un lieu où le principe contagieux a été importé, il faut un sol d'une composition spéciale. Les terrains meubles et poreux favorisent ce développement; les terrains formés de roches ont une immunité parfaite.

6° Les lieux bas et humides, les maisons dont les fosses d'aisances mal disposées permettent l'infiltration du sol, sont autant de circonstances favorables au développement des germes.

7° Le temps qui s'écoule entre l'importation des germes et le développement de l'épidémie varie, d'après la consistance du sol, de deux à vingt et un jours. Les étages n'ont aucune influence sur la propagation du choléra.

Un fait déjà connu, mais digne de remarque à cause des faits qui l'appuient, est le transport du choléra par les personnes atteintes simplement de diarrhée et venant d'un lieu où sévit l'épidémie. Il se pourrait que la propagation du mal eût lieu par les matières fécales *fermentées* dans de certaines conditions; et cette fermentation pourrait expliquer souvent le temps d'incubation de la maladie. De là la nécessité d'employer, comme moyen simple d'empêcher la propagation, toutes les substances qui arrêtent la fermentation. Aussi M. Pettenkofer finit-il par préconiser les mesures les plus répandues de police médicale, comme la désinfection des fosses par les sulfates et les chlorures, le dessèchement des mares et eaux stagnantes, le nettoyage des tuyaux de conduite, etc; toutes précautions que la France, l'Angleterre et plusieurs États de l'Alle-

---

chacune (pourvu que ces erreurs fussent dues à une même série de causes agissant à peu près avec la même intensité), d'autres, dis-je, méconnaissant ces lois, déclarent cette statistique impossible; et, de ce qu'un certain nombre de diagnostics erronés pourront être mêlés au résultat général, ils croient ce résultat indigne d'attention.

Mais voici ce que le calcul des probabilités leur oppose.

Quelles que soient les erreurs particulières qui se glissent dans un résultat total, par exemple, dans le relevé des décès par la phthisie pulmonaire, les unités qui s'ajouteront indûment aux tuberculeux seront *infailliblement* compensées en totalité ou en grande partie par les unités phthisiques qui seront indûment portées ailleurs; et cela arrivera *certainement* si l'on opère sur de grands nombres, à moins pourtant qu'une cause constante ne vienne faire pencher la balance plutôt vers un des signes, additif ou soustractif, que vers l'autre,—exception que l'on pourrait discuter, apprécier, mais qui, dans l'espèce, paraît avoir peu d'application. Dans tous les cas, en admettant que, par le fait des affinités nosologiques, il y ait constamment plus d'unités étrangères ajoutées que d'unités phthisiques retranchées, cela modifiera plus ou moins les chiffres absolus; mais comme il n'y a aucune raison pour supposer les médecins de l'Est, par exemple, plus ou moins expérimentés que ceux de l'Ouest, ceux du Nord plus ou moins attentifs que ceux du Sud, il n'y a aucune raison non plus pour supposer qu'il soit commis plus d'erreurs ici que là (toujours par la puissance des *grands nombres*); en sorte que les *rapports* entre les quantités phthisiques des diverses contrées n'en seront pas moins vrais et comparables, et n'en permettront pas moins d'ombrer une carte de France suivant les nombres relatifs de ce genre d'affection.

Telles sont donc les données et les conditions de la science. Les principes de la statistique, solidement étudiés et établis dans la première moitié de ce siècle, ont été exposés dans quelques ouvrages remarquables, entre autres la *Physique sociale* et les *Lettres sur les probabilités*, de A. Quételet, les *Principes généraux de statistique médicale*, par Gavarret, et les *Éléments de statistique humaine* du docteur Ach. Guillard.

Dans cet état de choses, il s'agissait d'engager les gouvernements :

1° A organiser partout, suivant les principes de la science, les enquêtes statistiques instituées plus ou moins routinièrement, et souvent dans un but purement fiscal.

2° A rendre cette organisation analogue dans tous les pays, afin que la comparaison des résultats, devenue possible, servît à étendre et à généraliser les déductions de la science.

magne connaissent et appliquent depuis longtemps. La constitution géologique conserve dans l'enquête de Munich l'importance qu'on lui a reconnue partout. L'immunité du terrain composé de roches est constante. La loi de Fourcault a trouvé en Bavière sa constante vérification. Cependant M. Dechambre (*Gaz. hebd.*, 1854, p. 1110) a fait remarquer les faits les plus contradictoires à ce sujet : l'immunité du Morvan, la terrible mortalité de la Haute-Marne. Il faut donc nous contenter d'enregistrer les faits, tout en constatant que le plus grand nombre viendrait déposer en faveur de l'idée de Fourcault.

M. Pettenkofer se donne beaucoup de peine pour relier ce fait universellement remarqué avec les théories de M. Thiersch. Ce dernier donne le choléra aux souris en trempant du papier dans des selles cholériques fermentées. Où trouvons-nous la circonstance nécessaire du sol mou et poreux? Sur les vaisseaux, le linge et le bois remplacent le sol. Mais, d'un autre côté, les maisons de Nuremberg, bâties sur le roc, sont protégées, malgré les vieilles boiseries dépourvues de vernis, malgré les constructions en briques, substances très propice au développement des miasmes, d'après M. Pettenkofer lui-même. Et à Munich, les rues neuves (Müllerstrasse, Sonnenstrasse, Amalienstrasse), où la fonte a remplacé le bois, où les lieux d'aisances ont subi les perfectionnements modernes, voient leur population décimée, en dépit de la largeur des rues et de toutes les précautions hygiéniques !

Il faut, dans les efforts des médecins de Munich, louer le talent d'observation et la bonne volonté ; mais c'est en vain que nous chercherions un résultat nouveau, une loi établie. Qu'ont gagné la prophylaxie et la thérapeutique du choléra à ces résultats si pompeusement annoncés? Peu de chose, répondrions-nous, si le gouvernement n'était intervenu et n'avait officiellement clos le débat et tranché la discussion à sa manière. Certains journaux (*Wiener Wochenschrift* du 21 juillet) assurent d'ailleurs qu'il n'en faut pas croire les apparences, et que M. Pfeufer a raison.

En ce cas, il ne nous reste plus qu'à dire, avec la grande majorité du public allemand : *Victrix causa Diis placuit sed victa Catoni.* Docteur J.-PAUL PICARD (d'Avignon).

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

MÉMOIRE SUR LE TRAJET INTRA-OCULAIRE DES LIQUIDES ABSORBÉS A LA SURFACE DE L'ŒIL, par L. GOSSELIN, chirurgien de l'hôpital Cochin, président de la Société de chirurgie. (Lu à l'Académie de médecine le 7 août 1855.)

(Suite et fin. — Voir le n° 36, t. II.)

§. 2. *Expériences faites avec le lait de chaux.*

J'ai été conduit aux expériences qui suivent par l'observation d'un malade qui était entré dans mon service, à l'hôpital Cochin, pour une opacité complète de la cornée survenue immédiatement après la projection accidentelle d'eau de chaux des badigeonneurs dans l'œil gauche. J'avais été frappé de la rapidité avec laquelle l'opacité était survenue, et ayant constaté, au bout de quelques jours, que la membrane, au lieu d'être mortifiée, comme je l'avais craint d'abord, retrouvait peu à peu sa transparence, je pensai que nous avions eu affaire à une imbibition de son tissu par la chaux absorbée à la surface de l'œil, et je fis, pour m'éclairer à cet égard, les expériences suivantes :

EXP. XX. — Le 8 juin 1855, je laisse tomber du lait de chaux dans les deux yeux d'un chien, à quatre heures quatre minutes du soir. La cornée gauche commence à blanchir à quatre heures sept minutes, et la droite à quatre heures neuf minutes. L'opacité semble marcher de la périphérie vers le centre, en commençant par le côté externe de la membrane. A quatre heures dix minutes, je laisse tomber avec la pipette une nouvelle quantité de lait de chaux. A quatre heures quinze minutes, les deux cornées sont blanches comme de la porcelaine. A quatre heures vingt-deux minutes, nous laissons tomber de temps en temps sur l'œil gauche quelques gouttes d'un collyre contenant d'abord 2, puis 3, puis 5 gouttes d'acide chlorhydrique pour 20 grammes d'eau distillée. Quelques instants après avoir porté la dose d'acide à 8 gouttes, à peu près à cinq heures, nous voyons l'opacité diminuer, puis disparaître, non pas en totalité, mais en grande partie, et la transparence se rétablir assez pour que nous puissions voir la pupille, qui auparavant était tout à fait masquée. Nous avons d'autant mieux apprécié le résultat, que l'œil droit, dans lequel nous n'avions pas mis de collyre acide, a continué à nous offrir une cornée blanche comme de la porcelaine. Ce résultat ne peut être interprété que d'une seule manière : la chaux, mise en contact avec la conjonctive, était passée dans la cornée, et en infiltrant ses mailles, lui avait fait perdre sa transparence. L'acide chlorhydrique, en passant à son tour dans la membrane, a dissous la chaux, ou plutôt a formé avec elle un chlorure soluble qui a été entraîné peu à peu, ou dont la présence au moins a permis à la transparence de se rétablir. En conséquence, il y a eu passage de la chaux d'abord, et ensuite du collyre acide de la surface de l'œil dans l'épaisseur de la cornée.

Je ne me dissimule pas que cette interprétation est en opposition avec l'idée qu'on se fait généralement du mode d'action de la chaux sur l'œil. On suppose qu'elle agit comme un caustique, c'est-à dire en détruisant les parties qu'elle touche, et faisant perdre pour toujours à la cornée sa structure naturelle. Il en est ainsi, en effet, lorsque l'œil est atteint par la chaux vive, qui agit par l'intensité de son calorique. Mais il n'en est plus de même lorsque la chaux est éteinte depuis longtemps et froide, comme celle qui forme le lait de chaux; si, en infiltrant la cornée, elle la détruisait comme ferait un fer rouge, un acide minéral concentré ou la potasse caustique, cette membrane ne pourrait pas reprendre ultérieurement sa transparence ou sa vitalité. Du moment où nous faisons disparaître l'opacité par l'emploi d'un agent capable de neutraliser la chaux, il faut bien admettre que celle-ci a pénétré le tissu de la membrane et s'est combinée avec lui. Nous en avons une autre démonstration dans l'expérience suivante.

3° A appliquer la statistique, ainsi organisée, à tous les faits sociaux qui peuvent se traduire par des nombres.

Tel était le but que se proposaient les fondateurs du premier Congrès international de statistique, tenu à Bruxelles en 1853. Dans ce Congrès, on posa déjà l'importante question des causes de décès : on émit le vœu que la prochaine session en fût saisie, et qu'elle dressât une nomenclature des causes de décès qui fût applicable à tous les pays. C'est pour accomplir ce vœu que la commission française chargée d'organiser le second Congrès mit au premier rang des questions à traiter le cadre nosologique des décès. En conséquence, la première section forma une commission de médecins, la plupart déjà célèbres et représentants officiels de leur pays, tels que le docteur William *Farr*, de Londres, directeur de la statistique d'Angleterre ; le docteur *Berg*, membre de l'Académie des sciences de Stockholm, etc. ; le docteur *Marc-d'Espine*, délégué du canton de Genève, dont il dirige la statistique médicale ; le docteur *Bertini*, représentant les États sardes, membre de la chambre des députés, de l'Académie des sciences de Turin, etc.; le docteur *Humberg*, de Copenhague, publiciste distingué ; le docteur *Balfour* ; le docteur *Meding*, président de la Société médicale allemande à Paris (plusieurs noms m'échappent); les docteurs *Rayer*, de l'Institut ; *Parchappe*, inspecteur du service des prisons et des aliénés ; *Villermé*, de l'Académie des sciences morales ; *Boudin*, médecin en chef de l'hôpital militaire du Roule ; *Tholozan*, médecin au Val-de-Grâce ; *Weber*, de Mulhouse, et le signataire de cet article. Il y avait aussi des administrateurs distingués, entre autres MM. Poisson, Trébuchet, etc., qui ont prêté leur important concours. MM. Marc-d'Espine et W. Farr avaient préparé chacun un projet. Mais la commission française n'avait rien proposé officiellement : tout était à faire. La commission médicale s'est mise à l'œuvre avec la plus grande ardeur, tous les membres étant également pénétrés de l'importance de l'œuvre entreprise. Sur les observations pleines de sens de M. Rayer, président, la classification des maladies a d'abord été ajournée, comme n'ayant qu'une utilité tout à fait secondaire. Le point important était, d'après lui, de fixer dans tous les pays les unités morbides qui peuvent causer la mort, et de dresser une synonymie exacte de ces affections dans les langues parlées par les peuples représentés au Congrès, afin que, les relevés des causes de décès étant faits et publiés par unités connues, la comparaison des documents fût toujours possible, chaque pays restant d'ailleurs le maître de garder ses habitudes et de ranger les unités adoptées suivant l'ordre qu'il préfère. La commission approuva entièrement ces vues. Après quatre jours d'un travail assidu, elle arrêta une liste des

Exp. XXI. — Le 8 juin 1855, à dix heures quinze minutes du matin, nous versons, M. Bussy fils et moi, du lait de chaux sur les deux yeux d'un lapin, en ouvrant les paupières et écartant la membrane clignotante. A dix heures dix-sept minutes, les deux cornées sont complétement opaques, sans ramollissement ni ulcération, et même sans dépolissement ni dessiccation de leur surface.

Les yeux sont enlevés cinq minutes après. Nous détachons les cornées et recueillons l'humeur aqueuse. Celle-ci n'est pas trouble; nous y ajoutons un peu d'eau distillée, et ensuite une solution d'oxalate d'ammoniaque. Nous n'avons pas de précipité blanc, ce qui prouve que la chaux, peut-être à cause du peu de temps qui s'est écoulé (huit minutes) n'est pas passée en quantité appréciable dans l'humeur aqueuse.

Après avoir bien examiné les deux cornées et constaté que l'opacité occupe toute l'épaisseur et jusqu'aux couches profondes de ces membranes, nous plaçons chacune d'elles dans un verre contenant environ 10 grammes d'eau distillée. L'opacité persiste. Au bout de dix minutes, nous versons quelques gouttes d'acide chlorhydrique, et tout de suite nous voyons l'opacité disparaître en grande partie, comme cela avait eu lieu sur le chien vivant. Les membranes étant retirées du verre, nous laissons tomber dans la solution quelques gouttes d'oxalate d'ammoniaque dissous dans l'eau distillée, et nous voyons paraître un précipité blanc d'oxalate de chaux beaucoup plus prononcé que celui qu'on obtient en traitant de la même manière la cornée normale. Un peu plus tard, les deux membranes, redevenues transparentes, ont été plongées dans le lait de chaux, où nous les avons vues redevenir immédiatement opaques; puis, traitées encore par l'acide chlorhydrique, elles ont perdu, comme la première fois, leur opacité, et la solution, traitée elle-même par l'oxalate d'ammoniaque, a donné le même précipité blanc d'oxalate de chaux.

Dans cette expérience, l'analyse chimique prouve donc ce que l'observation sur le vivant nous avait fait admettre, savoir, que la cornée s'imbibe de chaux, et que cette substance peut être entraînée par l'acide chlorhydrique.

Voici d'ailleurs une autre démonstration donnée également par l'analyse chimique.

Exp. XXII. — Le 9 juin, je verse du lait de chaux dans l'œil gauche seulement d'un lapin. Deux minutes après, la cornée commence à blanchir; sept minutes après, elle est blanche comme de la porcelaine. L'œil est enlevé trois minutes plus tard, c'est-à-dire douze minutes après le commencement de l'expérience. M. Bussy fils le soumet ensuite à la calcination à blanc dans un creuset de platine. Le résidu de la calcination est traité par l'eau distillée et ensuite par l'oxalate d'ammoniaque, et il s'y forme un précipité blanc d'oxalate de chaux. Peut-être une partie de la chaux se trouvait-elle dans les autres membranes de l'œil; mais comme la cornée était blanche, nous sommes autorisés à penser, d'après les résultats des expériences précédentes, que la plus grande partie de la chaux se trouvait dans cette membrane; et pour répondre tout de suite à l'objection qui se présente tout d'abord, savoir, que la chaux constatée n'était peut-être que celle qui se trouve à l'état normal dans l'œil, j'ajouterai que nous avons traité de la même manière l'œil droit, qui n'avait pas reçu de chaux. Après la calcination, l'oxalate d'ammoniaque nous a donné, il est vrai, un précipité blanc, mais beaucoup moins considérable. M. Bussy père, qui nous a guidés dans cette expérience, a constaté la différence.

Exp. XXIII. —Nous avons fait le 24 juillet une expérience encore plus démonstrative que la précédente. Nous avons commencé par prendre les deux yeux d'un lapin à l'état sain, nous avons mélangé les deux humeurs aqueuses et fait calciner ensemble les deux cornées. Les humeurs aqueuses ont été traitées par quelques gouttes d'acide chlorhydrique, puis quelques gouttes d'oxalate d'ammoniaque; en agitant, nous avons eu un précipité blanc peu abondant, mais réel, d'oxalate de chaux dû à la présence d'une certaine quantité de chaux normale. Les deux cornées ont été calcinées à blanc dans un creuset de platine; le résidu traité successivement par l'eau distillée, deux gouttes d'acide chlorhydrique et quelques gouttes d'oxalate d'ammoniaque. Nous avons eu un précipité blanc, semblable à celui de l'humeur aqueuse, et donné sans aucun doute par la chaux normale de la cornée. Les deux liquides ont été conservés chacun dans un verre de montre.

Nous avons ensuite pris deux yeux d'un autre lapin, sur lesquels nous avions versé quelques heures auparavant du lait de chaux. Les deux cornées étaient tout à fait blanches. Les deux humeurs aqueuses ont été recueillies dans un verre de montre; traitées comme tout à l'heure, elles nous ont donné un précipité blanc qui nous a paru plus abondant, mais cependant le fait n'a pas été assez positif pour que je puisse assurer que la chaux était passée dans l'humeur aqueuse. Les deux cornées, au contraire, traitées comme nous l'avons dit après calcination nous ont donné un précipité d'oxalate de chaux tellement blanc comparativement à celui des cornées normales, que personne n'aurait pu mettre en doute la présence d'une quantité de chaux très sensiblement plus grande. Nous avons d'ailleurs conservé les quatre liqueurs dans les verres de montre, que nous avons simplement recouverts d'un bouchon de liége. L'évaporation s'est faite; le résidu calcaire est resté adhérent aux parois du verre, et nous avons pu constater encore mieux la présence d'une quantité de chaux plus grande dans celui de la seconde expérience que dans celui de la première.

Si ces résultats ne me permettent pas d'affirmer que le passage de la chaux a eu lieu dans la chambre antérieure, ils m'autorisent à déclarer, avec la certitude de ne pouvoir être contredit, que la chaux s'était infiltrée en quantité notable dans les mailles de la cornée.

J'avais constaté, sur le chien de l'expérience XX, que l'œil, après avoir recouvré, par l'instillation du collyre à l'acide chlorhydrique, une partie de sa transparence, était redevenu opaque au bout de quelques heures. Ce retour d'opacité peut être attribué, ainsi que je m'en suis assuré par d'autres expériences dont je n'ai pas à m'occuper ici, à l'inflammation et à la sécrétion plastique consécutives; mais il est dû aussi à l'infiltration de la chaux qui reste dans la cornée malgré l'instillation de l'acide, ou de celle qui, se trouvant encore dans les vaisseaux de la conjonctive, et des régions voisines, a pu être apportée ultérieurement à la cornée.

Exp. XXIV. — En effet, dans une nouvelle expérience, j'ai, en présence de MM. Bussy père, Bauchet et Bussy fils, le 15 juin, fait blanchir avec le lait de chaux successivement l'œil droit et l'œil gauche d'un lapin, puis j'ai ramené les deux cornées à leur transparence par l'instillation pendant quinze minutes d'un collyre contenant 6 gouttes d'acide chlorhydrique dans 50 grammes d'eau. Au bout d'une demi-heure, les

---

différentes causes de décès, qu'elle crut pouvoir, *au point de vue statistique*, reconnaître comme unités morbides. Cette liste fut dressée avec la synonymie latine, française, italienne, anglaise, allemande, danoise et suédoise. Il a manqué, pour la compléter au point de vue européen, des médecins hollandais, slave, moldo-valaque, ibérien, ottoman. Mais cette lacune sera facile à combler quand on le voudra. Dans ce travail, les discussions ont porté le plus souvent sur des points de détail, la science étant fixée dans tous les pays sur les grandes unités morbides, celles qui enlèvent les neuf dixièmes de l'espèce humaine.

La commission, préoccupée surtout de ce qui est possible quant à présent, et du pressant besoin d'une application immédiate et universelle, a réuni sous un seul chef les espèces voisines, dont le diagnostic différentiel ne peut être établi que par l'autopsie ou le jugement d'un savant expérimenté. C'est ainsi que les diverses phlegmasies aiguës du cerveau, du cœur, et de leurs enveloppes respectives, les différentes espèces de folie (bien que devant former des unités distinctes dans une théorie scientifique), ont été comprises chacune sous un seul nom, que l'on a souvent fait suivre d'une courte définition en forme de note.

La commission, toujours entraînée par le besoin de l'application immédiate et effective, a également admis des espèces qui ne sont le plus souvent que des symptômes, tels que la paralysie, l'hydropisie, les convulsions, l'asthme, les morts subites, etc., se fondant sur ce que, si ce sont là des symptômes plutôt que des unités morbides, ce sont des symptômes de maladies d'un diagnostic difficile et même souvent impossible dans les conditions pratiques des campagnes. Seulement, pour que les médecins comprennent bien que c'est là une concession faite aux difficultés pratiques et non un encouragement donné à la négligence, on s'est décidé à réunir ces affections dont les symptômes simulent des espèces dans une dernière catégorie, sous le titre de *maladies mal définies* : et l'on engage chaque praticien à n'employer les dénominations de ce groupe qu'en désespoir de cause, et lorsqu'il n'a pas pu rapporter le cas à une unité bien déterminée. Enfin la section a rejeté tout à fait les termes évidemment trop vagues, tels que *dentition*, *âge critique*, qui n'apprennent rien, si ce n'est l'âge, déjà mieux indiqué par un chiffre. En effet, ces dénominations sont dangereuses, en ce qu'elles invitent le médecin à négliger la recherche du véritable diagnostic.

Enfin elle a omis seulement les maladies fort rares ou qui ne donnent que rarement lieu à la mort, ou d'un diagnostic très difficile, attendu que ces espèces ne lui ont point paru avoir un *intérêt présent*, au point de vue de la statistique.

deux membranes étaient redevenues presque aussi opaques qu'avant l'instillation de l'acide.

Les deux yeux se sont violemment enflammés, et sont devenus le siège d'un hypopion formé par un mélange presque solide de matière plastique et de pus plutôt que par du pus véritable.

Huit jours après, les deux cornées avaient perdu un peu de leur opacité, la gauche moins que la droite. J'ai enlevé l'œil gauche, j'ai détaché la cornée, et en la plongeant dans de l'eau additionnée d'acide chlorhydrique, je l'ai vue redevenir transparente comme dans l'expérience XXI. La solution, traitée par l'oxalate d'ammoniaque, a donné un précipité blanc.

Il résulte de ce fait que non-seulement l'instillation acide qui avait permis à la membrane de reprendre une partie de sa transparence ne l'avait pas débarrassée de toute sa chaux, mais que huit jours après, et malgré des lavages à l'eau faits tous les jours, et même quelques nouvelles instillations acides, la membrane ne s'était pas débarrassée du corps étranger, comme elle l'avait fait pour l'iodure de potassium. Cela ne tient-il pas à ce que la chaux est emportée bien plus difficilement qu'elle n'est apportée dans la cornée?

§ III. *Expériences avec la belladone et le sulfate d'atropine.*

Les résultats que je viens d'exposer, et en particulier ceux que j'ai obtenus avec l'iodure de potassium, devaient me faire penser que l'action si mystérieuse et si inexpliquée jusqu'à présent de la belladone sur l'iris tenait peut-être au passage de cette substance dans la chambre antérieure. Je ne pouvais le démontrer par l'inspection directe, et l'analyse chimique ne me fournissait non plus aucun moyen de reconnaître la substance. Je ne trouvai d'autre procédé pour arriver à un résultat que de recueillir l'humeur aqueuse d'animaux dont les pupilles auraient été dilatées par la belladone, et d'instiller cette humeur aqueuse dans l'œil d'un autre animal. Je fis d'abord l'expérience suivante :

EXP. XXV. — J'employai la belladone de la même manière que j'ai coutume de le faire sur les malades, c'est-à-dire que je fis l'instillation sur la conjonctive de quelques gouttes d'extrait de cette substance délayée dans l'eau. Je commençai par instiller dans l'œil d'un lapin l'humeur aqueuse retirée, d'abord de l'œil droit, et ensuite de l'œil gauche d'un autre lapin dans les yeux duquel j'avais fait tomber, trois quarts d'heure auparavant, la solution belladonée; mais je m'aperçus bientôt que le lapin n'était pas l'animal le plus propre à cette expérience, parce que ses pupilles sont habituellement dilatées et peu mobiles, et que, d'autre part, la belladone ne donne pas la plus grande dilatation possible de la pupille.

EXP. XXVI. — Dans une autre expérience, après avoir instillé une quantité plus grande de solution belladonée dans les deux yeux d'un lapin à trois heures et demie du soir, je ponctionnai l'œil gauche à quatre heures un quart, et j'instillai tout de suite goutte à goutte l'humeur aqueuse que j'avais recueillie, dans l'œil gauche d'un jeune chat. L'œil droit fut ponctionné à cinq heures, et l'humeur aqueuse instillée dans le même œil du chat. A six heures, la pupille de ce dernier était dilatée, mais cependant se resserrait encore un peu à la lumière. Cet effet a duré jusqu'à neuf heures du soir, après quoi la pupille n'a pas offert une dimension plus grande que celle du côté opposé. La dilatation que j'ai obtenue n'a pas été assez grande pour me convaincre que l'humeur aqueuse était en effet chargée de belladone. Pour lever tous les doutes, il fallait une substance qui, en très petite quantité, pût faire dilater plus incontestablement la pupille. Le sulfate d'atropine dont M. Giraldès avait fait connaître à la société de biologie l'année dernière les propriétés remarquables me parut devoir être mis en usage, et, pour plus de sûreté, je recueillis l'humeur aqueuse sur quatre yeux de lapin. Le résultat a été cette fois tellement probant que je crois devoir rapporter en entier l'expérience.

EXP. XXVII. — Le 2 juillet, nous faisons dissoudre 1 gramme de sulfate d'atropine dans 40 grammes d'eau. Nous instillons avec une pipette quelques gouttes de cette solution dans les yeux de deux lapins à trois heures et demie. A quatre heures, les pupilles sont dilatées. A quatre heures un quart, elles le sont davantage. A quatre heures et demie, plus encore, et surtout beaucoup plus qu'elles ne l'avaient été sous l'influence de l'extrait de belladone. A quatre heures trois quarts, je fais, aidé de M. Bussy fils, la ponction des quatre cornées avec un trocart explorateur qui était propre, et n'avait encore servi à aucune expérience du même genre. L'humeur aqueuse, recueillie avec soin dans des verres de montre dont la propreté ne laissait rien à désirer, a été instillée goutte à goutte et en dix fois dans l'espace d'un quart d'heure dans l'œil droit d'un jeune chat dont la pupille était très mobile, et se réduisait au grand jour à une fente linéaire. Au bout d'une demi-heure, cette pupille était déjà très large et immobile; elle ne se resserrait plus lorsque l'œil était exposé au soleil, tandis que la pupille gauche avait conservé toute sa contractilité. Une heure après, le résultat était encore plus évident. Nous n'avons revu ce chat que le lendemain matin à dix heures et demie. La pupille droite était encore dilatée et immobile, et, en la comparant à la gauche, tout le monde aurait reconnu le phénomène de la mydriase belladonique. Le résultat s'est maintenu jusqu'au soir.

On ne refusera donc pas d'admettre que l'humeur aqueuse des lapins renfermait du sulfate d'atropine. Si j'admets que cette substance est passée directement dans la chambre antérieure, c'est parce que nous en avions instillé une trop petite quantité, et nous l'avions instillée depuis trop peu de temps pour que la substance ait pu être portée dans les yeux par la circulation générale.

Il resterait encore moins de doute à cet égard si j'avais instillé le sulfate d'atropine dans un seul des yeux de quatre lapins, et que j'eusse porté sur les yeux de deux autres animaux comparativement les humeurs aqueuses des yeux instillés et de ceux qui ne l'avaient pas été. Mais c'est un phénomène si ordinaire dans les salles de chirurgie et dans nos expériences de voir se dilater seule la pupille de l'œil qui a reçu la belladone, que j'ai cru pouvoir expliquer le fait par le passage de cet agent dans la chambre antérieure, et admettre le même mécanisme chez les lapins qui ont servi à mon expérience. C'est, du reste, un point sur lequel l'expérience suivante ne laissera aucune incertitude.

EXP. XXVII. — Le 27 juillet, j'instille dans l'œil droit de deux chiens, à trois reprises différentes, quelques gouttes de la même solution d'atro-

---

Tel est l'esprit qui a présidé à la confection de la liste. Mais il est probable que, dans la rapidité de l'exécution, elle présente quelques défauts d'ensemble, ou des omissions de détail, qu'il sera utile de rectifier dans un prochain Congrès.

Après ce travail épineux d'énumération et de synonymie est venue la question d'ordre ou de classification, ajournée comme secondaire; question sur laquelle MM. Marc-d'Espine et W. Farr avaient proposé deux projets qui semblaient d'abord entièrement divergents. M. Marc-d'Espine demandait, en conséquence, que la discussion complète en fût renvoyée à une prochaine session, et que l'on adoptât seulement les six groupes suivants, sur lesquels on était d'accord :

1° Mort-nés ;
2° Morts par faiblesse congénitale ou vice de conformation;
3° Morts par vieillesse ou marasme sénile;
4° Morts par accidents, ou morts violentes;
5° Morts par maladies bien définies;
6° Morts par maladies mal définies (affections dont le médecin ne peut indiquer que le symptôme dominant, et dont il a été question plus haut.)

Il restait donc à s'entendre sur une classification pour le cinquième groupe : *morts par maladies bien définies.* Mais on considérait que le point important est d'être d'accord sur les principales espèces ou unités morbides, et aussi sur la nécessité, dans chaque État où l'on pourra entreprendre ce travail, de dépouiller et de publier séparément les principales espèces nosologiques donnant lieu à un grand nombre de décès; et, comme on ne pouvait aspirer à l'uniformité absolue, mais seulement à la comparaison possible des relevés, plusieurs penchaient d'abord à différer une plus complète classification, à laisser pour le moment en présence les deux projets proposés, et à confier au temps et à la pratique le soin de faire sentir le besoin de nouveaux groupes, préoccupation dont serait saisi le prochain Congrès. Cependant la discussion, toujours tempérée par le ton bienveillant de la conciliation, toujours empreinte du vif désir de laisser une œuvre possible, *une* et utile, eut bientôt rapproché les opinions, à tel point que, dans la dernière séance, on tomba d'accord de diviser le cinquième groupe à peu près comme l'indique le cadre suivant, dont MM. Farr et Marc-d'Espine doivent arrêter la forme :

pine. Trois quarts d'heure après, la pupille de chacun de ces yeux est largement dilatée et immobile, tandis que la pupille gauche est mobile et se resserre à la lumière comme dans l'état normal. Les deux animaux sont sacrifiés par la section du bulbe, et j'enlève les yeux. L'humeur aqueuse des yeux droits (ceux sur lesquels a eu lieu l'instillation) est recueillie; celle des yeux gauches est recueillie aussi, mais séparément de la précédente. L'humeur aqueuse droite est instillée goutte à goutte dans l'œil droit d'un chat, et l'humeur aqueuse gauche dans l'œil gauche du même animal. Une heure après, la pupille droite commence à se dilater, la gauche point. J'instille alors ce qui me reste, et que j'avais conservé, des humeurs aqueuses, environ moitié. Trois quarts d'heure après, c'est-à-dire une heure trois quarts après le commencement de l'instillation, la pupille droite est très fortement dilatée et immobile, même au soleil, tandis que la gauche est aussi mobile et aussi contractile qu'à l'état normal et avant le commencement de l'expérience. Ce fait démontre donc que l'humeur aqueuse de l'œil droit des chiens contenait le principe actif de la belladone, et comme l'humeur aqueuse gauche n'en contenait pas, ce qui a été démontré tant par le résultat de l'instillation sur les chiens dont les pupilles ne se sont pas dilatées, que par celui de l'instillotion sur le chat dont la pupille gauche ne s'est pas dilatée davantage, il faut bien admettre que le passage avait eu lieu directement de la conjonctive dans la chambre antérieure, car si la belladone était arrivée par la circulation en retour, il y en aurait eu dans les deux yeux.

Il ressort de tout ce qui précède que les liquides non astringents mis en contact avec la surface de l'œil passent dans la cornée et de là dans la chambre antérieure. C'est là le fait principal que je tenais à mettre en évidence. Comment doit-on le comprendre et l'expliquer? Pour ce qui est de la cornée, le liquide est-il porté dans cette membrane par des vaisseaux capillaires qui lui appartiennent et par ceux de la conjonctive? ou bien les capillaires de la conjonctive le laissent-ils transsuder dans la cornée de la périphérie vers le centre, ou bien enfin y a-t-il tout simplement imbibition endosmotique de la membrane, et transport du liquide dans ses mailles sans intermédiaire de capillaires? Ces questions sont difficiles à résoudre. Cependant la perméabilité incontestable du tissu de la cornée, que la plupart des anatomistes ont constatée et signalée, tend déjà à faire penser que les liquides peuvent, en effet, la traverser directement et l'imprégner comme cela a lieu pour d'autres membranes, dans les expériences relatives à l'endosmose. D'une autre part, les résultats que m'a fournis la projection de la chaux sur l'œil, dans quelques expériences dont je n'ai pas encore parlé, sont également favorables à cette manière de voir. Il m'est arrivé de verser du lait de chaux sur l'œil d'un animal vivant une demi-heure après avoir excisé les paupières et la conjonctive, et cautérisé vigoureusement la plaie avec l'azotate d'argent, et alors que la surface traumatique était parfaitement sèche et dépourvue, en apparence au moins, de capillaires en communication avec la cornée. Néanmoins, au bout de cinq minutes, cette membrane était blanche et infiltrée de chaux dans toute son épaisseur, ainsi que nous nous en sommes assurés en l'excisant et la plongeant dans une solution très étendue d'acide chlorhydrique, où elle est redevenue transparente. J'ai, d'autre part, obtenu plusieurs fois le même résultat en versant la chaux après la mort des animaux. Est-il possible, dans l'un et l'autre cas, d'expliquer l'infiltration calcaire de la cornée autrement que par une imbibition endosmotique qui a lieu des couches superficielles vers les couches profondes. Il se peut certainement que pendant la vie les vaisseaux sanguins, après avoir absorbé une substance mise en contact avec l'œil, puissent la laisser exsuder à la périphérie de la membrane, et lui permettre de s'infiltrer dans son épaisseur. Mais c'est un phénomène qui ne saurait, comme le précédent, être démontré par l'observation directe, et que le raisonnement seul peut faire admettre. Pour ce qui est du passage des liquides dans la chambre antérieure, on peut le comprendre lui-même de deux façons, ou bien par le transport direct à travers la cornée, comme dans le phénomène de l'endosmose, ou bien par une sécrétion qui se ferait à la surface séreuse des chambres de l'œil au moyen de matériaux provenant des capillaires. La rapidité avec laquelle j'ai vu passer l'iodure de potassium dans mes expériences IV, V et VI, doit déjà faire penser qu'il y a transport direct à travers la cornée, et que, si cette voie d'introduction n'est pas la seule, elle est au moins la principale. Mais le fait devient incontestable en présence des résultats que nous avons obtenus avec cette substance sur le cadavre.

Des yeux de lapin et de mouton, extraits depuis quelques heures, ont été préparés le 27 juillet et le 2 août de la manière suivante : Chacun d'eux a été suspendu par un fil et avec des épingles recourbées en crochet au-dessus d'un vase renfermant une solution concentrée d'iodure de potassium, et disposé de telle façon que la cornée seule plongeât dans le liquide. Au bout d'une demi-heure, de trois quarts d'heure et d'une heure de cette immersion, nous avons retrouvé l'iode en quantité considérable dans la cornée, l'humeur aqueuse, le corps vitré, et même dans le cristallin, où nous n'avons pu le retrouver cependant qu'après la calcination (1). Il est possible que la solution, après avoir pénétré dans la cornée, ait imbibé de proche en proche la sclérotique, et que cette membrane ait permis ainsi l'introduction dans l'œil. Mais ces résultats ne montrent pas moins que le passage peut avoir lieu dans la chambre intérieure par imbibition et sans l'intermédiaire des capillaires. Nous avons trouvé, comparativement, une plus grande proportion d'iode que sur le vivant, ce qui est dû, sans doute, à la durée plus longue du contact de la solution iodurée avec la cornée et au défaut de renouvellement.

§ IV. *Déductions physiologiques et cliniques.*

I. Pour la physiologie, mes expériences me paraissent de nature à faire admettre dans la cornée une propriété endosmotique des plus prononcées et des plus curieuses à la connaissance de laquelle

(1) Il est impossible, ainsi que je l'ai fait pressentir plus haut, de trouver l'iode dans le cristallin sans calcination préalable, parce que l'acide nitrique, au lieu de réagir sur l'iodure de potassium, se combine avec l'albumine très abondante dans cet organe, et la coagule.

CINQUIÈME GROUPE. *Morts par maladies bien définies.*		*Exemples* (1).
A. Phlegmasies *aiguës franches.*		Encéphalite et méningite. . . . . . Pneumonite. . . . . . Pleurésie.
B. Maladies *aiguës spéciales*, souvent *épidémiques.*		Fièvres éruptives. . . . . . Fièvres typhoïdes. . . . . . Choléra asiatique.
C. Maladies chroniques	Altérations chroniques des divers organes.	Ramollissement du cerveau. . . . . . Altération du centre circulaire.
	Diathèses diverses.	Scrofuleuse. . . . . . Tuberculeuse. . . . . . Cancéreuse.

Ainsi fut accomplie la première et la plus difficile partie du travail qui incombait à la commission médicale, par la détermination et le classement nominatif des causes les plus fréquentes de décès, travail sans lequel il était impossible d'organiser cette statistique mortuaire qui peut enrichir les sciences médicales d'une multitude considérable de faits, ouvrir des voies nouvelles à l'observation, et modifier profondément l'étiologie médicale.

(La suite prochainement.)

Docteur BERTILLON,
médecin de l'hospice de Montmorency.

(1) Aussitôt que la liste des maladies causes des décès, avec la synonymie dans les diverses langues indiquées, aura été imprimée et soumise, pour les corrections typographiques, aux médecins de chaque pays, qui en recevront des épreuves par les soins du bureau dirigeant la statistique de France, nous la reproduirons dans ce journal.

nous n'étions préparés ni par la lecture des auteurs, ni par les leçons de nos maîtres. Si le passage dans son tissu et dans la chambre antérieure ne peut être nié pour des substances que leur composition chimique ou leur action physiologique nous a permis de retrouver, ne sommes-nous pas autorisés à croire qu'il a lieu également pour d'autres substances qui, vu la petite quantité absorbée, ne peuvent être aussi bien constatées par l'analyse chimique et les autres moyens d'investigation? Je suis ainsi tout naturellement amené à poser une question grave pour la physiologie : les larmes ne peuvent-elles pas passer aussi à travers la cornée et dans la chambre antérieure, et n'est-ce pas à ce passage continuel et au renouvellement du liquide qu'est due la remarquable transparence de ces milieux? Je me sens entraîné par tous les résultats que je viens d'exposer à une réponse catégoriquement affirmative. J'avoue pourtant que mon opinion est établie sur l'analogie et le raisonnement, mais non d'après la démonstration expérimentale. L'analogie me fait penser que si un liquide chargé d'iodure de potassium, de chaux ou d'atropine est reçu dans les mailles de la cornée, et de là dans la chambre antérieure, le liquide lacrymal peut bien se comporter de la même manière. Je vois là toujours des conditions favorables à l'endosmose, savoir : d'un côté une membrane perméable et contenant un liquide dans ses mailles, et de l'autre un liquide (les larmes) continuellement répandu à la surface de l'œil. On objectera peut-être que ces deux liquides ne sont pas de composition aussi différente que le sont le liquide normal de la cornée et celui que nous avons instillé dans nos expériences. Mais il n'y a pas non plus entre eux une identité telle que l'endosmose soit pour cela impossible. Quelques différences suffisent dans la proportion des sels et dans la température pour que le courant endosmotique puisse s'établir. Or, quoique les analyses n'aient pas encore été faites rigoureusement, je trouve, d'après les indications de Huschke, des différences assez sensibles entre l'humeur aqueuse et les larmes pour justifier l'opinion que j'émets en ce moment. Le raisonnement me dit encore que ce mode de réplétion de la chambre antérieure est tout aussi admissible, et même explique mieux la reproduction si prompte du liquide que la sécrétion au moyen d'une séreuse (membrane de Descemet) dont tous les anatomistes parlent sans l'avoir jamais ni vue ni montrée, et qu'enfin ce serait un usage important ajouté aux autres usages beaucoup plus secondaires que les physiologistes accordent à l'appareil lacrymal.

J'aurais voulu pouvoir prouver, par des expériences, la justesse de cette vue physiologique. Dans ce but, j'ai enlevé sur un lapin et un chien la glande lacrymale (orbitaire externe), puis j'ai ponctionné la cornée pour voir si l'humeur aqueuse se reproduisait. Chez le lapin, la reproduction n'a eu lieu qu'incomplétement; mais je n'ai dû rien en conclure, car j'ai bientôt remarqué que la même chose avait lieu après toutes les ponctions de la cornée chez cet animal ; la chambre antérieure ne se remplit de liquide que très lentement et incomplétement, l'œil s'enflamme toujours et souvent suppure, et l'on peut expliquer la non-réplétion de la chambre antérieure aussi bien par une modification que l'état inflammatoire amène dans la sécrétion de la membrane de Descemet que par une modification apportée de la même manière dans la propriété endosmotique de la cornée. Chez le chien, la chambre antérieure s'est remplie assez promptement ; mais je n'avais enlevé que la glande orbitaire externe et supérieure. Or, il y en a une autre inférieure, qui pourrait, conjointement avec la glande de Harder, avoir fourni le liquide nécessaire. J'ai voulu essayer d'enlever toutes ces glandes, mais il est survenu une vive inflammation, l'œil s'est perdu, et il m'a semblé que l'opération jetterait toujours une telle perturbation dans l'œil et l'orbite que les résultats seraient difficiles à apprécier. Je dois donc, pour le moment, m'en tenir sur ce point aux présomptions dont j'ai parlé tout à l'heure.

II. Pour la clinique, mes expériences donnent une notion qui jusqu'ici a manqué dans la science, sur le mode d'action de la belladone. Les chirurgiens ne se sont pas trop hasardé à donner leur opinion à cet égard. On entrevoit bien que la plupart d'entre eux sont disposés à croire que la belladone paralyse les fibres circulaires de l'iris, en portant son action stupéfiante sur la partie de l'encéphale ou sur les nerfs qui tiennent les mouvements de cette membrane sous leur dépendance ; en cela ils appliquent à ces fibres contractiles la théorie qui convient pour la plupart des autres paralysies. Mais il y a contre l'action spéciale sur le cerveau cette objection capitale que, si l'on instille la belladone, ou si l'on fait avec cette substance des onctions périorbitaires d'un seul côté et à dose modérée, on ne dilate que la pupille correspondante. Or, si les vaisseaux sanguins portaient le principe de la belladone dans le crâne, on ne voit pas pourquoi ce transport aurait lieu d'un seul côté et non des deux. Quant à l'influence sur les branches de la troisième paire, on conçoit mieux qu'elle se fasse exclusivement du côté où a lieu l'absorption ; mais comment comprendre que cette influence se fasse sentir sur les filets qui vont à l'iris, et point en même temps sur ceux qui vont aux autres muscles animés par la troisième paire? Comment comprendre aussi une paralysie qui se prolonge pendant plusieurs heures et souvent pendant plusieurs jours, tandis que le contact sur les nerfs est de quelques secondes, et tout au plus de quelques minutes? Ces difficultés sont aplanies par mes expériences XXVII et XXVIII. Sans prétendre en tirer une explication du mécanisme intime de la mydriase belladonique, j'y trouve cependant une condition dont la connaissance éclaireit singulièrement le problème. La belladone, ou du moins son principe narcotique, est transporté dans la chambre antérieure, directement quand on l'instille; par l'intermédiaire des larmes, quand on en fait des onctions autour de l'orbite, elle se met en contact immédiat avec le tissu de l'iris. La dilatation pupillaire est donc produite par une action toute locale sur les fibres musculaires ou les fibrilles mêmes de la membrane, et cette action est comparable à celle que d'autres narcotiques, l'opium et le chloroforme en particulier, exercent sur la sensibilité des parties douloureuses. J'invoque encore, à l'appui de cette manière de voir, un phénomène que j'ai bien constaté toutes les fois que j'ai fait sur des animaux la ponction pour évacuer l'humeur aqueuse, après avoir préalablement instillé la belladone ; j'ai vu alors la pupille se resserrer instantanément, tandis que la même opération faite sur des yeux non soumis à la belladone est ordinairement suivie de la dilatation. C'est, d'autre part, un fait que j'ai eu l'occasion d'observer récemment sur le vivant. Une femme, à qui je devais pratiquer l'opération de la cataracte par extraction sur les deux yeux, le 26 avril 1855, à l'hôpital Cochin, reçut le matin même quelques gouttes d'extrait de belladone dans chacun de ces organes. L'instillation avait été faite contrairement à mon désir et à ma prescription, qui n'avait pas été comprise ; au moment d'opérer, je trouvai donc les deux pupilles très dilatées; mais comme la malade était préparée d'ailleurs à l'opération et qu'elle tenait beaucoup à ne pas être ajournée, je passai outre. Nous remarquâmes très bien, les élèves qui m'assistaient et moi, qu'aussitôt la cornée incisée et l'humeur aqueuse sortie, les pupilles se resserrèrent. Dernièrement encore, sur un homme que j'ai opéré de l'œil gauche seulement, j'avais, à dessein cette fois, dilaté la pupille avec la belladone, et je pus, après l'incision de la cornée, faire voir à tous les assistants que la pupille s'était immédiatement resserrée après l'évacuation de la chambre antérieure. Ce résultat est utile à connaître ; car beaucoup de chirurgiens, et nous sommes de ce nombre, ont posé le précepte de ne pas dilater la pupille avant l'opération par extraction, dans la crainte que l'ouverture, trop agrandie, laissât échapper l'humeur vitrée, avec ou sans le cristallin. Aujourd'hui on n'aura plus cette crainte, puisque, l'humeur aqueuse une fois évacuée, la pupille perd sa dilatation. Si donc il avait été nécessaire, pour explorer l'iris et le cristallin, d'instiller la belladone, et que la pupille fût encore dilatée au moment de l'opération, on pourrait agir sans se préoccuper de cette circonstance.

La facilité avec laquelle l'absorption conduit dans l'œil les matériaux pris à sa surface permet de penser que certaines maladies oculaires, plus peut-être qu'on ne le suppose, sont dues à l'absorption et au passage dans la cornée et les autres membranes de principes délétères projetés accidentellement sur l'œil, puisés dans l'atmosphère ou apportés à la surface de l'organe par les larmes. J'en trouve un premier exemple dans l'inflammation produite par la chaux ; elle n'est pas seulement l'effet du contact irri-

tant et caustique de cette substance sur l'œil ; elle est due aussi au passage et au séjour du corps étranger dans la cornée ; d'où une indication thérapeutique toute spéciale, celle d'instiller une substance capable, en passant elle-même dans la cornée, de dissoudre la chaux et faciliter sa sortie sans augmenter l'inflammation. Mais il y a là un sujet d'études assez nouveau et assez important pour la pratique pour que j'en fasse l'objet d'une communication toute particulière. J'en trouve un second exemple dans les épidémies d'ophthalmie purulente des hôpitaux, des armées, des prisons. Les malades sont atteints de cette affection de deux façons, les uns par l'inoculation évidente sur la conjonctive du principe virulent, les autres sans inoculation, au moins appréciable. Chez les premiers, le virus ne peut-il pas passer, non-seulement dans les vaisseaux de la conjonctive, mais aussi à travers la cornée, comme l'iodure de potassium, la chaux et l'atropine ; et n'est-ce pas ainsi que s'expliquent l'irritation violente et la suppuration prompte de ces parties ? Chez les seconds, le virus est pris dans l'atmosphère où il est répandu sous forme atomique impondérable ; n'est-il pas permis de penser encore que c'est en passant seul, ou mélangé avec les larmes, dans la conjonctive, la cornée et la chambre antérieure, qu'il provoque l'inflammation suppurative? et n'y a-t-il pas, dans la faculté absorbante de la conjonctive et la propriété endosmotique de la cornée, des raisons suffisantes pour admettre ce passage ? Ne se peut-il pas aussi que, dans d'autres ophthalmies, le principe morbide, au lieu de venir du dehors, soit fourni par l'individu lui-même ; que, par exemple, le bord des paupières sécrète, sous l'influence d'une mauvaise constitution, une matière purulente ou séreuse qui, en se mélangeant avec les larmes et passant avec elles, provoque la kératite, maladie si fréquente chez les sujets scrofuleux ?

Il est vrai que, pour expliquer les phénomènes dont je viens de parler, deux conditions sont nécessaires : la perméabilité de la cornée et l'existence de principes virulents et morbides, et que, de ces deux conditions, j'en démontre une, la première, tandis que j'accepte la seconde sans la démontrer de même. Mais il peut en être des ophthalmies comme de beaucoup d'autres inflammations. La matière septique qui donne naissance à ces dernières n'est pas démontrable, et cependant personne ne la conteste. A-t-on vu le principe virulent du charbon, de la pustule maligne, de la morve, des blessures graves des anatomistes, et cependant n'en admet-on pas l'existence d'après les effets qu'il produit ? De même, pourquoi nierait-on qu'il y a un principe spécial dans les ophthalmies purulentes contagieuses et épidémiques, et n'est-ce pas apporter même une nouvelle preuve à l'appui de l'existence de ce principe que de montrer la facilité avec laquelle la cornée se laisse pénétrer par les matières étrangères mises au contact de l'œil.

Rien de plus simple d'ailleurs que les conclusions auxquelles ces opinions conduisent pour la thérapeutique. Dans la plupart des ophthalmies purulentes, nous ne connaissons pas de substance capable de détruire la matière toxique. L'indication principale est de combattre l'effet déjà produit, c'est-à-dire l'inflammation. J'en ajoute une autre : c'est, une fois la suppuration établie, d'empêcher l'absorption de nouveaux matériaux septiques, et pour cela d'entraîner le pus au dehors et de placer sur l'organe des liquides dont le passage à travers la cornée ne saurait être dangereux. Mes études, en un mot, me conduisent à préconiser plus que jamais les douches oculaires réitérées. L'eau projetée sur l'œil a, en effet, le double avantage d'entraîner le pus et toutes les autres matières délétères, et de fournir à l'absorption un élément innocent qui peut même débarrasser plus vite la cornée des matériaux nuisibles dont elle est déjà imbibée. Lorsque M. Chassaignac a proposé cet excellent moyen de traitement des ophthalmies purulentes, il se proposait surtout de calmer l'inflammation par la réfrigération et l'expulsion des matières irritantes. J'ajoute que la douche a l'avantage d'empêcher l'imbibition de la cornée par les substances délétères, et, dans cette vue, j'emploierais même de préférence l'eau distillée.

Pour les ophthalmies scrofuleuses, je ne suis pas conduit non plus par tout ce qui précède à l'emploi de moyens nouveaux. J'insiste, comme tout le monde, sur les lavages réitérés et sur l'usage des moyens capables de modifier la constitution, mais je fais mieux comprendre peut-être leur utilité en appelant l'attention des praticiens sur le danger qu'il peut y avoir à laisser des matières irritantes, telles que du pus, des larmes trop chaudes ou de mauvaise composition, au contact d'une membrane si perméable, et dont la transparence se perd si facilement.

Ici se présente la question de savoir si les substances astringentes que nous employons journellement en collyres pénètrent aussi dans la cornée et la chambre antérieure, ou si elles agissent seulement à la surface de l'œil. Je n'ai pu instituer d'expériences pour résoudre ce problème, par la raison que le nitrate d'argent et le sulfate de zinc, dont nous nous servons le plus souvent, sont, dans les collyres, en quantité trop faible pour que l'analyse chimique puisse les retrouver aisément. Il va sans dire, d'ailleurs, que la première condition, pour que l'absorption ait lieu, est la dissolution du médicament, et qu'en conséquence toute substance non soluble ne pénétrerait pas.

III.

REVUE CLINIQUE.

Cas rare d'hystéro-épilepsie ; larves dans les sinus frontaux ; destruction de ces larves suivie de guérison.

On observe fréquemment, surtout dans les asiles d'aliénés, un mélange d'accidents épileptiques et d'accidents hystériques. Mais le fait suivant, observé par MM. Dumesnil et Legrand-Dussaulle, tire des circonstances dont il s'est accompagné un intérêt tout spécial.

Obs. — Douée d'une vive intelligence et jouissant d'une excellente santé, la jeune Lazarette, âgée de neuf ans, fut, un jour du mois d'octobre 1850, prise tout à coup d'une céphalalgie frontale intense, avec point fixe dans les sinus, éblouissements, vertiges, chatouillement de la pituitaire et éternuments répétés.

Cet état se prolongea six semaines sans soulagement. De douce et obéissante qu'elle avait été jusqu'alors, la malade devint vive, emportée, colère, insultant grossièrement ses parents, brisant tout ce qui lui tombait sous la main, frappant ses camarades, etc.

Toutefois cette exaltation cessa bientôt ; et, revenue au calme, Lazarette accuse une chaleur singulière entre les sourcils, et dit avoir rendu de *petits grains*, de *petites bêtes* en se mouchant.

Pendant près de deux mois, ces mêmes corps sont excrétés sans que l'enfant ni sa mère s'en inquiètent. Un médecin appelé provoque une consultation, dans laquelle on prescrit les révulsifs et les sternutatoires. On soumet les insectes à l'examen de M. Brullé, professeur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Dijon, qui y reconnaît des larves appartenant à cinq espèces différentes : *chysomélines, stratyomides, dermestes lardarius, scolopendre, castèles.*

Malgré les remèdes, les accidents s'aggravent. Le 25 mars 1851, Lazarette perd tout à coup connaissance, et, à peine revenue à elle, tombe dans des convulsions de plusieurs heures. Douze sangsues sont appliquées dans l'après-midi, et, bien que les crises ne se fussent pas renouvelées, on obtint, le 28 avril, l'admission de la malade à l'asile d'aliénés de la Côte-d'Or. C'est là qu'elle put être suivie par M. Dumesnil, alors médecin en chef de cette maison, et par son interne, M. Legrand-Dusaulle, qui en a fait l'objet d'une petite brochure. Il y avait quatre jours que l'excrétion nasale ne contenait pas de larves.

Le 29, vers dix heures du matin, la jeune fille, au moment où elle porte à sa bouche une première cuillerée de potage, pousse un petit cri, tombe et roule en divers sens. La face est violette, les mâchoires sont serrées, les globes oculaires dirigés en dedans, les muscles à la fois contracturés et convulsés ; le pouls fréquent, petit, le respiration haletante. Il y a à la gorge une constriction évidente.

Huit crises semblables se succèdent dans un court intervalle et laissent chaque fois l'enfant pâle, brisée, les yeux ternes. En vain M. Legrand eut recours aux sinapismes, aux compresses réfrigérantes et même à une potion de chloroforme, qui ne fut point gardée. On compta quarante-cinq accès durant de une à trois minutes. Plus tranquille dès lors, Lazarette s'endormit profondément.

Le soir, après le réveil et dans la nuit, il y eut une agitation incohérente. Un bain de trois heures à 26°, avec affusions froides, reste sans

effet. Toutefois, vers le déclin du jour, le sommeil arrive et rétablit la lucidité des pensées.

1er mai. Nouveau bain de trois heures; potion avec teinture de cantharides, 10 gouttes.

2 mai. Plusieurs larves sont mêlées à l'excrétion nasale. Il s'en présente également à diverses reprises dans la quinzaine.

Évidemment, l'affection nerveuse était subordonnée à un foyer d'animalcules qui s'étaient introduits et développés dans les sinus frontaux. Mais comment les atteindre? M. Dumesnil imagina d'imbiber un morceau de papier non collé d'une solution de 2 grammes d'arséniate de soude pour 30 grammes d'eau distillée, puis de le rouler en cigarettes qu'on fit fumer à la malade en lui enseignant à faire refluer la fumée par les narines.

Ces fumigations, donnant lieu à un peu d'irritation et d'ivresse, furent répétées matin et soir. On continua aussi les bains et la potion cantharidée. Jusqu'au 23 mai, il n'y eut aucun accident nouveau.

Ce jour-là, M. Legrand assista à trente-trois crises, comme les premières suivies d'exaltation mentale. On suspend le traitement, qui est repris le 25.

30 mai. Plusieurs larves qu'on suppose mortes.

10 juin. Larves nombreuses.

15 juin. Deux accès convulsifs assez forts, mais sans désordre intellectuel.

14 juillet. Tout va bien; peu de chaleur dans l'espace intersourcilier. Lazarette fume quatre cigarettes. La teinture de cantharides a été supprimée à cause de dysurie.

15 juillet. Par un temps orageux et après une sortie en ville, quatre ou cinq accès fugitifs.

A partir de cette époque jusqu'à la sortie de l'asile, le 8 novembre, la santé n'a souffert aucune atteinte. Des renseignements, en date du 14 avril 1853, attestèrent trois ans et demi après la solidité de la cure.

Il serait superflu d'insister sur les détails de cette observation. L'indication était claire, et l'attention doit seulement s'arrêter sur le moyen ingénieux mis en usage par M. Dumesnil. M. Legrand estime que chaque cigarette pourrait contenir 5 centigrammes de sel arsenical; plus, du reste, la préparation est dangereuse, plus on conçoit qu'il faille en surveiller l'application.

Quant au mode de propagation des larves, la pathologie comparée démontre que leur pénétration et leur développement dans des cavités naturelles, en communication avec l'air extérieur, n'est pas impossible.

DELASIAUVE.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. RAYER.

PHYSIOLOGIE. — *Suite des recherches sur l'influence de la lumière sur la production de l'acide carbonique des animaux*, par M. *J. Moleschott*, de Heidelberg. L'auteur, après de nombreuses expériences, a dressé des tables de chiffres comparatifs et de valeurs moyennes, qui résument les résultats numériques de ces recherches. D'après ces tables, la quantité d'acide carbonique produite sous un faible degré de lumière (3,27 en moyenne) est à celle qui a été exhalée sous une intensité de lumière très forte (7,38 en moyenne) comme 545 : 645 = 1 : 1,18.

La valeur moyenne de la température a été plus grande de 1°,65, lorsque le papier photomètre dont s'est servi M. Moleschott a indiqué les plus hauts degrés. Or, M. Vierordt a démontré que, pour le corps humain, la quantité d'acide carbonique expiré diminue lorsque la température ambiante va en croissant. L'augmentation de l'acide carbonique correspondante à une forte action de la lumière ne saurait donc être expliquée par l'influence de la chaleur; et l'auteur croit avoir prouvé, par ses nombres, que l'influence exercée par la lumière du jour réfléchie sur la production de l'acide carbonique des animaux peut être assez grande pour faire augmenter celle-ci d'environ un cinquième.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MOREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance, à propos duquel M. *Desportes* réclame une Commission et un rapport pour la communication faite par M. Blache au nom de M. le docteur Passaquay.

Le bureau a décidé qu'il n'y avait pas lieu de nommer une Commission pour ce travail.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Un rapport final de M. le docteur *Mangin* sur une épidémie de rougeole qui a régné à la Marche. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Les états de vaccination des départements de la Somme, de la Corrèze, de l'Eure, des Bouches-du-Rhône, du Gers, du Loiret, de l'Hérault, de la Marne, du Nord, pendant l'année 1854. (*Commission de vaccine.*)

2. Communications de : — *a*. M. le docteur *Pserhofer* (Mémoire sur les avantages de l'inspiration de diverses poudres médicamenteuses dans le traitement des maladies pulmonaires). (*Comm.*: MM. Grisolle, Barth, Poiseuille.) — *b*. M. le docteur *Souffron*, d'Excideuil (Observation d'un cas de fièvre intermittente). (*Comm.*: M. Adelon.) — *c*. M. le professeur *Krause*, de Dorpat (Note sur l'accouchement prématuré artificiel). — *d*. M. le docteur *Alliot* (Lettre sur l'autoplastie appliquée au traitement des cancers de la face). (*Comm.*: M. Jobert, de Lamballe.) — *e*. M. *Rochard* (Lettre sur les propriétés électriques du caoutchouc). — *f*. M. *Charrière* fils, fabricant d'instruments (Présentation de divers instruments de lithotritie et réclamation de priorité à l'occasion du *brise-pierre*, présenté dans une des dernières séances par M. le docteur *A. Da Costa*). (*Comm.*: MM. Ségalas, Robert, Civiale.)

Lectures et Mémoires.

REMÈDES SECRETS ET NOUVEAUX. — M. *Robinet* donne lecture d'une série de rapports sur des remèdes secrets et nouveaux. Leurs conclusions négatives sont adoptées sans discussion.

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE GÉNÉRALES. — M. le docteur *Wanner* achève la lecture d'un mémoire ayant pour titre : *Du degré constant de la chaleur animale considéré, dans l'homme, comme loi de la santé; des effets morbides produits par les variations de cette chaleur et des applications à en déduire pour la thérapeutique.* — L'auteur résume lui-même son mémoire par les conclusions suivantes : Nous croyons avoir établi que le grand fait de la chaleur animale, observé par les naturalistes, est une des conditions de l'existence de l'homme à l'état sain. Cette loi physiologique, dont l'empire s'étend à toutes les autres fonctions, ne pouvait manquer d'offrir d'importantes applications à la thérapeutique. Nos expériences et notre théorie s'accordent pour démontrer que les maladies inflammatoires ont toutes pour cause réelle un trouble de la chaleur animale, et que toutes peuvent être guéries par des moyens propres à rétablir l'état isotherme. L'auteur, en terminant, annonce, pour un autre temps, la communication de ses recherches ultérieures sur le même sujet. (*Comm.*: MM. Laugier, Caventou, Poiseuille.)

La séance est levée à quatre heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Plaie de l'arcade palmaire; ligature successive de quatre artères; guérison, par M. CARPENTER.

La narration suivante déroule la plus émouvante série d'alternatives auxquelles le chirurgien puisse assister. Tout en exprimant le regret qu'il ait été forcé de suivre une ligne de conduite qui l'exposait à agir toujours sur une artère altérée, et le mettait, pour ainsi dire, constamment en retard sur la maladie, félicitons M. Carpenter de la haute sagacité et de la persévérance pleine de résolution qui lui ont valu un succès si vivement disputé.

OBS. — Un homme âgé de vingt-huit ans se fit, le 17 janvier 1855, une plaie avec un couteau dont la pointe s'enfonça dans l'endroit où l'artère cubitale arrive à la paume de la main. Plusieurs hémorrhagies avaient déjà eu lieu lorsqu'il entra le même jour à l'hôpital Saint-Barthélemy. On découvrit un orifice d'où venait le sang, et l'on y jeta une ligature.

Rentré trop tôt chez lui, il ne tarda pas à voir l'hémorrhagie se reproduire à divers intervalles. Ne pouvant l'arrêter par la pression, il revint à l'hôpital le 3 février. Il était faible et anémique, le pouls très petit et fréquent. La plaie, anfractueuse, longue de 2 centimètres 1/2, reposait sur un fond œdémateux et donnait un pus fétide. La gangrène avait déjà en-

vahi les dernières phalanges du médius et de l'index. On lia la radiale et la cubitale à un pouce au-dessus du poignet. Régime tonique et quina.

La santé parut se rétablir. On eut à ouvrir un abcès sur le dos de la main. Le huitième jour, un peu de sang sortit par la plaie cubitale. On plaça le tourniquet à demeure sur le bras; précaution fort utile, car le dixième jour (12 février) une hémorrhagie par le bout supérieur accompagna la chute de la ligature de la cubitale. Les consultants ayant été d'avis de lier la cubitale, une seconde fois, à 10 centimètres au-dessus du poignet, cette opération fut exécutée sur-le-champ. Mais le quatrième jour, l'hémorrhagie se fit avec violence par le bout supérieur au point récemment lié, et par l'inférieur vers la première ligature. (Le sang ne se coagulait point, et la plaie de la main ne montrait aucune disposition à se cicatriser.)

On se décida alors à lier la brachiale au-dessus du pli du coude, entre l'origine de la collatérale inférieure profonde et la branche anastomotique. Le membre était œdémateux même à cette hauteur, ce qui contribua à prolonger la durée de l'opération. (Sulfate de quinine, 15 centigrammes; acide sulfurique dilué, 20 gouttes toutes les quatre heures; nourriture animale.)

Le patient avait repris des forces, et toute inquiétude commençait à se dissiper, lorsque le neuvième jour le bout inférieur de la cubitale se mit à saigner abondamment. Il sortit aussi du sang par la plaie de la brachiale.

Dans cette terrible conjoncture, on avait tout préparé d'avance pour l'amputation du bras; mais M. Carpenter, considérant surtout la perte inévitable de sang que cette opération entraînerait, se décida à lier l'axillaire entre la thoracique longue et la sous-scapulaire. (On lui donna ensuite, outre les remèdes précédents, 12 grammes de teinture de quina et 5 décigrammes d'acide gallique toutes les quatre heures.)

Le lendemain, il y eut encore une petite hémorrhagie par la plaie brachiale; mais cette fois le sang se coagulait un peu. Elle se reproduisit plus abondante les jours suivants, et mit les jours du malade en danger. Le tamponnement méthodique de la plaie finit par l'arrêter. Jusqu'au 1er mars, il prit beaucoup de nourriture et regagna des forces.

Ce jour-là un *déluge* de sang sortit tout à coup par la plaie de l'artère axillaire. On l'arrêta à l'aide du tourniquet placé sur la sous-clavière, et l'on tamponna cette plaie très fortement, au risque de gangréner le membre, qui fut enveloppé d'un bandage roulé. (1 gramme d'alun trois fois par jour.)

Il n'y eut dès lors plus d'hémorrhagie; les plaies commencèrent à marcher vers la guérison. Aujourd'hui, 28 mai, il est convalescent et retourne dans sa famille. (*The Lancet*, 9 juin 1855, p. 574.)

Nouvelle méthode de traitement des hernies étranglées, par M. DE LA RUE.

C'est sur l'administration à l'intérieur de la belladone que l'auteur compte pour dispenser de l'instrument tranchant. Voici sous quelle forme il l'emploie :

Eau distillée.	60 grammes.
Extrait aqueux de belladone. .	20 centigrammes.
Sirop de fleur d'oranger. . .	30 grammes.

A prendre par cuillerée à café de dix minutes en dix minutes.

L'action, toujours favorable, est le plus souvent très prompte. Dès la cinquième cuillerée, dans un cas où le taxis avait été vainement essayé auparavant, la tumeur devint aisément réductible.

— La belladone n'en était pas précisément à faire ses preuves dans le traitement de la hernie étranglée; mais les prétentions que M. de la Rue formule en son nom commandent un examen sévère des preuves cliniques qu'il fournit à l'appui. Ces faits sont au nombre de quatre. Or, sans vouloir en nier absolument la valeur, nous devons faire remarquer que, dans deux, l'auteur a pu agir dès le début des accidents. Dans le troisième, il n'a vu la malade que lorsqu'elle était guérie (le lendemain de l'invasion du mal). La dernière observation serait plus probante, si l'auteur avait bien voulu en indiquer les circonstances avec la précision que commande l'importance du sujet; si, au lieu de dire que l'affection devint, tel jour, *brusquement menaçante*, puis que la constriction *se compléta* huit jours après, il nous avait détaillé les symptômes caractéristiques de cette succession de phénomènes, fort bien observés par lui, nous n'en doutons pas, mais dont le lecteur a droit et besoin de connaître la nature et la gravité avant de porter son jugement sur l'efficacité de la méthode par laquelle ils ont été combattus. (*Revue thérapeutique du Midi*, juillet 1855, p. 16.)

Extensibilité du tissu inodulaire utilisée pour la cure de l'ectropion, par M. MARINETTI.

La propriété rétractile du tissu de cicatrice est parfaitement connue dans ses nuisibles effets aussi bien que dans son mécanisme physiologique. Mais, selon M. Marinetti, ce n'est là qu'un phénomène passager. Il suffit d'attendre, et, au lieu d'une cicatrice épaisse, résistante, rouge, rétractile, vous verrez se former peu à peu, par suite de l'absorption incessante, une membrane mince, blanche, extrêmement extensible. Comme dans le cal, la nature fournit d'abord des matériaux exubérants, dont elle reprend ensuite la partie surabondante. — Voyez, en preuve de cette souplesse, de cette laxité définitive du tissu cicatriciel, les hernies abdominales se former de préférence là où existe une cicatrice.

Cependant ce dernier exemple montre que, pour obtenir ce relâchement de la cicatrice, il faut une force agissant continuellement dans ce but, telle qu'elle est ici représentée par la pression des viscères; car là où manque cette condition, comme aux membres, on voit, au contraire, les cordes inodulaires acquérir une force, une densité de plus en plus considérables.

Aussi faut-il, dans la cure de l'ectropion, réaliser cette condition; et cela se fait en appliquant sur la partie renversée des bandelettes imbriquées, enduites de collodion. Ce moyen, objectera-t-on, a déjà été conseillé, et il a le plus souvent échoué. Mais, répond M. Marinetti, ne l'employez que lorsque la cicatrice est définitive; prenez le soin de renouveler l'appareil tous les jours; consentez à en continuer l'application pendant six mois, huit mois, un an, et la guérison en sera ordinairement la conséquence.

M. Marinetti cite deux cas de succès. Parmi les avantages de ce procédé si simple, il note la disparition, sans cautérisation, des fongosités de la conjonctive, lesquelles accompagnent fréquemment tout ectropion de date un peu ancienne. (*Il Progresso*, mars 1855, p. 97.)

Sur une variété de luxation de l'astragale, par M. FOUCHER.

Cette espèce distincte, dont M. Foucher vient démontrer l'existence par des observations anatomo-pathologiques directes, consiste dans la luxation de l'astragale par rotation autour de son axe vertical, avec luxation du cuboïde vers la face plantaire du pied. Tel est, du moins, le genre de déplacement qu'il a pu constater chez un sujet livré aux dissections. L'astragale avait subi un mouvement de rotation en vertu duquel sa tête, ayant abandonné la cavité scaphoïdienne, s'était placée immédiatement au-dessous de la malléole interne, avec laquelle un lien fibreux l'unissait. La poulie astragalienne correspondait à la mortaise tibiale, mais était située *transversalement* sous elle.

Cette position *transversale* de l'astragale est le fait saillant, la circonstance essentielle de ces sortes de déplacements. Et de sa connaissance peuvent se déduire, ou du moins s'expliquer les autres modifications qui s'observent alors dans la continuité ou dans la connexion des os du pied. Ainsi le cuboïde peut être luxé sous la plante du pied, comme cela avait lieu chez ce sujet. Ainsi l'astragale peut être brisé en travers et son fragment postérieur avoir subi seul cette rotation, ainsi que cela s'est vu sur un malade de M. Denonvilliers. Ici on reconnut que la facette péronéale de l'os était tournée en arrière, et que l'extrémité antérieure du fragment regardait en dehors. Ainsi encore, chez un blessé du service de M. Huguier, on reconnut que l'astragale ayant été fracturé obliquement en dehors et en arrière, vers son tiers postérieur, le fragment antérieur s'était tourné de façon que son extrémité postérieure était portée en dehors. (*Revue méd.-chirurg. de Paris*, avril 1855, p. 203.)

De l'ablation des amygdales, par M. PARKER.

Une discussion animée s'est élevée entre deux chirurgiens très

connus de Londres : l'un soutenant avoir enlevé plusieurs centaines de fois avec succès les amygdales pour remédier à la surdité, l'autre affirmant que l'opération n'est jamais nécessaire dans ce cas. — Nous craignons qu'il n'y ait là sous jeu quelque intérêt de spécialiste trop jaloux de multiplier les opérations et de généraliser les préceptes, soit dans un sens, soit dans l'autre ; car il faut bien reconnaître, avec M. Parker, que si la surdité peut dépendre de la compression exercée sur la trompe d'Eustachi par une amygdale hypertrophiée, ou de l'extension de la phlegmasie tonsillaire, souvent aussi les deux faits demeurent physiologiquement et thérapeutiquement distincts. (*Association Medical Journal*, 13 juin 1855, p. 649.)

Abcès du cerveau, par le docteur LEINWEBER.

Bien qu'il soit assez fréquent de voir les accidents graves qui succèdent aux chutes sur la tête ne débuter qu'au bout d'un temps très long, l'observation suivante offre un certain intérêt, en raison de l'étendue des lésions trouvées à l'autopsie.

OBS. — Un soldat du 27e régiment d'infanterie, ayant exercé la profession de couvreur, était tombé d'un toit, il y a deux ans. Depuis lors, il avait souvent éprouvé des douleurs dans la tête, accompagnées parfois de vomissement ; du reste, aucun trouble dans la santé générale. Admis à l'hôpital le 20 novembre 1854, il se plaignait de douleurs compressives dans la région sourcilière et d'élancements dans les tempes, marqués surtout pendant les mouvements de la tête. Pouls petit et déprimé, anorexie, constipation. Peu à peu, abattement très grand, gémissements continuels avec inspirations profondes, douleurs de plus en plus vives, pouls misérable et d'une fréquence extrême. On employa de fortes doses de calomel, un bain chaud avec affusions froides, des ventouses à la nuque, des sangsues au front, des frictions mercurielles dans le dos ; puis on recourut aux frictions avec l'huile de croton sur la nuque, aux lavements irritants, aux vessies remplies de glace sur la tête. Le malade, qui avait toujours conservé son intelligence, mourut le 27, sans autres symptômes. L'autopsie, faite le lendemain, montra les lésions suivantes : Cuir chevelu épais, os du crâne injectés ; au niveau de la suture sagittale, corpuscules de Pacchioni du volume d'un pois à celui d'une noisette, qui avaient déterminé une inflammation adhésive des méninges ; sinus et méninges excessivement injectés ; circonvolutions aplaties par suite de l'excès de volume du cerveau ; exsudation plastique jaunâtre, de près d'une ligne d'épaisseur, au voisinage de la glande pituitaire et à la face inférieure des hémisphères du cervelet. Ce produit recouvrait en partie la pie-mère, et en partie pénétrait dans son tissu. Cerveau ramolli vers le centre ; ventricule droit rempli d'une masse plastique ; ventricule gauche distendu par de la sérosité trouble. Sur le plexus choroïde et la couche optique, dépôts abondants de fibrine et de pus. Au niveau du genou du corps calleux, et un peu à gauche, petite ouverture conduisant dans une cavité mesurant 10 lignes en longueur, 6 en largeur, et contenant encore une grande quantité d'un pus fluide. Les parois de cette cavité présentaient des plis en forme de lamelles ; dans son voisinage, la substance nerveuse était à la fois plus consistante et plus injectée que normalement. L'exsudation purulente s'étendait dans le ventricule moyen, dans l'infundibulum et la glande pituitaire, ainsi que dans le quatrième ventricule, à travers l'aqueduc de Sylvius. (*Medicin Zeit.*, 1855, n° 24.)

Gastrotomie faite pour extraire une barre de plomb, par M. NEAL.

OBS. — Le 25 décembre, un jongleur avala, par gageure, un morceau de plomb de 26 centimètres de longueur sur 2 environ d'épaisseur. Il n'éprouva aucun malaise durant trois jours ; mais alors survinrent de violentes coliques accompagnées de constipation. Ces symptômes furent d'abord et assez promptement soulagés par l'administration de la morphine et du sulfate de magnésie ; mais ils reparurent plus tard avec une nouvelle intensité, de sorte que, quoique l'œsophage demeurât libre et la déglutition facile, il devint nécessaire d'extraire ce corps étranger, dont la dissolution dans les fluides gastriques menaçait l'économie d'une cause incessante de perturbation sérieuse. M. Bell fit une incision de 10 centimètres de longueur, à 5 centimètres à gauche de la ligne médiane, de l'ombilic aux fausses côtes. Après avoir ouvert le péritoine, il écarta avec la main les intestins, fit saillir une des extrémités de la barre de plomb vers la plaie, et divisa ainsi les parois de l'estomac sur le corps étranger. Après que celui-ci fut sorti, la contraction des parois stomacales ferma la plaie de ce viscère. On se borna donc à suturer l'incision des parois abdominales.

Malgré la gravité de l'opération et la simplicité (assez peu justifiable *à priori*) des moyens de réunion, l'opéré se rétablit aussi promptement qu'il l'eût fait, dit l'auteur, d'une gastrite sans complication. Durant trois jours, on le tint sous l'influence de l'opium, et on ne lui accorda que des boissons mucilagineuses en petite quantité. (*Philad. Medic. Examiner*, et *Dublin Med. Press*, 13 juin 1855, p. 371.)

De l'époque où il est admis qu'on doit opérer la cataracte, par MM. LOZA et CASARES.

Les auteurs soutiennent que l'on peut et que l'on doit opérer la cataracte en toute saison ; et parmi leurs motifs il en est qui, sans avoir beaucoup de chances de porter la conviction, méritent cependant d'être connus.

D'abord, il est certain que, dans le grand nombre des pays où cette opération se pratique, on rencontre toutes les températures, tous les degrés possibles du thermomètre. Pourquoi donc, disent-ils, se préoccuper, dans telle contrée, de choisir une saison chaude, puisque dans le Nord, par exemple, on est bien forcé d'agir par un temps froid ?

En second lieu, les ophthalmologistes ne sont pas même d'accord sur le moment où tombent leurs deux sessions privilégiées pour abaisser ou pour extraire le cristallin.

D'ailleurs, si un personnage important, si le chef suprême de l'État était privé de la vue par une cataracte, un médecin refuserait-il de l'opérer sur l'heure même? S'il en était ainsi, les auteurs acculent leurs adversaires derrière ce dilemme : Ou la nation aura six mois son souverain aveugle, ou vous êtes forcés d'opérer immédiatement tout individu qui, privé de la vue, demande à être traité sans retard.

Enfin ce délai, ces refus que les médecins imposent, sont aussi contraires à la charité, qui veut pour l'hôpital des portes toujours ouvertes, qu'à la raison, qui veut des secours incessamment prêts pour les infirmités humaines, puisqu'elles naissent en tout temps. (*La Cronica de los hospitales*, 24 juin 1855, p. 367.)

Du développement des réseaux vasculaires au niveau des tumeurs fibreuses de l'utérus, par le professeur J.-F. H. ALBERS (de Bonn).

La clinique a démontré, depuis longtemps, que les tumeurs fibreuses utérines deviennent quelquefois la cause d'hémorrhagies rapidement mortelles. Cette prédisposition fâcheuse serait occasionnée, suivant le célèbre et savant professeur de Bonn, par la disposition suivante : Le sang ne provient jamais des vaisseaux développés dans la tumeur elle-même, car le produit morbide en est toujours dépourvu ; il provient de la rupture de réseaux vasculaires nouvellement développés, au-dessous ou dans l'épaisseur de la muqueuse utérine, sur la surface de la tumeur la plus rapprochée de la cavité de la matrice. Ces vaisseaux ont des parois très minces, et, par suite, très disposées à se rompre ; ils sont souvent variqueux comme ceux qui forment les bourrelets hémorrhoïdaux, et présentent la structure des tumeurs érectiles. Ces réseaux vasculaires peuvent s'oblitérer par suite de l'exsudation d'une matière plastique qui se produit quelquefois dans leur intervalle. La grossesse favorise souvent au plus haut degré le développement de ces réseaux vasculaires, et expose à de grands dangers les femmes dont l'utérus contient des tumeurs fibreuses même médiocrement volumineuses. (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 9.)

Céphalématome chez une jeune fille de quinze ans, par le docteur R. KUESTER.

Le docteur Spengler et quelques autres médecins ont fait connaître des exemples de céphalématome chez des adolescents. La jeune malade observée par le docteur Kuester avait vu se développer sans cause connue une tumeur de la grandeur de la paume de la main d'un adulte sur toute la surface du pariétal droit ; les bords, élevés en bourrelet, offraient la plus grande analogie avec ceux qui limitent le pourtour de la bosse sanguine des enfants. Après avoir constaté l'inefficacité des topiques résolutifs, notre confrère

allemand pratiqua sur la tumeur une incision de 3 centimètres environ ; il s'écoula de 8 à 10 onces d'un sang d'une couleur sale ; le péricrâne était décollé. Un pansement compressif amena rapidement la guérison de la maladie, qui ne s'est pas démentie depuis quatre ans. (*Allg. medic. Centr. Zeit.*, 1855, n° 6.)

Mort rapide causée par la rupture d'un kyste hydatique du foie, par le docteur NICOLAÏ.

L'observation que nous fait connaître M. Nicolaï est intéressante par sa rareté ; c'est à ce titre que nous en donnons l'analyse.

OBS.—Un garçon de dix-huit ans éprouvait depuis quelque temps une douleur gravative incommode au-dessous des fausses côtes droites. La palpation permettait de reconnaître dans cet endroit une tumeur dure et ronde dont le diagnostic demeura obscur. L'état général du malade n'avait subi aucune altération. Un jour, en luttant avec un camarade, il reçut un coup de poing au niveau de l'hypochondre droit ; immédiatement il s'affaissa sur lui-même en poussant un cri, et mourut au bout de peu de temps, après avoir présenté quelques mouvements convulsifs. A l'autopsie, on trouva dans le foie deux kystes hydatiques volumineux : l'un d'eux était déchiré et avait permis l'issue de l'hydatide dans la cavité péritonéale. Dans les deux poches, on ne put trouver de traces d'échinocoques. (*Allg. medic. Centr. Zeit.*, 1855, n° 15.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Essai sur l'accouchement physiologique, par le docteur MATTEI. 1 vol. in-8° de 500 pages avec figures. Paris, 1855, Victor Masson.

Le livre que nous annonçons n'est ni un traité élémentaire ni un *compendium* d'érudition. Il est, dit l'auteur, l'expression des principales recherches qu'il a faites sur l'accouchement physiologique, et, quoique essentiellement pratique, il traite surtout des dogmes et des préceptes de l'art des accouchements ; aussi le destine-t-il à ceux qui connaissent l'obstétrique. En effet, chargé depuis 1852 du service d'accouchements à l'hôpital civil de Bastia et du cours institué par le département en faveur des sages-femmes, M. Mattei a mis à profit avec une vive ardeur sa position pour se livrer à l'étude. De là des recherches suivies, des méditations d'un ordre élevé qui l'ont conduit à considérer la fonction de l'accouchement d'une manière toute particulière et tout à fait en contradiction avec les idées reçues. Dans cette nouvelle manière de voir, tout est subordonné à une idée fondamentale, tout se déduit logiquement d'une idée mère : c'est que l'accouchement prompt, facile, presque sans douleurs et sans troubles consécutifs de la santé n'est point une exception, mais bien le type naturel et primitif de la parturition, type qui s'est altéré par la suite des temps, et qu'il s'agit de rétablir. Telle est la signification donnée à l'*accouchement physiologique*, qui n'est pas, par conséquent, synonyme d'accouchement naturel ou spontané, comme on l'entend généralement.

Partant de ce principe, que la nature, dans la grossesse et l'accouchement, a deux buts marqués, le développement du produit et la conservation de la mère, buts qui doivent faire l'objet de l'obstétrique, M. Mattei cherche à établir d'abord que l'accouchement naturel décrit par les auteurs est loin d'y atteindre et qu'il n'est pas même une fonction physiologique. La douleur seule qui l'accompagne suffit pour lui donner un caractère pathologique. Le véritable état normal étant celui où toutes les fonctions se font avec un sentiment de bien-être, peut-on alors comprendre que la nature veuille faire une si grande exception en attachant des douleurs manifestement pathologiques à l'accouchement, qui est la fonction par excellence, puisqu'elle sert à la conservation de l'espèce, tandis que les autres ne servent qu'à la conservation de l'individu. On voit, tout au contraire, la nature faire pour celle-ci bien plus qu'elle ne fait pour aucune autre fonction, en faisant précéder la reproduction par l'amour, en attachant le plaisir à la copulation ; comment aurait-elle si mal achevé son œuvre en attachant à l'accouchement les douleurs les plus violentes ! Ainsi, la douleur portée au point d'être pathologique ne peut pas entrer dans les vues de la nature : trop conséquente avec elle-même, celle-ci ne saurait faire de pareils errements ; et si tant est que la femme doive éprouver une sensation, comme on l'éprouve dans toutes les excrétions, cette sensation n'aura pour but que d'avertir la femme de la fonction qu'elle va accomplir, et ne devrait jamais prendre l'intensité d'une douleur pathologique. Le caractère pathologique des douleurs de l'accouchement qu'on appelle naturel est encore plus nettement dessiné dans la longueur du travail et dans les efforts de la femme, qui sont si souvent suivis d'accidents et de maladies variés. Tout, jusqu'aux soins dont il faut, suivant les auteurs, entourer la femme en couche, la fièvre de lait dont elle est le plus souvent affectée, dénote les caractères les plus tranchés des symptômes et de la cure d'un état pathologique. Aussi, à en juger par les résultats funestes pour la mère et pour l'enfant constatés par la statistique, on peut dire que l'accouchement naturel des auteurs, loin d'être une fonction physiologique, est, au contraire, une des fonctions les plus pathologiques de l'économie, plus fatale à l'humanité que la plus grande des épidémies.

C'est pour n'avoir pas fait ces réflexions qu'on s'est égaré en obstétrique, et qu'on a perdu de vue l'accouchement physiologique. Cet accouchement n'est point une chose idéale. Il n'est pas de médecin qui n'ait eu l'occasion de le constater plusieurs fois ; l'histoire de l'art et la pratique en fournissent à chaque pas des exemples. Il est ordinaire chez les mammifères, plus commun dans la race nègre et mongole que dans la race blanche, et, dans cette dernière, plus commun chez les femmes de la campagne que chez celles des villes. Combien la nature aurait-elle été inconséquente d'avoir plus favorisé les bêtes que l'homme, lorsqu'elle-même a fait ce dernier roi de la création ? Combien aurait-elle été inconséquente de rendre l'accouchement d'autant plus difficile que l'espèce humaine s'abandonne à cette perfectibilité qui est innée en elle ?

M. Mattei distingue deux degrés dans l'accouchement physiologique. Dans le premier, le travail se fait de la manière la plus physiologique, c'est-à-dire assez promptement, sans difficultés et sans douleurs bien sensibles.

Dans le deuxième degré, il se fait avec plus de difficulté et avec des douleurs, mais dans des limites qui sont conciliables avec la santé de la mère et de l'enfant. La contraction utérine est indépendante de la douleur, de même que celle des autres muscles de l'économie ; elle n'est pas même, de sa nature, douloureuse, et ne doit pas faire exception à cette règle générale lorsqu'elle reste dans des limites physiologiques, lorsque surtout chez les animaux, et quelquefois dans l'espèce humaine, cette contraction indolore peut effectuer l'accouchement. Cependant on ne doit pas dire que toute contraction qui cause de la douleur n'est pas physiologique. Lorsque le tissu musculaire qui se contracte est à l'état normal, la contraction temporaire peut se faire sans douleur pour le muscle lui-même ; mais elle peut être douloureuse pour les parties sur lesquelles réagit cette contraction, soit que ces parties soient malades, ou que l'action même du muscle soit trop violente. Ainsi, dans le deuxième degré, la douleur n'aurait pas pour cause essentielle la contraction du tissu utérin, mais la compression de ce tissu sur la colonne vertébrale, le tiraillement du col et du périnée qui la rendent douloureuse. La contraction n'est ici qu'accidentellement douloureuse ; voilà pourquoi elle n'est pas complétement pathologique.

Si les lois de la nature étaient tout à fait libres dans leur action, l'accouchement serait sans doute constamment physiologique ; mais de nombreuses conditions modifient ces lois dans leurs résultats : de sorte que le plus souvent, dans l'espèce humaine, et surtout chez les peuples civilisés, le but ne peut guère être atteint sans passer par des états pathologiques. C'est le troisième degré, ou *accouchement pathologique* de l'auteur. Cet état est la limite où l'art doit intervenir pour tâcher de ramener la nature aux voies

physiologiques ou la remplacer tout à fait. C'est ce qui constitue l'*accouchement physiologique artificiel;* accouchement que nous abandonnons généralement aux ressources de la nature, et qui serait tout à fait pathologique, suivant les vues de l'auteur, à cause des conditions dans lesquelles il se fait pour la mère et pour l'enfant, ou de celles dans lesquelles il laisse l'un et l'autre. L'étude des procédés que suit la nature dans l'accouchement physiologique a conduit M. Mattei à reconnaître les moyens propres à seconder les causes favorables, à écarter les causes contraires, enfin à employer les moyens tout à fait artificiels. Ces moyens sont les suivants :

1° On a recours aux injections vaginales lorsque vers la fin de la grossesse la nature ne produit pas, par ses propres forces, l'assouplissement et le relâchement du col et des autres parties, conditions dans lesquelles se produit l'accouchement physiologique.

2° Dans l'accouchement physiologique naturel, il y a toujours présentation du sommet, et pourvu qu'on examine la femme vers la fin de la grossesse ou même au début du travail, il est facile de ramener à cette présentation les présentations du siége, du tronc et de la face.

3° Dans l'accouchement physiologique naturel, l'occiput est toujours tourné en avant, et, lorsque la rotation ne se fait pas facilement, il aide à cette rotation, de manière que toutes les positions soient ramenées à des occipito-antérieures.

3° Des topiques calmants portés sur le col, sa dilatation artificielle pratiquée doucement à l'aide des doigts ou d'un dilatateur mécanique (vessie adaptée à une sonde pouvant recevoir et garder à volonté de l'eau tiède), sont des moyens à employer lorsque, le travail étant déclaré, la nature est impuissante à pratiquer elle-même la dilatation avec facilité.

4° On se rapproche des résultats de l'accouchement physiologique naturel en ne laissant la tête de l'enfant dans l'excavation que deux heures environ après la dilatation suffisante du col; ou, en termes plus physiologiques, si la femme éprouve de fortes souffrances, qu'il y ait tuméfaction du cuir chevelu ou que le col soit contracté d'une manière permanente, c'est trop d'attendre deux heures pour appliquer le forceps, tandis que si le travail est lent, le col mou, si enfin il n'y a pas de tuméfaction du cuir chevelu, deux heures ne suffisent pas.

Outre les phénomènes de la grossesse et du travail, qui sont distribués dans l'ordre ordinaire, l'*Essai sur l'accouchement physiologique* renferme encore des articles étendus sur les conditions antérieures à la grossesse, sur l'influence de l'hygiène et de l'éducation sur la grossesse et l'accouchement dans les classes aisées et dans les classes pauvres, afin de faire ressortir les conditions qui éloignent ou rapprochent l'organisme de l'accouchement physiologique, et afin de combattre les unes et de favoriser les autres à temps.

On le voit, c'est un plan complet d'une réforme radicale embrassant à la fois la théorie et la pratique de l'art des accouchements, qu'il s'agit de régénérer. Quel degré d'attention mérite cette conception systématique et ambitieuse qui vise si haut? La vérité nous oblige d'avertir M. Mattei qu'il est dupe de son imagination et de ses sentiments généreux. Son talent incontestable, son habileté à généraliser, sa conviction chaleureuse, ne suffisent pas pour masquer le défaut du point de départ de tout le système et le vice de plusieurs de ses applications. En effet, n'est-il pas tout à fait illusoire de penser que quelques injections vaginales sont capables de produire les changements organiques qui prédisposent à l'accouchement physiologique? Il pourrait être utile de discuter si l'on n'use pas assez de la dilatation artificielle du col, si l'on tarde trop à appliquer le forceps. Mais ces questions ne peuvent être posées que sur des bases solides, qui font tellement défaut aux solutions proposées par notre confrère, qu'elles doivent jusqu'à nouvel ordre être considérées comme dangereuses. Non, nous n'avons pas à relever l'obstétrique de ses ruines ou à lui substituer des espérances illimitées et chimériques. Mais il est juste d'ajouter que M. Mattei n'est pas un réformateur de l'espèce de ceux que vous savez. Il ne menace pas de liquider *hic et nunc* la vieille obstétrique. Il ne veut que convertir; il demande même à être éclairé.

De ce que la théorie est fausse en principe, illusoire et dangereuse dans ses applications, il ne s'ensuit pas que l'ouvrage tout entier doive être condamné. Bien au contraire, il se recommande à l'attention du lecteur par une foule d'aperçus ingénieux, d'idées neuves, de critiques souvent fondées, qui méritent d'être méditées, soit qu'on en accepte ou non la solidarité. Le défaut d'espace nous permet seulement d'insister sur deux points qui nous semblent être l'intérêt et le mérite principal du livre, à savoir, la possibilité certaine 1° de reconnaître par le palper abdominal les présentations et les positions du fœtus, 2° de ramener, à la fin de la grossesse ou au début du travail, les présentations de la face, du tronc et du siége en celle du sommet. Si les promesses de l'auteur sont réalisables dans la mesure de ses assertions, il aura rendu un service important et aura quelque droit au titre de réformateur et de bienfaiteur de l'humanité qu'il ambitionne si vivement.

L'application du palper abdominal au diagnostic de la grossesse n'est pas nouvelle. Mais bien qu'elle ait fixé davantage l'attention depuis les travaux de Joerg et de Schmitt, elle n'a pas certainement donné tout ce qu'on peut en espérer. A dire vrai, on a eu en vue, jusqu'à présent, de reconnaître l'utérus et son contenu, mais non les présentations et les positions. La netteté avec laquelle on reconnaît souvent la tête et même d'autres parties prédispose favorablement en faveur de l'initiative prise par M. Mattei, et il apporte des preuves si multipliées à l'appui, qu'on doit s'empresser de le suivre dans cette voie sans se laisser décourager par les premiers insuccès. Comme pour l'auscultation, un certain apprentissage est nécessaire; c'est pour cela que nous n'indiquons pas les procédés, bien qu'ils soient très simples : ils doivent être étudiés dans le livre même de l'auteur.

La question de la rectification des présentations, de la mutation des positions, de la version céphalique dans la présentation du tronc, par des manœuvres sur le ventre avant la rupture des membranes, a beaucoup plus occupé les auteurs. Mais bien qu'un assez grand nombre de faits soient venus en constater la possibilité, les tentatives faites jusqu'à ce jour sont restées à peu près complétement en dehors de la pratique ordinaire. Cela est plus vrai encore de la version sur la tête, dans la présentation du pelvis, qui a peu tenté les accoucheurs. Et cependant, au dire de M. Mattei, rien n'est plus facile, et le succès est à peu près constant. Mais ici les faits qu'il apporte à l'appui de son assertion sont peu nombreux, et il n'est pas prouvé qu'ils n'appartiennent pas à ces cas où, le liquide amniotique restant en excès jusqu'à la fin de la grossesse, ces mutations se font quelquefois toutes seules par les changements d'attitude de la femme ou les mouvements de l'enfant. Toute observation qui ne tient pas un compte exact de cette condition est de peu de valeur pour la solution du problème. Ici encore M. Mattei mérite d'être soutenu et encouragé. La Clinique d'accouchements, qui lui est ouverte, le mettra dans un bref délai en position de justifier ses prétentions et de recueillir publiquement l'honneur de sa découverte.

Bien que difficile à qualifier et à définir, l'œuvre de M. Mattei, par l'originalité des vues, la vivacité de l'imagination, la sincérité des convictions, une sympathie vraie pour les souffrances de la femme, l'expression candide des jouissances que procure l'étude, forme un livre à part, d'une lecture attachante. Les défauts, les conceptions étranges qu'on y rencontre tiennent à l'excès même de ces qualités. Elles ont heureusement un contrepoids qui finira, il faut l'espérer, par devenir prépondérant chez l'auteur : c'est un goût prononcé pour l'observation, comme l'atteste la troisième et dernière partie, composée exclusivement de faits. Que M. Mattei continue d'observer minutieusement les phénomènes de la grossesse et du travail, sans se préoccuper autant de dogmes, de lois, etc., sa moisson sera moins abondante peut-être, mais aussi moins mêlée. En attendant, malgré la large part faite à la critique, qu'il nous soit permis de dire que l'art obstétrical compte un représentant distingué de plus.

JACQUEMIER.

Éléments de statistique humaine, ou Démographie comparée, par M. Achille Guillard, docteur ès sciences. 1 vol. in-8. Paris, 1855, Guillaumin.

Ce livre est un chapitre nouveau ajouté à la physiologie de l'homme : chapitre d'autant plus important pour nous, et dont nous savons d'autant plus gré à l'auteur, qu'il manque complétement dans tous nos ouvrages classiques.

L'humanité, pourtant, suit la loi de tous les êtres qui vivent en société ; il y a chez elle *une vie collective* et *des existences individuelles.*

Le médecin enchaîné par les besoins de la pratique et qui semble ne s'adresser qu'à l'individu, a oublié comme inutile à son objet l'être collectif. Cette omission est une faute, car l'action médicale ou hygiénique n'a pas tardé, par la force des choses, à agir sur l'être collectif: telle est, pour en citer un exemple récent et célèbre, la vaccine, qui, pratiquée chez la majorité des individus, devait avoir nécessairement une influence sociale. Mais, au lieu de faire de ce sujet une étude expérimentale et suivie, on crut pouvoir conclure *de visu* et *à priori* que la vaccine augmentait la population en proportion du nombre de ceux qu'elle soustrait à une mort prématurée. En vain quelques savantes voix protestèrent. Les médecins vivaient fort tranquillement dans l'insouciance des lois générales qui régissent les populations et des causes constantes ou accidentelles qui accélèrent ou ralentissent les décès et les naissances, et qui, par suite, régissent le nombre des vivants et leur vie moyenne. C'est pendant cette quiétude qu'un homme plus prompt à conclure que patient à observer, plus hardi que travailleur, vint, avec une certaine prétention mathématique, affirmer que la vaccine était un poison qui décimait les populations ; que c'était un venin remplaçant un dépuratif naturel, etc., etc. Nous croyons avoir dernièrement démontré que toutes ces assertions de M. H. Carnot ne reposaient que sur un vain fantôme de logique et de statistique ; mais il les soutenait avec une opiniâtre persévérance, avec un gros bagage de chiffres, épouvantail pour les médecins ; si bien qu'il finit par se faire deux ou trois adhérents et jeter des doutes parmi un plus grand nombre. Cependant, la majorité, plutôt par intuition qu'autrement, est restée à peu près incrédule. Mais, chose remarquable, depuis bientôt dix ans que MM. H. Carnot et ses partisans posent carrément leur défi, personne ne l'a relevé catégoriquement. Ils parlent statistique, on leur répond médecine..... Bref, grande hardiesse chez ceux qui ont tort, grand embarras chez ceux qui ont raison. Voilà où insensiblement on a laissé venir les choses. Cette position est fâcheuse : elle ne peut durer plus longtemps sans danger sérieux.

Que les *Éléments de statistique humaine* de M. le docteur Guillard soient donc les bienvenus. Ce livre, que j'ai envie d'appeler « Éléments de physiologie sociale, » discute et résume les connaissances acquises, mais éparses, et il y ajoute de nombreuses propositions fondées sur les bases les plus solides. Sans s'occuper de M. Carnot ni de sa doctrine, il nous donne les éléments et la méthode nécessaires pour mettre à néant ses prétentions.

Ainsi, le docteur Guillard étudie et démontre les phénomènes qui déterminent l'accroissement de la population, phénomènes qui peuvent tous se résumer dans la proportion qui s'établit sans cesse entre la population et la quantité de substances disponibles. La diminution de mortalité, quelle qu'en soit la cause (aisance, hygiène, thérapeutique, etc.), est loin d'avoir toujours pour résultat une augmentation du nombre des vivants ; mais, le plus souvent et le plus fructueusement, cette diminution des décès donne une augmentation de la vie moyenne, *augmente le nombre des adultes ;* et, la population augmentant peu ou pas, *le nombre des enfants et des naissances diminue :* de sorte que la diminution des naissances dans un pays peut être un signe très favorable (il l'est toujours, s'il s'accompagne de la diminution des décès), et l'indice d'une population éclairée, plus désireuse de faire des hommes vivant bien et longtemps, que des enfants n'ayant pas *leur place au banquet de la vie* (Malthus).

Notre auteur insiste aussi sur la méthode statistique, sur la nécessité des moyennes régulièrement calculées et naturellement sériées. Sans cette indispensable précaution, ou les effets les plus constants échappent à l'observateur, masqués qu'ils sont par des causes accidentelles, ou même on peut, dans des masses de chiffres non groupés, en trouver pour défendre les assertions les plus contraires. Ce n'est pas la faute de la science, mais la faute de ceux qui la quittent pour suivre son fantôme. Sans moyenne, dit M. Guillard, pas de statistique....

Or, les trois quarts des erreurs de ceux qui calomnient la vaccine leur viennent de ce qu'ils ne se sont pas informés méthodiquement :

1° Des causes diverses et complexes qui accélèrent ou ralentissent les naissances et la multiplicité des vivants ;

2° De la nécessité des moyennes régulièrement établies et naturellement sériées.

L'auteur étudie ensuite les rapports de la population masculine et féminine, les rapports comparés des naissances et des décès, et les degrés de vitalité propres à chaque sexe dans les diverses contrées dont les mouvements de population sont connus et publiés. Il étudie également, dans des chapitres spéciaux, les progrès que la statistique peut constater dans le bien-être, dans l'instruction, dans la moralité des hommes.

Toutes ces études sont faites sur les documents statistiques et officiels : le lecteur a les pièces en main, l'auteur ayant su grouper, dans des tableaux bien sériés, les résumés, les moyennes des grands ouvrages statistiques que publient les gouvernements civilisés ; de sorte que ces élégants tableaux n'ont rien d'effrayant que le labeur qu'ils ont dû coûter pour calculer ces moyennes, ces réductions, qui permettent à l'œil du lecteur de découvrir, en un temps très court, les résultats de tout un gros volume de faits. Les séries éloquentes de ces chiffres sont suivies de pages où la chaleur du style le dispute à la noblesse de la pensée, et où l'amour des hommes ne le cède qu'à l'amour du vrai.

L'étendue d'un tel sujet et la manière dont il est traité marquent la place de ce livre aussi bien dans la bibliothèque du médecin que dans celle du philosophe et de l'homme d'État.

Bertillon, D.-M.-P.,
médecin de l'hospice de Montmorency.

VII.

VARIÉTÉS.

Par décret impérial du 12 septembre 1855, M. Campmas, médecin-major, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 19 septembre, l'empereur a confirmé les nominations suivantes, faites par le général Pélissier dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Serive, médecin principal de 1re classe.

Chevaliers : Burtureau, médecin-major de 2e classe. — Leroy, médecin-major de 2e classe. — Dulac, médecin aide-major de 1re classe. — Imbert, médecin aide-major de 2e classe. — Hemard, médecin aide-major de 1re classe.

Nouvelles d'Orient. — On lit dans un rapport adressé par M. Blanchot, intendant général de l'armée d'Orient, au ministre de la guerre :

« La glorieuse journée du 8 a fait entrer dans nos ambulances 4,472 blessés français, dont 212 officiers; elle y a fait entrer aussi 554 blessés russes..... L'enlèvement des blessés a été effectué avec toute la promptitude qu'il était possible d'y mettre, dans un dédale de tranchées labourées par une grêle de projectiles. 3,000 hommes environ avaient été rapportés dès le 8. Aux attaques de gauche, où le terrain permettait d'envoyer les mulets de cacolets presque jusqu'au lieu du combat, l'enlèvement a été très rapide ; il était beaucoup plus difficile à la droite, dans les ravins profonds et presque inaccessibles ; là, les blessés devaient être forcément transportés sur des brancards à une énorme distance, et les bras manquaient ; la nuit venue, le combat durait encore, et les derniers soldats tombés sont arrivés à l'ambulance le 9 dans la matinée. Le soir, tous, malgré leur grand nombre, avaient reçu un premier pansement ; les opérations les plus urgentes avaient été faites. Nos médecins se sont multipliés ; cinq d'entre eux ont été blessés : ce sont MM. Didiot, Daga,

Huard, Darcy et Goinard. Nous avons aujourd'hui, dans nos ambulances de Criméo, 10,520 hommes dont 372 officiers. Le service y est assuré d'une manière complète, et nous effectuerons nos évacuations sans précipitation et avec le plus de régularité possible. Dans la prévision des événements qui se sont produits, j'avais fait augmenter considérablement les moyens de l'ambulance de Kamiesch, qui avait reçu à l'avance le trop-plein des ambulances divisionnaires, et sur laquelle il a été possible de diriger encore 1,000 blessés après le combat : le chiffre de ses malades s'élève aujourd'hui à 1,500, très convenablement installés sous des baraques, et le service s'y trouve parfaitement assuré, grâce au concours de M. le vice-amiral commandant l'escadre, qui, sur ma demande, avait bien voulu faire débarquer à l'avance et mettre à ma disposition douze chirurgiens de marine. »

— On nous écrit de Constantinople : « Le choléra a envahi les provinces d'Europe et d'Asie de l'Empire, et il y exerce des ravages. Sur une population de 30,000 habitants, la ville de Nodosto, sur la mer de Marmara, perdait 60 personnes par jour. Dans nos hôpitaux, on compte à peine quelques cas, et le mal est stationnaire. Les hôpitaux français sont encombrés de malades russes. La chirurgie a de la besogne dans ce moment. Je puis vous assurer que cette guerre prépare à la France des chirurgiens d'une grande habileté. »

— Par suite de la réorganisation du cadre des officiers de santé de la Guyane, un emploi de chirurgien de 1re classe pour cette colonie est mis au concours ; celui-ci doit s'ouvrir le 1er octobre à Toulon.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Septembre. Moyens de prévenir le développement et les progrès de la diphthérite, par *Bretonneau*. — Hydatides de la cavité thoracique, par *Vigla*. — Sur l'inclusion scrotale et testiculaire, par *Verneuil*. — Migration des corps étrangers du tube digestif à travers les parois abdominales, par *Peter*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 août. Clinique de l'opium, par *Forget*. — Règles de l'administration du quinquina, par *Briquet*. — Injection iodo-tannique, par *Desgranges*.

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE. — Septembre. Matières organiques et organisées des eaux de Luchon, par *Cazin*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 31 août. Sur les aphorismes d'Hippocrate, par *Pons*. — Sur la dernière épidémie du choléra, par *B. Houlès*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 31 août. Méningite chronique de la base ; caillot polypeux dans le ventricule moyen, etc., par *Bossu*. — Étiologie de l'ergotisme gangreneux, par *Liégey*. — Thérapeutique du goitre, par *Dubonloz*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — 25 août. — Histoire anatomo-pathologique des tubercules, par *Küss*. — Sur la chirurgie de Strasbourg, par *Michel*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Août. Tremblement des mains et des doigts, par *Cazenave*. — Traitement abortif de la blennorrhagie, par *Venot*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 4. Nouveaux cas de fièvre éclamptique convulsive, par *Liégey*. — Emploi extérieur des cantharides, par *Chrestien*. — Traitement du bubon ramolli, par *G. Bouisson*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 2e livraison. Épidémie de variole et de purpura à Besançon en mai 1854, par *Coutenot*. — Névralgie intercostale, névralgie du testicule et priapisme névralgique périodiques ; guérison par le quinquina, par *Liégey*. — De la pneumonie aiguë, par *Macario*.

ANNALES D'OCULISTIQUE DE BRUXELLES. — 31 août. Affections oculaires produites par le séjour ou les atteintes d'animaux vivants, par *Caron du Villards*. — Clinique ophthalmologique d'Erlangen.

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — N° 8. Lettres sur la pneumonie épizootique des bêtes bovines.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 137. Sur la suspension des facultés mentales, par *R. Dunn*. — Empoisonnement par les saucisses, par *Michael*. — Chute de la membrane du tympan, par *T. Westropp*. — 138—139. Présentation de la tête dans le travail, par *M. Duncan*. — Sur les entozoaires, par *Jordan*. — Iléus par cancer du cœcum, par *T. Sandwith*. — Luxation coxo-fémorale réduite au bout de huit mois, par *Gisborne*. — Accidents chez un homme qui avait avalé un demi-souverain, par *C. Mallett*. — 140. Traitement des fractures, par *Hunt*. — Abcès du cerveau, médecine légale, par *C. Bottomley*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 867. Clinique chirurgicale (fracture de la jambe, plaie du poignet, contracture du genou, etc.), par *W. Hargrave*. — 868. Prolapsus du rectum pendant le travail, par *Edmunson*. — Otite et symptômes cérébraux, par *E. Mapothar*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Août. Observations sur le croup, par *G. Wilson*. — Sur l'os sacrum et son influence sur l'expansion latérale du bassin, par *M. Duncan*. Affection de la moelle et de ses membranes, par *E. Reeves*. — Diffusion et fréquence de la cellulose dans les tissus du corps humain, par *T.-A. Carter*. — Clinique, par *Hamilton*. — Septembre. Sur l'opération de la hernie fémorale, par *J. Spencer*. — Sur l'os sacrum, par *Duncan*. — Fièvre scarlatine ayant eu lieu deux fois chez la même personne, par *J. Webster*. — Traitement de la dyspepsie, par *J. Ross*. — Aliénation chez un sourd-muet, par *J.-B. Balfour*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 269. Observations d'hématémèse, par *H. Jones*. — Contre le choix de Smyrne pour lieu d'hôpital militaire, par *J. Barclay*. — 270. Sur l'inflammation, ou faible ou violente, par *R. Barwell*. — Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle guéri par compression, par *N.-F. Davey*. — Traitement des rétrécissements de l'urèthre, par *Z. Lawrence*. — Cas d'*ovum in ovo*, par *J.-C. Wilson*. — 271. Tumeurs fibreuses de l'utérus, par *Rigby*. — Naissance curieuse, par *J. Drew*.

THE LANCET. — Nos 8. Philosophie de la zoologie, par *R. Knox* — Pansement temporaire des plaies dans les batailles, par *T. Caddy*. — Clinique chirurgicale, par *W.-J. Clarke*. — Maladies nerveuses, par *H. Dove*. — Accouchement heureux par le forceps après trois craniotomies dans des accouchements antérieurs, par *Strange*. Anesthésie locale, par *Banks*. — 9. Zoologie, par *Knox*. — Clinique orthopédique, par *Lonsdale*. — Sur l'arc sénile, par *Canton*. — 10. Zoologie, par *Knox*. — Orthopédie, par *Lonsdale*. — Conditions des muscles dans l'hémiplégie, par *J. Russell*.

AMERICAN JOURNAL OF THE MEDICAL SCIENCES. — Juillet 1855. Naissance monstrueuse, par *Meigs*. — Topographie médicale de *Fort-Reading* (Californie), par *Hammond*. Physiologie de l'exercice, par *H. Byford*. — Climatologie de *Fort-Moultrie* et de l'île de *Sullivan*, par *J.-B. Porter*. — Pneumonie comme complication de la diathèse tuberculeuse, par *J.-P. Hall*. — Sur la physiologie du système nerveux organique, par *J. Casselberry*. — Incontinence d'urine chez les enfants, par *Slade*. — Trois cas de chirurgie, par *J.-C. Nott*. — Usage du *foramen* de Sœmmerring (dans l'œil), par *Leaming*. — Couteau-aiguille pour l'opération de la cataracte, par *J. Hays*. — Sécrétion vicieuse du lait, par *Vier Mitchell*. — Castration, guérison ; phthisie pulmonaire, par *T. Taylor*.

CHARLESTON MEDICAL JOURNAL AND REVIEW. — Juillet 1855. Fièvre jaune épidémique à Charleston en 1854, par *Chisolm*. — Topographie médicale de *la Floride*, par *E.-S. Caillard*. — Cas de *placenta prævia*, par *M. Post*. — Effets des affections utérines sur la constitution ; diagnostic et traitement, par *Easterling*. — Classification des animaux, par *J. Bachman*.

THE NEW-ORLEANS MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL. — Juillet. Traitement de l'hydropisie asthénique, par *M. Fowler*. — Guérison d'une fistule vésico-vaginale, par *C. Ashe*. — Plaies par incision, par *S.-D. Anderson*. — Cas de *phlegmatia dolens*, par *J.-B. Cottman*. — *Phlegmatia dolens* hors de l'état puerpéral, par *B. Dowler*. — Lettres sur le choléra, par *Lyne*. — Prolapsus utérin, par *Slemons*. — Cas de fièvre jaune, par *A. Hester*. — Coma infantile traité par la quinine et le chloroforme, par *Anderson*. — Sur le taxis, par *J.-C. Smith*. — Remarques sur la thérapeutique, par *M. Dowler*. — Recherches sur le cœur, sur le vivant et sur le cadavre, par *B. Dowler*. — Sur l'histoire naturelle du Mosquito, par *le même*.

NEW-YORK MEDICAL TIMES. — Juillet. Fracture du col de l'humérus ; procédé de réduction, par *J. Watson*. — Cas de rétention des menstrues, par *Cock*. — Galvanisme employé pour extraire les corps métalliques, par *Huff*.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 85. Quand cessera le choléra, par *M. de Gongora*. — 86. Arnica et valériane dans la période aiguë du choléra, par *M.-P. Rubin*. — 87. Sur une altération organique qui existe dans le cœur des phthisiques, par *G. S.*

EL HERALDO MEDICO. — Nos 217—218—219. Mode de propagation du choléra, par *Blas Fernandez*. — 220 Créosote contre une métrorrhagie, suite d'avortement, par *A. Lorente*. — 221. *Idem*.

GAZETTA MEDICA DE LISBOA. — Nos 61. Emploi du fer réduit, par *C. Comes*. — Clinique médicale. — 62. Études sur les eaux minérales. — Clinique médicale.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 16. Emploi de la menthe dans le choléra, par *Ortega*. — Clinique médico-chirurgicale.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 32. Arétite de plomb contre la pneumonie, par *Sella*. — 33 et 34.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 33. Théorie de la phthisie, par *Maschi*. — 34. Empoisonnement par l'acide sulfurique, par *Benzi*. — Phthisie, par *Maschi*. — 36. Étiologie du choléra, par *G.-P. Serafino*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 26. Sur l'organe nerveux olfactif, par par *C. Ambrosoli*. — Traitement de l'ulcère syphilitique constitutionnel, par *Scotti*. — Electro-physiologie dans ses rapports avec la thérapeutique du choléra, par *F. Zantedeschi*. — 27. Organe olfactif, par *Ambrosoli*. — Du ténia pelotonné ; traitement, par *Scotti*. — 28. Crossesse avec utérus cancéreux, par *C. Frezi*. — Plaie pénétrante du crâne ; intégrité des fonctions, par *G. Carminati*. — 29. Méthode anglaise contre la pneumonie, par *L. Viani*. — 30. Abcès du thorax avec perforation, de la plèvre et du poumon, sans fistule cutanée, par *Avanzi*. — Dangers du caustique badois.

IL SEVERINO. — Octobre, novembre et décembre 1855 (par anticipation). Analyses.

AVIS DE LA DIRECTION.

MM. les Docteurs dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expire le 30 septembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 octobre, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement d'une année, un mandat de 24 francs, payable le 31 octobre prochain.*

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 5 OCTOBRE 1855. — N° 40.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial du 22 septembre 1855, il est créé dans la ville de Mulhouse une École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres.

Ladite École sera organisée dès que les bâtiments qui lui sont affectés auront reçu les appropriations convenables.

— Par arrêté du 25 septembre 1855, sont nommés professeurs de l'École préparatoire à l'enseignement des sciences et des lettres d'Angers les fonctionnaires dont les noms suivent :

Physique. — M. GRIPON, agrégé, professeur de sciences physiques au lycée impérial d'Angers.

Chimie. — M. ORSEL, ingénieur des mines, à Angers.

Histoire naturelle. — M. FARGE, docteur en médecine, professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.

Botanique appliquée. — M. BOREAU, directeur du Jardin botanique et professeur du cours municipal de botanique, lequel est réuni à l'enseignement de l'École préparatoire.

Préparateur de physique. — M. CADEAU, maître adjoint à l'École normale primaire d'Angers.

Préparateur de chimie. — M. ORLOWSKI, garde-mines.

Préparateur d'histoire naturelle. — M. BLAIN, employé à la préfecture de Maine-et-Loire.

M. FARGE, professeur d'histoire naturelle, est nommé directeur de l'École.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 4 octobre 1855.

A MONSIEUR ÉMILE CHAUFFARD, MÉDECIN EN CHEF DES HÔPITAUX D'AVIGNON.

Suite. — Voir le t. II, n° 39.

II. Mais vous m'arrêtez d'un mot. Selon vous, honoré confrère, ce que je prends pour « une profession de foi vita-

FEUILLETON.

Congrès international de statistique.

Deuxième session tenue au Palais législatif, du 10 au 15 septembre 1855, sous la présidence du Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics.

Suite. — Voir le numéro 39, tome II.

II. La commission s'occupa ensuite de l'organisation des moyens d'enquête, sentant bien que son travail resterait stérile tant qu'on n'observerait pas certaines précautions dans les relevés et le dépouillement. C'est sous l'influence de ces idées qu'elle a formulé plusieurs vœux dont les propositions suivantes sont l'expression :

1° Que chaque pays organise une statistique médicale à l'exemple de l'Angleterre, à laquelle appartient la gloire d'avoir prouvé que cette statistique est possible, même dans un grand pays, ou à l'exemple du canton de Genève, qui offre en petit un excellent modèle de ce genre.

2° Que, dans ce travail, chaque pays adopte la nomenclature des espèces proposées par le Congrès, ou s'en rapproche le plus possible.

3° Que dans tout relevé statistique on définisse avec exactitude chaque espèce morbide et chaque groupe regardé comme unité, ayant soin de dépouiller séparément le plus d'*espèces* possible, mais au moins toujours les maladies qui sont le plus fréquemment causes de mort.

4° Qu'en vue de la sécurité personnelle, autant que de la statistique nosologique, des médecins vérificateurs officiels des décès soient partout institués, suivant le projet proposé par M. Marc d'Espine au Congrès de Bruxelles.

5° La commission a regardé comme une pratique de la dernière importance, et seule capable d'assurer le succès de la statistique nosologique, que, lors d'un décès, le médecin qui a donné des soins au défunt *soit tenu* de remplir un bulletin distribué d'avance et devant donner le domicile, la profession, l'âge, le sexe, les maladies causes du décès et leur durée, ainsi que cela se pratique depuis plus de dix-huit ans en Angleterre et à Genève. Ce bulletin sera visé par le médecin vérificateur, lorsque celui-ci aura été créé. La section a signalé le bulletin suivant comme modèle à suivre.

liste » n'est rien autre chose qu'une « déclaration d'animisme. » (GAZ. HEBD., p. 592, t. II); de sorte qu'il suffirait, pour appartenir à la secte des animistes, d'admettre « l'action primordiale d'un être simple » ou d'une force sur l'agrégat humain. Mais je vous demande alors quelle qualification vous réservez à ceux qui, continuant la tradition aristotélienne, font découler d'un même principe, qu'ils appellent *âme*, et les mouvements organiques et les manifestations de la pensée; aux stahliens, par exemple, ou aux thomistes modernes. Si vous me dites que ce sont aussi des animistes, comme ils sont en effet, je vous réponds qu'il faut conséquemment caractériser par une désignation particulière l'animisme de ceux qui, à l'encontre des premiers, séparent soigneusement le principe de la vie organique du principe de la vie intellectuelle et morale; de même que Platon, de qui ils procèdent, distingue par une terminologie appropriée les deux parties qu'il accorde à l'âme. A cette condition, il est facile de s'entendre : les mots importent peu, si l'on est d'accord sur les choses; mais vous me permettrez de rappeler que l'expression de *vitalisme* a, dans l'histoire de la philosophie comme dans celle de la médecine, le sens que je lui attribue; qu'il est d'ailleurs parfaitement logique et naturel d'appeler vitalisme la doctrine qui subordonne les mouvements organiques à l'action d'une force dite vitale, en laissant à la psychologie le problème de la pensée, et d'appeler animisme la doctrine qui range sous l'empire de l'âme tous les modes d'activité de l'être humain. J'ajoute que j'avais eu soin de dégager à cet égard ma position personnelle dans ces quelques paroles significatives : « Nous écartons l'âme du débat; ne parlant ici que d'organisation, nous n'avons à nous expliquer que sur la force qui organise (1). » (GAZ. HEBD., p. 212, t. II.)

Cela étant, je suis autorisé à suivre le vitalisme sur le terrain de la pathologie, sans avoir à répondre de toutes les extrémités de l'animisme. Je puis donc rechercher purement et simplement si, quand survient la maladie, c'est la force vitale qui, éprouvant quelque changement dans son mode d'action, dérange l'organisme, ou si c'est l'organisme qui, matériellement troublé, met obstacle à l'exercice régulier de la force vitale. C'est ce que j'ai fait dans mes précédents articles. Or ici, je le confesse, j'impose à mon vitalisme des bornes que n'accepte vraisemblablement aucun des partisans du double dynamisme ou du monodynamisme, soit grec, soit chrétien. La raison de cette dissidence est tirée des entrailles mêmes de la question : la rappeler en peu de mots sera donc poser le débat sur ses bases fondamentales.

La plupart de ceux qui, sous une forme ou sous une autre, ont reconnu la nécessité logique d'un principe organisateur et conservateur du composé vivant, se sont crus en droit d'attribuer à ce principe un certain nombre de facultés distinctes, ayant chacune le gouvernement spécial et direct d'une des principales fonctions de l'organisme, soit qu'ils n'aient considéré les facultés que comme des modalités du principe, soit qu'ils les aient constituées expressément en puissances secondaires, ayant leur part déterminée d'action et leur part de responsabilité, sous la direction de la puissance supérieure. D'Aristote à Van-Helmont, de Van-Helmont à Stahl, de Stahl à Barthez; des facultés d'intelligence, de nutrition, de respiration et de locomotion aux archées, des archées aux forces motrices et sensitives, c'est toujours la même doctrine d'une cause mère, de laquelle découlent toutes les facultés de l'intelligence, comme s'échappent du palais liquide de Cyrène tous les fleuves de la terre :

Omnia sub magna labentia flumina terra.

Eh bien ! cette doctrine n'est à mes yeux qu'un arrangement tout artificiel de mots, qui ne répond à rien de clair et d'arrêté dans l'esprit. C'est une image impalpable, semblable à celle des régions fantastiques, qui s'évanouit dès qu'on essaie de la saisir : c'est une forme vide. Si j'essaie de comprendre ce que c'est qu'une faculté particulière d'une force simple, ou encore une force particulière d'un principe simple, non-seulement il m'est impossible de saisir un rapport quel-

(1) La question de l'existence d'un principe autre que le principe de vie n'est pas une question, à proprement parler, médicale. Quant à celle du monodynamisme qui s'y rattache, mais ne s'y absorbe pas, je me garderai de la trancher en peu de mots, parce que je crois qu'il y aurait lieu préalablement d'en discuter les termes. Mais la GAZETTE HEBDOMADAIRE ne s'interdit pas l'examen approfondi de ces deux questions, si un jour elle y est amenée par les circonstances.

BULLETIN DE DÉCÈS (1). (Il ne doit jamais porter aucun nom ni prénoms du décédé.)

DOMICILE.	COMMUNE.	CANTON.	DÉPARTEMENT.
Lors du décès.			
Antérieur.			
Lieu de la naissance. .			

Agé de ans, mois, jours. Sexe

PROFESSION.	PATRON, FERMIER ou PROPRIÉTAIRE.	OUVRIER.	EMPLOYÉ.	Observations particulières du médecin de la famille. (Hérédité ?)
du décédé { actuelle.				
du décédé { ancienne.				
du chef de famille. .				

MALADIES.	CAUSE DU DÉCÈS. d'après le médecin de la famille.	CAUSE DU DÉCÈS. d'après le docteur vérificateur.	DURÉE de la maladie.	Observations du docteur vérificateur. (Degré d'aisance ?)
Primitive.				
Secondaire				

Altérations anatomiques constatées par l'autopsie faite par

Certifié par la médecin de la famille. Examiné avec soin, achevé et approuvé par le docteur vérificateur officiel.

(Demeure du médecin.) (Demeure du docteur vérificateur.)

NOTA. Les médecins doivent écrire *inconnu* toutes les fois que le diagnostic n'a pu être établi; ils doivent indiquer par un large point d'interrogation un diagnostic douteux (?), souligner un diagnostic qu'ils regardent comme *certain*.

Ce bulletin *rempli*, *signé*, *plié* et *cacheté*, adressé au docteur vérificateur, est ainsi remis par le médecin du décédé à la famille, qui le remet au docteur vérificateur lors de sa visite. Celui-ci ouvre le bulletin, l'examine, l'achève, le vise, le *ferme* et le *scelle* de nouveau, et met aussi sa signature au dos, afin que l'employé de la mairie constate que les formalités voulues sont remplies sans ouvrir le bulletin. C'est après la remise de ce bulletin cacheté à la mairie, qu'elle autorise la levée du corps.

(1) Ce bulletin, très facile à remplir, renferme quelques données qui ne seront pas ordinairement relevées au dépouillement officiel; mais ces données n'en sont pas moins fort utiles, d'une part, pour s'assurer que le médecin a fourni des renseignements uniformes, non contradictoires (si par exemple le nom de la maladie s'accorde avec sa durée); de l'autre, parce que ces renseignements supplémentaires pourront servir à des travaux entrepris sous des points de vue spéciaux.

conque entre les deux termes, mais je me heurte aussitôt à une contradiction. En effet, l'un des termes exprime ce qui est simple et un, à savoir la substance-force ; le second terme exprime le divers et le multiple, et c'est ce multiple et ce divers qu'on prétend faire sortir de l'un et du simple. Cette impossibilité devient plus manifeste encore quand on passe du point de vue ontologique à celui de la réalité physiologique et pathologique. Ces facultés de mouvoir, de sentir, de nourrir, qui appartiennent à la force *princeps*, qui en sont les attributs, sans lesquelles elle ne serait rien, opèrent néanmoins sans elle, et même malgré elle, et au rebours de ses intentions : la preuve, c'est qu'elle intervient pour réparer leurs méfaits, et c'est en cela que consiste l'*effort conservateur* des vitalistes. Que si je considère ces facultés en elles-mêmes, et non plus seulement en puissance, mais en acte, j'y vois de purs nominaux, des concepts dépourvus de toute existence réelle. Je comprends bien un principe actif, dont l'activité et l'unité répondent à l'activité et à l'unité de l'organisme ; mais je ne me fais aucune idée d'une faculté préposée à l'accomplissement des actes, si nombreux et si divers, qui constituent, par exemple, la nutrition. *Nutritivité, locomotivité, respirativité*, voilà la vaine formule à laquelle se réduit pour moi toute cette doctrine des facultés de la force vitale.

Ces conséquences, consenties ou non, mais obligées, du vitalisme dont je parle, sont-elles inhérentes à la conception vitaliste elle-même, et ne peut-on croire à un principe de vie sans en encourir la responsabilité? Je m'élève, pour ma part, contre ce jugement.

Je confesse l'existence d'un principe général de l'organisme humain, parce qu'elle m'est démontrée par ma raison. Sans vouloir pénétrer l'essence de ce principe, je me borne à le considérer comme une cause, de la nature de celles que la philosophie appelle *immanentes*, c'est-à-dire ne se séparant pas de leur effet. Mais, en même temps, je remarque que le même problème peut et doit être posé à l'égard des végétaux et des minéraux ; car eux aussi ont leur unité. Si l'action réciproque des molécules organiques ne rend pas un compte suffisant de la spécificité de la forme humaine, de la reproduction du type, de l'harmonisation des parties constituantes, il n'est pas plus aisé d'expliquer par le même principe la constitution d'un arbre, ni pourquoi un cristal a nécessairement telle forme, tant de facettes, tant d'arêtes, ou cesse d'exister. L'activité spontanée de la matière ne résout pas mieux la difficulté à l'égard d'un minéral qu'à l'égard de l'être animé ; car l'activité n'est qu'un mouvement, et le mouvement convergent d'un nombre quelconque de molécules ne peut donner que la juxtaposition et non l'harmonie de rapports. Et c'est pourquoi Leibnitz lui-même, Leibnitz pour qui force et matière ne font qu'un, lorsqu'il veut se rendre raison de la machine humaine, impose à son assemblage de monades une monade supérieure et régulatrice. L'existence de la loi d'harmonie jusque dans les corps minéraux se révèle surtout dans une curieuse expérience. « Lorsqu'un cristal, dit M. J. Béclard, a éprouvé sur l'une de ses arêtes, ou même à l'un de ses angles, une perte de substance peu considérable, il reprend sa forme primitive aux dépens des dissolutions salines identiques dans lesquelles on le plonge (*Traité élémentaire de physiologie humaine*, p. 11). » N'est-ce pas là un acte de conservation ou de réparation, comparable à certains actes des organismes supérieurs, un retour à l'unité, à l'harmonie, un de ces faits qui eussent réjoui Pythagore ou Platon, en prêtant un merveilleux argument à l'antique théorie des nombres? Le problème ainsi élargi, je ne me sens plus libre de chercher une explication pour la matière vivante et une autre explication pour la matière inanimée ; je les place l'une et l'autre en face des mêmes hypothèses ; et, étant admise l'insuffisance de l'activité moléculaire, je suis amené à supposer : — ou une force universelle, réglant toutes les combinaisons de la matière, créant les formes de tout, mais créant des formes différentes suivant le milieu matériel à travers lequel elle se déploie ; — ou une quantité innombrable de forces ayant des rapports préétablis avec certaines qualités de la matière. Et je croirais obéir encore à une curiosité naturelle, si je me posais cette question : la force individuelle ou les forces multiples, au lieu d'être simples à la manière de la monade, ne sont-elles qu'irréductibles dans leurs éléments propres et liées avec les choses par des rapports définis et invariables, et ne sont-elles pas d'essence matérielle? Notre Galien ne se gênait pas pour poser la question — il est même aisé de voir qu'il

---

6° La commission croit que le dépouillement des bulletins mortuaires ne peut être fait avec fruit qu'avec le concours direct d'un ou de plusieurs médecins, comme cela se fait à Genève et à Londres, où un bureau spécial fonctionne exclusivement pour cet usage. Le bureau de Londres donne chaque semaine un relevé des décès de cette capitale, distribué par âges, par sexes et par causes de décès, et chaque année un relevé semblable pour toute l'Angleterre (1).

Le travail de la commission a été, après discussion, adopté à l'unanimité par la première section. Le rapport qui résumait ce travail, rédigé avec le talent qui distingue le docteur d'Espine, a été lu à la quatrième séance générale du Congrès, et il y a donné lieu à une discussion assez animée dont voici les points saillants:

M. le docteur *Vingtrinier* (France) voudrait que, dans l'une des colonnes du tableau, dont le rapporteur a indiqué le modèle, on mentionnât les résultats de l'autopsie quand elle a eu lieu.

M. *Dieterici* (Prusse) aimerait que l'on pût constater la cause de chaque décès par un certificat de médecin. Mais en Prusse, où il n'y a que 1,570 médecins pour 17 millions d'habitants (1 sur 10,800), cela est absolument impossible.

M. *Bertillon* (France) répond à M. Vingtrinier que, l'autopsie n'étant malheureusement pas encore admise par les familles, il ne paraît pas utile de lui réserver une colonne spéciale dans l'état général ; mais il en sera fait mention toutes les fois qu'il y aura lieu dans le bulletin de décès qui est disposé à cet effet, et qui se prêtera ainsi à tout travail spécial sur ce sujet. Cela suffit. Quant à la possibilité d'établir une statistique des causes de décès, mise en doute par l'honorable représentant de la Prusse, l'orateur fait observer qu'il est possible que certaines contrées ne se prêtent pas encore à une organisation complète et générale de cette branche essentielle de la statistique humaine ; que cependant elle doit toujours être possible dans les villes et dans certaines communes. Les États où elle ne peut être appliquée partout devraient la mettre en pratique dans ces localités ; elle s'étendrait peu à peu, à mesure que la civilisation et le progrès le permettraient. Mais enfin, puisque cette statistique est organisée et fonctionne régulièrement en Angleterre et dans le canton de Genève depuis dix-huit ans, puisque des essais sont en ce moment tentés en Belgique et en France, on en doit conclure qu'elle peut déjà s'exécuter chez plusieurs nations, et cela justifie la confiance avec laquelle la section propose qu'une organisation uniforme soit tentée partout où l'on aura le moindre espoir de succès.

M. *de Hermann* (Bavière) signale dans le rapport l'omission de la Bavière parmi les États qui publient des renseignements statistiques sur les causes de décès. Bien que ces causes soient recueillies dans son pays depuis un assez grand nombre d'années, le gouvernement ne les publie que depuis douze ans. Mais, suivant l'orateur, il est très difficile d'obtenir des renseignements dignes de foi, à cause de la négligence et du désaccord des médecins. Il propose, pour cette raison, d'ajourner la décision à prendre sur la nomenclature nosologique indiquée.

M. *David* (Danemark) soutient que les exemples de Genève et de l'Angleterre ne sont pas concluants. Genève est une ville dont le territoire est très limité ; il est donc assez facile d'y avoir des données à peu près cer-

(1) S'il en est ainsi, on doit vivement regretter que ce dépouillement annuel ne tienne pas compte des professions ; il serait pourtant facile, quand les dépouillements se font ainsi sur un grand nombre, d'avoir une feuille pour chaque profession.

penche vers l'affirmative, — et Lavoisier, dans un remarquable passage que je regrette de n'avoir pas sous les yeux, osait mesurer la déperdition de la force intellectuelle dans le travail de cabinet sur la somme de travail organique accompli par le cerveau.

De telles vues n'ont rien de si étrange qu'on doive s'en moquer ou s'en effrayer. L'air était autrefois un fluide impondérable. On revient aujourd'hui à l'éther. Si le fluide électrique, au lieu d'être assez subtil pour traverser les corps les plus denses, pouvait être coercé comme l'air, vraisemblablement on le trouverait pesant. Quelle folie ou quel blasphème y aurait-il à penser qu'il en peut être de même de la force vitale? Mais je regrette presque, cher confrère, de soulever ces questions, ne pouvant y consacrer les développements nécessaires; je me hâte de vous avouer que j'ai quelque faible pour la théorie de la force universelle; et, quant à la nature essentielle de cette force, je vous ai dit tout à l'heure que je ne la préjugeais pas; je disais dans mes précédents articles qu'il n'était pas sage d'aller au delà de la conception d'Aristote, et j'ai présenté la force comme une substance simple; c'est déclarer que, jusqu'ici, je ne me crois pas autorisé à lui reconnaître une existence concrète et matérielle, comme est celle d'un fluide. Pour vous confier toute ma pensée, je ne suis pas bien sûr de n'être pas en cela trop timide; mais vous allez voir qu'il n'est pas besoin, pour l'objet de cette lettre, que ces diverses questions soient résolues. Ce sera l'excuse de ma brièveté, si c'est la condamnation de ma hardiesse.

Ma conception de la force vitale, si différente de celle des vitalistes, m'affranchit des déductions arbitraires que je leur reprochais plus haut. Je ne demande à la force que la détermination de la forme; et sous ce mot je n'entends pas seulement la forme extérieure, la délimitation des surfaces, mais la forme interne, le rapport réciproque des parties composantes, en un mot, tout l'homme ou toute la plante. Je lui demande de faire que toutes les molécules qui s'ajoutent à l'œuf imprégné soient agencées de telle manière qu'il en résulte, non une masse quelconque, mais un être animé; non un être animé quelconque, mais tel ou tel être, selon, je le répète, qu'elle se jouera à travers tel ou tel milieu matériel. Je lui demande, enfin, d'être conservatrice en même temps que formatrice, c'est-à-dire de continuer son action pendant toute la durée de l'être. La mort de l'être sera la conséquence nécessaire du retrait de cette force. Voilà ma force vitale. Mais au-dessous de cette action supérieure, et dans ce cadre obligé, là où d'autres voient des *facultés* de la force, je ne vois que des *propriétés* de la matière organisée, soit que ces propriétés procèdent entièrement de l'arrangement intrinsèque de la fibre, soit qu'elles résultent d'un rapport de parties, comme d'un muscle avec un filet nerveux, soit enfin qu'elles rentrent simplement dans l'ordre physique ou chimique. La sensibilité et la motilité sont donc pour moi des propriétés de la fibre organique. Je n'épouse pas assurément la physiologie du *Traité de l'homme*; mais quand je vois un aussi grand esprit que Descartes se contenter, pour expliquer l'être humain, d'une statue préalablement disposée par Dieu (Dieu ou Force, c'est tout un dans la question actuelle), et dont toutes les parties soient douées de mouvement; quand je lis cette phrase : « Je désire que vous considériez.... que toutes les fonctions que j'ai attribuées à cette machine, comme la digestion des viandes, le battement du cœur et des artères...., suivent tout naturellement *de la seule disposition des organes*, ne plus ne moins que font les mouvements d'une horloge ou autre automate de celle de ses contre-poids et de ses roues; » quand je l'entends condamner nominativement les âmes végétatives et sensitives, — service éminent, relevé dans une thèse par un professeur de la Faculté de Montpellier, M. le docteur Jaumes; quand je considère la grande, l'heureuse influence de la physique et de la physiologie cartésiennes sur les destinées de la science moderne, cela me réconforte un peu contre les accusations de *matérialisme*, de *grossier anatomisme*, dont on accable si aisément ceux qui font une grande part à la matière organisée dans l'explication des phénomènes de la vie.

Voilà bien des préliminaires, honoré confrère, pour arriver à la considération de la maladie; mais à la fin, m'y voici.

(*La fin à un prochain numéro.*)

A. DECHAMBRE.

Une des observations communiquées à l'Académie de médecine par M. Velpeau, au nom de M. Royer, soulève la question de savoir si l'intestin peut être perforé par des lombrics, sans inflammation ni ramollissement préalables. Le fait relaté par M. Royer plaide pour l'affirmative. Mais il n'est pas inutile de faire remarquer que la question est aujourd'hui jugée par un assez grand nombre d'observations authentiques, dont

---

taines sur les causes de décès. Quant à l'Angleterre, on y accepte pour médecins des hommes qui ne seraient point reçus pour tels sur le continent; c'est ainsi que le personnel médical suffit en Angleterre pour que les causes de décès puissent y être généralement relevées; mais les déclarations de cette nature n'offrent pas une grande certitude.

M. *Heuschling* (Belgique) est d'avis que le Congrès fera chose très utile en adoptant, sans différer, les travaux de la section; la constatation des causes de décès est démontrée possible par l'expérience; on l'obtient depuis plusieurs années en Belgique, et, dans un grand nombre de cas, par des médecins vérificateurs. Dans les commencements, les résultats laisseront beaucoup à désirer, mais ils se perfectionnent peu à peu; il faut hâter l'apprentissage pour arriver plus promptement à bien.

M. le docteur *W. Farr* (Angleterre) reconnaît les difficultés; mais dans beaucoup de pays, elles ne sont pas insurmontables; il ne faut donc pas les fuir, mais les tourner ou les surmonter. Il ajoute, pour répondre à l'accusation du savant représentant danois, qu'en Angleterre « on ne reçoit, pour les relevés statistiques, » que les certificats délivrés par un médecin *gradué* d'une des écoles autorisées.

M. le docteur *Konarski* (Angleterre) appuie M. Farr. Il est étonné que M. Hermann ait présenté la constatation des causes de décès comme une chose impossible, même en Bavière, où, grâce à de célèbres professeurs comme MM. Schönbein, Textor, d'Outerbon, etc., l'éducation médicale est si avancée et l'administration sanitaire si perfectionnée.

M. le docteur *Parchappe* (France) développe dans une lucide improvisation l'importance des travaux de la section. Les administrateurs, dit-il, accusent les médecins de ne pas s'entendre; et voilà que des praticiens qui se trouvent réunis sans concert préalable, qui appartiennent à sept nationalités différentes, qui parlent six langues diverses, tombent d'accord à l'unanimité sur une liste des causes de décès, sur une synonymie importante et difficile, sur les principales mesures à prendre pour assurer le succès désiré. Tandis que les autres sections n'ont eu, en général, qu'à modifier légèrement le travail de la commission organisatrice, la sous-commission chargée du travail médical qui vient de vous être présenté a eu tout à faire. Elle se trouvait placée en face de deux projets en apparence contradictoires, et soutenus par leurs savants auteurs; elle a vaincu toutes les difficultés. Fortement unie par une discussion calme et franche, elle vous apporte un projet qui réunit l'unanimité de ses membres : et, moyennant les précautions qu'elle vous indique, elle a droit d'espérer un succès, au moins relatif, dans la mise en pratique de ses vues. Certainement, les administrateurs connaissent parfaitement les difficultés de l'exécution;

une en particulier appartient à M. Velpeau lui-même (*Archiv. générales de médecine*, tome VII), qui aurait le droit, au milieu de tant de publications, d'avoir oublié celle-là. Nous avons, l'année dernière (GAZETTE HEBDOMADAIRE, p. 701, t. II), rapporté quelques exemples des désordres parfois très considérables que les lombrics peuvent produire au sein des organes, notamment la perforation, l'érosion, sans aucune altération appréciable des tissus.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTE SUR LA SYPHILISATION, par M. le docteur SPERINO (de Turin); lue à la Société de médecine du département de la Seine, dans la séance du 3 août 1855.

J'offre à la Société de médecine mon *Traité de la syphilisation;* et, puisqu'elle veut bien me prêter un moment sa bienveillante attention, je vais l'entretenir de cette grave question de la syphilisation.

Personne n'ignore que des expériences faites par M. Auzias Turenne sur des singes, dans le but de leur inoculer la syphilis, est sortie la syphilisation. J'avais depuis longtemps remarqué que des filles publiques, atteintes plusieurs fois de chancres, présentaient des accidents successifs d'autant plus bénins que la contagion s'opérait chez elles un plus grand nombre de fois. Aussi la publication de M. Auzias Turenne fut-elle pour moi un trait de lumière, qui jeta un jour nouveau sur des faits que j'avais constatés sans en tirer aucune conséquence pratique. A partir de ce jour, j'ai institué des observations rigoureuses, et mon doute s'est changé en conviction.

Le nombre de ceux qui croient à la syphilisation est plus grand qu'on ne pense; je viens de Lyon, et j'y ai vu deux honorables confrères à même de bien observer, de bien suivre leurs malades, et qui partagent notre manière de voir. Et comment ne croirait-on pas à la vertu prophylactique et curative du virus syphilitique, quand on cherche à relier entre eux tous les faits propres à éclairer l'esprit?

Ne sait-on pas que les chancres d'une cicatrisation longue et difficile, que des bubons suppurés, sont rarement suivis d'accidents syphilitiques constitutionnels, et qu'au contraire les ulcérations primitives d'apparence bénigne et d'une guérison plus facile donnent souvent lieu à des accidents secondaires plus sérieux? Mais je tiens à vous parler des observations consignées dans mon livre, et des résultats obtenus par le traitement des inoculations successives.

Dans une première série d'observations, j'ai choisi des prostituées atteintes de chancres primitifs, vierges de tout traitement hydrargyrique; je les ai soumises à des inoculations répétées, et toujours les ulcérations, soit primitives, c'est-à-dire acquises par le coït, soit artificiellement produites par la lancette, ont diminué de gravité, proportionnellement au nombre des inoculations pratiquées. Bien plus, ces mêmes filles, livrées de nouveau aux mêmes causes de contagion, sont restées, en quelque sorte, rebelles à toute nouvelle infection.

Une syphilisée, entre autres, était bien propre à montrer combien on peut impunément s'exposer à de nouvelles occasions d'infection. La conformation de ses parties lui rendait toute approche difficile, et souvent elle est venue réclamer nos soins pour des plaies nouvelles qui offraient une voie naturelle à l'inoculation, mais chaque fois ces plaies se sont cicatrisées sans traitement, comme auraient pu le faire de simples déchirures.

Dans une seconde série d'observations, j'ai choisi des filles atteintes, non plus d'accidents primitifs, mais sous le coup de symptômes secondaires constitutionnels, et dans ce cas encore la syphilisation m'a donné des guérisons plus promptes et plus sûres que celles obtenues en général par les traitements antisyphilitiques adoptés.

Vous trouverez dans mon ouvrage le mode que j'ai suivi dans les inoculations; il serait beaucoup trop long de vous entretenir ici de ces détails.

Les individus atteints de la vérole et guéris par la syphilisation *seule*, sans mercure ni iodure de potassium, dans les années 1851, 1852 et 1853, et dont les observations furent publiées par moi en 1853 et 1854, sont au nombre de 76. Parmi ces malades, 45 étaient affectés de syphilis primitive, 31 d'accidents secondaires, et jusqu'à ce jour je n'ai constaté que 7 cas d'infection constitutionnelle, 2 appartenant à la catégorie des accidents primitifs, 5 se rapportant à la catégorie des sujets atteints de symptômes secondaires; et encore dois-je ajouter que parmi ces 7 malades, chez lesquels la syphilisation n'avait pas prévenu la marche des accidents ultérieurs, quelques inoculations nouvelles ont suffi pour faire disparaître toute trace de syphilis constitutionnelle, et que depuis trois ans la guérison persiste. Par conséquent le nombre des faits propres à démontrer l'inefficacité de la syphilisation serait de 5 pour 76.

Aux faits que j'ai consignés, j'en pourrais ajouter 7 autres diagnostiqués par M. Baumès (de Lyon), et traités par la syphilisation avec un succès complet; mais la guérison est encore trop récente pour qu'ils prennent rang dans la statistique.

Non-seulement l'immunité à laquelle on arrive après un certain nombre d'inoculations du virus chancreux, et la disparition des accidents secondaires pendant des années, méritent de fixer l'attention du praticien, mais une autre observation est digne d'être enregistrée : c'est l'amélioration progressive dans l'état général des individus soumis au traitement syphilisant, et la santé florissante qu'on observe chez eux au bout d'un certain temps. Cette considé-

mais ils ne sont peut-être pas absolument compétents pour résoudre seuls celles qui sont tout à fait du ressort de l'art. Au reste, votre sous-commission a dans son sein des administrateurs distingués, et parmi eux plusieurs sont en même temps des administrateurs de l'État et des médecins. Elle a abordé les difficultés une à une; elle n'a pas pensé les résoudre toutes, mais elle a cru les diminuer assez pour pouvoir tracer dès aujourd'hui les premiers linéaments d'une des plus importantes recherches au double point de vue de la science et de l'hygiène publique. Nous croyons donc qu'il serait fâcheux d'ajourner ce que l'on peut faire tout de suite, au moins dans beaucoup de pays et d'importantes localités.

M. *Marc-d'Espine* ajoute que si, dans certains endroits, les essais de statistique nosologique ont pu donner des résultats imparfaits, les recherches qu'il a faites à ce sujet ne lui permettent pas de douter que ce mauvais succès n'ait tenu surtout :

A l'absence des précautions indiquées dans le rapport, notamment à ce que l'on n'avait pas distribué des modèles uniformes de bulletins de décès à remplir par le médecin traitant;

A ce que des docteurs choisis n'avaient pas été chargés de la vérification des causes de mort et du *visa* des bulletins délivrés à la famille par son médecin;

A ce que le dépouillement de ces bulletins n'avait pas été exécuté avec le concours actif de docteurs en médecine.

Après ces considérations, appuyées par d'autres membres, le Congrès, consulté, a adopté le rapport à une très grande majorité. On a remarqué que M. de Hermann lui-même avait adhéré par son vote aux conclusions de la commission médicale.

Ainsi le Congrès a accompli la partie la plus importante, nous osons le dire, de la grande tâche qui lui était dévolue, en ce qui touche directement le bien-être et l'amélioration de la race humaine. La science a fait son devoir : c'est maintenant aux bureaux de statistique des divers pays à faire le leur; c'est à eux qu'il est réservé, ou de laisser stériles, ensevelies dans les colonnes d'un compte rendu, ou de faire fructifier par une exécution intelligente, les sages mesures proposées par des hommes spéciaux et sanctionnées par l'approbation d'une savante assemblée.

Docteur BERTILLON,
médecin de l'hospice de Montmorency.

ration me fait croire que la guérison de la vérole par la syphilisation sera radicale et définitive.

Permettez-moi de vous citer deux faits bien propres à montrer la transformation qui s'opère dans la constitution des individus syphilisés.

Obs. I. — Une fille publique, atteinte de tubercules muqueux aux parties génitales, de psoriasis syphilitique et de *favus*, fut traitée, en 1852, par la syphilisation *seule*. Les inoculations eurent chez elle un tel succès, qu'elle fut à la fois guérie de ses accidents secondaires et de son favus. M. Mêlier, de passage à Turin, a vu cette malade, dont la cure se maintient depuis lors.

Obs. II. — Une autre fille, d'une faible constitution, atteinte depuis son enfance d'une *teigne faveuse*, eut, à la suite de chancres non indurés, des pustules humides, ulcérées, aux parties génitales, au périnée et à l'anus ; une syphilide papuleuse et des pustules plates sur la lèvre inférieure de la bouche, le tout accompagné d'engorgement des glandes cervicales et d'ulcérations scorbutiques aux gencives. Cette malade a été vue par M. Baumès, par M. Carus (de Dresde), et par plusieurs autres confrères, alors qu'elle était soumise à la syphilisation. Sous l'influence de ce traitement, les accidents syphilitiques secondaires et le favus ont disparu, en même temps que l'état général de la constitution s'est amélioré. Cette guérison, encore récente, se maintiendra-t-elle ? Tout porte à le croire. Quoi qu'il en soit, il faut bien ici reconnaître les bons effets de la syphilisation, puisque aucun autre traitement n'est intervenu.

Ces faits prouvent, messieurs, que les inoculations répétées méritent d'être étudiées, tant au point de vue de la syphiliographie qu'à celui de la pathologie générale.

La syphilisation a rencontré, jusqu'à ce jour, une grande opposition ; mais malgré cela elle fait des progrès, elle surmontera tous les obstacles ; car c'est en vain qu'on cherche à étouffer la vérité : tôt ou tard elle triomphe.

M. Boeck, professeur à l'Université de Christiania, a déjà publié, il y a un an, un certain nombre de faits qui prouvent, comme ceux publiés par moi, l'immunité obtenue par les inoculations successives, la guérison de la syphilis constitutionnelle et l'amélioration de la santé générale chez les syphilisés. M. Boeck, ne trouvant pas d'opposition, sous un climat moins favorable aux accidents syphilitiques en général, continue paisiblement ses études et publie de temps à autre des faits nouveaux et favorables à la syphilisation. M. Steuberg (de Stockholm) publie en ce moment les observations de trois individus guéris de la vérole depuis deux ans par la syphilisation dans les salles de M. Carlsson, et connus de M. Retzius. Enfin la syphilisation est encore pratiquée par M. le professeur Sigmund (de Vienne) et par d'autres confrères.

J'émets le vœu, en terminant, qu'elle soit étudiée, dans l'intérêt de la science, par les célèbres syphiliographes de Paris, tant je suis convaincu qu'elle sortira de leurs mains plus perfectionnée et plus probante dans ses résultats.

Ce travail a donné lieu à la discussion suivante :

M. *Briquet* : Je remercie, pour mon compte, M. Sperino de son intéressante communication, et le prie d'éclairer nos doutes sur quelques points des plus importants de la syphilisation.

La statistique aurait aujourd'hui 80 individus traités par les inoculations répétées, et que les partisans de la syphilisation considèrent comme guéris et indemnes pour l'avenir ; notre confrère a pu difficilement suivre les 76 malades qui lui sont propres, et je ne le crois pas en droit de conclure que leur guérison soit définitive, puisque c'est une question que le temps seul peut décider.

M. *Sperino* : Je suis de l'avis de M. Briquet ; mais il faut distinguer deux grands faits dans la syphilisation : elle agit et comme traitement curatif immédiat sur les accidents primitifs ou secondaires existant à l'heure même, et comme traitement prophylactique assurant aux malades l'immunité pour l'avenir. Eh bien ! pour le premier point, l'observation nous donne des résultats incontestables ; nous guérissons sûrement, par des inoculations répétées, les accidents primitifs ou secondaires existants, sans mercure, sans aucun autre traitement ; et, fait non moins important, l'état général de la santé s'améliore en même temps que les symptômes locaux s'amendent. Quant aux résultats à venir, quant à la prophylaxie et à l'immunité dont jouissent les malades syphilisés, c'est une question, en effet, que le temps seul pourra résoudre. Je possède déjà un certain nombre de faits datant de trois ans, portant sur des filles publiques, en position, certes, de mettre l'immunité dans tout son jour. Mais j'avoue avec vous, que ces guérisons auront d'autant plus de valeur qu'un plus grand nombre d'années en auront garanti l'authenticité et la durée.

M. *Forget* : La guérison des chancres par l'inoculation de chancres nouveaux, de la syphilis en général par l'aggravation de l'infection déjà existante, était un fait si étrange, si nouveau, tellement en dehors de toutes les doctrines et de toutes les méthodes employées, que l'attention publique en a été vivement excitée. La plupart des médecins, et je suis de ce nombre, se rappelant les dangers qu'ont courus certains de nos confrères en s'inoculant accidentellement le pus syphilitique, et la fin trop rapide de quelques autres dont la mort date d'hier, n'ont pu voir sans appréhension qu'une méthode de traitement à ce point subversive de toutes nos idées, était acceptée comme chose sérieuse et praticable. — En général, notre première impression, à Paris, fut donc peu favorable aux partisans de la syphilisation ; mais bientôt nos appréhensions se changèrent en conviction arrêtée quand, à l'occasion de la discussion soutenue à l'Académie de médecine, des faits d'une certaine gravité furent rendus publics. — Personne n'a oublié quel douloureux spectacle fut pour l'Académie et pour le public la présentation du docteur allemand L..., dont la vie paraissait sérieusement menacée par le fait d'inoculations intempestives, et quelle réaction s'opéra dans les esprits, à la nouvelle de la mort de ce jeune étudiant, également inoculé. La discussion de l'Académie de médecine nous a donc laissés dans un doute perplexe au sujet de l'innocuité de la syphilisation. Ces faits, suivis des plus graves conséquences, ont alarmé nos esprits, et nous souhaitons que M. Sperino puisse parer le coup funeste qu'ils ont porté à la syphilisation.

M. *Sperino* : Longtemps encore nous en serons réduits à disserter sur des faits discutables, puisque la syphilisation est trop nouvelle pour qu'elle soit passée à l'état de principes et de doctrine. Restons donc sur le terrain de l'observation. J'ai hâte de dire que les accidents développés chez M. L... ont donné lieu à un jugement prématuré, et qu'ils ne sont pas aussi contraires à la syphilisation qu'on l'a pensé généralement. M. L... s'est inoculé au bras du pus de tubercules muqueux pris sur les amygdales ; la pustule qui a succédé à l'inoculation a mis huit jours à se développer, et elle a transmis à M. L... une syphilis constitutionnelle d'emblée, qui a eu, je l'avoue, une marche un moment inquiétante. Mais, en bonne syphilisation, ce n'est point le pus des accidents secondaires, mais bien celui des accidents primitifs qu'il faut inoculer. En voulez-vous la preuve ? Depuis mon arrivée à Paris, j'ai vu M. L... ; sa santé est aujourd'hui magnifique ; il a pris de l'embonpoint. Et savez-vous quelle médication a produit ce merveilleux résultat ? La syphilisation. Mais je n'en dois pas dire davantage. M. L... prépare lui-même un mémoire qui portera la lumière dans tous les esprits. Quant à l'étudiant qui serait mort des suites de l'inoculation, il ne faut pas oublier qu'il y a eu chez lui complications de fièvre et d'érysipèle, et que par conséquent on ne peut attribuer aux inoculations seules cette terminaison fatale.

M. *Chausit* : La guérison du favus chez les deux filles dont M. Sperino nous a dit quelques mots est un fait fort remarquable. Je me suis aussi occupé de l'influence du traitement général sur la guérison de la teigne faveuse. J'ai quelquefois constaté la guérison, mais le parasite végétal reparaissait au bout d'un certain temps. Je désirerais savoir si la récidive a eu lieu chez les deux malades syphilisées par M. Sperino.

M. *Sperino* : Le premier fait de guérison, qui date aujourd'hui de trois ans, se maintient parfaitement. La malade est entrée dans un refuge ; j'ai pu la suivre ; son état de santé est très satisfaisant. Quant au second fait, il est plus récent ; la cachexie de la malade était portée à un point extrême : on aurait pu redouter une rechute, mais la guérison du favus se maintient aussi bien que celle de la syphilis, tant il est vrai que la syphilisation modifie l'ensemble de la constitution.

M. *Bourguignon* : Si j'ai bien compris M. Sperino, l'Allemand M. L... se serait inoculé des symptômes secondaires qui ont pris sur lui immédiatement une extrême gravité. La question de savoir si l'inoculation des sécrétions provenant de pustules muqueuses ou des symptômes secondaires est possible, partage encore aujourd'hui l'école des syphiliographes en deux camps. Je voudrais savoir si, pour M. Sperino, les accidents secondaires sont inoculables et transmissibles sur place. Je lui demanderai également à quelles déductions pratiques en est aujourd'hui la syphilisation ; si, un malade étant donné, M. Sperino le soumet aux inoculations répétées ; si, en un mot, sa confiance dans le traitement nouveau est tellement entière, qu'il ait fait de la syphilisation une médication usuelle et pratique.

M. *Sperino* : Je crois à la transmission des accidents secondaires sur place et par inoculation des humeurs sécrétées ; j'ai trop souvent constaté la transmission directe par simple contact pour que le moindre doute existe dans mon esprit à cet égard. Quant au mode de traitement que j'ai

adopté, il n'est pas la rigoureuse application des principes que m'a donnés l'expérimentation. J'applique de préférence la syphilisation aux sujets déjà sous le coup d'accidents secondaires, et surtout à ceux qui, sérieusement frappés dans leur constitution, ont suivi en pure perte le traitement mercuriel ordinaire. Le jugement porté à Paris sur la syphilisation a réagi sur l'esprit public à Turin comme ailleurs, et nous a imposé une conduite plus réservée, dans l'intérêt même de la doctrine dont nous désirons le triomphe.

M. *de Pietra Santa* : M. Sperino parle des obstacles qui sont venus de Paris ; mais une commission a été nommée à Turin, comme M. le préfet de police en avait lui-même nommé une à Paris : la commission de Turin a fait un rapport qui n'a pas été plus favorable à la syphilisation que celui de la commission de Paris. M. Sperino fait donc à la France une responsabilité un peu trop exclusive.

M. *Sperino* : Non, messieurs, je n'exagère pas l'importance qu'a eue pour la syphilisation l'accueil qu'elle a reçu en France, tant de la part de l'Académie que de l'administration. L'influence qu'exerce Paris s'est fait sentir dans cette occasion comme dans toute autre circonstance. J'ai cependant plaisir à vous dire que M. le préfet de police, que je désirais voir avant mon départ de Paris, a bien voulu m'accorder un moment d'entretien, et qu'il n'est pas administrativement, aussi hostile à la syphilisation que j'avais lieu de le croire, après tout ce qui a été publié. A Turin, l'administration n'a mis aucun obstacle à nos travaux d'expérimentation ; la science a conservé, dans cette circonstance, l'indépendance dont elle avait besoin pour s'éclairer. Quant au rapport de la commission de Turin, il serait beaucoup trop long de le réfuter. Je joins à mon ouvrage principal un opuscule dans lequel je réponds à toutes les objections faites par le rapporteur. Je prie M. de Pietra Santa d'en prendre connaissance.

M. *Sperino* termine en remerciant la Société de l'attention qu'elle a bien voulu lui prêter.

M. le président *Géry* exprime à M. Sperino combien la Société lui sait gré d'avoir bien voulu faire son intéressante communication.

De l'anesthésie de douleur dans l'aliénation mentale, et de son influence pathogénique sur certains modes de délire partiel, par le docteur Michéa.

Au XVIIIe siècle, on ne savait rien d'exact en physiologie sur la sensibilité générale, sur le sens du plaisir et de la douleur. Aux yeux de Haller, le chaud et le froid, le raboteux et le poli, le dur et le mou, le sec et l'humide, étaient, avec les sensations de pesanteur, de prurit, de titillation, de chatouillement et de douleur, des modes fonctionnels d'un seul et même sens, celui du tact. Cet illustre physiologiste avançait une assertion plus erronée encore : il pensait que les nerfs, autres que ceux de la peau ou de certaines muqueuses, quand ils se trouvent placés au contact des objets extérieurs, pouvaient transmettre au cerveau toutes les impressions fournies par le tact ; il soutenait, par exemple, qu'un nerf dentaire, mis à nu par la carie, sent avec une douloureuse exactitude la température chaude ou froide, la texture molle ou résistante, et jusqu'à la forme du corps en contact avec lui.

Cabanis essaya, le premier chez nous, de réagir contre les idées de Haller, en appelant l'attention des physiologistes sur les sensations propres qui résultent de l'exercice des diverses fonctions viscérales, sensations qu'il appelle *sensations internes ;* mais ce fut surtout en Allemagne que la réaction s'accomplit dans toute sa plénitude. En effet, à l'aide d'une analyse aussi lumineuse qu'approfondie, Reil démontra que la sensibilité générale ou le sens du plaisir et de la douleur n'avait rien de commun avec la sensibilité tactile. Il donna le nom de *cœnesthèse* (sensation d'ensemble) à ce sens du plaisir et de la douleur, inséparable de tout organisme vivant ; sens intérieur, vital par excellence, sans lequel l'homme n'aurait aucune idée de l'intensité variable de ses forces physiques dans les actes de la respiration, de l'excrétion, de la contraction musculaire, etc., etc. Car c'est la cœnesthèse qui nous avertit sans cesse des changements ou états successifs que subissent nos organes ; c'est elle qui nous fournit la notion première de l'existence de notre propre corps. « Si l'on pouvait trouver, dit Reil, un animal qui fût privé de tout organe de sens externes, cet animal aurait encore, au moyen de la cœnesthèse, quelque sensation plus ou moins obscure de son existence. »

Un des premiers phénomènes dont on s'aperçut quand on expérimenta en France la découverte de Jackson, fut que le sentiment du tact pouvait exister alors que le sentiment de la douleur avait disparu entièrement. Or, comme un progrès en amène souvent un autre, on ne tarda pas à remarquer que ce qui avait lieu d'une manière artificielle au moyen de l'éther ou du chloroforme, pouvait se produire d'une façon toute spontanée.

L'anesthésie de douleur, ce symptôme retrouvé en quelque sorte, auquel M. Beau a proposé de donner le nom d'*analgésie*, joue en effet en pathologie mentale un rôle qu'on ne soupçonnait pas, et dont l'importance grandit tous les jours. Tous les aliénistes avaient bien écrit que certains aliénés endurent sans se plaindre le chaud, le froid, les coups, les blessures, les brûlures ; qu'ils se mutilent même sans éprouver aucun sentiment de douleur ; mais ils ne disaient rien de plus de ce phénomène, qui passait à leurs yeux pour exceptionnel. Ils n'en déduisaient surtout aucune conséquence applicable soit à la médecine légale, soit à la pathogénie du délire. Cependant, l'anesthésie de douleur, méconnue par Haller, Bichat, etc., n'avait point échappé à l'attention de certains observateurs des XVIe et XVIIe siècles.

Quand on parcourt la relation des procès de sorcellerie, on voit que les inquisiteurs attachaient une haute valeur à l'existence de l'anesthésie cutanée comme signe de possession démoniaque. Lorsqu'un individu était inculpé de ce prétendu crime, les experts, après lui avoir bandé les yeux, promenaient une loupe sur toutes les parties de son corps préalablement rasées, dans le but de découvrir la marque de Satan (*stigma diaboli*). La plus légère tache à la peau était sondée à l'aiguille. Si la piqûre n'éveillait aucune sensation douloureuse, si elle ne provoquait aucun cri ni aucun mouvement, le pauvre malade était réputé sorcier, et, partant, condamné à être brûlé vif. Si, au contraire, il sentait la piqûre, il était acquitté : Satan ne lui avait point imprimé sa griffe (Pigray, *Chirurgia*, 1609, lib. VII, cap. 10).

Or, de toutes les formes de l'aliénation mentale, la lypémanie est celle où l'on constate le plus souvent l'insensibilité de la peau à la douleur. Sur vingt cas, sans aucune distinction d'espèces, on la rencontre au moins quatorze fois, à des degrés divers. Tantôt elle est légère et ne se révèle que par l'absence du chatouillement provoqué en promenant les barbes d'une plume sur les ailes du nez ou sur les bords de la conque de l'oreille ; tantôt elle est plus intense, car on peut enfoncer brusquement des aiguilles dans la peau, promener sur elle des morceaux d'amadou en ignition, sans que les malades témoignent qu'on les pique ou qu'on les brûle. C'est surtout à la peau des extrémités supérieures et inférieures que l'analyse est très appréciable. A la peau du tronc et du cou, elle ne l'est pas autant.

L'insensibilité de la peau à la douleur est surtout très fréquente dans deux espèces de lypémanie : la lypémanie religieuse et la lypémanie suicide. En voici quelques exemples :

Obs. I. — Madame C..., âgée de trente-cinq ans, femme d'un négociant de Constantinople, est née en Italie, de parents catholiques. Elle appartient par conséquent à la religion romaine, dont elle suit les pratiques avec la plus profonde conviction et le plus grand zèle. Elle a un oncle, du côté maternel, qui a été aliéné.

Au commencement d'octobre 1851, cette dame fit un voyage à Londres, avec son mari, qui avait aussi une maison de commerce dans cette ville, et qui venait d'y être victime d'une faillite considérable.

A son arrivée en Angleterre, madame C... ne tarda pas à connaître toute l'étendue du désastre que son mari avait eu le soin de lui cacher jusque alors. Cette perte d'argent, dans laquelle sa dot se trouvait comprise, lui causa un violent chagrin. Le sommeil et l'appétit disparurent, et il survint un état habituel de tristesse qui dégénéra insensiblement en lypémanie.

L'idée fixe de madame C... consiste à croire qu'on veut l'empoisonner. Ses soupçons se portent sur les protestants et les juifs de l'Angleterre ; elle s'imagine qu'ils se sont ligués contre elle, parce qu'elle est catholique fervente. Elle accuse les Juifs d'avoir l'intention de circoncire ses trois fils. Elle prétend aussi qu'ils lui ont dérobé un reliquaire qu'elle tenait d'un prêtre de l'église de la Trinité de Constantinople, reliquaire renfer-

mant un morceau de la vraie croix, et qu'ils s'en sont emparés afin de hâter l'avénement de leur Messie. Elle croit qu'à Londres les protestants, dans leur haine des objets de la vénération des catholiques, lui ont enlevé un autre reliquaire acheté à Mantoue, où se trouvaient des ossements de plusieurs martyrs, et qu'à la place de ces restes sacrés ils ont substitué des ossements d'animaux immondes.

Cette dame offrit pendant tout le cours de sa lypémanie, dont elle finit par guérir, une diminution considérable de la sensibilité cutanée. J'avais beau lui enfoncer très profondément, et à son insu, des aiguilles à la peau de la nuque, des avant-bras, des jambes, etc., elle n'opérait aucun mouvement instinctif, ne poussait aucun cri. Les piqûres que je lui faisais étaient très supportables. Elle savait bien que quelque chose entrait dans sa peau, mais elle hésitait à appeler douleur la sensation qu'elle éprouvait, tant cette douleur était légère.

Il est des lypémaniaques dont les tentatives de suicide consistent en des mutilations tellement atroces, qu'elles déconcertent d'abord l'esprit de l'observateur. On voit, en effet, des mélancoliques qui, dans le but d'en finir avec la vie, se dissèquent et s'enlèvent le canal aérifère (*Dublin Medical Press*, 1844), qui s'arrachent les deux yeux (*Journ. de Damerow, Flemming et Roller*, 1845), qui se coupent le poignet (Journal *The Lancet*, 1852), qui s'ouvrent l'abdomen avec des ciseaux et se retranchent des portions considérables d'intestins (*Gazette des hôpitaux*, 1846, n° 95), qui s'enfoncent des aiguilles dans le cœur (*Bull. de thérapeut.*, 1845), etc., etc.

A priori, on pourrait considérer ces faits comme des exemples de courage et de fermeté d'âme. Il n'en est rien. En pathologie mentale, plus une tentative de suicide est horrible dans son exécution, plus on a lieu de soupçonner l'existence de l'analgésie. J'ai vu un mélancolique qui s'est scié avec un tesson de bouteille la moitié du sternum ; j'en ai vu un autre qui, après avoir essayé vainement de s'ouvrir les veines des bras et des jambes avec un clou, s'était labouré la peau de l'abdomen et du thorax avec ce même clou. Or, ces deux malades étaient analgésiques au plus haut degré. Soumis par moi, bien des fois, à l'épreuve des aiguilles et de l'amadou en ignition sur la peau, j'ai eu chaque fois la conviction que ces expériences ne leur causaient aucune espèce de sensation douloureuse.

L'analgésie fait plus que coïncider avec la lypémanie. Dans plusieurs cas, elle paraît avoir sur elle une influence pathogénique directe : elle semble en provoquer certaines espèces déterminées, par exemple, celle dans laquelle les malades perdent le sentiment de leur propre individualité (ne pas confondre avec la perte de la conscience). Que cette espèce de lypémanie soit irréductible ou qu'elle ne soit, comme tout porte à le croire, qu'une simple variété d'un autre délire mélancolique, la nosomanie, le *lethi timor* de Darwin, toujours est-il qu'il est des monomaniaques qui se prétendent transformés en corps insensibles, devenus choses, de personnes qu'ils étaient (1) ; qui se figurent qu'ils ne sont plus vivants (2).

(1) Ces mélancoliques ont tous une crainte extrême de leur destruction. Ils ressemblent en cela aux nosomanes. Le malade cité par Arétée, qui, se croyait fait de boue, craignait tellement d'être dissous qu'il évitait de boire. Celui dont parle Sanchez, d'après Boerhaave, et qui prétendait être de verre, se tenait continuellement assis de peur d'être brisé. Un médecin distingué du XVII^e siècle, Gaspard Barlœus, qui s'imaginait que son corps était de bourre, fuyait la chaleur dans la crainte de se voir fondre. Le célèbre abbé Molanus, de Hanovre, qui se disait métamorphosé en grain d'orge, redoutait tellement d'être dévoré par les poules, qu'il ne voulait pas sortir de sa maison.

(2) Deux princes de la maison de Bourbon, M. le Prince, fils du grand Condé, et Philippe V, roi d'Espagne, offrent des exemples de cette conception délirante. Voici ce que dit Saint-Simon de la mélancolie de M. le Prince: « Il n'entra et ne sortit rien de son corps qu'il ne le vît peser lui-même et qu'il n'en écrivît la balance ; d'où il résultait des dissertations qui désolaient les médecins.... Il augmenta son mal par son régime trop austère, par une inquiétude et des prévisions qui le jetèrent dans des transports de fureur. Finot, son médecin et le nôtre, ne savait que devenir avec lui. Il « se croyait mort » et ne voulut rien manger. Finot lui dit qu'il y avait des morts qui mangeaient. Il fit venir des gens qui faisaient les morts, et M. le Prince mangeait avec eux. (*Mémoires de Saint-Simon*, t. VII, p. 125.) » Duclos dit, en parlant de Philippe V: « Il était fort attentif sur sa santé..... Dans des moments il « se croyait mort » et demandait pourquoi on ne l'enterrait pas..... Il prenait une boîte de thériaque à la fois pendant plusieurs jours de suite, disant que ses médecins étaient des coquins qui soutenaient qu'il n'était pas malade, quoiqu'il se sentît près de sa mort qui arriverait bientôt. » (*Mémoires secrets de Duclos*, Œuvres complètes, t. VII, p. 257.)

OBS. II. — Dans mes *Recherches sur l'emploi des narcotiques dans le traitement de l'aliénation mentale*, j'ai rapporté avec tous ses détails l'observation d'une lypémaniaque âgée de trente ans, qui présentait une anesthésie cutanée des plus remarquables (page 50). Des aiguilles, enfoncées brusquement et profondément dans la peau, ne lui faisaient éprouver aucune douleur. Elle était également insensible à l'action de l'amadou en ignition sur ses bras et ses jambes. Cette insensibilité à la douleur était si évidente, qu'elle était devenue l'objet de la préoccupation exclusive de la malade, qui en concluait qu'on lui avait changé son corps, qu'elle était devenue une machine vivante par le fait de quelque sortilége. Rien ne pouvait la dissuader de cette conviction fausse ; et, pour prouver qu'elle ne se trompait pas à ceux qui cherchaient à raisonner avec elle, elle leur montrait la peau de ses seins et de son abdomen ; elle en prenait les plis, à la manière du chirurgien qui veut pratiquer un séton, et essayait de passer à travers la pointe d'un ciseau, d'un canif, etc., en disant : « Vous voyez bien que je n'ai plus de corps, que je suis transformée en machine. »

OBS. III. — J'ai vu tout récemment un homme, âgé de quarante-cinq ans, devenu lypémaniaque à la suite de chagrins domestiques, et ayant tenté plusieurs fois de se donner la mort. Indépendamment de la conviction délirante que sa figure était devenue difforme et qu'il avait un troisième œil au milieu du front, il affirmait qu'*il était mort depuis les pieds jusqu'à la tête*. Je le soumis aux expériences de l'amadou en ignition et des aiguilles, et j'eus aussitôt la preuve que ce malade était analgésique sur tous les points de la surface cutanée qu'il disait *morts*.

OBS. IV. — M. Foville a cité, il y a une vingtaine d'années, un fait semblable, où l'analgésie était des plus évidentes, mais qui passa alors inaperçu, parce que les aliénistes ne connaissaient pas ce symptôme. Il s'agit d'un homme qui se croyait mort depuis la bataille d'Austerlitz, à laquelle il avait assisté, et où il avait reçu une blessure grave. Lorsqu'on demandait à cet homme des nouvelles de sa santé, il avait coutume de répondre ceci : « Vous demandez comment va le père Lambert ? Mais le père Lambert n'y est plus : il a été emporté d'un boulet de canon à la bataille d'Austerlitz. Ce que vous voyez là n'est pas lui : c'est une machine qu'ils ont faite à sa ressemblance, et qui est bien mal faite. » Jamais, en parlant de lui-même, il ne disait *moi*, mais *cela*. Or, chez ce mélancolique, qui tomba plusieurs fois dans un état complet d'immobilité et d'insensibilité, les sinapismes et les vésicatoires, dit M. Foville, ne déterminent jamais le moindre signe de douleur. (Article FOLIE, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.)

OBS. V. — Vers la fin de sa vie, le célèbre chirurgien Baudelocque avait perdu la conscience de la présence de son corps. Lui demandait-on, par exemple : « Comment va la tête? » Il répondait : « La tête ! je n'ai point de tête. » Si on lui demandait son bras pour lui tâter le pouls, il disait qu'il ne savait pas où il était. Il voulut un jour lui-même se tâter le pouls : on lui mit la main droite sur le poignet gauche ; il demanda alors si c'était bien sa main qu'il sentait (*Bibliothèque médicale*, 1809, t. XVII.)

L'analogie porte à croire que Baudelocque était analgésique, et que son insensibilité de la peau à la douleur était le point de départ du genre de trouble intellectuel dont il fut affecté.

Des faits que je viens de citer, je conclus que l'anesthésie de douleur, ou l'analgésie, dont la réhabilitation, comme symptôme de l'aliénation mentale, est due à la découverte de Jackson, se manifeste ordinairement dans la forme mélancolique du délire, notamment dans la lypémanie religieuse et la lypémanie suicide ; que ce symptôme peut engendrer un certain nombre de conceptions fausses ; que les idées fixes, rapportées par quelques auteurs à la perte du sentiment de la personnalité comme à leur principe générateur, ne sont autre chose que des erreurs de jugement ayant leur source pathogénique dans un trouble exclusivement sensitif, l'anesthésie de douleur ou analgésie.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — *Sur le mécanisme de la formation du sucre dans le foie*, par M. *Cl. Bernard*. — Après avoir exposé sommairement l'histo-

riquo de la question, après avoir rappelé les faits fondamentaux qui servent de base à la théorie glycogénique, et les opinions contradictoires récemment émises par M. Figuier, M. Cl. Bernard déclare que les expériences qui servent de base aux divers mémoires de ce chimiste étant inexactes, il n'y a pas lieu de relever toutes les erreurs physiologiques et toutes les contradictions dans lesquelles l'auteur a dû tomber après un semblable point de départ.

Puis M. Bernard passe à l'étude du mécanisme de la formation du sucre dans le foie. Il rappelle l'opinion formulée à ce sujet par M. Schmidt (de Dorpat), qui ferait dépendre la formation du sucre d'une oxydation des matières grasses du sang; celle de M. Lehmann (de Leipsick), qui admet que le foie dédouble certaines substances albuminoïdes du sang en sucre et en des matières azotées qui peut-être entrent dans la formation des principes azotés de la bile ; enfin la théorie de M. Frerichs (de Breslau), qui admet que le foie décompose d'une certaine façon des matières azotées qui donneraient naissance dans l'organe à de l'urée et à du sucre.

Des faits nombreux sont venus prouver à M. Bernard qu'au lieu de chercher *directement dans le sang*, comme le font les auteurs précités, la substance qui précède le sucre et qui lui donne immédiatement naissance, il faut la chercher *dans le tissu hépatique* lui-même.

Voici le résumé d'une expérience destinée à mettre ce fait en lumière: Un chien adulte, vigoureux et bien portant, exclusivement nourri avec de la viande depuis plusieurs jours, est sacrifié par la section du bulbe rachidien, sept heures après un repas copieux de tripes. Le foie est enlevé aussitôt, avant que le sang ait eu le temps de se coaguler dans ses vaisseaux, et soumis immédiatement à un lavage à l'eau froide par la veine porte, lequel est continué pendant quarante minutes sans interruption. Au début de l'expérience, l'eau colorée en rouge qui jaillissait par les veines hépatiques était sucrée et précipitait abondamment par la chaleur: il fut constaté à la fin de l'expérience que l'eau parfaitement incolore qui sortait par les veines hépatiques ne renfermait plus aucune trace de matière albumineuse ni de sucre. Par la fermentation et au moyen du liquide cupro-potassique, M. Bernard s'assure que ni le tissu de foie soustrait à l'action du courant d'eau ni le liquide qui s'échappe de la coupe du tissu et des vaisseaux béants ne renferment plus aucune trace de matière sucrée.

Vingt-quatre heures après, ce même tissu hépatique abandonné à lui-même, à la température ambiante, était très abondamment pourvu de sucre, aussi bien que le liquide qui s'était écoulé autour du foie.

Suivant M. Bernard, cette expérience prouve que, dans un foie frais à l'état physiologique, c'est-à-dire en fonction, il y a deux substances, savoir : 1° le sucre très soluble dans l'eau et qui est emporté avec le sang par le lavage; 2° une autre matière assez peu soluble dans l'eau pour qu'elle soit restée fixée au tissu hépatique après que celui-ci avait été dépouillé de son sucre et de son sang par un lavage de quarante minutes. C'est cette dernière substance qui, dans le foie abandonné à lui-même, se change peu à peu en sucre par une sorte de fermentation.

A l'appui de cette opinion, M. Bernard invoque les arguments suivants : Cette nouvelle formation de sucre dans le foie lavé est complétement empêchée par la cuisson; il s'en est assuré par l'expérience. Cette formation glycosique est généralement terminée après vingt-quatre heures, et si après ce temps on soumet de nouveau le foie au lavage par le courant d'eau, de manière à lui enlever tout son sucre de nouvelle formation, on voit que généralement il ne s'en produit plus, parce que la matière qui le formait est sans doute épuisée.

L'auteur montre ensuite expérimentalement que la matière hépatique susceptible de se changer en sucre, peu soluble dans l'eau, est également insoluble dans l'alcool et dans l'éther.

M. Bernard dit en terminant que le seul but de son travail, pour le moment, c'est de prouver que le sucre qui se forme dans le foie ne se produit pas *d'emblée* dans le sang, mais que sa présence est constamment précédée par une matière spéciale déposée dans le tissu du foie et qui lui donne immédiatement naissance, matière qui n'existe dans le foie qu'à l'état normal ou fonctionnel, et qui disparaît complétement du tissu de cet organe dans toutes les circonstances où la fonction glycogénique est arrêtée.

Recherches expérimentales sur la voie de transmission des impressions sensitives dans la moelle épinière, par M. *Brown-Séquard*. — L'auteur résume dans les conclusions suivantes les faits exposés dans son mémoire : 1° Les fibres des racines postérieures se portent en partie aux cordons postérieurs et probablement aussi en partie aux cordons latéraux. — 2° Les fibres des racines postérieures qui se rendent dans les cordons postérieurs paraissent se porter en partie vers l'encéphale, en partie dans une direction opposée, de telle sorte que les unes sont ascendantes, les autres sont descendantes. — 3° Les fibres des racines postérieures qui paraissent se rendre dans les cordons latéraux semblent aussi être composées de deux séries, l'une de fibres ascendantes, l'autre de fibres descendantes. — 4° Les fibres ascendantes, dans les cordons postérieurs comme dans les cordons latéraux, paraissent être moins nombreuses que les fibres descendantes. — 5° Ces deux séries de fibres (ascendantes et descendantes) paraissent quitter les cordons postérieurs et latéraux, après un court trajet, pour pénétrer dans la substance grise. — 6° La transmission des impressions sensitives ne s'opère que d'une manière passagère par les cordons postérieurs, les fibres sensitives ne faisant que passer dans une faible étendue par ces cordons. — 7° La transmission à l'encéphale des impressions sensitives venues du tronc et des membres s'opère en dernier lieu par la substance grise de la moelle épinière. (*Comm. :* MM. Flourens, Rayer, Bernard.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a.* Un rapport de M. le docteur *Vingtrinier*, de Rouen, sur une épidémie de rougeole. — *b.* Un rapport de M. *Caussard*, de Laignes, sur une épidémie de dysentérie. — *c.* Un rapport de M. le docteur *Poulet*, de Planches-les-Mines, sur une épidémie de fièvre typhoïde. (*Commission des épidémies.*) — *d.* Deux rapports de MM. *Lebrou* et *Huette*, médecins des épidémies pour les arrondissements d'Orléans et de Montargis, sur une épidémie de choléra. (*Commission du choléra de* 1854.) — *e.* Un rapport de M. le docteur *Brun*, de Guano (Corse), sur les maladies traitées par les eaux minérales de cette localité pendant l'année 1854. — *f.* Une demande de M. *Bouloumié* à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter deux sources minérales nouvelles, sises dans le département des Vosges, — *g.* Un rapport de M. le docteur *Gay*, sur le service médical des eaux de Saint-Alban (Loire) pendant l'année 1853. (*Commission des eaux minérales.*) — *h.* Un mémoire sur le tannate de fer comme succédané du quinquina et du sulfate de quinine par M. *Pauli.* (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *i.* Les états des vaccinations pratiquées dans les départements du Finistère et de la Moselle pendant l'année 1854. (*Commission de vaccine.*)

2. Communications de : — *a.* M. Louis *Nathanson*, de Varsovie (Note sur un moyen de corriger le goût de l'huile de foie de morue: addition d'une goutte de créosote par livre d'huile). (*Comm.:* M. Guibourt.) — *b.* M. *Caumont* (Lettre et réclamation de priorité, en faveur de son beau-père M. Allègre, relativement à l'emploi du piment dans le traitement des hémorrhoïdes). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *c.* M. le docteur *Sandrini*, de Sesana (Lettre sur les causes et le mode de propagation du choléra). (*Commission du choléra.*) — *d.* M. le docteur *Thomas*, membre correspondant de l'Académie (Lettre sur diverses questions relatives à l'histoire du choléra asiatique).

Lectures et Mémoires.

M. *Velpeau*, en déposant sur le bureau une série d'observations qui lui ont été adressées par M. le docteur *Royer*, de Joinville, signale celles qui lui ont paru mériter un intérêt tout particulier, autant pour la rareté des faits qui y sont rapportés que pour le soin de leur rédaction.

1° *Hémorrhagie abdominale suite de rupture spontanée de la trompe; mort.* — M. Velpeau fait remarquer qu'un pareil accident se montre communément pendant le cours des grossesses extra-utérines, tubaires ou ovariques. Mais dans le cas cité par M. Royer, il s'agit d'une femme multipare, régulièrement réglée, qui ne présentait aucun signe de grossesse, et qui, six ou sept jours après une époque menstruelle, présenta tout à coup tous les symptômes d'une hémorrhagie interne abondante, compliquée d'une péritonite suraiguë, qui l'enlevèrent au bout de quelques heures. A l'autopsie, M. Royer trouve environ deux litres et demi de sang épanché dans l'abdomen et principalement dans le petit bassin. Ce sang s'était échappé par une déchirure de la trompe gauche dans laquelle se trouvait encore engagé un caillot, mais qui ne renfermait aucun détritus organique capable de faire soupçonner une grossesse tubaire.

2° *Spina-bifida de la région sacrée inférieure; ponction; excision et suture de la poche; guérison.* — Ce n'est qu'après deux essais infructueux de traitement par la ponction que M. Royer s'est décidé à pratiquer l'excision du sac séreux à la racine même de la tumeur. Cette opération, faite chez un enfant de trois ans, a parfaitement réussi. Dix mois plus tard, le petit malade succomba à une affection intestinale, et l'autopsie permit à M. Royer de constater que la guérison du *spina bifida* était complète et avait été obtenue par l'adhérence de l'extrémité terminale de la queue de cheval et des méninges rachidiennes avec les tissus cicatrisés (parois de la poche, peau).

M. *Robert* demande si l'auteur a trouvé des prolongements nerveux accolés aux parois de la tumeur, et si leur section a entraîné des troubles dans la myotilité et la sensibilité des membres inférieurs.

M. *Velpeau* répond que M. Royer signale en effet la présence de ces filets nerveux dans les parois de la poche.

3° *Hernie crurale; adhérence complète de l'intestin avec le sac qui ne contient pas de sérosité; ouverture de l'intestin pendant l'opération; ligature de cette ouverture; réduction et guérison.* — Le trait le plus remarquable de cette observation serait, suivant M. Velpeau, non-seulement le succès de la ligature de l'intestin, mais surtout l'innocuité du séjour du fil dans la cavité abdominale, car l'opérateur n'a jamais pu le retrouver ni pendant ni après la cicatrisation de la plaie.

4° *Perforation de l'intestin par un lombric; péritonite; mort.* — C'est là une lésion rare et difficile à constater. Mais ici les signes ne sont pas douteux. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve les lésions d'une péritonite aiguë avec épanchement de matières fécales renfermant un ver lombricoïde dans la région iliaque droite. L'anse intestinale la plus voisine présentait une perforation régulièrement arrondie; les tuniques intestinales étaient saines à son niveau et n'offraient aucune trace d'un travail inflammatoire ou ulcératif.

5° *Luxation complète du genou gauche* (tibia en avant); *réduction; guérison.* — C'est une variété de luxation extrêmement rare; ce qui rend le fait plus curieux encore, c'est l'intégrité des parties molles qui entourent le genou, la facilité de la réduction par la flexion de la jambe sans traction violente, et enfin la guérison parfaite du malade, au bout d'un mois, sans complications, sans accidents consécutifs.

M. *Velpeau* demande que ces cinq observations de M. Royer soient envoyées au comité de publication. (*Adopté.*)

M. *Jobert* rappelle que les cas de succès après l'opération de la suture intestinale sont aujourd'hui assez nombreux dans la science.

M. *Laugier* se souvient d'avoir observé, chez un malade auquel il avait lié l'intestin, la chute de la ligature dans le canal intestinal, même l'expulsion du fil avec les matières fécales. Chez un autre malade, il a vu un lombric perforer successivement les parois adhérentes de l'intestin et de la vessie, et tomber dans la cavité de cet organe après avoir déterminé une fistule vésico-intestinale.

Ces deux malades, dont il a publié l'observation, ont guéri.

M. *Gerdy* ne voit rien de surprenant dans l'observation de M. Royer relative à la ligature de l'intestin. Il s'est passé là, sans doute, ce qui se passe constamment dans les expériences de ce genre faites sur les animaux. Il se fait un épanchement de lymphe plastique autour du fil, et celui-ci sort par la plaie extérieure avec le pus, ou bien tombe dans le tube digestif après avoir coupé ses tuniques que la lymphe coagulable, épanchée sans cesse, rapproche et réunit.

Pour le cas rapporté par M. Royer, il s'agirait de savoir si le fil a été coupé *ras* ou s'il a été retenu en dehors de l'incision des téguments.

M. *Velpeau* répond que le fil a été coupé *ras*, et que d'ailleurs la ligature ayant été appliquée de côté pour ainsi dire et sur un pli des tuniques intestinales, le nœud est demeuré entièrement en dehors de l'intestin, et l'on ne peut que faire des suppositions sur sa destinée ultérieure, puisqu'il n'a pas été retrouvé et que le malade a parfaitement guéri sans accidents.

M. *Piorry* monte à la tribune pour faire la lecture de plusieurs rapports qu'il déclare avoir rédigés sans la participation de ses co-commissaires et sans les avoir soumis à leur approbation.

M. *Gerdy* prétend qu'après une pareille déclaration l'Académie ne peut pas entendre les rapports de M. Piorry sans sortir de la limite de ses règlements et sans créer un antécédent fâcheux d'où pourront naître des embarras de toute espèce qui risqueraient fort de porter atteinte à l'indépendance et à la dignité de la compagnie.

Cette motion est appuyée par MM. *Boullay*, *Moreau*, *Velpeau*, *Dubois* (d'Amiens) et *Jobert*.

L'Académie consultée décide que la lecture des rapports de M. Piorry sera remise à huitaine.

M. *Piorry*, en descendant de la tribune, remercie l'Académie de lui donner ainsi le temps de développer dans un de ses rapports une importante question de doctrine relative au diagnostic des maladies, et qu'il regrettait de n'avoir pu qu'effleurer à peine.

M. *Dubois* (d'Amiens) reprend la lecture d'un travail intitulé : *Deux épisodes empruntés à l'histoire intérieure de l'Académie royale de chirurgie*, lecture commencée à une autre époque, et que d'autres devoirs avaient forcé l'auteur d'interrompre.

C'était en 1747 ; Lamartinière venait de succéder à Lapeyronie dans la présidence d'honneur de l'Académie. Efforts du nouveau président pour remettre en vigueur les privilèges de l'Académie, rehausser son éclat et imprimer à ses travaux une direction utile et vigoureuse. Au commencement de 1751, le 23 mars, réunion extraordinaire de l'Académie, lecture du nouveau règlement qui devait la régir. L'Académie est distribuée en trois classes : les *conseillers* du comité, les *adjoints* au comité, et les *maîtres chirurgiens* de Paris, dits académiciens *libres*. Le mode d'élection est modifié ; des devoirs nouveaux sont imposés aux académiciens.

« Trois mois ne s'étaient pas écoulés depuis la promulgation de ce règlement que la masse des maîtres chirurgiens de Paris organisa une sorte d'insurrection et résolut de faire une démonstration publique pour obtenir ce qu'ils appelaient une réforme radicale..... »

Vers le milieu de juin 1751, les maîtres chirurgiens se réunissent sous la présidence du doyen et du sous-doyen, et ils rédigent une requête au roi par laquelle ils demandaient :

1° Que les places des quarante conseillers du comité fussent déclarées *muables* et renouvelées par les suffrages de la compagnie de Saint-Côme ; 2° que la troisième classe, celle des *libres*, fût supprimée, et que tous les chirurgiens de Saint-Côme fussent admis à composer les deux classes d'académiciens. »

Le roi tint bon, et l'insurrection fut réprimée. Bientôt les maîtres chirurgiens de Paris rédigèrent en commun un désistement, qu'ils terminaient en « suppliant très humblement Sa Majesté de recevoir favorablement l'aveu sincère de leur faute et d'avoir la bonté de lever l'interdiction. »

Le roi leva l'interdiction par une lettre en date du 2 décembre suivant.

En 1790, nouvelle insurrection des *libres*, qu'on appelait alors le *parti des jeunes gens*. Sédillot le jeune, Baudelocque, Antoine Dubois sont à la tête des séditieux. Pipelet était alors directeur de l'Académie ; Louis, secrétaire perpétuel. Les *libres* tiennent séance et arrêtent un projet de règlement qu'ils veulent soumettre à la sanction de l'Assemblée nationale.

Louis proteste contre cette démarche et contre les assemblées illégales tenues par les *libres*.

Dans la séance du 16 septembre 1790, Pipelet avait proposé un plan de conciliation, mais il n'avait pu parvenir à se faire entendre. « La séance tout entière s'était passée, dit Louis, en avis tumultueux et en propos plus ou moins injurieux sur la nécessité d'une dissidence si contraire au bon ordre.

« C'était là comme un effet de cet esprit de vertige qui avait saisi, en quelque sorte, toute la nation ; l'Académie de chirurgie parodiait de tout point les premières scènes de l'Assemblée constituante ; elle avait ses trois ordres, les conseillers, les adjoints et les libres ; ceux-ci se regardaient comme le *tiers-état chirurgical*, et, à l'exemple de Siéyès, ils pensaient qu'ils étaient *tout*. Aussi, dans la séance du 18 septembre, on vit se renouveler ce qui s'était passé à Versailles, l'année précédente, à l'assemblée des États généraux : pendant que les deux premiers ordres, les consaillers et les adjoints, étaient réunis dans leur salle ordinaire, les libres s'étaient réunis dans une autre pièce ; les premiers étaient légalement présidés par Pipelet ; les seconds, par des officiers improvisés. »

Les deux camps restent distincts, et chacun fait sa constitution.

D'après le règlement des *jeunes gens* ou des *libres*, « les trois classes d'académiciens étaient ramenées à une seule ; l'Académie ne devait plus être présidée que par un directeur annuel (vu que la présidence perpétuelle exclut l'égalité et répugne à la raison) ; la place de secrétaire perpétuel était également supprimée, ou du moins réduite à quatre ou à six ans (*attendu que le secrétaire est fait pour l'Académie, et non l'Académie pour le secrétaire*). »

« Louis s'était opposé à tous ces changements, mais avec calme et modération..... Il s'était prêté à toutes les améliorations reconnues justes, praticables et vraiment libérales. »

Les projets de règlement des deux partis, adressés à l'Assemblée nationale, furent oubliés, au milieu du torrent des affaires politiques, et l'Académie de chirurgie dut rester à peu près dans le même état, jusqu'au moment où elle fut supprimée par un décret de la Convention, en date du 8 août 1793.

« L'Académie de chirurgie dut obéir, comme les autres, à ce décret qui était pour elle une véritable spoliation. Ce n'était point, en effet, la nation qui l'avait dotée ; c'était Lapeyronie ; mais en temps de révolution on n'y regarde pas de si près ! La nation confisqua donc à son profit et la terre de Montigny et toutes les propriétés que Lapeyronie avait cru affecter à tout jamais aux dépenses de l'Académie ; et il a fallu plus d'un quart de siècle pour qu'un gouvernement réparateur restituât enfin par une subvention publique à l'héritière de ce grand corps, c'est-à-dire à notre Académie, ce qu'un décret inique lui avait enlevé dans des jours néfastes. » (*Applaudissements.*)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 3 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

La parole est donnée à M. *Sperino* (de Turin), pour une communication relative à la syphilisation. (Voir aux *Travaux originaux*.)

CAS DE RÉSECTION DE LA MOITIÉ DE L'OS MAXILLAIRE INFÉRIEUR. — EXOSTOSE ÉBURNÉE.

M. *Forget* présente à la Société un jeune homme de vingt-trois ans, auquel il a pratiqué, il y a six semaines, la résection de la moitié gauche du corps de l'os maxillaire et d'une portion de la branche correspondante.

Anatomie pathologique.— La maladie qui nécessita cette grave opération remonte, pour son origine, à une quinzaine d'années. C'est une tumeur du corps de la mâchoire, au centre de laquelle elle s'est développée d'une manière lente et progressive. Ce produit pathologique, peut-être sans analogue dans les fastes de la science, est constitué tout entier par une masse osseuse, éburnée, ayant la forme et le volume d'un œuf de dinde ; il occupe une vaste excavation étendue à toute la portion horizontale et un peu à la branche de l'os maxillaire, formant ainsi une sorte de kyste, par suite de l'écartement de ses tables interne et externe ; celles-ci, amincies, ramollies et perforées en quelques points, sont doublées d'un tissu membraniforme, peu vasculaire, de coloration grisâtre, qui se trouve interposé entre elles et le corps étranger qu'elles renferment.

Depuis deux ans, cette production anormale avait suscité, non-seulement dans toute l'étendue de l'os maxillaire, mais encore dans les parties molles du voisinage, un mouvement phlegmasique, et, par suite, un gonflement considérable de tout ce côté de la face. Il existait autour de la base de l'os plusieurs trajets fistuleux ossifluents ; la peau, violacée, amincie en regard et au pourtour de ceux-ci, faisait craindre qu'en différant l'opération on ne trouvât les tissus qui devaient former le lambeau dans des conditions peu favorables. Ajoutons qu'il existait un engorgement notable des ganglions sous-maxillaires, et que la langue, refoulée du côté opposé par la tumeur, était déjà sensiblement gênée dans ses mouvements.

Je fis, dit M. Forget, l'opération de la manière suivante :

Contrairement au conseil donné par quelques chirurgiens, et notamment par Lisfranc, qui faisait partir l'incision des parties molles du bord libre de la lèvre inférieure, qui se trouvait ainsi divisée dans toute sa hauteur, je conservai l'intégrité de celle-ci ; je me bornai à inciser depuis le point situé au-devant de la base de l'oreille jusqu'à 1 centimètre à droite de la saillie du menton, ayant soin de longer la base de la tumeur sans jamais faire porter le bistouri sur la face. Les parties molles étant divisées, je disséquai un vaste lambeau formé de toute l'épaisseur de la joue et d'une partie de la lèvre inférieure. Ce temps de l'opération achevé et complété par la ligature de cinq artérioles qui donnaient abondamment, je me plaçai derrière le malade, auquel j'arrachai la première petite molaire, la section de l'os devant s'effectuer sur son alvéole ; cette section fut opérée au moyen de la scie à chaîne. Alors, pendant qu'un aide, après avoir saisi la tumeur, la portait en bas et en arrière, je la détachai des parties profondes, en dirigeant le tranchant du bistouri contre la surface de l'os et en agissant avec lenteur et prudence. Le plancher de la bouche fut ainsi divisé jusqu'en arrière de l'angle de la mâchoire ; la scie à chaîne fut alors poussée en arrière et au-dessus de celui-ci pour couper la branche de l'os, au point où la maladie paraissait bien limitée.

La tumeur une fois enlevée, je dus procéder à l'extraction des ganglions lymphatiques sublinguaux. Cela fait, quelques ligatures furent pratiquées, puis je réunis les deux bords de la solution de continuité, à l'aide de seize points de suture entortillée.

Pour effectuer cette résection, comme il vient d'être dit, il est une précaution indispensable qu'il faut prendre dans la confection du lambeau : c'est de donner à l'incision qui en détermine la forme et la grandeur une étendue assez considérable pour que l'introduction de la scie à chaîne puisse se faire avec facilité. Pour formuler avec plus de précision ma pensée, je dirai qu'au lieu de s'arrêter sur la limite même de la tumeur qu'il s'agit d'extraire, l'incision devra, en avant aussi bien qu'en arrière, dépasser celle-ci de 2 à 3 centimètres ; la dissection des parties molles pourra ainsi être portée plus loin, et l'on obtiendra un plus grand écartement du bord de la solution de continuité, résultat avantageux pour l'introduction et la manœuvre de la scie, qui sans cela pourrait offrir des difficultés.

Je n'entrerai pas, continue M. Forget, dans tous les détails de l'observation qui ont suivi l'opération, me réservant de publier plus tard ce fait *in extenso* ; je dirai seulement que la cicatrisation était complète au bout de dix jours, et que si un érysipèle qui de la face s'étendit à la tête n'était venu retarder la guérison, j'aurais pu depuis longtemps vous présenter mon malade.

Actuellement, la cicatrice est presque linéaire dans toute son étendue ; le visage n'a éprouvé aucune déformation ; vu de face, ce jeune homme n'offre véritablement rien qui puisse faire soupçonner qu'il a été l'objet d'une pareille mutilation ; il mange facilement avec la moitié droite de la mâchoire ; la mastication se fait bien.

En portant le doigt à l'intérieur de la bouche, on sent, dans la direction de la plaie, sur le trajet des sutures, un plan cicatriciel, ferme, déjà doué de résistance, et offrant un point d'appui suffisant à la langue dans la phonation et la mastication. Il est déjà très évident que ce plan fibro-plastique s'étend entre les deux extrémités du moignon, adhère intimement à chacun d'eux et les relie ainsi l'un à l'autre. Cette disposition, en se prononçant davantage chaque jour, finira par rétablir, en quelque sorte, la continuité de l'os, et donner au mouvement de la mâchoire une solidité qu'elle ne peut pas encore présenter au degré qu'elle atteindra avec le temps.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Des saignées locales dans l'inflammation de l'utérus hors l'état de gestation, par M. DUNCAN.

Cette inflammation, d'après l'auteur, est plus commune qu'on ne le pense. C'est elle seule qui rend compte de la leucorrhée, avec constipation, douleurs de reins, procidence utérine, sensation de pesanteur à l'hypogastre, que tant de femmes éprouvent. En expliquant ces symptômes par des exulcérations, des fongosités, des granulations de l'orifice, ou même par une inflammation bornée au col, on se fait une illusion singulière, et l'on prend un effet ou une partie de la cause pour la cause elle-même, à savoir, la métrite du corps.

Les évacuations sanguines locales sont le remède le plus efficace de cet état. Mais, si on les applique aux reins ou à l'hypogastre, on n'agit absolument que comme par une saignée générale. Mises au périnée, elles ont une action plus directe, en raison des anastomoses nombreuses qui unissent les artères utérines avec les vaginales, et celles-ci avec les hémorrhoïdales inférieures et les autres branches de la honteuse.

Or, les malades de la classe dont il s'agit étant en général affaiblies, énervées, il importe, lorsqu'une saignée est indiquée chez elles, de la pratiquer le plus directement possible sur l'organe enflammé ; car, de cette manière, une quantité déterminée de sang évacué produit un effet curatif plus prononcé que si on la soustrayait à une partie plus ou moins éloignée. C'est donc sur le col de l'utérus qu'il faut l'opérer.

Le spéculum est nécessaire pour appliquer commodément les sangsues, les faire mordre sur le col et non sur le vagin, et enfin les extraire facilement.

Vu l'état général des malades, vu le saignement abondant qui a lieu quelquefois par les piqûres sur le museau de tanche, deux sangsues, quatre au plus suffisent ordinairement pour une évacuation sanguine indiquée seulement par un état phlegmasique de moyenne intensité. Comme un suintement de sang modéré et continu est bien préférable à une hémorrhagie brusque, il vaut mieux se contenter d'un petit nombre de sangsues, favoriser le saignement par des applications chaudes sur l'hypogastre, et tenir la femme couchée pendant un jour ou deux dans la situation horizontale.

Parfois, surtout dans la métrite chronique, la fluxion vasculaire dont s'accompagne chaque période cataméniale ramène la congestion utérine ; de sorte que l'état de la malade se trouve à peu près régulièrement aggravé après chaque période. On se trouve bien, dans ces cas, de réitérer l'évacuation sanguine dans le milieu de l'intervalle qui sépare les périodes menstruelles. Et c'est là un nouveau et puissant motif pour engager le praticien à n'appliquer chaque fois qu'un nombre restreint de sangsues.

C'est au tact du médecin à juger de l'époque où il convient d'opérer cette soustraction sanguine locale. Lorsqu'il y a dysménorrhée avec douleurs vives au retour de chaque période menstruelle, on peut mettre les sangsues immédiatement avant, afin de

régulariser la fonction. Mais, dans le plus grand nombre des cas, c'est peu de temps après que les règles sont terminées qu'on se trouve bien de faire cette petite opération. (*Monthly Journ. of Med.*, mai 1855, p. 380.)

Syphilis héréditaire, par M. GARCIA VASQUEZ.

Un homme qui a eu la syphilis, mais qui n'en présente plus actuellement aucun symptôme, engendrera-t-il un enfant sain ou un enfant infecté ? La plupart des auteurs admettent que l'un et l'autre résultat sont possibles. — M. Vasquez, dans le but de détruire la confiance exagérée que produirait la certitude d'une solution constamment heureuse, a jugé à propos de publier deux cas dont l'issue, comme on va le voir, fut bien différente.

Dans le premier, on voit un officier d'infanterie qui consulta M. Vasquez pour une syphilide eczémateuse du cuir chevelu, des ulcères de la langue et des amygdales, et des rhagades à l'anus et aux orteils. Après avoir subi un traitement mercuriel de quatre mois, il se maria au bout de deux ans, n'ayant plus alors de symptômes apparents. Néanmoins, deux enfants qu'il eut successivement moururent peu de jours après leur naissance.

Le second cas ne paraîtra peut-être guère plus probant. Il concerne une enfant de onze ans, lymphatique et rachitique, qui, après une ophthalmie grave, eut un ulcère très étendu de la bouche et de l'isthme du gosier. Un traitement spécifique, d'abord repoussé par les parents de cette fille, fut enfin accepté et mit fin à cette ulcération qui, dans l'intervalle, avait causé des ravages prononcés dans l'arrière-bouche. Comme pour confirmer le diagnostic, une exostose bien caractérisée du cubitus apparut durant la fin du traitement, et céda également à son influence.

— Nous ne disconvenons point — car nous l'avons énoncé ailleurs sous forme très affirmative — qu'un père sans symptômes actuels ne puisse engendrer un enfant infecté. Mais, pour que les deux faits ci-dessus soient acceptés comme prouvant ce principe, il faudrait : 1° que la mort d'un nouveau-né ne pût être attribuée qu'à la syphilis ; 2° que toute vérole chez un enfant de onze ans ne pût être que congénitale. (*El Siglo medico*, 15 juillet 1855, p. 219.)

Des rétrécissements de l'urèthre, par M. J. HAMILTON.

Partisan de la dilatation toutes les fois qu'elle est suffisante, l'auteur n'hésite cependant pas à employer l'instrument tranchant dans quelques cas bien déterminés, et tout d'abord lorsque le danger presse, et qu'il importe de donner promptement issue à l'urine. Il préfère aussi l'incision pour les rétrécissements situés dans la partie pénienne du canal, alors qu'on peut saisir entre les doigts la portion où siége l'obstacle, et diriger avec précision à l'intérieur de cette partie la manœuvre de l'uréthrotome.

Mais, de toutes les indications du débridement, la plus formelle, selon M. Hamilton, est le rétrécissement du méat urinaire. Ce resserrement dépend, le plus souvent, de la cicatrisation d'un chancre, et le calibre du canal se trouve alors diminué jusqu'à la profondeur de 8 à 10 millimètres. Par suite de la résistance que cet obstacle apporte à la sortie de l'urine, le canal subit alors une dilatation parfois très considérable. Il en résulte que, lors de chaque émission, l'urine remplit le canal ; et, comme elle n'est plus ensuite poussée par les contractions de la vessie, elle coule goutte à goutte au dehors. De là une infirmité aussi pénible que tenace.

Ici la dilatation n'aurait aucune chance de succès. L'incision, au contraire, remplit immédiatement le but, et procure une guérison instantanée. On la pratique avec un bistouri porté sur une sonde cannelée. Il faut seulement avoir soin qu'elle s'étende à toute la portion de l'urèthre qui est affectée de rétrécissement. (*The Dublin Quarterly Journal*, mai 1855, p. 286.)

Avant-bras artificiel, par M. CAZENAVE (de Bordeaux).

Peu satisfait des avant-bras artificiels qu'il a vu essayer, M. Cazenave leur reproche d'être des objets de coquetterie plutôt que d'utilité réelle. Pour remplir, chez les amputés de l'avant-bras, le but que, dans une certaine position sociale, on recherche avec le plus d'ardeur, c'est-à-dire pour rendre le pouvoir d'écrire, il préfère un appareil très simple. C'est un instrument consistant en trois branches élastiques, divergentes par une extrémité, et réunies par l'autre sur une large virole. Elles se terminent, dans ce dernier sens, par une plume métallique dont on varie l'inclinaison à volonté. Pour s'en servir, il faut matelasser le tiers inférieur de l'avant-bras et le moignon, de façon que les trois branches élastiques étreignent ces parties sans les gêner, et cependant sans jouer sur elles. On place alors un coussin à plan incliné en avant, sous le coude et sous l'avant-bras.

M. Cazenave a vu deux amputés écrire parfaitement avec l'aide de cet appareil ; ses services se sont montrés d'autant plus précieux, que l'un de ces sujets avait auparavant essayé pendant trois mois, et sans pouvoir y réussir, d'écrire de la main gauche. (*Journal de médecine de Bordeaux*, juin 1855, p. 321.)

Origine du lait et action de la glande mammaire, par M. DRAPER.

Le lait est-il simplement séparé du sang, ou est-il fabriqué dans la mamelle en vertu d'une organisation spéciale à cette glande ? Telles sont les questions qu'agite M. Draper?

On peut alléguer, en faveur de la première solution, les faits de sécrétion lactée supplémentaire (*vicarious*) par l'estomac, la peau, l'ombilic, les glandes de l'aisselle ou de l'aine. Mais, d'autre part, il faut considérer que le principe essentiel du lait, la caséine, étant changée en albumine dans le corps de l'enfant, ne peut pas être envisagée comme un produit de transformation rétrograde, ainsi que les excrétions des poumons, des reins ou même du foie.

Quoi qu'il en soit, les sels, qui forment 1/25e de la partie solide du lait, et la graisse, qui en forme environ 1/4, préexistent assurément dans le sang. On s'en persuadera en voyant la quantité de graisse varier en même proportion dans le sang et dans le lait, selon la nature des aliments dont l'animal aura fait usage, et dont l'influence se retrouve dans la densité et les autres caractères du beurre.

Quant à la caséine, on a beaucoup discuté pour savoir si elle entre parmi les principes constituants du sang. Mais il n'y a pas de raison solide pour en douter lorsque l'on considère l'identité de sa composition avec celle de l'albumine. Cette évidence est encore plus positive dans le sang des femmes en couche ; elle est surtout fortifiée par la tendance de l'urine à produire, dans ces cas, la kiestine, laquelle cesse lorsque la sécrétion lactée s'établit, et recommence si quelque cause vient à suspendre cette dernière.

La présence de la caséine sous forme de kiestine dans l'urine, dans une proportion qui croît avec les progrès de la grossesse, annonce de la part de l'économie une disposition à engendrer cette substance aux dépens de ses principes albuminoïdes. Et puisqu'elle ne diminue point chez les nourrices tenues à une diète très sévère, il faut bien reconnaître que son origine est dans le sang plutôt que dans la nourriture.

La plupart de ces remarques sur la production de la caséine sont applicables au sucre que contient le lait.

De ces données résulte la conclusion que la mamelle sépare seulement le lait du sang ; conclusion très importante pour la théorie générale des sécrétions; car si l'on devait *à priori* s'attendre à voir l'une des glandes du corps douée du pouvoir de former des produits nouveaux, certes ce devait être celle du sein. Mais l'étude qui vient d'être faite tend à prouver que chaque organe sécréteur ne possède qu'une action de filtration élective. (*New-York Medical Times*, juin 1855, p. 301.)

Inversion ancienne de l'utérus ; ablation par la ligature et mort de l'opérée, par le docteur N. COATS.

Il est à regretter que M. Coats n'ait point confirmé son diagnostic par la dissection de la tumeur, non que nous soyons disposés à le contester ; il semble effectivement qu'il a eu affaire à une in-

version utérine, bien plus, à une inversion utérine complète, bien que contenue dans les limites du vagin. Sous le rapport de l'ancienneté, de la terminaison et des autres particularités, le cas ne diffère pas essentiellement des cas déjà connus. Nous ne voulons appeler l'attention que sur un seul point : le parti pris d'opérer. Il est généralement admis qu'on ne doit avoir recours à un moyen aussi extrême que l'ablation par la ligature ou l'excision, que lorsqu'il n'y a aucune autre chance de sauver les jours de la malade. Ce judicieux précepte, qui n'a pas besoin d'être justifié, n'est que trop souvent mis en oubli, et l'on ne se montre que trop disposé à se conduire, à l'égard de l'inversion ancienne de l'utérus, comme à l'égard des polypes utérins, sans songer à la différence radicale qui sépare ces deux affections. Avant de chercher à démontrer que la ligature est préférable à l'excision, le chirurgien anglais avait d'abord à établir fortement l'opportunité de l'opération. Cette opportunité, dont il ne paraît pas se préoccuper, ne semble nullement justifiée par les détails de l'observation, et le fût-elle, qu'il eût mieux valu agir au moment même où sa malade venait d'être affaiblie par une métrorrhagie abondante.

Obs. — Une dame, âgée de quarante-quatre ans, avait donné le jour à six enfants. La naissance du dernier, qui remontait à quatorze ans, n'avait rien offert de particulier, si ce n'est que le délivre n'était pas venu tout de suite. Sur l'avis de la sage-femme, la malade, mise debout, souffla dans un bouteille, ce qui détermina la sortie du placenta sans autre intervention ; après quoi elle fut replacée sur le dos dans son lit, et deux heures après elle eut des douleurs très vives. Ayant pris de l'huile de ricin, qui mit les intestins en mouvement au bout d'une heure, elle s'aperçut pour la première fois, sur la chaise percée, de la présence d'une grosse tumeur sortant des parties externes. La sage-femme, rappelée, ne pouvant dire ce que c'était, un chirurgien fut mandé qui essaya en vain de réduire l'utérus ; une seconde tentative, quelques heures après, ne fut pas plus heureuse.

Avec l'aide d'un confrère, les tentatives de réduction furent renouvelées au bout de quatre jours, et cette fois elles parurent couronnées de succès. La femme resta trois mois avant de pouvoir reprendre ses occupations. Vers la fin de cette époque, la menstruation reparut, et continua d'avoir lieu régulièrement les six mois suivants. Mais bientôt, à la suite d'émotions morales causées par la mort de l'enfant, mort coïncidant avec un vol dans sa maison, la menstruation fut remplacée jusqu'à la fin par des pertes de sang qui se répétaient souvent tous les trois ou quatre jours : les plus longs intervalles qu'elles laissaient étaient de quinze jours. Il y avait, en outre, par intervalles, un écoulement blanc épais, quelquefois aqueux, accompagné de douleurs dans les reins et les cuisses ; l'estomac était irritable ; défaut d'appétit et faiblesse générale.

Soignée, pendant les trois dernières années de sa vie, par M. Coats, la malade prit diverses préparations ferrugineuses, fit des injections, et ne fut jamais alitée jusqu'au 3 juin 1855. Ce jour, passant devant sa maison, il fut prié d'entrer, et il la trouva au lit, affectée d'une hémorrhagie abondante, état anémique, pouls petit, aspect d'une personne souffrant d'une maladie organique. Ayant requis l'examen direct, il trouva dans le vagin une tumeur de la forme et de la grosseur d'une poire moyenne à base tournée en bas, qu'il pensa d'abord être un polype ; mais n'ayant pu, en la suivant exactement avec le doigt, rencontrer l'orifice utérin, il soupçonna un renversement de l'utérus, ce qu'un examen attentif lui confirma le lendemain, en lui montrant le vagin terminé par un cul-de-sac complet.

Le docteur Lever, de Guy's-Hospital, à qui il avait envoyé la relation du cas et demandé avis, lui conseilla d'enlever la tumeur par la ligature. Le 8 juin, il passa autour du sommet de la tumeur une ligature à l'aide de la canule de Gooch. Cette première étreinte ne causa d'abord qu'une douleur qui devint vive une heure après. Chaque jour la ligature fut serrée davantage, ce qui occasionnait comme la première fois une douleur passagère. A part la fréquence du pouls, la pâleur, qui persistaient comme avant l'opération, et une douleur assez vive, à dater du quatrième jour, dans la fosse iliaque droite, et jusque dans la cuisse et le genou, tout alla assez bien les onze premiers jours ; sous l'influence des opiacés, il y avait du calme et du sommeil; les urines étaient rendues librement, la liberté du ventre entretenue par plusieurs doses d'huile de ricin ou de calomel, les forces soutenues par un peu de bouillon ; l'écoulement vaginal était abondant, fétide et teint de sang.

Le douzième jour, douleur dans le ventre, qui est légèrement tendu et sensible, frisson, langue sèche ; le lendemain, les deux cuisses sont gonflées, décolorées, et sensibles à la pression ; les urines ne coulent plus librement ; le pouls, un peu plus fréquent que les jours précédents, reste à 100 ; la ligature ne peut plus être serrée, et la tumeur sur le point d'être coupée. Le quatorzième jour, le malade a été quatre fois à la garderobe, a rendu ses urines, ne peut être touchée ou remuée sans douleurs vives ; gonflement des cuisses moindre, mais étendu aux parois du ventre et à la base de la poitrine ; chaleur et sensibilité de toutes ces parties à la pression. La ligature s'est rompue au fond de la canule ; par une légère traction, le chirurgien amène la tumeur au dehors et lie ce qui restait à diviser, à peu près de la grosseur d'un crayon. L'état de la malade continua à s'aggraver, et la mort arriva le seizième jour, avant que la tumeur qui était à la vulve fût tombée. (*Associat. Med. Journ.*, 20 juillet 1855.)

Des corps articulaires et de leur extraction par la méthode sous-cutanée, par M. Chassaignac.

Inspiré par l'observation de deux cas où il a extrait avec succès ces corps du genou, par la méthode de M. Goyrand, l'auteur donne sur leur pathologie quelques notions dont la pratique aura à profiter.

On est exposé à prendre pour l'un de ces corps quelques indurations de la synoviale. Il ne faut donc conclure à l'existence d'une concrétion, à plus forte raison il ne faut se décider à agir contre elle que lorsqu'elle est assez mobile pour se faire sentir sur des points très divers de l'articulation, pour pouvoir être, en quelque sorte, pincée entre les doigts, sans que son volume et sa forme changent pendant ces déplacements.

Avant d'ouvrir la capsule synoviale, il est très utile d'avoir bien étudié ce que M. Chassaignac appelle les *habitudes* du corps étranger, de savoir où il se cache le plus souvent, et par quelles pressions, à la faveur de quelles attitudes on peut le ramener vers l'endroit par où l'on s'est proposé de le faire sortir. On se trouvera bien aussi de fixer préalablement ce corps au moyen de l'acupuncture.

Le lieu d'élection pour opérer l'extraction est le cul-de-sac inférieur interne de la synoviale du genou. C'est la méthode créée par M. Goyrand qui doit être préférée dans tous les cas. S'il y a plusieurs concrétions, on aura soin de les concentrer toutes dans le même point pour les expulser par un seule opération.

L'expérience a prouvé que les corps articulaires abandonnés sous la peau y subissent, avec le temps, un amoindrissement considérable. Cette notion pourrait dispenser de l'opération secondaire conseillée par M. Goyrand pour leur expulsion définitive.

On fera sagement de pousser le corps étranger aussi loin que possible de l'articulation. De cette façon, une portion du trajet (si cet accident a lieu) peut suppurer impunément, c'est-à-dire sans que le pus envahisse l'intérieur de l'articulation. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, mars 1855, p. 148.)

Sur l'excision du genou, par M. Butcher.

Voici, au sujet de cette opération, qui jouit d'une si grande faveur en Angleterre, un important document à joindre à ceux que nous avons déjà fait connaître. (*Gazette hebdomadaire*, 1854, pages 640 et 1087.)

L'auteur a recueilli 31 observations d'excision du genou, pratiquées de juillet 1850 à octobre 1854 dans les hôpitaux de la Grande-Bretagne par divers opérateurs. Sur ce nombre, 5 opérés seulement ont succombé. Or, si l'on prend en considération que, à défaut de l'excision du genou, c'est l'amputation de la cuisse qui était indiquée ; si l'on se rappelle, d'autre part, la statistique de M. Malgaigne établissant une mortalité de 60 pour 100 à la suite de celles de ces amputations qui sont pratiquées pour des lésions spontanées (1), on n'hésitera pas à reconnaître à l'excision une supériorité incontestable sous cet important rapport.

14 des 26 sujets guéris sont donnés comme jouissant du *parfait usage* de leur membre. Sur les 12 autres, 4 ont eu la jointure ankylosée, et 2 figurent comme étant en voie de prompte guérison.

M. Butcher, ayant eu lui-même à pratiquer cette opération, a

(1) Celles qui sont faites pour des lésions traumatiques fournissent, comme on le sait, une proportion de décès encore plus considérable.

donné la préférence, pour les incisions extérieures, au procédé de M. Moreau, qui consiste à réunir deux incisions verticales, faites de chaque côté du genou, par une troisième, transversale, au-dessous de la rotule. (*The Dublin Quarterly Journal of Medical Science*, février 1855, p. 1.)

Laryngite couenneuse traitée par le bicarbonate de soude, par le docteur A. LALESQUE.

La *Gazette hebdomadaire* a entretenu ses lecteurs du traitement du croup par les alcalis : on connaît les idées de M. Marchal à cet égard. Le docteur Lalesque publie aujourd'hui une observation recueillie en décembre 1854, et qui est destinée à montrer l'efficacité du bicarbonate de soude. Nous n'analyserons pas ce fait en détail ; il nous suffira de dire qu'un enfant de quatre ans, atteint des symptômes du croup (raucité de la voix, de la toux, expulsion de fausses membranes), fut traité simultanément par les sangsues, l'ipécacuanha, les frictions mercurielles et les alcalins à la dose d'un demi-gramme à un gramme. Le malade guérit en sept jours. — Nous ferons remarquer, avec l'honorable rédacteur du *Journal de Bordeaux*, que les faits de M. Marchal, pas plus que celui de M. Lalesque, ne justifient leurs prétentions. L'action simultanée de tant de médicaments divers empêche de pouvoir déterminer le degré d'efficacité d'aucun d'eux pris isolément. (*Journal de méd. de Bordeaux*, 13e année, 1855, n° 5, p. 290.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Observations chirurgicales et pathologiques (*Surgical and Pathological Observations*) par M. EDWIN CANTON. In-8 de 106 pages. London, 1855, SAMUEL HIGHLEY.

Parmi les sujets que l'auteur a traités, sans aucune prétention à les coordonner sous une forme d'ensemble, on remarque d'abord ses vues sur l'*arthrite rhumatismale chronique*. Reprenant une question que les travaux de son compatriote Robert Smith avaient avaient portée du premier coup à un point très rapproché de la perfection, il cherche à prouver que les déformations observées dans le *morbus coxæ senilis* ne tiennent ni à une cause traumatique ni aux progrès de l'âge, mais bien aux effets d'un rhumatisme chronique. Il rapproche, dans ce but, des modifications observées à la hanche celles qu'il a pu constater dans d'autres jointures, à l'épaule, par exemple, où il a vu la luxation de l'humérus et la rupture du tendon du biceps, et demande comment de si graves lésions pourraient s'expliquer par des changements survenus chez un sujet sain, d'après les lois de l'évolution naturelle des tissus. — Nous ne nions point que, dans ce cas, il n'y ait maladie ; mais nous avons si souvent vu à la Salpêtrière des altérations profondes de ce genre chez des femmes qui n'avaient offert que la semi-impotence et la propension au repos, attributs habituels du grand âge, que nous nous avouons peu disposé à croire, comme le veut M. Canton, qu'il en faille chercher l'explication dans une atteinte rhumatismale. — Du reste, la description de M. Canton contient des faits intéressants et bien observés, qui aideront sans doute à éclairer l'histoire de ce singulier état pathologique.

M. Canton a, pour ainsi dire, continué le même sujet en traitant du *raccourcissement du membre inférieur causé par une contusion de la hanche;* car il ne parle que de l'absorption interstitielle du col du fémur, succédant à une violence traumatique exercée sur le grand trochanter. Cet accident a cela de singulier qu'aucune autre partie du squelette n'en offre d'exemple, malgré l'influence de causes entièrement analogues. Il mérite aussi une très sérieuse considération au point de vue pratique, puisqu'il peut simuler une fracture du col. En effet, le raccourcissement qui résulte de cette absorption graduelle ne se manifeste parfois que quelques semaines après l'accident. Il n'en faut pas davantage, on le comprend, pour que le chirurgien soit accusé d'avoir méconnu la fracture et de n'avoir pas employé les moyens propres à en prévenir les conséquences.

Ce n'est pas exclusivement sur les sujets âgés que cette curieuse lésion a lieu. M. Gulliver l'a observée chez des jeunes gens de quinze et de dix-neuf ans. L'auteur cite, d'après M. Bainbridge, un cas survenu chez une fille de dix-neuf ans.

Quant aux vieillards, on sait que le col du fémur prend chez eux une direction de plus en plus rapprochée de l'horizontale ; mais ce changement, dans lequel on n'avait jusqu'ici vu qu'une conséquence naturelle des progrès de l'âge, M. Canton le regarde, du moins dans un certain nombre de cas, comme dépendant de cette absorption morbide qui fait le sujet de ses recherches. Il n'a pas trouvé, effectivement, que l'inclinaison fût portée à un même degré chez des individus d'un âge semblable, et il croit que c'est un résultat de l'atrophie sénile, déterminée elle-même soit par une violence traumatique qui a rompu quelque vaisseau nourricier, soit par le rhumatisme chronique.

Dans son troisième mémoire, M. Canton s'inscrit contre l'usage de donner un purgatif aussitôt après l'opération de la hernie étranglée. L'intestin qui vient de subir l'étranglement a surtout besoin de repos, et d'ailleurs il serait incapable de reprendre immédiatement ses fonctions, double motif aussi pressant que rationnel pour surseoir à l'administration du cathartique, qui est dans les habitudes, disons mieux, dans la routine de la plupart des praticiens.

L'existence d'*un cysticerque dans l'œil humain* est encore un fait rare dont l'ophthalmologie ne compte pas plus de sept à huit exemples. M. Canton en a observé deux cas. Le premier est relatif à un enfant de deux ans et demi, qui, ayant eu l'œil droit touché par le bout d'une ombrelle, y eut ensuite une petite tumeur dans le tissu sous-conjonctival, à la jonction de la paupière inférieure avec le globe de l'œil, vers l'angle interne. Cette tumeur, dont on s'aperçut une ou deux semaines après l'accident, était molle, jaunâtre, du volume de l'ongle du petit doigt. Elle ne causait ni douleur ni incommodité, et la vision restait intacte. On enleva d'un coup de ciseaux courbes une partie elliptique de la tumeur ; il en sortit un liquide séreux et un cysticerque dans un état parfait d'intégrité. La guérison fut prompte.

La seconde observation est celle d'un enfant de dix ans dont la cornée était peu à peu devenue opaque et vascularisée, en même temps que plus saillante. Comme il se trouvait un peu incommodé de cet état, on ponctionna la cornée avec un couteau à cataracte. Il sortit de l'humeur aqueuse et un cysticerque. Un soulagement notable s'ensuivit. Six ou sept mois après, il rentra à l'hôpital avec les mêmes symptômes. Une ponction à la cornée donna issue à un corps qu'on supposa être un second cysticerque.

Une récidive de cette espèce d'entozoaires dans l'œil serait un fait jusqu'ici sans analogue. Aussi importe-t-il de consigner tous les détails qui peuvent autoriser à penser que l'observation a été défectueuse en ce point. L'enfant ne s'étant rétabli qu'incomplétement, trois ans après, M. Guthrie fit une incision à la cornée ; il n'en sortit que de l'humeur vitrée. Il constata l'absence du cristallin, et, en conséquence, il est d'avis que c'est la lentille elle-même qui, expulsée lors de la seconde opération, fut prise pour un cysticerque.

Divers exemples d'*absence congénitale de la vésicule biliaire* sont cités dans les auteurs. Mais parfois on a regardé à tort comme tels des cas de maladies du foie où la vésicule y participant était perdue dans la substance de l'organe, sans manquer néanmoins. Il faut donc ne considérer comme absentes réellement que les vésicules qu'on a vainement cherchées après avoir coupé le foie par tranches.

Pour le même motif, quand on voit manquer la branche cystique de l'artère hépatique, c'est également une preuve que la vésicule n'est pas seulement dissimulée par une maladie, mais qu'elle fait réellement défaut.

Or ce double élément de certitude a été recueilli dans le cas rapporté par M. Canton, cas relatif à une femme de soixante-cinq ans, chez laquelle l'espace occupé par la vésicule était creusé d'un sillon recouvert par le péritoine. Le foie n'avait que les deux tiers

de son volume normal. Le conduit hépatique droit et le gauche s'unissaient à angle obtus pour former un canal cholédoque plus long et deux fois plus large qu'à l'ordinaire. La membrane intérieure de ce canal offrait l'apparence caractéristique de la muqueuse qui tapisse la vésicule biliaire. P. DIDAY.

Des aberrations du sentiment, par M. BERNARD SCHNEPF.

S'il est un mot dont le sens ait besoin d'être éclairci, c'est, à coup sûr, celui de *sentiment*. A quelles vagues acceptions ne s'est-il pas prêté, exprimant tantôt l'état le plus élevé de l'intelligence, la pensée elle-même, tantôt se confondant avec les sensations comme notion indécise des impressions sensoriales, tantôt se bornant à caractériser les dispositions morales, affectives et instinctives.

M. Schnepf, avant d'aborder son sujet, a donc agi avec raison et sagacité, en s'efforçant de ramener à une signification précise et à de justes limites une expression qui sert à sa thèse de pivot fondamental.

Suivant M. Cousin, le sentiment né de l'intelligence participe à la fois de la sensation et de la pensée. M. Schnepf conteste cette définition, qui serait sinon inexacte ou fausse, au moins fort incomplète. Attachant au terme français l'idée beaucoup plus étendue que les philosophes allemands accordent à son synonyme *Gemüth*, il pense que, si le sentiment a sa racine dans l'entendement, il la prend aussi dans l'élément moral; que l'âme jouit ou souffre aussi bien après un acte qu'après une conception; qu'en un mot, le sentiment est cette faculté complexe par laquelle le *moi humain* sent les impressions intellectuelles et morales.

Peut-être ce langage un peu métaphysique ne rend-il pas très catégoriquement la distinction que M. Schnepf a voulu établir. La faute, à la vérité, ne lui est pas personnelle. Il n'est pas cause si, depuis tant de siècles, une apparente affinité des phénomènes conduisant à faire rentrer les unes dans les autres toutes ces virtualités psycho-cérébrales, on n'a su ni les classer ni en montrer la subordination ni les qualifier. Plus ou moins, nous subissons tous la fatalité d'un héritage traditionnel.

Que s'est proposé M. Schnepf? Si nous ne nous trompons sur le caractère des faits qu'il expose, il a voulu prouver qu'il existe des déviations sentimentales indépendantes de troubles intellectuels, c'est-à-dire que la dépravation affective n'était pas incompatible avec la force du raisonnement et la puissance des facultés artistiques.

Mais, en ces cas, quelle est la nature du mal? Où puise-t-il son origine? Qu'est-ce, sinon une abstraction, que ce sentiment personnifié? Pourquoi, notamment, alors qu'on l'a fait dériver en partie de l'opération intellectuelle, séparer complétement ses prétendues lésions de celles du principe intelligent?

Cette confusion provient des entités dont le langage médico-psychologique abonde. On joue avec certaines désignations comme si elles représentaient des êtres définis, connus, susceptibles de variations. Qui ne voit, pourtant, que le jugement, l'attention, la mémoire, le sentiment, la sensibilité, etc., n'ont intrinsèquement d'autre réalité que celle des modalités mentales? Ces manifestations correspondent sans contredit à une virtualité humaine; mais quelle est son essence? Est-elle une ou multiple? Procède-t-elle par elle-même, ou, comme un roi, par des agents, des ministres? Profond mystère! De toute cette élaboration nous n'apercevons que les résultats, nous ne saisissons que certaines conditions : la cause intime nous échappe.

Aussi, notre rôle le plus sûr, le seul moyen de ne pas s'égarer et de rester intelligible, est-il de restreindre notre étude au domaine fonctionnel.

Supposons, pour ne pas sortir du cadre de M. Schnepf, qu'il s'agisse de déterminer rétrospectivement la perversion morale de Lacenaire, ce brigand émérite poussé au crime pour le crime lui-même. Rapporterons-nous à un vice de l'intelligence ses inclinations coupables? Ce serait commettre une double hypothèse, puisque, d'une part, nous ignorons en quoi l'intelligence, en tant que générale, consiste, et, d'autre part, que, chez Lacenaire, les facultés que ce mot résume (les forces logique et volontaire) jouissaient ostensiblement de leur plein exercice.

Quant au sentiment, en tant que pouvoir supérieur, il n'est pas moins inappréciable dans sa source que l'âme dont il émane; et d'ailleurs, par son action générale, indéfinie, il répugne à une particularisation formelle.

Le fait ici dominant est l'impulsion tyrannique d'un penchant, d'un appétit, ou, si l'on veut, non *du sentiment*, mais *d'un sentiment* inéquilibré. C'est ce que la dénomination employée doit se borner à traduire, à moins d'outre-passer les droits d'une interprétation prudente.

Dans le cas du sergent Bertrand, le déterreur de cadavres, et dans beaucoup d'autres dépravations analogues, on peut reconnaître la même irrésistibilité. Tous ces écarts, comme ceux de la jalousie, de la colère, de la haine, etc., appartiennent à la grande classe des anomalies passionnelles, où l'irrégularité dépend du mobile; où la tendance, loin, comme on l'a avancé, d'accuser une lésion intellectuelle, occasionne elle seule les erreurs du jugement et le désordre des actes. Pour tout dire, en un mot, la compromission immédiate de la faculté de sentir n'est pas plus démontrée, en ces circonstances, que ne le serait celle de la faculté de voir, dans la cécité due à une cataracte ou à une amaurose.

A notre avis, le titre choisi par M. Schnepf implique inopportunément une telle déviation, et, sous ce rapport, il serait avantageusement remplacé par celui d'*aberrations sentimentales*, qui, tout en désignant suffisamment les propensions déréglées, n'aurait point l'inconvénient de préjuger une solution presque douteuse.

Quoi qu'il en soit, les faits produits par M. Schnepf n'en ont pas moins une incontestable valeur. Ils offrent, nettement marquée, la démarcation entre les deux ordres de fonctionnement intellectuel et sentimental. Mais il est surtout trois points essentiels que l'auteur a judicieusement examinés : l'étiologie, l'hygiène et la médecine légale.

Pour lui, l'abandon et la mauvaise éducation sont les principales causes des perversions sentimentales, lesquelles, à leur tour, fomentent activement la production des maladies physiques. De là l'importance d'autant plus fondée qu'il attache à une éducation convenable et à des soins appropriés dans l'enfance, que souvent on a à lutter en même temps contre des influences héréditaires ou constitutionnelles.

Le sexe féminin, sans doute en raison de sa susceptibilité nerveuse, figure, dans la statistique de M. Schnepf, pour une proportion plus forte que le sexe masculin. Faut-il voir dans ce résultat une justification de cette prédominance organique mentionnée par le professeur Huschke, qui explique la supériorité intellectuelle de l'homme par un développement plus considérable des lobes antérieurs du cerveau, et par celui des lobes moyens la supériorité affective de la femme? M. Schnepf s'est livré à quelques essais de localisation dictés par cet ingénieux rapprochement; mais, quelque louable que soit cette tentative, on sent qu'elle est moins une solution qu'un appel à de nouvelles investigations.

A l'égard des conséquences légales par lesquelles notre jeune confrère termine son mémoire, nous ne pouvons qu'adhérer aux conclusions qu'il émet si sagement. Le médecin légiste comme le magistrat, dans l'appréciation des aberrations sentimentales, ne sauraient, en effet, apporter trop de circonspection, les infortunés qu'elles subjuguent, s'ils ne sont déjà fous, étant bien près de le devenir!.... DELASIAUVE.

Les luxations des os (*Verrenkungen der Knochen*), par C.-G. BÜRGER, in-8 de 243 pages, avec 74 gravures sur bois intercalées dans le texte. Würzburg, librairie de Stahel, 1854.

L'ouvrage de M. Bürger est moins un traité complet des luxations qu'un manuel destiné principalement à rappeler aux médecins les signes et le mode de traitement des luxations qui se pré-

sentent le plus fréquemment dans la pratique. Aussi, la partie théorique du sujet est-elle fort restreinte, et l'auteur ne consacre-t-il que 46 pages aux luxations envisagées d'une manière générale. Il étudie succinctement dans cette première section les causes, la classification, les symptômes, les complications, la terminaison, l'anatomie pathologique, le pronostic et le traitement des luxations. Si l'espace nous le permettait, nous aurions à relever bien des opinions reproduites par M. Bürger, et qui ont été combattues avec raison par M. Malgaigne dans son beau *Traité des fractures et des luxations*, cette œuvre dont la chirurgie française s'enorgueillit à bon droit, et dont nous chercherions en vain l'analogue dans la littérature étrangère. Mais nous ne voulons ici attirer l'attention que sur l'utilité pratique incontestable du travail de M. Bürger, dont la partie relative aux signes et au traitement a reçu des développements assez étendus pour être d'un grand secours aux élèves et à ceux des médecins que leur position oblige à embrasser à la fois toutes les parties de la science. Nous signalerons également la bonne idée qu'a eue l'auteur d'intercaler dans le texte un grand nombre de figures très bien exécutées, qui retracent rapidement à l'esprit, et bien mieux qu'une longue description, non-seulement les caractères des diverses espèces de luxations, mais encore les appareils et instruments les plus usités, ainsi que les manœuvres opératoires mises en pratique dans la réduction.

MARC SÉE.

VI.

VARIÉTÉS.

Le concours pour l'internat dans les hôpitaux de Paris et pour les prix à décerner aux élèves externes sera ouvert le lundi 22 octobre courant.

Le concours pour l'externat sera ouvert le 5 novembre prochain, et celui pour les prix à décerner aux élèves internes le 7 du même mois.

— Par décret impérial du 26 septembre, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Le Bozec, chirurgien de 1re classe de la marine, et Cochois, chirurgien de 3e classe, pour services rendus dans les ambulances de l'armée.

— Nous lisons dans la *Deutsche Klinik :*

Le docteur Ludwig, professeur d'anatomie et de physiologie à Zurich, vient d'être nommé professeur de physiologie et de zoologie à l'Académie médico-chirurgicale de l'Empereur Joseph, à Vienne.

— Le professeur J. Vogel, professeur de clinique médicale à l'Université de Giessen, est nommé titulaire de la même chaire à l'Université de Halle, en Prusse.

M. J. Vogel est l'auteur bien connu d'un traité d'anatomie pathologique traduit en français, et des *Icones pathologicæ;* ses travaux ont exercé une influence considérable sur les progrès de l'anatomie pathologique.

M. le docteur Félix Niemeyer, médecin en chef du grand hôpital de Magdebourg, est appelé, comme professeur de clinique médicale, à l'Université de Greifswald (Prusse).

— Par décret du 14 juillet 1855 de S. M. l'Empereur d'Autriche, le docteur L. Rigler, professeur de clinique médicale à l'Université turque de Constantinople, a été nommé professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Gräz (Autriche).

— MM. les chirurgiens de marine Lebozec, de *l'Alger*, Rault, du *Montebello*, Hiriart, de *l'Uranie*, Villaret, de *la Calypso*, Isnard, du vapeur *le Primauguet*, Martin, de *la Néréide*, se sont mis à la disposition de M. le chirurgien en chef de l'ambulance de Kamiesch, encombrée de blessés français et russes.

— D'après un document publié par le ministère du commerce et de l'agriculture sur la statistique de la France, on compte en ce moment dans l'empire, sur 100,000 individus : 105 aveugles, 82 sourds-muets, 125 aliénés, 118 goîtreux, 125 bossus, 25 individus ayant perdu un ou deux bras, 32 ayant perdu une jambe ou les deux jambes, 62 atteints de pied-bot.

Pour toutes les variétés, A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — 15 septembre. Accouchement prématuré artificiel par les douches utérines, par *Bouchacourt*. — Topographie médicale de la côte Saint-André, par *Robin*. — Valeur séméiologique de l'écoulement du sang par l'oreille à la suite d'un coup sur la tête, par *Mathieu*.

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG. — 22 septembre. Du brownisme et du contro-stimulisme, par *Biéchy*. — Sur la chirurgie de Strasbourg, par *Michel*. — Étude statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par *Dagonet*.

GAZETTE MÉDICALE DE TOULOUSE. — Août. Tænia ayant donné lieu à des attaques d'asthme, et guéri par l'écorce sèche de racine de grenadier, par *Giscaro*. — Corps étranger dans l'estomac simulant un cancer de cet organe, par *Cavaré*. — Sur le système digital des Equidés, par *Joly* et *Lavocat*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — 15 septembre. Choléra de Marseille en 1855. — Moyens propres à combattre la congestion cérébrale survenue pendant l'accouchement, par *Cabaret*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 32. Traitement du choléra, par *L. Fallani*. — Etudes microscopiques sur différents caustiques, par *Gamberini*. — 33. Choléra, par *Fallani*. — Sur le charbon, par *Consolini*. — 34. Suite des mêmes travaux. — 35. Choléra ; question de la contagion, par *Buffalini*.

IL PROGRESSO. — Août. Clinique médicale, par *Balestreri*. — Hygiène navale, par *Massone*. — Choléra en Egypte, par *Mazzi*. — Le choléra sur la frégate *le Desgenettes*, par *Verdi*.

Livres nouveaux.

APERÇU DU SYSTÈME SPINAL, ou de la série des actions réflexes dans leurs applications à la physiologie, à la pathologie, et spécialement à l'épilepsie, par le docteur *Marshall Hall*. 1 vol. gr. in-18 de 246 pages, avec figures et tableaux. Paris, chez Victor Masson, 3 fr. 50

CHIMIE APPLIQUÉE à la physiologie et à la thérapeutique, par le docteur *Mialhe*. 1 vol. in-8 de XXXII—704 pages. Paris, chez Victor Masson. 9 fr.

DE L'INFLUENCE DES TRAVAUX ET DE L'ENSEIGNEMENT DU DOCTEUR DELPECH SUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE, thèse de concours pour l'agrégation soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier, par le docteur *F. Moutet*. In-8 de 144 p. Montpellier, 1855, imprimé par Martel.

THÈSE SUR L'AMMONIUM, par *Georges della Suda*. In-4° de 56 pages. Paris, imprimerie de Plon.

TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE, par *Ph.-C. Sappey*. T. II, 2e partie, fascicule second. Gr. in-18, pages 581 à 792, figures 284 à 349, contenant *sens de la vue, sens de l'odorat, sens du goût*. — L'ouvrage sera complété par la publication d'un dernier demi-volume, qui contiendra : l'*appareil de la digestion*, l'*appareil de la respiration*, l'*appareil génito-urinaire* et l'*embryologie*. — Prix de l'ouvrage complet, 22 fr.

TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE COMPARÉE des animaux domestiques, par *G. Colin*. T. II. In-8 de 628 pages avec 114 figures. Paris, J.-B. Baillière. L'ouvrage est complet. Prix : 18 fr.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA CAUTÉRISATION d'après l'enseignement clinique de M. le professeur *Bonnet* (de Lyon), par le docteur *R. Philippeaux*. Ouvrage couronné par la Société des sciences médicales de Bruxelles. In-8 de XX—626 pages avec 8 fig. Paris, J.-B. Baillière. 8 fr.

CANSTATT'S JAHRESBERICHT UEBER DIE FORTSCHRITTE DER GESAMMTEN MEDICIN IN ALLEN LAENDERN, IM JAHRE 1854. In-4° sur 2 colonnes. IIe vol., Pathologie générale, 189 pages. IIIe vol., Pathologie spéciale, 342 pages. VIe vol., Médecine vétérinaire, 72 pages. VIIe vol., Médecine légale, 64 pages. Würzbourg, chez Stahel.

DIE LEICHENVERBRENNUNG ALS DIE GEEIGNETSTE ART DER TODTENBESTATTUNG (Le mode de brûler les cadavres comme le plus avantageux de l'inhumation), par *J.-P. Trusen*. In-8. Breslau, chez Korn. 7 fr. 50

GESAMMELTE ABHANDLUNGEN ZUR WISSENSCHAFTLICHEN MEDICIN (Recueil de travaux de médecine scientifique), par *R. Virchow*. 1re moitié. In-8. Francfort, chez Meidinger. 8 fr.

GUTTA-PERCHA VERBAENDE BEI KNOCHENBRUECHEN (Des bandages de gutta-percha dans les fractures des os), par *F.-X. Ulrich*. In-8. Vienne, chez Gerold. 1 fr. 25

LEHRBUCH DER RECEPTIRKUNDE (Traité de l'art de formuler), par *E. Kurzak*. In-8. Vienne, chez Braumueller. 8 fr.

UEBER DIE CYSTENGESCHWUELSTE DES HALSES (Sur les kystes du cou), par *E. Gurlt*. In-8. Berlin, chez Enslin. 6 fr. 50

UEBER METHODISCHE ELECTRISIRUNG GELAEHMTER MUSKELN (Sur l'électrisation méthodique de muscles paralysés), par *Remak*. In-8. Berlin, chez A. Hirschwald. 1 fr. 25

CENNO SUL CHOLERA-MORBO e suo novo metodo curativo, per *Antonino Vinci*. Catania, mars 1855. 1 fr. 50

TRATTATO DI FARMACOLOGIA E TERAPEUTICA GENERALE, di *Giovanni Semmola*. In-8 de XV—576 pages. 1853, Napoli. 8 fr.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 12 OCTOBRE 1855. N° 41.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

I.

Paris, ce 11 octobre 1855.

ACADÉMIE DE MÉDECINE : EMPLOI DES EXUTOIRES ET DES RÉVULSIFS. ACADÉMIE DES SCIENCES : INOCULATION PRÉVENTIVE DES MALADIES INFECTIEUSES. — INOCULATION DU VENIN DE LA VIPÈRE POUR PRÉVENIR LA FIÈVRE JAUNE. — MORT DE M. MAGENDIE.

— Voici un remarquable témoignage de l'esprit de scepticisme et de démolition qui souffle sur la société moderne. Le séton, le cautère, le vésicatoire, ces sauvegardes séculaires de la santé, ces classiques talismans dont nos pères les mieux portants se munissaient quelquefois, comme ils eussent fait de petites médailles, on n'y croit plus. On leur accorde bien, par grâce, une vertu de huit à dix jours de durée ; mais passé ce temps, ce n'est plus qu'incommodité et tourment. C'est M. Malgaigne qui a fait ainsi le procès aux exutoires dans la dernière séance de l'Académie de médecine, à l'occasion de nouveaux procédés de séton proposés par M. Bouvier. Le savant professeur de médecine opératoire n'a-t-il pas un peu brodé sur le fond de vérité contenu dans son argumentation ? Et s'il est vrai que Fabrice d'Aquapendente ait embouché le clairon à la louange du séton, a-t-il été, lui, le héraut fidèle de l'expérience ? Ce serait vraiment fâcheux, nous ne dirons pas seulement pour le malade, ce qui se comprend de reste, mais pour la réputation des observateurs, de Boyer, par exemple, qui attachait à l'application de nombreux cautères le salut des sujets atteints du mal de Pott. Nous-même, à parler franc, serions un peu humilié d'avoir attribué au même moyen un rôle assez considérable dans la guérison de certaines arthralgies chroniques, et surtout peiné d'avoir, en pure perte, infligé à des malheureux bon nombre de plaies suppurantes. M. Velpeau a demandé la parole. Nous espérons qu'il rassurera un peu notre conscience.

M. Malgaigne a vu les choses en noir ; il ne serait pas plus sage de les voir en rose. Il est certain qu'on a beaucoup usé des exutoires, surtout de ces *fonticules* au bras ou à la jambe qui ont pour destination, non de révulser un mal situé dans leur sphère d'action, non de déterger une partie tuméfiée,

---

FEUILLETON.

Les Facultés de médecine d'Allemagne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE HALLE.

Cette école, illustrée par les travaux de Ch. Reil, est aujourd'hui une des moins importantes de l'Allemagne, puisque, dans le semestre de 1853 à 1854, elle ne comptait que 68 étudiants ; aussi le nombre des chaires y est-il assez limité

L'hôpital clinique où se fait l'enseignement pratique médical, chirurgical et obstétrical, se divise en deux parties ; l'hôpital qui est consacré à la médecine, nouvellement construit, quoique très simple et peu étendu, est convenable ; au contraire, les salles de chirurgie sont étroites, sales et malsaines. M. le professeur Blasius, chargé de la clinique chirurgicale, a publié un certain nombre de travaux intéressants, parmi lesquels nous citerons ses recherches sur les tumeurs colloïdes de bonne nature, et d'autres sur la *scintillatio oculi*. Ses leçons, qui s'adressent à un petit nombre d'élèves, sont surtout pratiques ; il en est de même de son enseignement de la pathologie externe et de la médecine opératoire. Le professeur de clinique médicale, M. Kruckenberg, est encore au nombre de ces maîtres qui tiennent peu de compte des progrès récents de la science. La clinique d'accouchements, fort peu considérable dans une aussi petite ville que Halle, est confiée au professeur Hohl.

Enfin, nous devons citer à Halle le professeur de physiologie, chargé en même temps du cours d'anatomie depuis la mort de d'Alton, M. Volckmann. Anatomiste et physiologiste consciencieux, M. Volckmann a publié des travaux intéressants sur la vision, sur les origines du nerf grand sympathique, et quelques mémoires plus récents. Avec peu de ressources, ce professeur sait mettre sous les yeux des élèves un exposé complet de la physiologie. Les autres cours sont faits par des professeurs particuliers.

L'université de Halle, disons-le en finissant, est une de celles dont la nécessité et l'utilité nous semblent le moins démontrées ; non pas que nous voulions attribuer la cause du peu d'importance de cette école à ses professeurs, dont MM. Volckmann et Blasius sont les membres les plus connus, mais nous nous en prenons surtout au siége de la faculté. La Prusse compte dans ses États beaucoup d'autres facultés : Berlin, Bonn, Breslau, Greifswald, cette dernière à peine plus considérable que celle de Halle. Cette faculté, placée à peu de distance de Berlin, de Leipsick et d'Iéna, souffre de ce voisinage périlleux.

mais d'offrir, comme le mot l'indique, un écoulement permanent aux humeurs vicieuses ou viciées. Les sétons sont également loin de remplir, avec la sûreté qu'on leur prêtait à une certaine époque, les indications qui en déterminent l'usage; ils peuvent même, dans des conditions données, devenir la cause d'accidents que M. Gerdy a justement fait ressortir. Ce serait donc un travail utile que la spécification des états pathologiques auxquels s'adapte le mieux chacun des exutoires. Il y aurait, par exemple, plusieurs distinctions à établir et quant à la lésion et quant au remède. Certains engorgements péri-articulaires, de nature strumeuse, se fondent très aisément, quoique avec lenteur, par l'action *détersive* des cautères, établis *in situ*. L'action *révulsive* du même moyen, appliqué à une certaine distance du mal, est beaucoup moins sûre et plus lente. Le moxa peut être un révulsif; mais, quand il n'amène pas la suppuration, il ne l'est pas à la manière du cautère et du vésicatoire. Bien plus, dans beaucoup de cas, au lieu d'exercer une action révulsive au sens ordinaire, au lieu de *détourner* une irritation ou inflammation, ou tout autre travail morbide, il ne provoque la résolution qu'en exaltant la vitalité des parties, en y accélérant le mouvement de décomposition et de recomposition organiques. On voit tout de suite que le problème est assez complexe. Nous ne doutons pas que s'il était étudié dans l'ensemble de ses éléments, il ne reçût une solution plus consolante que dans l'argumentation de M. Malgaigne.

— Chercher dans les produits morbides des maladies infectieuses l'agent d'une inoculation préventive, analogue à celle qui est depuis si longtemps pratiquée pour la petite vérole; essayer d'atteindre dans l'atmosphère, par l'analyse chimique, ou la cause essentielle, ou certaines conditions étiologiques des mêmes maladies régnant épidémiquement: tels sont les deux buts vers lesquels M. Bourguignon et M. Baudrimont, dans deux mémoires lus à la dernière séance de l'Académie des sciences, s'efforcent de pousser les expérimentateurs. Le travail de M. Baudrimont, que nous n'avons pas sous les yeux, sera analysé dans le prochain numéro; nous publions aujourd'hui même celui de M. Bourguignon, qui a trait plus spécialement à la fièvre typhoïde. Notre confrère, comme on le verra, ne s'est pas trouvé en mesure de se livrer aux recherches dont il montre en perspective, à la médecine pratique, les utiles résultats; mais, outre un fond de considérations très justes sur le caractère particulier des maladies inrécidivables, il apporte à la question quelques vues nouvelles, tirées de la pathologie comparée, et, en agrandissant le champ de l'investigation, accroît d'autant les chances de réussite. Nous prenons donc la liberté de recommander son travail à l'attention des lecteurs.

— A propos d'inoculation préventive, nous devons dire que le journal *la France d'outre-mer*, de la Martinique, renferme un nouveau document sur un moyen prophylactique de la fièvre jaune, que ni M. Bourguignon, ni beaucoup d'autres, n'auraient jamais imaginé, et que nous avons fait connaître il y a peu de temps (Gazette hebdomadaire, 1855, n° 26, p. 476); nous voulons parler du venin de la vipère, ou plutôt de la sanie d'un foie infecté de venin et putréfié. Ce document consiste en une lettre du docteur Gaudon Hulin qui a visité l'hôpital Saint-Isidore confié à l'inventeur, M. de Humboldt, par le capitaine général de la Havane. D'après cette lettre, les individus inoculés présentent d'abord l'appareil symptomatique de la fièvre jaune; puis, l'affection se transformant, la fièvre, de continue qu'elle était, devient intermittente et n'offre aucune gravité. Dans son mémoire, M. de Humboldt accusait, sur 1428 expériences relatives à des individus non acclimatés et inoculés, 7 cas seulement de fièvre jaune (toutes terminées par la guérison), au lieu de la proportion de 96/100 (avec une mortalité de 25/100) qui existait avant la pratique de l'inoculation. Aujourd'hui il accuse encore 7 cas de fièvre jaune sur 3000 inoculés; mais, cette fois, 7 *décès*: d'où il suit, — ou qu'il s'agit des mêmes individus, lesquels n'auraient été comptés comme guéris à tout jamais que parce qu'ils étaient morts, — ou qu'il y a eu 14 inoculés atteints de fièvre jaune, dont les 7 premiers auraient succombé à la file et les 7 derniers auraient guéri de même.

Nous possédons sur toute cette affaire des renseignements particuliers que nous croyons de bonne source. A la Havane, la fièvre jaune ne règne pas épidémiquement depuis le mois de novembre jusque dans le mois de juin : c'est à peine si l'on en rencontre quelques cas sporadiques de peu de gravité. Or, c'est dans cette période qu'ont eu lieu presque toutes les inoculations. Quant à celles qui ont pu être faites ultérieurement, jusqu'au 15 août, date de la lettre de M. Hulin, on n'en dit ni le nombre, ni le résultat particulier, et surtout on ne dit rien du terme de comparaison que pourrait fournir l'état sanitaire de la population non inoculée, pendant le même espace de temps. Voilà, du reste, une partie des États-Unis envahie par la fièvre jaune (voy. aux *Variétés*); c'est une belle occasion pour le foie de mouton de faire ses preuves.

On aurait aussi quelque raison de souhaiter que M. de Hum-

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GIESSEN.

L'École de médecine de Giessen appartient à l'université du grand-duché de Hesse-Darmstadt. Depuis une dizaine d'années, elle est devenue célèbre dans le monde savant par les œuvres de plusieurs de ses professeurs. Nous citerons au premier rang M. le baron Liebig, MM. Bischoff et J. Vogel : le premier a été enlevé à Giessen par la faculté de Munich ; MM. Bischoff et J. Vogel enseignent encore à Giessen, le premier l'anatomie et la physiologie, le second la clinique médicale.

La clinique ne trouve pas à Giessen des sujets d'étude assez nombreux. L'hôpital clinique, mal construit et mal disposé, sans dotation suffisante, reçoit forcément dans ses salles peu étendues beaucoup de malades atteints d'affections chroniques de longue durée; aussi les élèves n'y suivent-ils que peu de maladies aiguës. C'est à cette cause qu'il faut, sans aucun doute, attribuer le peu de variété des leçons cliniques; en effet, le clinicien ne peut suppléer par son instruction théorique à l'insuffisance des éléments d'instruction clinique.

M. Wernher, professeur de clinique et de pathologie chirurgicales, est l'auteur d'un traité dogmatique de chirurgie; son cours, très élémentaire, n'offre pas l'intérêt attaché aux grandes cliniques des hôpitaux des villes plus considérables.

M. J. Vogel est connu depuis longues années par ses travaux d'anatomie pathologique; nous citerons ses *Icones pathologicæ*, et son *Traité d'anatomie pathologique générale*, traduit par Jourdan dans sa collection de l'*Encyclopédie anatomique*. Aujourd'hui, M. J. Vogel a, pour ainsi dire, abandonné cette partie de la science; nous savons que l'insuffisance des matériaux, à Giessen, a contraint le célèbre anatomo-pathologiste à étendre dans une autre direction les progrès de la médecine: sa direction actuelle est surtout celle de la chimie pathologique; déjà plusieurs travaux de ce genre ont été publiés par M. Vogel dans le recueil pour les travaux en commun qu'il dirige avec MM. Nasse et Beneke, et nous savons que le professeur de Giessen s'occupe actuellement de recherches sur les modifications de la respiration à l'état pathologique. Parmi les dernières œuvres de M. Vogel, nous citerons son article sur les altérations du sang, qui fait partie du *Traité de pathologie et de thérapeutique* publié par une société de professeurs allemands sous la direction de M. R. Virchow (voir l'analyse dans la *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1854, p. 682). Nous mentionnerons enfin les travaux de M. J. Vogel sur la valeur pathologique des diverses colorations morbides de l'urine. Les

boldt voulût bien donner des détails précis sur les expériences qu'il dit avoir faites à la Vera-Cruz avant de venir s'installer à la Havane. Nous nous en sommes enquis auprès de personnes compétentes, qui, pourtant, n'en savent pas plus que nous sur ce point essentiel.

A. Dechambre.

Un des plus célèbres représentants de la physiologie moderne, M. Magendie, vient de succomber à de longues souffrances, dont l'issue, depuis longtemps, n'était que trop prévue. Ce n'est pas le moment de porter un jugement sur les services qu'il a rendus dans sa brillante carrière, ni sur le caractère propre de son esprit et de ses travaux; mais il suffit, pour rendre hommage à sa gloire, de rappeler l'influence considérable qu'il a exercée sur la direction des études physiologiques en France et à l'étranger. M. Magendie a été le chef reconnu d'une école dite *expérimentale*, qui a eu plus tard, en pathologie, son analogue dans la médecine exacte. C'est un grand témoignage de sa valeur personnelle, que ce rayonnement lointain et durable de sa méthode et de ses tendances.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT, AU MOYEN D'UNE AIGUILLE DOUBLE OU BIFURQUÉE, par MM. Peter et Vanverts.

L'opération de la cataracte par abaissement offre souvent des difficultés qui dépendent ou paraissent dépendre de la mollesse du cristallin, des adhérences qui le retiennent dans sa position, ou de la qualité de l'instrument que l'on est obligé d'employer pour éviter une lésion trop étendue des membranes de l'œil.

Quand la cataracte est molle et que l'ouverture pupillaire n'est pas très resserrée, il vaut mieux ne pas dilater la pupille par la belladone, afin d'éviter le passage des débris de membrane dans la chambre antérieure.

Le cristallin a souvent, lorsqu'on l'a abaissé, de la tendance à remonter. M. Gerdy s'était demandé d'abord si cet effet était dû à son poids spécifique, mais il est plus grand que celui de l'humeur vitrée. M. Gerdy fut donc obligé de rejeter cette supposition, et de chercher si les ascensions réitérées du cristallin, au moment même de l'opération, ne tiendraient pas à des adhérences lâches invisibles par leur transparence. Mais ce qui compromet surtout le succès de l'opération, c'est le peu de prise que l'on a sur la lentille avec l'aiguille ordinaire, qui empêche de l'abaisser en totalité, parce qu'elle la déchire, si la cataracte est molle, parce qu'elle la fait tourner autour de sa tige, si la cataracte est dure.

On sait qu'il est difficile et même presque impossible d'enfoncer un bouchon dans un vase rempli d'eau quand on appuie sur sa surface avec un seul doigt. En effet, dès que la pression ne passe plus par le centre de gravité, le corps dévie et remonte; c'est ce qui arrive au cristallin. Si au contraire on appuie sur le liége par deux doigts écartés, quelques oscillations qui se fassent dans ce corps, l'abaissement pourra être facile.

Obligé de s'y prendre à plusieurs fois pour abaisser un cristallin qui tournait ainsi autour de l'aiguille, M. Gerdy inventa, vers 1834, une aiguille bifide pouvant presser par une large surface. Elle était formée (fig. 1) de deux lames parallèles, dont l'une, plus

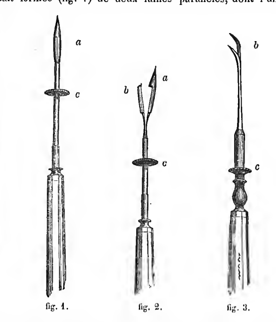


fig. 1. fig. 2. fig. 3.

longue, lancéolée (fig. 2, *a*), formait toute la pointe, tandis que l'autre venait se placer exactement sur le côté de la première, dans une échancrure pratiquée un peu en arrière. On les faisait pénétrer dans l'œil, rapprochées et formant une aiguille simple : alors, en poussant en arrière le disque de la gaîne qui les enfermait, les deux lames s'écartaient par leur ressort et pouvaient ainsi appuyer largement sur le cristallin. Comme il est difficile que ces deux lames se joignent bien exactement, M. Gerdy a depuis changé la forme de son instrument, en en conservant entièrement le principe.

Sa nouvelle aiguille est conique (fig. 2), courbe à son extrémité, formée de deux lames glissant à frottement l'une sur l'autre. Quand on l'introduit dans l'œil, elle paraît simple; elle déchire la

règles qu'il a essayé d'établir à ce sujet sont connues depuis quelque temps; mais nous devons ajouter qu'elles ont trouvé plus d'un contradicteur en Allemagne. Au lit du malade, M. J. Vogel apporte un grand soin à constater et à discuter la valeur des phénomènes physiques; la percussion, l'auscultation, l'examen chimique et microscopique des divers produits excrétés, tiennent une large place dans l'enseignement clinique de Giessen. On regrette seulement que M. J. Vogel, dont nous venons d'énumérer les titres scientifiques nombreux, ne possède pas une élocution plus facile, une exposition plus brillante, qualités qui souvent font oublier l'absence d'autres qualités, plus sérieuses et plus solides, qu'il possède à un haut degré.

La clinique d'accouchements est sous la direction de M. von Ritgen; les cours de pharmacie et de matière médicale sont faits par MM. Phœbus et Mettenheimer.

Les sciences anatomiques et chimiques ont pris à Giessen un grand développement; sous la direction de MM. Liebig et Bischoff, on a vu s'élever dans cette petite université de riches et spacieux laboratoires d'anatomie, de physiologie et de chimie.

M. Bischoff est trop connu en France par ses travaux d'embryologie, d'anatomie comparée et de physiologie, pour que nous ayons besoin d'insister ici sur les titres nombreux qui le placent au premier rang de l'Allemagne médicale actuelle. Ses cours de physiologie théorique et expérimentale sont l'exposé de travaux où les recherches du professeur jouent toujours un rôle important; et si quelque chose pouvait ajouter à la confiance qu'inspirent les résultats obtenus par M. Bischoff, nous nous hâterions de dire que les pièces nombreuses, les expériences minutieuses du physiologiste de Giessen inspirent une haute idée de son zèle pour l'étude et de son talent pour interroger la nature. Dernièrement encore, un mémoire sur l'urée nous faisait connaître des résultats curieux obtenus par une expérimentation répétée journellement pendant plus d'une année sur plusieurs individus; enfin nous devons citer le dernier mémoire de M. Bischoff sur la pénétration du sperme dans l'œuf. Ce mémoire a été l'occasion d'une discussion relativement à la priorité de la découverte entre M. Bischoff et M. R. Wagner (de Gœttingue). Nous ne voulons pas entrer dans l'appréciation des titres de ces deux savants à la propriété de la découverte qu'ils se disputent, cette question nous mènerait peut-être trop loin; car en Allemagne la découverte appartient peut-être à un nom plus modeste, à celui d'un travailleur consciencieux, que nous n'osons encore nommer. C'est principalement aux soins de M. Bischoff, aidé de M. Leuckardt, que l'on doit l'établissement, à Giessen, d'un

capsule, et, en en poussant la gaîne en arrière, on voit l'une des deux pointes se porter en arrière de l'autre, qui reste immobile, et intercepter un espace large dans lequel le cristallin doit se placer. Il est ainsi saisi par les deux pointes écartées ; on l'abaisse, l'aiguille redevient simple et on la retire en lui faisant suivre le trajet indiqué.

Avec la courbure modérée que présente maintenant le dos de cet instrument (fig. 3), et à la condition, obtenue par M. Charrière, que les deux lames se recouvrent exactement, il pénètre facilement, et la plaie est aussi petite qu'avec l'aiguille ordinaire.

Sans doute, dans les cataractes molles, le cristallin peut se déchirer comme avec l'instrument simple : c'est ce qui est arrivé dans les deux observations qui suivent. Mais même dans ce cas on aura plus de chance de le conserver en entier en le saisissant par la plus grande partie de sa surface, et dans les cataractes dures l'abaissement sera aisé.

Cette difficulté de l'abaissement était sentie depuis longtemps : Palucci, dans différents travaux sur la cataracte, qui parurent de 1750 à 1770, montre dans l'énumération des instruments employés par les opérateurs anciens que les pensées étaient tournées vers ce point difficile. Les aiguilles employées pour abattre la cataracte, dit-il, sont de deux espèces ; une ronde, conique ; l'autre plate, pointue, tranchante sur les côtés. La première est fort ancienne ; Celse semble l'indiquer, Paul d'Égine en parle. Albucasis est le premier qui ait parlé de l'aiguille plate ; Smaltens a ajouté une gouttière dans laquelle on glissait un stylet ou une autre aiguille émoussée. Albinus a adopté ce moyen ; mais, dit Palucci, il est incommode. Il donne alors la description d'un nouvel instrument inventé par lui, et rapporte six observations où il guérit des militaires de l'Hôtel des invalides. Je copie textuellement la description de son instrument.

« Il est composé principalement de deux pièces jointes ensemble parallèlement. Chacune a deux extrémités : l'une sert pour faire le trou, moyennant l'aiguille plate dont elle a la forme ; l'autre (alternativement) sert pour abaisser la cataracte. » L'aiguille qui perce est plus longue que l'autre, sans la dépasser, toutefois, de plus de 3 lignes.

Palucci se sert ainsi de cet instrument : « Tandis que le pouce se contracte vers le dos de la main pour retirer l'aiguille (la première), l'index et le doigt du milieu s'avancent, pour que l'extrémité de l'autre pièce qui doit abaisser la cataracte pénètre le globe. »

Déjà au XVII^e siècle Heister, dans ses *Institutions de chirurgie*, décrit des aiguilles de différentes formes (page 615, planche 17). « Les meilleures aiguilles, dit-il, sont celles indiquées aux n^os 5, 6 et 10 ; ces trois dernières ont toutes la pointe tranchante et un peu évasée en forme de grain d'orge, et celle de la figure 6 a de plus une *rainure*, ce qui rend ces différentes aiguilles *beaucoup plus propres à abattre la cataracte* que celles dont la pointe est *trop étroite*, ou bien large, mais obtuse. En effet, les aiguilles trop fines et trop aiguës déchirent facilement la cataracte, et celles dont la pointe est mousse ne percent que difficilement les tuniques de l'œil. De là vient que quelques auteurs ont conseillé de se servir de deux aiguilles, l'une étroite et pointue pour percer le globe de l'œil, l'autre large et obtuse pour abattre la cataracte ; mais il est plus facile de prescrire l'usage de ces deux aiguilles que de mettre ce précepte en pratique sans que l'œil en soit endommagé. »

Il dit plus loin, à la page 629 : « Quelques chirurgiens, prévenus de la fausse opinion que la cataracte est formée le plus ordinairement par une pellicule, croyaient devoir se servir par préférence de certaines aiguilles avec lesquelles on pourrait *retirer de l'œil la cataracte* qu'ils supposaient membraneuse, afin de l'empêcher de revenir. (C'étaient des aiguilles perforées aux deux bouts, aiguilles à succion, comme M. Laugier en a remis en usage dans ces derniers temps.) On a imaginé aussi pour cette extraction *une forte aiguille en forme de petite pince*, qui est d'une invention fort ingénieuse. Cette aiguille est formée de deux lames minces, lancéolées, appliquées l'une sur l'autre. Cette aiguille (page 633, explication de l'instrument), dont il est parlé dans la dissertation d'Albinus, est tellement construite que, lorsque la pointe est parvenue dans l'œil, en poussant en bas le ressort, cette pointe s'ouvre en manière de pinces, avec lesquelles on peut saisir et tirer la cataracte hors de l'œil. »

On ne trouve, dans les traités récents de chirurgie ni même dans le *Traité de médecine opératoire* de M. Malgaigne, rien qui indique qu'une aiguille double ait été jamais employée pour opérer la cataracte. Quant à l'aiguille-pince décrite dans Heister, le passage précité montre qu'elle avait été inventée dans un autre but, celui d'extraire des fragments membraneux opaques. Elle était d'ailleurs restée ignorée, et M. Gerdy n'en avait pas d'abord eu connaissance.

Obs. I. — Le nommé Fennetaux (Xavier-Alexandre), âgé de cinquante-quatre ans, serrurier, est entré le 30 juin 1855 à la Charité, affecté de cataracte à l'œil gauche.

Cet homme s'était aperçu d'une diminution dans la vue, distincte de ce côté, il y a dix-huit mois environ ; sa vue s'était peu à peu troublée, comme si un nuage était étalé devant ses yeux ; enfin, depuis quatre mois environ, cet œil ne peut plus distinguer les objets, tout en appréciant encore la différence du jour avec la nuit. A l'examen, la pupille présente son ouverture normale, et en ouvrant brusquement les paupières on voit l'iris se contracter ; lorsque la pupille a été dilatée par la belladone, les objets peuvent être distingués par le côté. Le cristallin est d'un blanc grisâtre, volumineux, et laisse voir à la loupe les trois morceaux qui le composent.

Opération. — Le malade est opéré le 4 juillet par M. Gerdy. L'aiguille, appliquée comme d'ordinaire à quelques millimètres en arrière de l'union de la cornée et de la sclérotique, éprouve une assez forte résistance avant de pénétrer dans l'œil ; on aperçoit la pointe de l'aiguille qui déchire la capsule. Cela fait, on ouvre l'instrument, les deux branches de l'aiguille pressent sur le cristallin, qui, vu sa mollesse, se divise en plusieurs parties. On cherche à abaisser successivement chacune de ces parcelles,

---

musée qui surpasse en étendue et en richesses celui de la Faculté de Paris. Des salles séparées, bien éclairées, sont consacrées aux collections d'anatomie normale, d'anatomie comparée, d'anatomie pathologique, et enfin de zoologie. Un catalogue imprimé contient un exposé succinct de chacune des pièces, recueil précieux et complétement indispensable à l'étude de toute collection anatomique. L'anatomie descriptive est professée par M. le docteur Eckhard, prosecteur de la faculté. M. Leuckardt, chargé du cours de zoologie, est connu par des travaux intéressants sur les animaux inférieurs, et en particulier sur les vers. Nous avons vu à Giessen des animaux sur lesquels M. Leuckardt répétait avec succès les expériences de M. Siebold (de Munich) relativement à la migration des vers d'un animal à l'autre.

Le laboratoire de chimie est une création de M. Liebig ; il répond, comme on le sait, à toutes les exigences de cette partie de la science ; mais depuis sa fondation, d'autres laboratoires plus riches, et surtout plus considérables, ont été établis dans d'autres villes universitaires : nous citerons celui de Wurzbourg, mais surtout ceux de Munich et de Heidelberg. Aujourd'hui encore, la tradition des études chimiques s'est perpétuée à Giessen, et, même après le départ du baron Liebig, cette faculté a continué à être fréquentée par un grand nombre d'élèves qui se consacrent spécialement aux sciences chimiques.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE HEIDELBERG.

École de médecine du grand-duché de Bade, la faculté de Heidelberg fait partie d'une université célèbre par une impulsion donnée aux études de droit plutôt qu'aux sciences médicales. Une seconde école, beaucoup moins importante, existe également dans le grand-duché : c'est celle de Freibourg ; mais comme nous ne l'avons pas visitée dans notre *voyage médical*, nous n'en parlerons pas ici.

Le peu d'importance de la ville de Heidelberg ne nous permettait pas d'espérer de rencontrer dans cette faculté de riches éléments d'instruction médicale ; cependant nous devons avouer que ce que nous avons vu a dépassé nos espérances. L'hôpital clinique (*Akademisches Hospital*) renferme trois services attribués à l'enseignement des cliniques de médecine, de chirurgie et d'accouchements. Cet établissement, d'une petite étendue, renferme près de 200 malades couchés dans des salles petites, simples, mais bien disposées ; des salles spéciales sont destinées à recevoir les vénériens ; quelques autres ne contiennent que des malades atteints d'affections des yeux. Enfin un petit hôpital spécial, dans lequel les élèves et les étrangers ne sont pas admis, est destiné uniquement aux varioleux et

on voit néanmoins remonter quelques parties membraneuses qui semblent être de la capsule; une grande partie du champ pupillaire est libre cependant. On fait glisser les deux lames de l'aiguille l'une sur l'autre, et on la retire. L'œil est recouvert d'une compresse mouillée, d'un bandeau; on fait fermer les rideaux du lit, que l'on recouvre d'un drap.

4 juillet soir. — Le soir, à la visite, quoique le malade ait éprouvé une vive douleur dans l'intérieur de l'œil au moment de l'abaissement, il n'y a ni élévation de température à la peau ni accélération du pouls; la douleur de l'œil, qui a persisté une heure environ après l'opération, a complétement disparu; point de battements profonds, point de douleurs de voisinage, pas de mal de tête.

La conjonctive est à peine plus injectée que celle de l'autre œil. On aperçoit toujours des débris de membrane. Le malade semble pouvoir distinguer les objets.

5 juillet et jours suivants. — Le lendemain, l'état général reste le même; l'état local est aussi bon; pas de douleurs, pas de congestion. Cette bonne disposition générale et locale continuant, le malade est bientôt remis à son régime habituel. Les débris de la capsule remontée ont complètement disparu. Au bout de huit jours, cet homme sort le 16 juillet, douze jours après l'opération, distinguant bien tous les objets avec l'œil opéré, sans trouble dans la vision.

Obs. II. — Hamby (Louis), âgé de soixante et un ans, voiturier, rue de Flandre, 125, à la Villette, entre le 23 juin 1855 à la Charité, salle Saint-Jean, n° 20.

Il y a cinq ans que la vue commença à se troubler à gauche, pour s'abolir complètement quatre ans après. A l'entrée du malade à l'hôpital, abolition de la vue depuis un an; cependant le malade peut encore distinguer le jour de la nuit, et éprouve des illusions visuelles (filaments noirs, verts, rouges, qui parcourent le champ de la vision).

Le cristallin est volumineux, blanc nacré, chatoyant, et présente une série de triangles nombreux dont le sommet converge au centre du cristallin. Œil sain d'ailleurs, pupille contractile.

Opération par abaissement, le 4 juillet, par M. Gerdy. — L'iris est légèrement piqué au niveau de son insertion au cercle ciliaire; un peu de pigment s'écoule au dehors, une petite quantité de sang infiltre les mailles de l'iris. Cependant l'aiguille arrive dans le champ pupillaire, et, transformée en fourche, abaisse le cristallin, qui est très mou, et remonte par fragments, qu'on réussit toutefois à abaisser tous. Le malade peut aussitôt distinguer les objets. — Deux bouillons.

Rien dans la journée, ni céphalalgie, ni nausées, ni trouble d'aucune sorte. Pouls à 65.

5. — Santé parfaite; iris débarrassé du sang qui l'infiltrait; pupille mobile, pas de céphalalgie ni de douleur intra ou péri-oculaire. Appétit de très vif; pouls à 65.

Deux bouillons, deux potages; limonade citrique; lavement avec 80 grammes miel de mercuriale.

6. — Même état; on cède au désir du malade (1 portion). L'état local est si parfait, que le malade se livre dans son lit à des mouvements exagérés, qu'on est obligé de lui dire de réprimer.

Du 7 au 10, le même état continue.

10. — Des lambeaux opaques de la capsule obstruent en partie le champ de la pupille; l'iris est très sain, la pupille contractile; la vision est incomplète, mais le malade peut distinguer le nombre des doigts qu'on lui montre, sans pouvoir reconnaître les petits objets.

21 juillet.— Dix-sept jours après l'opération, le malade sort dans l'état suivant:

Globe oculaire parfaitement sain, iris de même couleur que celui du côté opposé, pupille contractile. Champ pupillaire en partie occupé par une membrane opaque, blanchâtre, pellucide, sur laquelle on remarque des stries circulaires, concentriques, plus laiteuses que le reste de la membrane. A travers celle-ci, le malade peut cependant distinguer le nombre des doigts et les gros objets assez éloignés. Pas de douleurs d'aucune sorte.

Appel a des expériences, dans le but d'établir le traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses inrécidivables, par l'inoculation de leurs produits morbides.—Par le docteur H. Bourguignon, lauréat de l'Institut, membre de la Société de biologie, etc.; mémoire lu à l'Académie des sciences dans la séance du 8 octobre.

> Ce n'est donc point une découverte définitivement acquise que j'apporte, mais les inductions logiques qui en assurent la réalisation.

Parmi les nombreuses maladies qui menacent incessamment l'existence de l'homme, on doit mettre au premier rang les fièvres essentielles, la variole, la fièvre typhoïde, la suette miliaire, la fièvre jaune, la peste, ainsi que les affections apyrétiques, telles que le choléra, etc., maladies trop souvent mortelles, car nous ne connaissons ni leurs causes; ni leurs lésions primordiales; ni leur traitement, attendu que ce sont les accidents déjà produits ou les symptômes manifestés que nous combattons, et non la maladie elle-même dans son essentialité.

Les causes premières de ces affections tiennent à des perturbations générales du milieu dans lequel nous vivons, qui échappent à nos analyses, et que nous sommes aujourd'hui impuissants à modifier. Les lésions primordiales qui ont l'apparence d'une violente intoxication, qui frappent manifestement un des grands appareils de la vie, le sang ou le système nerveux, d'une façon toute spéciale, tout opposée à ce qui se passe dans les maladies dites inflammatoires, ne peuvent davantage nous être connues en raison de l'état des sciences exactes, de la chimie organique, par exemple, qui ne sont point encore définitivement créées. Mais si l'appréciation des causes, des altérations morbides de ces maladies nous est aujourd'hui interdite, il est cependant des faits d'une haute importance qui se traduisent journellement sous nos yeux, et dont nous pouvons tirer des indications pratiques d'une grande portée. Ces affections, quand elles frappent l'économie, y produisent une telle perturbation qu'elles semblent épuiser les éléments organiques propres à leur développement, et détruire les conditions vitales qui rendent possible leur évolution, de telle sorte que les individus qui n'ont point succombé à leurs atteintes, peuvent à l'avenir s'exposer impunément aux causes générales qui les font naître. La nature opère chez ceux qui résistent aux graves accidents qui ont

---

aux individus atteints de maladies contagieuses graves. Ce soin d'exclure des varioleux des hôpitaux généraux, et de les renfermer dans des hôpitaux spéciaux, n'est pas particulier à Heidelberg; dans beaucoup d'autres villes, le même état de choses se rencontre. En Allemagne, en effet, les divers gouvernements apportent un soin tout particulier à empêcher, par les vaccinations obligatoires, par les revaccinations et la réclusion des varioleux, la propagation et l'extension d'une maladie qui a été si funeste à l'espèce humaine.

Le professeur de clinique chirurgicale, M. Chelius père, est bien connu de la plupart de nos lecteurs français. Auteur d'un ouvrage de chirurgie traduit en français par M. Pigné, et d'un livre sur les maladies des yeux, M. Chelius joint à une haute expérience pratique une connaissance étendue et profonde des travaux des chirurgiens allemands et étrangers. L'amitié bien connue du chirurgien de Heidelberg avec notre célèbre et regrettable chirurgien Roux est une preuve du lien intime qui rapproche M. Chelius de la chirurgie française. Malgré les exigences d'une clientèle nombreuse et de malades riches et puissants qui viennent à Heidelberg rechercher les avis du célèbre chirurgien allemand, M. Chelius sait encore remplir avec un zèle que personne ne peut méconnaître ses fonctions de professeur. M. Chelius fils, professeur extraordinaire de la Faculté, chargé du cours de médecine opératoire, remplit, en réalité, les fonctions d'adjoint du service de clinique chirurgicale; c'est à lui que le professeur titulaire confie presque toujours les opérations dont il discute l'opportunité et surveille l'exécution. Dans le service de M. Chelius, on remarque beaucoup de maladies intéressantes, fait qui n'étonnera pas, si l'on songe que la réputation du clinicien attire dans l'hôpital les malades de tout le grand-duché, aussi bien que ceux de Heidelberg. La clinique chirurgicale de cette faculté est, sans aucun doute, une source où les élèves et les jeunes médecins peuvent puiser d'utiles notions d'une saine pratique chirurgicale.

M. Hasse, ancien professeur de l'université de Zurich, aujourd'hui professeur de clinique médicale à Heidelberg, est sans aucun doute un des meilleurs maîtres des écoles allemandes. Auteur d'un traité d'anatomie pathologique malheureusement inachevé, M. Hasse a pris une large part à l'impulsion que les études d'anatomie pathologique microscopique ont imprimée depuis quelques années à la médecine allemande. On aurait bien tort de soupçonner le clinicien de Heidelberg d'idées théoriques, d'opinions de cabinet; sa pratique au lit du malade prouve manifestement que l'examen des malades a toujours constitué son occupation principale, et a été le point de départ et le but de tous ses travaux.

mis leur vie en danger, non-seulement une guérison, mais une prophylaxie durable. Et puisque nous ne pouvons aujourd'hui traiter rationnellement les altérations pathologiques en question, nous devons tout au moins faire profit des indications fournies par l'observation ennoématique, et chercher à imiter la nature.

En un mot, ces maladies essentielles diffèrent des autres maladies en général, des inflammations surtout, en ce que deux traitements leur sont applicables, l'un prophylactique, *préservatif*, que nous pouvons dès aujourd'hui mettre en pratique, l'autre *curatif*, rationnellement déduit de la connaissance des causes, des altérations morbides, et qui nous est encore inconnu. Ainsi, par cela seul qu'une maladie appartient à l'ordre des affections essentielles, qui laissent tout individu frappé, mais guéri, indemne, incontagiable pour l'avenir, nous devons lui opposer le traitement prophylactique naturel, c'est-à-dire prévenir cette maladie en la faisant naître chez l'homme bien portant, à l'aide des moyens les plus propres à remplir cette indication.

Ces maladies essentielles diffèrent encore des autres, indépendamment de la prophylaxie qu'elles octroient à ceux qui guérissent, par la spécificité dont jouissent certains de leurs produits morbides puisés au besoin sur différents animaux, sorte de virus propre à chacune d'elles, qui transmet une lésion locale spéciale, ainsi qu'un ensemble de symptômes souvent analogues.

Nous trouvons donc dans la nature l'exemple à suivre, et dans l'inoculation le moyen de le mettre à exécution.

Ces aperçus n'avaient sans doute pas échappé aux anciens, puisque nous les voyons pratiquer l'inoculation de l'homme à l'homme, pour la variole par exemple, en Chine, en Turquie, en Arabie, en Grèce, pendant des siècles avant qu'elle fût acceptée en Europe et surtout en France, où la Faculté de Paris se prononça en sa faveur en 1764 seulement. Mais il faut reconnaître que l'application de ces principes généraux déduits des causes, des altérations morbides et de la prophylaxie naturelle, propres à ces affections essentielles, est restée une lettre morte, en tant que méthode générale de traitement, car la variole seule, parmi toutes ces maladies, a son traitement préservatif.

On trouvera sans doute étrange, je le prévois à l'avance, que la variole, la fièvre typhoïde, la peste, la fièvre jaune, le choléra, bien que considérés par nous comme des unités morbides distinctes, soient soumises à une loi commune quant au traitement prophylactique. Moins que personne, nous ne nous faisons illusion sur l'étendue de nos connaissances en pathogénie. Nous ne prétendons en aucune façon donner comme faits incontestables ces aperçus généraux qui résultent d'études purement spéculatives, et qui n'ont d'autre valeur qu'une prescience toute personnelle. Ces maladies nous paraissent soumises aux mêmes lois générales; parmi ces lois, l'une des plus constantes règle la prophylaxie dont jouissent les individus affectés et guéris; j'en fais l'application, et j'ai la conviction morale que l'avenir confirmera mes espérances.

Nous pourrions d'ailleurs, comme doit le faire tout biologue et tout pathologiste qui vient démontrer un fait tant soit peu général, ayant trait à la vie ou à la maladie, étendre le champ de nos observations, demander à la pathologie comparée les notions qu'elle possède déjà, et qui donneraient à notre argumentation plus de force et plus d'autorité ; mais ces considérations nous entraîneraient au delà des limites fixées à ce mémoire. Nous voulons seulement ici, après avoir traité cette question à un point de vue général, prendre une maladie isolément, en faire la base de notre démonstration, et tirer de ce fait des indications applicables un jour aux autres maladies du même ordre.

Nous avons choisi parmi les maladies essentielles la fièvre typhoïde, parce qu'elle est une des mieux connues, parce qu'elle fait de nombreuses victimes en tous lieux et en tout temps, parce que, grâce aux détracteurs de la vaccine, on pourrait la croire plus commune aujourd'hui qu'autrefois ; parce qu'elle a fait, pendant un certain temps, l'objet spécial de notre observation; parce qu'enfin elle nous offre, comme la variole, une éruption pustuleuse, où doit certainement se trouver concentré un virus « inoculable et préservateur. »

La fièvre typhoïde est pour nous, on l'a déjà compris, une maladie essentiellement générale, qui, après quelques jours d'incubation, se traduit à nos yeux par un ensemble de symptômes connus, et à l'autopsie par une éruption ayant pour siége les follicules agminés de Peyer et les follicules isolés de Brunner; éruption qui, si elle pouvait se produire à l'extérieur sans être baignée à la période de suppuration et de ramollissement par les sécrétions intestinales et les produits de la digestion, ne donnerait lieu ni à ces ulcérations spéciales à la maladie, ni à ces accidents adynamiques, qui tiennent au siége des ulcérations, ainsi qu'à l'absorption septique opérée à leur surface.

Ces idées ne sont pas nouvelles; de nombreux auteurs les ont exposées dans leurs écrits. Nous devons dire cependant qu'au début de nos études médicales, longtemps avant que la lecture des ouvrages spéciaux aient pu nous instruire des opinions d'autrui, nous avions, à peu de chose près, formulé dans notre esprit les différentes propositions dont nous cherchons à donner en ce moment la démonstration.

Un jour, vers 1839, lorsque j'étais externe à l'hôpital de la Charité dans le service de M. Cruveilhier, on apporte dans les salles, au moment de la visite, un commissionnaire qui trois jours auparavant faisait encore son métier au coin d'une rue. C'était un homme jeune, d'une constitution vigoureuse, et pris d'un délire furieux; sa tête était brûlante, sa langue sèche, sa peau chaude et aride. On lui mit la camisole de force, et j'attendis avec une vive curiosité le diagnostic qui devait être porté et le traitement qui serait formulé. Mon chef de service s'arrêta une minute auprès du nouvel arrivé, ne put en tirer une parole ni calmer ses cris et son agitation... « Fièvre typhoïde, nous dit-il; de la glace sur la tête, une bouteille d'eau de Sedlitz... Ce malade est perdu. » Présomptueux comme tous les ignorants, un sourire effleura mes lèvres. Je voyais là le type d'une

---

Nous citerons plusieurs travaux de M. Hasse ayant trait à l'anatomie pathologique, à la pathologie et à la thérapeutique : ainsi il est auteur de recherches sur les lésions anatomiques dans le rhumatisme articulaire aigu et chronique ; dans ce travail, il a cherché principalement à mettre en lumière les altérations phlegmasiques qui surviennent dans les os et dans le tissu cellulaire, par suite du rhumatisme. Un autre mémoire du même auteur a pour titre : *De l'oblitération des artères du cerveau comme cause particulière du ramollissement cérébral.* Citons un travail *sur la sarcine de l'estomac*, plusieurs articles de pathologie dans le *Dictionnaire* de M. R. Wagner, et quelques mémoires de thérapeutique, dont un est relatif au traitement de la colique de plomb par les lavements d'éther sulfurique étendu d'eau. Aujourd'hui, M. Hasse s'occupe d'une série d'articles importants sur les maladies du système nerveux ; ce travail doit faire partie du *Traité de pathologie* publié par M. Virchow. Nous espérons donc pouvoir revenir sur les opinions de M. Hasse, en continuant dans la *Gazette hebdomadaire* l'analyse de cet ouvrage, que nous avons déjà commencée. Mais ce que nous tenons à faire connaître ici, ce sont les éminentes qualités du clinicien au lit du malade. M. Hasse possède en effet, à un haut degré, le talent de présenter sous une forme claire et concise les symptômes morbides dont il fait apprécier à l'élève l'existence et la valeur. A Heidelberg, M. Hasse est, en outre, chargé du cours de pathologie médicale et d'anatomie pathologique ; un semestre est alternativement consacré à l'exposition de chacune de ces branches de la science. Le professeur ne se borne pas, dans l'enseignement de l'anatomie morbide, à faire passer sous les yeux des élèves le tableau des altérations diverses de nos organes ; dans l'ouverture des cadavres auxquelles il préside toujours lui-même, il complète la théorie par la démonstration pratique. Enfin un dernier complément de cet enseignement médical est un cours de démonstrations microscopiques fait deux fois la semaine avec l'aide de M. Hœfle, professeur particulier de l'université. Dans une salle spéciale, un certain nombre de microscopes permettent aux étudiants d'exécuter eux-mêmes quelques préparations sous la direction même des professeurs. Des cours analogues ont lieu d'ailleurs dans presque toutes les facultés d'Allemagne, et font partie du cadre officiel de l'enseignement. On pourra juger de la valeur de ce cours en parcourant la revue des pièces examinées, publiée l'année dernière dans la *Clinique allemande* (*Deutsche Klinik*) par M. le docteur Hœfle. Comme M. Hasse, M. Hœfle a publié un ouvrage important de microscopie ; ce livre a pour titre : *De l'exploration microscopique au lit du malade.* Arrivé à sa deuxième édition, qui se prépare actuellement, cet

vive inflammation de l'encéphale ou de ses enveloppes. Le lendemain, lors de la visite, je cours au lit du malade : un autre patient y dormait profondément; quant au délirant, il était mort quelques heures après son entrée. Je demandai à faire l'autopsie, et, vingt-quatre heures plus tard, je mis le cerveau à nu dans l'espoir d'y trouver la cause du délire ; à ma grande surprise, la masse encéphalique et ses membranes d'enveloppe ne présentaient rien d'anomal. J'ouvris l'abdomen et je constatai sur la muqueuse de l'intestin grêle, vers sa partie moyenne, vingt ou trente belles pustules ayant pour siége les follicules isolés. Les plaques de Peyer étaient à peine hypertrophiées. A l'aspect de ces pustules, je m'écriai involontairement: « Mais cet homme est mort de la variole ! » Et je fis naïvement l'inspection de la peau dans l'espoir d'y trouver une éruption analogue. L'autopsie préparée, j'attendis le personnel du service; chacun vérifia le diagnostic porté et se retira satisfait. A huit jours de là, c'était au printemps, la salle des femmes reçoit une domestique d'une vingtaine d'années, également d'une forte constitution, également prise de délire et de tous les symptômes généraux d'une fièvre ardente : elle mourut quarante-huit heures après son entrée. Comme pour le premier malade, j'en fis l'autopsie avec soin, et je constatai des lésions absolument identiques, c'est-à-dire rien vers les centres nerveux, mais une belle éruption pustuleuse dans l'intestin grêle, et ayant toujours pour siége presque exclusif les follicules isolés.

Ce second fait me donna plus sérieusement à réfléchir, et ma conclusion mentale fut que la fièvre typhoïde ne devait être qu'un exanthème, ou mieux un enanthème fébrile de la muqueuse intestinale analogue à l'exanthème fébrile de la peau dans la variole.

Des années se passèrent sans que j'eusse l'occasion de rapprocher d'autres faits de ces deux premiers ; mais je fus plus favorablement servi pendant l'épidémie de fièvre typhoïde de 1844. J'étais alors interne à l'annexe de l'Hôtel-Dieu, rue de Charenton, dans le service de M. Sandras, dont les salles, augmentées du double et exclusivement réservées aux malades atteints de l'épidémie, me fournirent un nouveau champ d'investigations. Cinq ou six malades, sur quelques centaines qui me passèrent sous les yeux, succombèrent à la période du début, coïncidant avec l'évolution des pustules intestinales, et me permirent d'établir plus nettement les rapports déjà constatés à la Charité entre la fièvre exanthématique ou la variole et la fièvre énanthématique ou la dothiénentérie. C'est alors surtout que, plus capable de généraliser les résultats de l'observation et des connaissances acquises tant par l'étude qu'au contact des hommes, j'eus la pensée d'appliquer à la fièvre typhoïde, le traitement préservatif par l'inoculation réservé jusqu'à ce jour à la variole.

Je ne peux rapporter ici tous les projets d'inoculation conçus, arrêtés, puis abandonnés au moment de les mettre à exécution. Toujours est-il que, souvent préoccupé de ce sujet, j'en vins à le rattacher à l'ensemble des maladies essentielles, infectieuses, qui ont entre elles une analogie incontestable, puis à généraliser ce qui m'avait d'abord paru vrai seulement pour la dothiénenthérie.

Voyons maintenant, en serrant la question de plus près, si la loi que j'ai posée, quant au traitement préservatif propre aux maladies essentielles inrécidivables, est applicable à la fièvre typhoïde, car tel est principalement le but que je me suis proposé dans ce mémoire.

J'admets comme principe accepté que la dothiénentérie *réelle*, la fièvre typhoïde *vraie*, est une maladie essentiellement générale, avec ulcérations intestinales *constantes*; que dans la grande majorité des cas elle n'attaque qu'une seule fois le même individu, et que, par conséquent, elle le soustrait à l'effet des causes qui peuvent la produire. Je dis fièvre typhoïde *vraie*, attendu que je retranche du nombre de ces fièvres celles dites muqueuses, éphémères, qui durent à peine deux septénaires, et qui sont à la fièvre typhoïde ce que la rougeole et la scarlatine sont à la variole. En effet, de même que le tégument externe est le siége d'affections exanthématiques diverses, dites fièvres éruptives, de même le tégument interne ou la muqueuse intestinale est le siége d'énanthèmes variés, analogues à la scarlatine et à la rougeole, accompagnés de symptômes généraux, de fièvre ; le plus souvent curables, et qui ne laissent à l'autopsie que peu d'altérations appréciables dans l'intestin, attendu que la lésion locale est facilement prise pour une altération cadavérique. C'est ainsi que je m'explique quelques cas de fièvre typhoïde, bien caractérisés quant aux symptômes généraux, que j'ai observés en 1844, et qui cependant à l'autopsie nous montraient la muqueuse intestinale sans hypertrophie ou ulcération des follicules. Plusieurs auteurs, MM. Louis, Chomel, Andral, ont publié de pareilles observations de fièvre typhoïde sans ulcérations intestinales, et pour la grande majorité des médecins ces exceptions n'infirmaient en rien la règle générale. Nous ne saurions, quant à nous, accepter cette manière de voir. La fièvre typhoïde est une maladie aussi constante dans la production de son éruption locale sur l'intestin que la variole elle-même dans la production de son éruption locale sur la peau. Dès que l'éruption manque d'une manière absolue, ce n'est plus ni une fièvre typhoïde ni une variole.

Ainsi, je pose en fait, malgré tout ce qu'une pareille proposition aura d'étrange aux yeux des pathologistes, que la muqueuse intestinale a ses éruptions diverses comme la peau; de là le nombre relativement plus élevé des guérisons, bien qu'il ne soit pas encore proportionnellement très considérable, mis au profit du traitement de la fièvre typhoïde. — Nous enlevons donc du nombre des dothiénentéries qui ont pu récidiver, celles qui ont appartenu à l'ordre des fièvres éruptives éphémères. Après cette distinction bien établie, on ne nous contestera plus que la fièvre typhoïde *vraie* apparaît rarement deux fois chez le même individu. J'admettrais d'ailleurs, au besoin, des exceptions à la règle commune, de même que cela a lieu pour la variole, sans que pour cela la loi posée ait moins de valeur dans la question.

J'aurais dû, en bonne logique, dire d'abord ce que j'entends par maladie essentielle ; mais je partage, à cet égard, l'impuis-

---

ouvrage renferme d'utiles notions sur les applications pratiques de la microscopie et de la chimie pathologique.

La clinique d'accouchements est confiée au professeur Lange, dont les leçons pratiques ne le cèdent en rien à celles de ses deux illustres collègues des cliniques médicale et chirurgicale.

M. Tiedemann, dont le monde savant connaît les célèbres travaux de physiologie, retiré depuis quelques années de l'enseignement, compte aujourd'hui parmi les professeurs honoraires de la faculté de Heidelberg.

L'anatomie et la physiologie expérimentales sont enseignées par M. Arnold, dont le nom est resté attaché à plusieurs découvertes anatomiques des nerfs cérébraux. Son enseignement est complété par M. Nuhn, chargé de plusieurs cours d'anatomie normale et comparée, enfin par les leçons de M. J. Moleschott. Ce dernier, auteur de plusieurs travaux de physiologie insérés dans le journal de M. Vierordt, a publié un ouvrage intéressant sur l'alimentation ; malheureusement, ce travail, qui ne s'occupe pas uniquement de la science, mais touche aussi à l'économie politique, n'est qu'à demi de notre compétence. Nous regrettons seulement que le talent de ce savant, des travaux publiés et dont on ne peut méconnaître le mérite, ainsi qu'un zèle ardent pour la science, n'aient pas suffi pour le mettre à l'abri d'attaques violentes, étrangères aux intérêts scientifiques.

Nous mentionnerons, en terminant, les cours de médecine légale de M. Puchelt fils, de chimie organique et de toxicologie de M. Dellfs.

Docteur Leudet.

— Des scrupules on ne peut plus honorables ont engagé M. Ozanam, bibliothécaire de l'Académie de médecine, à résigner ses fonctions. Par suite de cette démission, le conseil d'administration de l'Académie a été appelé à présenter un candidat à M. le ministre. Le choix du conseil s'est fixé sur M. René Briau, le savant traducteur de Paul d'Égine. Il était impossible que le conseil fît un meilleur choix. (*Moniteur des hôpitaux.*)

— D'après les journaux américains, la fièvre jaune exerce de grands ravages dans plusieurs parties des États-Unis, notamment à Norfolk Virginie), à Portsmouth (New-Hampshire). Le fléau ravage les bords du Missisipi, Vicksburg, Natchez, etc. Un voyageur, récemment arrivé de la Louisiane, rapporte que la terrible fièvre a également éclaté à Bâton-Rouge et dans diverses paroisses qu'elle avait épargnées jusqu'ici. Les journaux de la Nouvelle-Orléans réitèrent aux personnes non acclimatées l'avis de ne pas s'aventurer encore du côté de la métropole louisianaise.

A. D.

sance commune, et longtemps encore nous devrons donner à des hypothèses la valeur de vérités démontrées; car un fait supposé vrai conduit à des découvertes nouvelles, en même temps qu'il donne à l'argumentation et au raisonnement une base plus solide. Ainsi donc nous admettons comme une vérité acquise, que la fièvre typhoïde est une fièvre essentielle, qui préserve de récidive ceux qu'elle atteint une première fois.

Partant de ce seul principe, je pourrais hardiment affirmer que l'inoculation est applicable comme traitement préservatif à la fièvre typhoïde, que par l'inoculation on produira la pustule, signe pathognomonique de la maladie, qu'on opérera ce qui se passe journellement sous nos yeux, et qu'on préservera les sujets inoculés. — Mais le raisonnement peut fournir une induction encore plus convaincante. La fièvre typhoïde a son analogue dans le cadre nosologique. J'ai nommé la variole. L'inoculation est acceptée sans conteste comme traitement préservatif de cette dernière maladie; si je prouve que la dothiénentérie et la variole, bien qu'étant *deux maladies différentes*, présentent le même ensemble de phénomènes morbides, l'inoculation, efficace pour l'une, le sera pour l'autre.

Je dis que la dothiénentérie et la variole nous présentent une grande analogie dans l'expression de leurs symptômes généraux. En effet :

1° Ces affections ont toutes deux une période d'incubation, pendant laquelle il est souvent fort difficile de dire quelle est celle des deux qui va se produire.

2° Les signes locaux une fois déclarés, dans l'appareil digestif pour la fièvre typhoïde, sur la peau pour la variole, les symptômes généraux suivent une marche subordonnée aux altérations locales, et quant à leur durée, et quant à leur gravité, mais offrant une série de troubles fonctionnels souvent identiques.

3° Les taches hémorrhagiques sont communes aux deux maladies.

4° Elles apparaissent le plus souvent aux mêmes âges.

5° Leurs causes essentiellement générales nous sont également inconnues.

6° La variole est contagieuse. — La dothiénentérie, suivant l'opinion d'un grand nombre de médecins, de MM. Bretonneau, Leuret, Gendron, Louis, Lombard, Fauconnet, mais principalement d'après celle des praticiens de province, le serait également.

Elles sont toutes deux épidémiques.

7° L'appareil respiratoire, les bronches, les poumons, sont dans l'une comme dans l'autre, troublés dans leurs fonctions.

8° Elles peuvent être accompagnées toutes les deux d'accidents ataxiques et adynamiques souvent redoutables.

9° Toutes les deux, fait capital démontré par MM. Andral et Gavarret, ont une altération du sang identique, c'est-à-dire une diminution de ses éléments coagulables, surtout de la fibrine; caractère d'une telle importance qu'il sépare immédiatement ces fièvres essentielles des fièvres inflammatoires, indépendamment de ce qu'il donne l'explication des phénomènes pathologiques subordonnés manifestement à cet état particulier du sang.

10° A la période ultime de ces deux maladies, des collections purulentes critiques se montrent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

11° Quant au traitement, il est subordonné, dans les deux cas, aux indications symptomatiques; on peut dire qu'il se résume, pour la majorité des médecins, dans une médication en quelque sorte expectante, car nous ne pouvons accepter les purgatifs, les saignées locales et générales, les dérivatifs, les réfrigérants et les mercuriaux, qui tous peuvent aider la nature pour une légère part, comme une thérapeutique rationnellement dirigée contre la maladie elle-même, en tant qu'entité morbide.

12° Enfin, ces deux affections ont une éruption qui en est le signe pathognomonique. Cette heureuse identité quant à l'éruption coupera court à bien des objections; on n'aurait sans doute pas manqué de m'opposer la difficulté de trouver le virus à inoculer, comme si d'autres sécrétions morbides virulentes puisées sur les animaux ne devaient pas fournir, au besoin l'élément nécessaire à l'inoculation.

L'analogie qui existe entre ces deux fièvres essentielles avait d'ailleurs déjà frappé plus d'un observateur, entre autres Willis, Lecat, Rœderer, Wagler, MM. Serres et Petit, M. Andral, qui a publié plusieurs observations d'exanthème *boutonneux* de l'intestin grêle, et, plus que tout autre, M. Bretonneau, qui a établi je dirais presque une identité complète entre ces deux maladies.

Il me semble impossible, après cette exposition pourtant tracée à grands traits, de nier les analogies qui rapprochent ces deux maladies, et qui permettent d'appliquer à l'une la méthode du traitement préservatif déjà acceptée pour l'autre.

Aussi puis-je poser ce syllogisme;

Les fièvres essentielles variole et typhoïde préservent ceux qui en sont atteints de toute récidive;

La variole inoculée préserve de la variole;

Donc la fièvre typhoïde inoculée préservera de la fièvre typhoïde.

Qu'on ne pense pas, après ce rapprochement établi entre ces deux maladies, qu'elles sont pour nous identiques. Elles diffèrent essentiellement, autrement l'inoculation de l'une serait un préservatif pour toutes les deux. — Elles sont si peu identiques, que des statisticiens rendent la vaccine responsable du nombre toujours considérable de fièvres typhoïdes que nous avons tous à traiter. — Je suis heureux, d'ailleurs, d'aller au-devant des *desiderata* de nos confrères philanthropes; quand la fièvre typhoïde aura son virus préservateur comme la variole a le sien, ils n'accuseront peut-être plus cette dernière de provoquer, par une solidarité pathogénique qui reste encore à démontrer, l'apparition des fièvres typhoïdes.

Nous pourrions faire une plus large application du critérium de certitude, qui nous a fait poser en loi que l'inoculation sera le traitement préservatif des maladies essentielles, infectieuses, pyrétiques ou apyrétiques, inrécidivables; car ce qui est vrai pour l'homme le sera pour les animaux, et réciproquement. L'inoculation, pratiquée comme traitement préservatif de la clavelée du mouton, de la pneumonie contagieuse des bêtes bovines, le prouve suffisamment. Nous pourrions également prêter un élément d'autorité ou de discrédit aux syphilisateurs, dont les inoculations, répétées jusqu'à l'impossible, si elles préservaient réellement de la syphilis, donneraient un élément de force à notre doctrine.

Mais j'ai hâte d'aborder la question concernant l'inoculation elle-même, bien qu'elle ne puisse être traitée ici avec toute l'importance qu'elle mérite.

Devra-t-on, dans ces nouvelles recherches expérimentales, prendre pour guide les précédents que donne la vaccination, et se garder de puiser sur l'homme le virus inoculable, malgré l'utilité incontestable qu'ont eue pendant des siècles les inoculations varioliques faites d'homme à homme avant que Jenner, en 1798, eût l'idée d'emprunter au cow-pox de la vache le virus préservateur? Nous ne le pensons pas. La question nous paraît plus complexe que dut l'être l'inoculation du virus de la vache pour Jenner, puisqu'il trouva le traitement préservatif déjà depuis longtemps sanctionné par l'expérience. Ici, au contraire, tout est à faire, et c'est seulement d'un ensemble d'observations suivies et d'inoculations pratiquées de l'homme à l'homme, des animaux à l'homme et de l'homme aux animaux, qu'on pourra déduire la méthode rationnelle, propre à rendre le traitement prophylactique de la fièvre typhoïde réellement efficace. S'il est vrai, comme cela paraît probable, que les pustules seules renferment la sécrétion morbide, virulente, inoculable, une première difficulté se présente, quand il s'agit d'un exanthème pustuleux ayant pour siége la muqueuse d'un intestin où nous ne pouvons porter la lancette. Aussi soupçonnons-nous que l'inoculation du virus typhoïdique pris dans les pustules après la mort, ainsi que celle des autres fluides, du sang, de la lymphe propres à l'homme faisant défaut, c'est à la pathologie comparée qu'il faudra demander de nouvelles lumières, et puiser l'élément virulent transmissible, aux pustules d'un animal atteint d'une maladie identique avec la dothiénentérie de l'homme.

Tout porte à croire que l'espèce bovine, si souvent frappée épidémiquement de maladies infectieuses, offre dans certains cas des altérations pathologiques comparables à celles de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire des pustules dans l'intestin. Si c'était le lieu, nous pourrions analyser toutes les observations déjà publiées par les mé

decins et les vétérinaires sur ce typhus qui fait tant de ravages dans les troupeaux des steppes de la Russie méridionale, et qui en mainte occasion a porté le principe contagieux jusqu'au centre de l'Allemagne. Nous pourrions réunir tous les autres faits de fièvre typhoïde mentionnés sur les animaux, notamment sur l'âne et le cheval, par M. Rayer, énumérer les affections essentielles qui fourniront peut-être des sécrétions inoculables, la clavelée du mouton, le *quine* ou le *grease* des Anglais; mais nous nous contenterons de faire quelques citations propres à laisser entrevoir quelles ressources promet la zoopathologie.

Dans certaines épizooties de typhus contagieux, le corps de la vache ou du bœuf se couvre d'un exanthème boutonneux, en même temps qu'il y a diarrhée, comme l'a constaté Ramazzini en 1711, et les médecins de Genève, qui, réunis en société en 1715, n'ont vu dans ce typhus autre chose qu'une variole ordinaire.

De 1830 à 1840, une maladie accompagnée d'un exanthème général sévit aux Indes sur l'espèce bovine; on inocula plusieurs individus, et il s'ensuivit une éruption générale tellement intense, que plusieurs personnes inoculées en moururent.

D'après Baron, l'espèce bovine aurait deux sortes de variole, l'une bénigne, l'autre maligne pestilentielle.

Hering et d'autres vétérinaires allemands ont observé une éruption vésiculeuse dans la cavité buccale de la vache, avec trouble des fonctions principales.

Dans la fièvre dite aphtheuse des bêtes à cornes, il survient une éruption dans la bouche, sur les lèvres, entre les onglons et sur les trayons. Lorsque cette épizootie envahit de nouveau l'Europe en 1838, elle persista jusqu'en 1842, et fournit l'occasion à plusieurs médecins de confondre les aphthes mammaires avec le cow-pox. MM. Émery, Londe, Rayer, Bousquet, etc., ont inoculé la sécrétion morbide de ces aphthes dans certains cas sans aucun succès; dans d'autres, il y eut de la fièvre et production d'une éruption analogue à celle des bêtee bovines. Les faits de transmission accidentelle qui ont été recueillis pendant la durée de cette épizootie, ne laissent aucun doute sur son caractère contagieux pour l'homme. Mais, nous disent les membres de la commission française, elle *ne préserve pas de la variole*... Peut-être alors préservera-t-elle de la fièvre typhoïde ou d'autres fièvres essentielles.

L'usage du lait des vaches affectées de la fièvre aphtheuse aurait transmis à l'homme une maladie identique (Sagar, Barbier et Hertwig).

M. Delafond a entre les mains un mémoire de M. Backdolck sur la dernière épidémie de typhus des bêtes bovines en Allemagne, où se trouvent décrites des lésions intestinales comparables jusqu'à un certain point à celles de notre dothiénentérie. Une commission française composée de vétérinaires avait été chargée d'observer cette épizootie : son rapport, depuis longtemps attendu à la Société d'agriculture, jettera peut-être quelques lumières sur cette question.

Ces faits et tant d'autres, concernant diverses espèces animales, que nous passons sous silence, soumis à une étude réfléchie au point de vue qui nous occupe, conduiront, tout porte à le croire, à d'utiles applications.

En effet, qui ne voit dans ces affections générales, infectieuses et contagieuses, accompagnées d'éruptions pustuleuses sur le tégument, sur la muqueuse buccale et intestinale, pour la plupart inoculables ; qui ne voit, dis-je, des altérations comparables, sous certains rapports, à celles de la fièvre typhoïde? — Mais nous ne préjugeons rien, nous faisons table rase, et prenant seulement pour guide les principes généraux déduits de l'inoculation jennérienne et de celles pratiquées sur les animaux, nous disons :... La fièvre typhoïde inoculée pouvant prévenir la fièvre typhoïde spontanée, on doit chercher, à défaut de l'homme, dans le règne animal, une affection virulente congénère où l'on puisera le germe de l'inoculation préservative.

Il eût sans doute été plus méritoire d'apporter une découverte définitivement acquise, au lieu de ces inductions logiques qui en assurent la réalisation ; mais je n'ai pu me trouver, jusqu'à ce jour, dans les conditions voulues pour entreprendre et mener à bonne fin des recherches de cette importance ; et comme mes ressources personnelles et des travaux en voie d'exécution ne me permettront de longtemps de le faire, je livre ce mémoire à la publicité. Si les conceptions qu'il renferme sont fondées, d'autres plus heureux que moi les appliqueront, et l'humanité comptera un progrès de plus réalisé.

Les obstacles imprévus que nous rencontrons pour terminer nos travaux sur la pathologie comparée de la gale des animaux, poursuivis cependant à la demande de l'Académie, démontreraient au besoin aux plus incrédules, qu'en France, il est toujours plus difficile de prouver, d'appliquer, que d'inventer.

Il va sans dire que la vie organique et la maladie étant pour nous soumises aux mêmes lois dans tout le règne animal, nous ne séparons pas dans l'application les animaux de l'homme, et que les inoculations du principe morbide des maladies essentielles, *inrécidivables*, en tant que traitement préservatif, sont applicables à tous les êtres vivants qui peuvent être atteints de ces maladies infectieuses.

D'autres ont peut-être déjà eu et publié quelques-unes des idées émises dans ce mémoire, que nous croyons nouvelles. S'il en était ainsi, ils nous pardonneront de ne pas les avoir cités. Il est difficile d'être à la fois à la clientèle, au laboratoire et à la bibliothèque.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je voudrais ne pas laisser sans réponse l'article que contient votre excellent journal, touchant le mémoire *sur l'opportunité et la simplification de l'opération césarienne*, que j'ai présenté à l'Académie de médecine le 16 août 1854, qu'a publié la *Revue médicale* les 31 mars et 15 avril 1855, et dont j'ai eu l'honneur de vous envoyer deux exemplaires.

1° L'honorable et savant auteur de cet article commence par dire : « Il n'est pas inutile de faire remarquer que la première opération, reproduite aujourd'hui, a été publiée à l'époque où elle fut pratiquée, parce » que les faits, répétés ainsi à de longs intervalles, altèrent souvent la » statistique de ces opérations, en grossissant indûment le chiffre des » succès. »

A cela je réponds que je ne laisse matière à aucun doute à cet égard, puisque je signale, en deux endroits de mon mémoire, la publication antérieure de cette première observation (page 8, et surtout page 11, où je dis : « C'est aussi l'opinion qu'exprime le professeur de Strasbourg, » M. de Stoltz, en commentant ma première observation (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1845, p. 65). »

Est-il besoin d'ajouter que l'insinuation « que *le chiffre des succès aurait pu être, par moi, indûment grossi*, porterait d'autant plus à faux que j'ai fait aussi insérer alors cette première observation dans la *Gazette des hôpitaux* de Paris, et que, dans une lettre publiée le 30 juin 1855, dans la *Revue médicale* et l'*Union médicale*, faisant allusion à la singulière et inexacte désignation de *pratique rurale* appliquée à nos cas heureux, par opposition aux cas malheureux de Paris désignés sous le nom de *pratique nosocomiale*, je comptais et faisais figurer l'insuccès de ma deuxième opération, lorsque je disais que « depuis environ douze ans, nous avions, » dans nos seuls hôpitaux de grandes villes de notre coin de France et de » Belgique (Strasbourg, Lille, Dunkerque, Louvain et Amiens), sauvé » 8 femmes et 11 enfants, sur 11 opérations césariennes pratiquées, sans » plus. »

De ceci il résulte que, quand un peu plus bas il est écrit : « Bien que » partiellement déçu, M. Lebleu s'applaudit avec raison du résultat général, qui a été de beaucoup moins malheureux qu'il ne l'est généralement, » on me prête gratuitement un sentiment que, sans grand orgueil, je pourrais ne pas avoir, le résultat n'étant en réalité pas généralement aussi malheureux qu'on le dit, et M. Stoltz écrivant, précisément dans la *Gazette médicale*, quelques semaines plus tard, le récit d'une pareille opération césarienne double, sur une femme deux fois sauvée ainsi que les deux enfants.

2° « Nous ne blâmons pas, écrit-on plus bas, M. Lebleu de s'être re- » fusé à l'avortement provoqué que cette malheureuse femme était venue » réclamer; mais, en l'état des choses, nous croyons que la conscience la » plus scrupuleuse peut se borner là. Nous regrettons donc qu'il se soit » cru obligé de la dissuader, comme si elle était venue lui demander un » avortement avec des intentions criminelles. Aller jusque-là, c'est se » constituer sans qualité le juge de la moralité des actes d'autrui. Devant

» le silence et l'abstention, en France et à l'étranger, des autorités tou- » jours vigilantes qui ont la mission et le devoir de faire respecter dans » la société la religion, la morale et la loi, l'avortement médical est et » reste une pratique qu'on a bien le droit de combattre, surtout quand on » le fait, comme M. Lebleu, avec un talent distingué et une ferme con- » viction, mais qu'on n'a pas le droit de mettre en suspicion de délit, » tant qu'elle n'est pas légalement condamnée. Les avis que cette mal- » heureuse avait reçus et sa demande n'avaient rien d'insolite ; si elle » avait été accueillie, elle n'aurait qu'un seul enfant, il est vrai, qui pour- » rait encore recevoir ses soins (on nous dit qu'elle était bonne mère), au » lieu de deux peut-être condamnés, par sa mort, à l'abandon et à toutes » les chances aléatoires qui en sont la conséquence. »

Le reproche qui m'est fait ici, bien qu'exprimé en excellents termes et avec courtoisie, n'en est pas moins grave. Mais est-il mérité ? Qu'on me permette un peu de développement en face d'une objection vive et directe, et que j'ai reproduite en son entier et sans altération aucune. Nous sommes ici dans le cœur de la question. Je m'explique.

Je n'ai aucunement reçu cette femme *comme si elle était venue me demander l'avortement avec des intentions criminelles ;* je lui ai seulement dit (page 3 de mon mémoire) « que je n'ignorais aucun des procédés, » beaucoup plus faciles que l'opération césarienne, employés pour faire » avorter des femmes ; mais qu'indépendamment des inconvénients, plus » graves qu'on ne pense pour la femme elle-même, ni moi, ni personne » au monde, n'avions le droit de détruire son enfant, qui valait tout autant » qu'elle, et que ce qu'il y avait à faire, c'était de subir une deuxième » opération césarienne...... J'ajoutai que celle-ci offrirait plus de chances » favorables encore que la première. » (Elle n'avait alors que dix-sept ans... Chloroforme inconnu alors.... Suppression des sutures, qu'elle avait apprécié, comme moi, ne lui avoir fait que du mal, et dont elle gardait un effrayant souvenir.)

Ces mots, *ni moi, ni personne au monde, n'avions le droit de détruire son enfant qui valait tout autant qu'elle,* qui, seuls ici, ont pu éveiller la susceptibilité de mon honorable contradicteur, et forment le sujet et le pivot de son argumentation, sont cependant, en y réfléchissant bien, l'expression la plus exacte de la simple vérité. Toute la seconde moitié de mon mémoire, dont il ne dit mot, est consacrée à mettre en relief cette primordiale vérité qu'établissent tour à tour et d'une manière irréfragable : 1° la loi divine ; 2° la loi humaine ; 3° la simple philosophie (pourvu qu'elle soit spiritualiste et ne considère pas le fœtus humain comme *un être qui diffère à peine de la plante parasite, insensible, inerte,* etc.) ; 4° enfin, la médecine, dont le principe fondamental est d'être essentiellement conservatrice et de défendre au médecin de tuer certainement et avec intention. Or, cette femme étant bien clairement, après des centaines d'autres, une preuve vivante que l'opération césarienne ne tue pas certainement, je devais, sans hésiter, lui répondre ce que je répondrai toujours, quoi qu'il advienne, en pareil cas, que *« ni moi, ni personne au monde, n'avions le droit,* etc. »

En conséquence, tout en gardant un respect profond et sincère pour la personne des autorités obstétricales parisiennes, qui, en majorité, par suite de préoccupations ou insuffisantes réflexions, et avec une entière bonne foi, avec les intentions assurément les plus droites et les plus pures, soutiennent et pratiquent l'avortement, je dis :

Que cette pratique, en elle-même, n'*est* et ne *reste* pas à nos yeux *une pratique qui a au moins droit au respect ;*

Que c'est dans ces conditions et ces limites que j'ai pu, accidentellement et sans prétention ou dédain, me trouver *juge,* avec *qualité, de la moralité des actes d'autrui.*

J'ajoute :

Que les avis que cette femme avait reçus et sa demande étaient non-seulement *insolites,* mais encore contraires à tous principes et à toute saine médecine, puisqu'il y avait chance manifeste, aussi minime que voudront bien le dire les détracteurs de l'opération césarienne, de sauver les deux individus ;

Qu'il n'y a pas à s'attendrir et à s'apitoyer sur *cette malheureuse femme, dont, hélas ! la demande n'a pas été accueillie,* et dont les hautes qualités de *bonne mère* sont parvenues jusqu'à Paris, ni sur *le sort de ses enfants condamnés par sa mort à l'abandon et à toutes les chances aléatoires,* etc...... D'abord, nous savons de bonne source que les femmes qu'on fait avorter sont bien souvent, quoiqu'on ne l'imprime pas, victimes de ces manœuvres contre nature ; et ces tristes résultats ne sont, au surplus, que conformes aux plus simples notions théoriques. Et ensuite, n'est-ce pas se laisser égarer par le sentiment, aux dépens de la justice, que de baser la médecine sur *les chances aléatoires* de vie ultérieure que nous nous ingérerions de calculer chez les individus soumis à nos soins ? Et où irions-nous, s'il se répandait que les médecins, ou même seulement messieurs les accoucheurs, ont autre chose à faire et autre mission à remplir que de conserver la vie et de ne jamais donner la mort, quels que soient la circonstance, le temps, le lieu, la personne ? Et précisément la lettre de M. le docteur Leménant et la réponse, que contient par hasard ce même numéro de journal (p. 611) sur l'avortement provoqué, ne mettent-ils pas en lumière, une fois de plus, l'absence d'appui de ce système, comparé au nôtre, qui trouve toujours et partout même et solide réponse, à quelque porte du grand édifice des connaissances humaines qu'il aille frapper ? Voyez. M. Leménant emploie beaucoup de talent et de recherches pour creuser la question et pour légitimer l'avortement provoqué, et il n'aboutit pas même à se faire comprendre d'un de ses partisans les plus éclairés ! A plus forte raison, n'ai-je pas dû comprendre, quand, après une triple lecture faite avec la meilleure bonne foi, j'ai dû laisser tomber la feuille, en m'écriant aussi : *Fiat lux !* Tant il est vrai qu'ici, comme en toute question, lorsqu'on part d'un principe faux, eût-on toutes les connaissances et tout l'esprit de l'honorable rapporteur sur l'avortement provoqué (Fille Gros, Académie de médecine, mars 1852), on ne peut et l'on ne doit aboutir qu'à de brillants paradoxes !

Je termine donc en faisant observer que je n'*ai pris* en aucune manière *le droit de mettre en suspicion de délit* qui que ce soit ; je défends tout simplement, et pratique à l'occasion, ce que je crois être la vraie science et la justice, contrairement à une autre doctrine et pratique que je considère, avec l'immense majorité des médecins passés et présents et des penseurs d'ordres divers, comme erronée en principe, funeste dans ses conséquences. Et, bien qu'à la suite de la publication de mon mémoire, de nombreuses lettres et paroles de flatteuse adhésion m'aient été adressées, entre autres, par des magistrats qui tous disent que l'avortement médical n'est jamais justifiable, pour peu qu'il y ait chance, si minime qu'elle puisse être, de sauver les deux êtres, je n'ai, à coup sûr, la puissance, et encore moins la volonté, d'appeler et d'accumuler sur la tête d'aucun de nos confrères les foudres, soit du parquet, soit de l'Église, soit des professeurs de philosophie. Non ; les déclarations unanimes de ces légistes ne m'ont paru tendre qu'à établir, sans menace, qu'habitués à honorer le corps médical, surtout dans ses plus hauts représentants, et à ne pas entraver l'exercice de notre belle profession, ils ne doutaient nullement qu'en France, où l'éducation civile et religieuse n'est pas élastique comme en Angleterre, la médecine, momentanément déviée, ne tarderait pas à rentrer dans ses anciens et vrais principes. Et si, après tout, ce qu'à Dieu ne plaise, les efforts généreux, je le veux bien, de quelques autorités obstétricales devaient amener la vulgarisation de cette doctrine rétrograde, quoique nouvelle, et, par suite, les rigueurs de la loi, la médecine n'aurait, certes, à s'en prendre qu'à elle-même de ce lamentable résultat, et jamais à moi, ni à aucun de tous ceux qui ont exprimé plus énergiquement encore ce qu'elle contient de faux et de dangereux.

3° Sans m'arrêter sur l'opinion qu'on m'oppose, que *mon opérée était loin d'avoir échappé, au bout de quarante heures, à presque toutes les chances de mort,* sans la circonstance exceptionnelle de l'insertion du centre du placenta sur l'incision, circonstance *défavorable,* accorde-t-on, et bien rare aussi, devrait-on ajouter, pour celui qui réduit cette incision à 13 centimètres, je dois cependant dire que *cette assertion* est bien moins *en contradiction avec les faits* qu'on ne l'avance, si l'on fait attention que ce n'est pas seulement *parce qu'il n'y avait aucune trace de péritonite à l'autopsie,* mais bien et surtout (ce qu'on a tort d'admettre dans le récit) parce qu'il n'était apparu, au bout de ces quarante heures, aucun des phénomènes précurseurs de l'entéro-péritonite que, la première fois, j'avais eu à combattre dans les premières vingt-quatre heures, — phénomènes (vomissements, frissons, douleurs intenses, fièvre vive....) que j'ai *presque toujours* vus apparaître dans ces vingt-quatre ou trente heures, dans toutes les relations, parisiennes ou autres, où la mort devait s'ensuivre.

J'arrive aux deux simplifications que je propose, et dont aucune ne trouve grâce devant mon habile et savant contradicteur. Voyons pourtant. — 1° J'attache, dans mon mémoire, quoi qu'il en dise, une *grande importance à la limitation de l'incision,* que je réduis à 13 centimètres. M. Stoltz y en attache une non moins grande : il la réduit même à 12 centimètres (il a sauvé quatre femmes et six enfants sur six opérations). « J'ai, » suivant M. Jacquemier, pris trop à la lettre la mesure donnée par les » auteurs à l'étendue des incisions, étendue qui, bien qu'indiquée par un » *chiffre,* n'a le plus souvent *pas été mesurée* et ne *dépasse* que *rare-* » *ment la longueur nécessaire.* Ici le récit est plus défectueux que l'opé- » ration elle-même, qui est généralement bien faite. »

Peu de chirurgiens, habitués qu'ils sont à la précision si nécessaire dans les opérations sanglantes, se contenteront de ces termes vagues, contradictoires, et de cette affirmation définitive que le tout est néanmoins pour le mieux. Rien, ce me semble, n'est plus propre que cette précieuse citation à faire voir quel service est rendu par ceux qui, en guérissant leurs malades, ont limité l'incision à 12 et 13 centim., au lieu de 18 et plus qu'on voit figurer dans les traités d'accouchemenst, et dans presque toutes les observations où l'on voit les malades mourir. — Ce mot, *opération généralement bien faite* me force à rappeler, entre autres opérations faites à Paris dans des conditions rendues désespérées, la dernière publiée (*Gazette des hôpitaux,* 6 février 1855). Il y a eu là : 1° temps précieux clairement

perdu ; 2° membranes fâcheusement ouvertes; 3° incision indéterminée, dépassant même l'ombilic ; 4° succession de serres-fines et de sutures entortillées ; 5° ponctions sur intestin (*Gazette des hôpitaux*, 13 mars, Lebleu ; 19 et 21 avril, Villeneuve, de Marseille). Il est vrai que, dans une récente brochure, compte rendu des faits et doctrines de l'hôpital des cliniques, M. le docteur Pouyer élève aussi sur les ruines de l'opération césarienne les autres méthodes léthifères, qu'il légitime à l'aide de nombreuses observations de céphalotripsie sur l'enfant vivant et de raisonnements sur les *chances aléatoires*, etc., etc.... ; que, d'un trait de plume, il renverse tout ce qu'ont écrit la rebelle province et l'étranger, par ce seul mot : *arguments peu sérieux*, et qu'il termine aussi en affirmant que tout est pour le mieux. Mais cela ne convertira pas davantage nos médecins de province, et l'une de nos notabilités (car il peut se rencontrer par-ci par-là quelque notabilité provinciale, bien qu'un défenseur de la doctrine adverse nous ait accablés, nous tous, malheureux, qui réussissons l'opération césarienne, sous le poids de cette assertion irréfutable : « Bref, les capacités échouent, et les incapacités réussissent » (*Gazette des hôpitaux*, 17 mars 1855)), le professeur d'accouchement de Lille, aussi rebelle à toutes innovations que son prédécesseur le digne Lestiboudois, péniblement impressionné de tous ces faits et arguments, qu'il trouve beaucoup moins *sérieux* que les nôtres, m'exprimait récemment, comme tant d'autres, sa vive impatience de voir enfin l'Académie édifier les professeurs et les praticiens par un rapport sur les travaux à elle soumis depuis trois ans et demi par plusieurs médecins des départements.

2° Enfin, les raisonnements qu'on m'oppose relativement aux sutures ne me semblent pas plus exacts :

Elles sont assurément très douloureuses, et les femmes opérées, excellents juges en cette matière, l'affirment hautement ;

Elles allongent beaucoup et compliquent une opération dans un cas qui exige tant de ménagements. Quoi de plus clair ?

Elles doivent donc *contribuer* pour une bonne part *à la redoutable inflammation*, et par la douleur et par les corps étrangers qu'elles laissent dans la plaie ;

L'*étude des observations* m'a paru *justifier*, et, *à priori*, me paraît devoir *justifier* toujours *cette étiologie*, que je n'ai, du reste, jamais *circonscrite à cette seule cause.*

Simon, Louis et Pibrac (*Mémoires de l'Académie de chirurgie*, Ier, IIe et IVe vol.) font toucher du doigt l'inutilité et les graves inconvénients de ces sutures, par le récit de plusieurs opérations césariennes guéries sans elles ou malgré elles, et par des considérations théoriques d'une haute portée. Sabatier, aussi, insiste sur cette même idée.

Le danger de voir les lèvres de la plaie se rapprocher seulement par la peau ne peut être réel ; car la peau et les tissus sous-jacents si amincis sont suffisamment adhérents entre eux pour que, comme nous le voyons à la suite des opérations de hernie, la plaie se réunisse du fond à l'extérieur ; et c'est en effet ce qui s'est fait clairement à ma première opération, et ce qui commençait très bien à se faire à la seconde.

Il serait toujours facile, *en cas de météorisme considérable*, ce qui est loin d'être constant, de modérer plus ou moins l'entrecroisement des bandages digités, et aussi de quelques-unes des lanières agglutinatives, sans déranger sensiblement la malade : c'est même ce que j'ai jugé à propos de faire. Ces *inconvénients* et *dangers* sont donc encore imaginaires.

Malgré tout le regret bien vif que j'éprouve de n'avoir obtenu, ni sur l'une ni sur l'autre simplification, la moindre adhésion de mon habile et savant confrère de Paris, je ne puis m'empêcher de tirer quelque consolation et de l'adhésion de mes collègues qui ont vu, et de lettres de nombreux confrères et professeurs de départements et de l'étranger qui, souvent sans me connaître, m'ont félicité (beaucoup trop) de mon écrit, et, *rassurés* un peu sur les dangers, qu'on exagère tant, de l'opération césarienne, ajoutent, avec raisonnements quelquefois supplémentaires aux miens, que, le cas échéant, ils la pratiqueraient tous, avec ma simplification de limitation, et presque tous avec un simple appareil sans suture. Je tiens ces lettres, et je ne crois pas devoir surcharger cette réponse, déjà longue, de leurs importantes et savantes citations.

Je crois donc, en terminant, pouvoir dire avec vérité qu'*on est fondé à penser que les praticiens* qui liront l'article auquel je réponds trouveront un peu sévères les réflexions et objections, et continueront d'être de mon avis, non pas si *j'affirmais avec une entière conviction que ces simplifications offrent toute garantie et sont d'une importance capitale* (comme on me le fait dire, encore à tort, en généralisant mon idée et en me prêtant une forfanterie bien éloignée de ma manière), mais bien quand j'exprime tout simplement (page 9 de mon mémoire) : « l'espoir que, tendant à augmenter les chances de succès de l'opération césarienne, elles seront essayées, continuées, et prendront dans la science une place *modeste*, mais sûre. »

Agréez, etc.

LEBLEU,
Chirurgien en chef de l'hospice de Dunkerque.

RÉPONSE. — Personne n'est plus disposé que nous à laisser les auteurs jouir du droit de réponse aux jugements de la presse, et ce droit, nous le refuserions à M. Lebleu moins qu'à personne ; mais notre distingué confrère nous permettra de lui faire remarquer que non-seulement il nous oblige à reproduire de son Mémoire ce que nous en avions écarté comme moins intéressant ou inopportun, mais qu'il nous force encore, contrairement à nos habitudes et à la stricte équité, à éditer des plaintes et des critiques où nous n'avons rien à voir. La longueur de sa lettre excusera auprès du lecteur celle de notre réplique, comme elle excusera auprès de M. Lebleu lui-même le retard que nous avons mis à lui ouvrir nos colonnes.

Il est vrai, le point principal de son Mémoire, le seul original, selon nous, la double simplification à l'opération césarienne, n'a pas obtenu une adhésion sans réserve, qui ne peut raisonnablement être exigée qu'après une épreuve clinique complète ; mais nous l'avons au moins prise en sérieuse considération et suffisamment recommandée à l'attention des praticiens, en insérant textuellement son observation et tout ce qui est relatif à l'incision et au pansement qui doit remplacer les sutures. (Voyez *Gazette hebdom.*, 1855, p. 610.)

Répéterons-nous nos objections? Nous ne le croyons pas nécessaire. Sur tous les points, sur la chance d'avoir échappé à presque tous les dangers de mort quarante heures après l'opération, sur la cause prétendue exceptionnelle de la mort, sur la part à faire aux sutures dans la production des inflammations mortelles, nous laissons au lecteur, que nous prions de se reporter à nos courtes remarques, à juger lequel de M. Lebleu ou de nous s'est écarté des données fournies par l'expérience. Dans toute discussion, il faut toujours bien que quelqu'un parle le dernier, et M. Lebleu, sans doute, ne se plaindra pas de cet avantage. Mais il est un autre point sur lequel nous tenons à nous expliquer. Nous avons vainement cherché comment notre trop susceptible confrère a pu voir une insinuation et l'accusation de vouloir indûment augmenter le nombre des succès, dans le soin que nous avons pris de faire observer que l'un des cas réuni à son récit avait déjà été publié dans d'autres temps. M. Lebleu, qui indique si bien dans sa lettre, et avec raison, les sources originales et les dates en leur place et lieu, aurait prévenu notre remarque s'il en avait fait de même dans son Mémoire. Il sait très bien que la source originale n'est pas indiquée, et qu'une mention incidente perdue au milieu de la discussion, loin du récit, ne constitue pas une indication bibliographique sérieuse ; elle pourrait très bien échapper à qui ne lirait M. Lebleu qu'en vue de vérifier ou de dresser une statistique, et un double emploi pourrait en être la suite, non pas de sa part, mais de la part d'autres écrivains. Nous le disons sans craindre d'exagérer, les statistiques d'opérations césariennes, même celles qui ne comprennent que les faits de ce siècle, sont bien loin d'exprimer la réalité des choses.

A ce propos, que dire de la petite statistique dressée par M. Lebleu, en supposant qu'elle comprenne bien réellement tous les cas qui se sont produits dans la circonscription et dans l'espace de temps mentionnés? Qu'elle est très encourageante; que les faits qui la composent, bien qu'il en existe beaucoup de semblables, méritent d'être étudiés avec attention, comme pouvant contribuer à faire connaître d'une manière plus exacte les conditions qui favorisent le succès; mais comme expression générale de ce qu'on doit attendre de l'opération césarienne, ils ne prouvent rien. S'ils en étaient même l'expression très éloignée, M. Lebleu peut être bien sûr que la pratique qu'il repousse n'aurait pas pris naissance même dans les pays protestants. Expliquer le succès là et le revers ici par plus d'habileté à choisir le moment, par une supériorité d'exécution et de méthode, et par des pansements et des soins consécutifs mieux entendus, est chose bien permise et utile, dont nous n'avons pas méconnu l'importance autant que veut bien le dire M. Lebleu. Pourquoi nous n'avons pas voulu le suivre sur ce terrain, nous allons le lui dire, avec une franchise dont il nous saura gré ; car elle pourra lui être utile. C'est sensiblement abuser du droit de représailles que de traîner de journaux en journaux une phrase comme celle-ci : « Bref, les capacités échouent, et les incapacités réussissent. » Personne n'a pu prendre au sérieux une boutade déplacée, désavouée peut-être ; nous ne connaissons ni l'article où elle se trouve, ni ce qui a précédé et suivi, mais dans tous les cas tellement en contradiction avec les sentiments bien connus des médecins de Paris, qu'ils soient haut placés ou, comme nous, pressés dans les rangs de la foule, qu'elle mérite à peine d'être relevée pour en faire justice. En prendre occasion pour montrer la province opprimée, annihilée par Paris, c'est aussi contraire à la vérité que dangereux ; et c'est mettre le comble au mal que de chercher à établir, par le ton donné à la critique de certains faits, une solidarité entre cette injure et un homme dont le caractère, d'une bienveillance et d'une réserve assez connues, est mis à l'abri de tout soupçon et dispensé de toute défense.

Quant à cette autre insinuation : « Nous savons de bonne source que les femmes qu'on fait avorter sont bien souvent, quoiqu'on ne l'imprime pas, victimes de ces manœuvres contre nature, » nous n'avons qu'un mot à dire, c'est que si M. Lebleu veut parler de faits médicaux, une semblable assertion l'oblige à les faire connaître.

Notre confrère avait mis à contribution la philosophie, la théologie et le droit naturel ou écrit, pour prouver que le meurtre n'est pas licite. Nous n'avions rien dit de cette maxime, parce que la conscience la crie assez haut, et la crie sans subtilité. M. Lebleu y revenant, nous devons lui dire qu'elle est, à notre sens, entachée de deux défauts qui la ruinent. D'abord, elle manque de cette espèce d'autorité qui naît de la compétence de celui qui disserte. Passe encore pour la philosophie; mais la théologie, le droit, dans leurs applications diverses, c'est ce qu'il y a de plus spécial. Et quand nous voyons des gens d'esprit, avec des connaissances médicales théoriques assez étendues, parler spécieusement médecine, mais en parler pourtant de manière à faire rire les gens du métier, nous nous disons : il pourrait bien se faire que les médecins qui dissertent à perte de vue théologie et droit soient dans le même cas. Nous nous méfions donc un peu des solutions d'*amateurs*. L'autre défaut, c'est de confondre obstinément l'avortement médical et l'embryotomie avec l'avortement et l'infanticide, justement réprouvés par la morale et punis par la loi; ce qui conduit M. Lebleu à penser qu'il est très contestable que le texte de Tertullien : *infans in ipso adhuc utero necessaria crudelitate trucidatur*, soit son opinion propre et non pas la simple énonciation de la doctrine de son temps. Si Tertullien, aussi bien que tous les autres pères de l'Église, a toujours condamné l'avortement et l'infanticide, il n'y pas contradiction entre cette condamnation et le texte cité; c'est qu'il ne confond pas comme M. Lebleu l'acte réprouvé par la morale avec l'acte d'une conservation bien incomplète, il est vrai, mais commandée par une dure nécessité. Les législateurs pas plus que les théologiens n'ont ignoré que le médecin s'est trouvé de temps en temps dans la pénible alternative de rester spectateur passif de la mort de la mère ou de tenter de la sauver en sacrifiant son fruit, et que, entraîné par la conscience, il s'est décidé pour ce dernier parti. Le silence de la loi à cet égard semble moins une réprobation qu'une sauvegarde contre des abus possibles. Aussi ne demandons-nous ni addition ni retranchement au Code. En l'absence de toute interprétation légale, il serait très important de connaître les opinions de magistrats autorisés. Faute de mieux, contentons-nous des adhésions qu'a reçues M. Lebleu. Toutefois, il nous semble que les paroles qu'il prête aux magistrats, ses correspondants, paraîtront un peu suspectes si ceux-ci ne connaissent le côté médical des questions que par sa propre brochure, où l'opération césarienne est peinte sous des couleurs si peu effrayantes, tandis que la provocation à l'expulsion de l'œuf, l'accouchement prématuré artificiel et l'embryotomie, ont pour cortége des dangers de toute sorte qui en compromettent presque sûrement les résultats. Il est donc tout naturel qu'ils protégent avec M. Lebleu l'opération césarienne. Nous craignons encore que notre excellent confrère ne leur prête ses propres sentiments lorsqu'il les montre avec une tolérance religieuse si peu en rapport avec notre temps, et une indulgence que la justice ne connaît pas devant la violation de la loi en des matières aussi graves.

En décidant, comme M. Lebleu et ses légistes, en faveur de l'opération césarienne dans les cas de vice du bassin, toutes les questions ne sont pas résolues. La chance, si minime qu'elle puisse être, de sauver les deux êtres semble ne plus exister : que faut-il faire? Les termes mêmes dont se sert M. Lebleu semblent prouver que ce n'est pas à l'abstention, mais bien à l'avortement médical, qu'il aurait recours. S'il pouvait rester des doutes, ils seraient levés par M. Lebleu lui-même; car il parle dans sa brochure « du médecin qui, dans les derniers temps de la grossesse, court accomplir son devoir en précipitant l'accouchement, lorsqu'une violente hémorrhagie, des convulsions réitérées, ou même, je l'admets encore, des vomissements incoercibles menacent immédiatement la vie des deux êtres. » Doit-on supposer que si ces accidents n'attendaient pas les derniers temps de la grossesse pour menacer la vie des deux êtres, la conduite de M. Lebleu serait différente? Nous ne le pensons pas, car il n'aurait pas ajouté les vomissements incoercibles, qui ne sont guère un accident de la fin de la grossesse. Nous aimons mieux supposer une certaine obscurité dans l'expression qu'un non-sens scientifique. Il valait donc bien la peine de faire tant de bruit, de soulever ciel et terre contre l'avortement médical, pour venir y aboutir. Nous ne laisserons pas même M. Lebleu se réfugier dans l'absence de toute chance, quelque minime qu'elle puisse être, de sauver les deux êtres. Cette chance minime existe toujours. Il n'est pas une des maladies que nous venons de citer où le pronostic de mort prochaine le mieux motivé, et par autant de célébrités qu'on voudra, ne puisse être quelquefois démenti par l'abstention si elle avait lieu. Sans être un aussi pur disciple d'Hippocrate que M. Lebleu, nous ne méconnaissons pas à ce point la puissance et les ressources de la nature médicatrice.

Libre à M. Lebleu de refuser, *même son respect*, à la pratique qu'il combat. Mais qu'il ne s'en prenne alors qu'à lui-même si ses critiques paraissent avoir, à son insu, un caractère comminatoire. Qui ne s'y tromperait en voyant M. Lebleu désigner cette pratique par les mots de méthode *léthifère*, de doctrine de l'*infanticide* ou *fœticide*, et citer à tout propos les articles du Code qui punissent ces crimes. Même après ses explications, nous ne savons pas s'il est bien autorisé à dire, à coup sûr bien contrairement à sa volonté, qu'il ne met personne en suspicion de délit, et qu'il n'appelle sur la tête d'aucun de ses confrères les foudres, soit de l'Église, soit du parquet.

Notre honorable confrère a bien voulu louer le ton de nos premières remarques ; nous espérons bien n'avoir pas démérité, sous ce rapport, en marchant sur un terrain où nous avions d'abord refusé de le suivre. Nous ne nous plaisons pas moins à reconnaître sa bonne foi et sa sincérité. Mais nous manquerions à la vérité et à notre devoir envers nos lecteurs si nous n'ajoutions qu'il s'y mêle beaucoup d'antipathie contre ce qu'il croit être l'esprit et la tendance du temps présent. Une courte citation va mettre à même d'en juger. On se rappelle encore au milieu de quelles clameurs l'accouchement prématuré artificiel a passé dans la pratique en France. Il exposait à des maux de toute sorte; c'était aussi un attentat contre les lois divines et humaines; on lui fermait ignominieusement la porte à l'Académie, ce qui ne lui a pas empêché de faire son chemin. Tout le monde sait, aujourd'hui que le calme s'est fait, dans quelles limites il a démenti les fâcheux pronostics et réalisé les espérances conçues. Voyons ce que M. Lebleu a oublié et appris. « .... Si l'on tient compte du danger, soit actuel, soit éloigné, que doivent courir toujours, et la mère par suite d'un travail mécanique brusquement substitué à celui de la nature, et l'enfant, qui viendra à peine viable dans de pareilles circonstances; si l'on fait *à priori* toutes ces réflexions (et on doit les faire), on arrivera à peu près, ce me semble, à prévoir avec Capuron que l'accouchement prématuré artificiel est « *le moyen le plus capable de faire illusion, même aux médecins, et constitue une ressource incertaine et peu conforme aux principes de l'art* » et à le rejeter avec Gardien, Baudelocque et bien des praticiens distingués parfaitement au courant cependant des nouveaux et intelligents efforts qu'on a faits. On voit, il est vrai, plus d'un tiers des enfants vivants et assez peu de femmes mourir tout de suite ; mais nulle part on ne dit, et l'on ne peut dire, de quelle espèce de vie jouit cet enfant tout vivant qu'il arrive, de quelle espèce de santé et de fécondité jouira cette femme ainsi violentée..... Sans rejeter donc, d'une manière absolue, cette doctrine dans tel cas rare et très difficile à déterminer, je la crois cependant inférieure, pour les résultats définitifs, à l'opération césarienne. » Voilà ce que pèse dans la balance de la justice tenue par la main de l'honorable M. Lebleu, une des plus belles et des plus précieuses acquisitions de l'obstétrique moderne.

JACQUEMIER.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

Je me vois accusé nominativement, dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, d'avoir évoqué de *vains fantômes*.

Je n'abuserai pas de mon droit de réponse, monsieur, et pour prouver à tous vos lecteurs que cette accusation est sans portée, je me bornerai à vous prier de leur faire connaître les faits suivants, *très réels*, ainsi qu'ils peuvent s'en convaincre au moyen des Annuaires du bureau des longitudes, de 1819 à 1855.

J'espère que la conclusion de ces faits n'échappera point à ceux qui pensent encore que les exigences de 1805 ne sont pas illusoires en 1855, pour ne pas dire plus, et qu'ils ne seront pas des derniers à demander, ainsi que moi, *la liberté de la vaccine*.

Que peut, contre le fait, la raison mutinée?

Veuillez agréer, etc. H. CARNOT.

Tableau des décès pour cause de variole dans la ville de Paris, distingués par âge.

Ages des décédés.	de 1817 à 1819.	de 1834 à 1836.	de 1855 à 1853.
0 à 20 ans	1,957	1,084	724
20 à 30 ans	102	290	468
30 à 50 ans	19	78	242
Au-dessus	6	6	19
Tot. des 3 années.	2,084	1,458	1453

Donc, en trente-quatre ans, les ravages de la variole ont, par une marche continue, augmenté parmi la population *majeure*, dans le rapport de 1 à 5,74.

D'autre part, cette population majeure s'est accrue *simultanément* dans le rapport de 1 à 1,51, ainsi que le prouvent les deux dénombrements de 1817 et de 1851, comparés. Donc, en définitive et toute balance faite :

Dans l'armée, ainsi que dans les établissements fréquentés par la population MAJEURE, *la probabilité des épidémies* VARIOLIQUES *est aujourd'hui presque* QUADRUPLE *de ce qu'elle était avant l'année 1820, époque à laquelle les majeurs n'étaient pas* VACCINÉS !...

Est-ce clair ?

RÉPONSE. — Ce qui n'est pas clair, ce sont les déductions scientifiques que M. Carnot tire des faits. Là est la question. A. D.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

CHIMIE MÉDICALE. — *Mémoire sur la composition de l'hématoïdine*, par M. *Charles Robin*. — Presque toutes les fois que du sang est épanché dans l'épaisseur des tissus d'un animal vivant, on voit, de quatre à vingt jours après l'hémorrhagie, se former des cristaux microscopiques très nets, et quelquefois conformés en aiguilles. Ce sont ces cristaux qui, figurés et décrits successivement par Éverard Home en 1830, par Rokitansky en 1842, par Scherer en 1843, par Zwicky en 1846, ont été désignés en 1847, par Virchow, sous le nom d'*hématoïdine*. L'analyse chimique de 3 grammes d'*hématoïdine pure* démontre que l'*hématoïdine, corps cristallisable*, est de l'*hématosine non cristallisable* qui a perdu tout son fer, mais qui a pris un équivalent d'eau.

Les prismes d'hématoïdine sont assez durs, cassants, réfractent fortement la lumière sous le microscope ; ils ont une couleur d'un rouge orangé vif, du rouge ponceau vers le centre, et d'un rouge carmin foncé sur les bords et aux extrémités ; ils sont un peu plus lourds que l'eau.

Chauffée au contact de l'air, l'hématoïdine donne d'abord une odeur de goudron, puis de corne qui brûle. Insoluble dans l'eau, l'alcool, l'éther, la glycérine, les essences, l'acide acétique et l'acide sulfurique, elle se dissout dans l'ammoniaque, la potasse et la soude, l'acide azotique et l'acide chlorhydrique.

M. Robin, après avoir analysé l'*hématoïdine*, compare les résultats obtenus avec ceux de l'analyse de l'*hématosine*, faite par Mulder.

Il résulte de ces analyses que l'*hématoïdine* a pour formule $C^{14}H^{9}AzO^{3}$, soit $C^{14}H^{8}AzO^{2} + HO$: d'où l'on reconnaîtra que l'hématoïdine n'est point la matière colorante du sang ou hématosine, mais un composé chimique qui provient de sa décomposition, dans laquelle 1 équivalent d'eau (HO) a remplacé 1 équivalent de fer (Fe). (*Comm.* : MM. Chevreul, Pelouze, Balard.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Brachet*, de Lyon, adresse à l'Académie une réclamation de priorité à l'occasion d'une communication récente de M. *Duchenne* sur la physiologie du second temps de la marche.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie :

a. Une note de M. le docteur *Jobert*, de Guyonville, sur une épidémie de laryngite striduleuse. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une demande de M. le docteur *Troy*, dans le but d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source minérale à Baréges. (*Commission des eaux minérales.*) — *c*. La recette d'un sirop iodo-gallique de M. *Motte*, de Lyon, pour le traitement des affections scrofuleuses. — *d*. L'annonce d'un système curatif anticholérique que M. le docteur *Langlebert* demande l'autorisation d'expérimenter dans les hôpitaux de Paris. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2° Communication de : *a*. M. le docteur *Lemaire*, de Dunkerque (Mémoire sur une épidémie de fièvre puerpérale). (*Commission des épidémies.*) — *b*. M. le docteur *Perrin*, de Paris (Observation de perforation intestinale par un lombric). (*Comm.* : M. Velpeau.) — *c*. M. le docteur *Wyzewski*, de Saint-Amand-les-Eaux (Note sur le choléra et son traitement). (*Commission du choléra de 1854.*) — *d*. M. *Laurent*, pharmacien à Montmartre (Description d'un nouveau mode d'emploi et de conservation de divers médicaments sous forme de pralines et de dragées). (*Comm.* : MM. Ricord, Bussy, Bouchardat.) — *e*. M. le docteur *Leroy* (d'Étiolles) (Réclamation de priorité relative à l'application de l'écrou brisé aux instruments lithotriteurs).

M. *Bouley* dépose sur le bureau un Mémoire de M. *Willems* sur l'inoculation préventive de la péripneumonie. (*Comm.* : MM. Leblanc et Bouley.)

M. le président annonce à l'Académie la mort de M. *Magendie*, membre résident.

Lectures et Mémoires.

M. *Piorry* donne lecture successivement :

1° D'un rapport concernant un instrument destiné à donner la mesure de la sensibilité de l'oreille chez un sourd. L'*acoumètre* (c'est le nom que l'auteur donne à son appareil), imaginé par M. *Yearsley*, de Londres, et que M. Piorry fait passer sous les yeux de l'Académie présente, suivant M. le rapporteur, l'inconvénient d'être d'un mécanisme assez compliqué ; et d'ailleurs il n'offre ni la délicatesse ni la précision d'un instrument analogue que M. Blanchet a destiné au même usage.

2° D'un rapport relatif à un stéthoscope spécial, de l'invention de M. *Biundi*, de Palerme. L'extrémité elliptique de cet instrument est configurée de telle sorte qu'elle peut être appliquée, malgré l'amaigrissement des malades, sur les espaces intercostaux. M. Piorry est d'avis qu'on peut facilement se passer de cet instrument. Il suffit, en effet, d'appliquer sur les espaces intercostaux excavés un fragment de linge, d'ouate ou de charpie, et de poser par-dessus l'extrémité du stéthoscope ordinaire.

D'ailleurs, M. Piorry pense que pour la pratique on peut aisément se dispenser de stéthoscope et recourir à l'auscultation immédiate, en posant simplement une serviette sur la poitrine du malade. Ce qu'il importe surtout, lorsqu'on veut bien étudier l'auscultation, c'est de faire des recherches stéthoscopiques et expérimentales sur le cadavre et sur les animaux ; c'est d'étudier cliniquement ce précieux moyen d'investigation ; c'est de réunir des connaissances profondes en anatomie et en physiologie pathologique.

« On peut se passer de stéthoscope, ajoute M. Piorry, mais il est impossible de ne pas se servir de *plessimètre*. »

M. *Moreau* demande à M. Piorry de quelle manière il a procédé dans ses recherches cadavériques sur l'auscultation.

M. *Piorry* répond qu'on peut obtenir les résultats les plus variés et les plus curieux tout à la fois sur un cadavre en opérant la respiration artificielle, après avoir injecté, dans les voies aériennes, des liquides dont on fait varier à volonté la consistance et la quantité.

C'est en opérant aussi sur le cadavre que M. Piorry a pu contrôler certains faits cliniques relatifs aux bruits du cœur, et surtout démontrer la certitude des théories qu'il a émises sur l'origine et la production de ces bruits.

M. *Bricheteau* rappelle les expériences cadavériques entreprises aussi par M. Pétrequin ; il est porté à croire, comme le chirurgien de Lyon, que de pareilles recherches sont inutiles pour la clinique, et peuvent même devenir une source d'illusions et d'erreurs. M. Bricheteau se trompe.

M. *Piorry* insiste sur l'utilité de semblables expériences, tout en confessant que l'étude du cadavre ne vaut pas l'étude pratique de l'auscultation sur l'homme vivant.

M. *Bouillaud* croit que M. Piorry, dans ses recherches cadavériques sur les bruits du cœur, n'a jamais pu reproduire le claquement valvulaire, et qu'il a pu souvent confondre le bruit de souffle avec le tic-tac des valvules.

M. Bouillaud craint bien aussi que M. Piorry n'ait pas toujours su distinguer parfaitement le râle crépitant du râle sous-crépitant, qui se touchent quelquefois de si près.

M. *Piorry* convient qu'il est difficile de produire le bruit valvulaire ; mais il rappelle les expériences qu'il a instituées pour prouver que les bruits du cœur dépendent moins du claquement des valvules que du choc et du frottement du sang contre les parois des cavités du cœur.

Quant aux râles, il les a étudiés pendant dix-huit mois sous Laënnec lui-même, et plus tard, il a fait de nombreuses expériences qui lui ont donné des résultats importants.

M. *Bouillaud* soutient que les expériences ne donnent jamais que des phénomènes parfaitement définis. Il taxe M. Piorry d'exagération, et il croit, contrairement à son adversaire, qu'on peut très bien se passer de *plessimètre* pour percuter ; le doigt fournit même des résultats plus avantageux ; c'est ainsi qu'il donne le bruit de *pot fêlé*, quand il existe de grandes cavernes dans le poumon, tandis que ce bruit précieux échappe le plus souvent sous le plessimètre.

M. *Piorry* continue à défendre chaudement le *plessimétrisme* contre les attaques de M. *Bouillaud*, qui persiste à donner la préférence à la percussion pratiquée par l'intermédiaire du doigt, sans nier toutefois l'utilité du plessimètre.

MM. *Bouvier*, *Moreau* et *Velpeau* demandent les conclusions des rapports lus par M. Piorry.

M. *Piorry* demande que des remercîments et des encouragements soient adressés à M. *Yearsley*, de Londres, et à M. *Biundi*, de Palerme. — (*Adopté.*)

Chirurgie.—M. *Bouvier* lit un *Mémoire sur un procédé simple, commode et peu douloureux pour établir et entretenir le séton à la nuque.* — L'auteur commence par rappeler les préventions, les répugnances même qu'à différentes époques les praticiens ont conçues contre le séton. En 1552, c'était Fernel qui s'élevait contre le séton, posé, il est vrai, avec le fer rouge. De nos jours, beaucoup d'ophthalmologistes l'ont proscrit de leur thérapeutique : M. Sichel le condamne; M. Desmarres prétend qu'il est de nul effet; MM. Denonvilliers et Gosselin le conseillent avec une extrême réserve.

M. Bouvier ne se dissimule pas les accidents que peut entraîner le séton; mais persuadé qu'il faut imputer la plus grande partie de ces revers au mode opératoire, au pansement vicieux, il a, depuis plusieurs années, modifié cette petite opération de telle manière que non-seulement elle puisse inspirer toute sécurité relativement à ses suites, mais encore qu'elle cesse d'être un objet d'effroi pour les malades.

Voici comment il décrit lui-même le nouveau procédé :

« Au lieu du bistouri ou de la large lame à double tranchant assez improprement nommée *aiguille à séton*, je me sers d'une aiguille véritable, très étroite, terminée en fer de lance pour mieux pénétrer dans les tissus, droite ou courbe suivant que le séton doit avoir une direction transversale ou longitudinale. Au lieu de la mèche de coton ou de la bandelette de linge effilée sur les bords, qui reste à demeure dans la plaie, j'emploie un simple fil ou un mince cordonnet couvert d'un enduit imperméable qui le rend peu altérable au contact du pus; la matière des fines bougies urétrales est très propre à cet usage.

» Afin de rendre l'introduction du cordonnet plus facile, l'aiguille porte, du côté opposé à la pointe, au lieu de chas, une fente ou pince faisant ressort, dans laquelle se trouve fixée l'extrémité du fil, que l'on évite ainsi de replier en deux comme dans les aiguilles ordinaires. Veut-on passer un fil double, le milieu de l'anse qu'il représente est arrêté de la même manière dans la pince de l'aiguille, et l'anse reste entière quand on a enlevé l'instrument. Le fil ou cordonnet une fois en place, on noue ensemble ses deux extrémités, de manière à lui faire décrire un cercle ou une sorte d'anneau très lâche que l'on retourne chaque jour quand la suppuration est établie, pour tirer au dehors la portion de fil qui baigne dans le pus, et faire entrer celle qui, la veille, était dehors. On ne renouvelle cette sorte de séton *perpétuel* ou *à demeure*, que lorsque l'enduit imperméable a fini par s'altérer. »

Les avantages du nouveau séton peuvent se résumer de la manière suivante : — La douleur de l'opération est presque nulle; le même cordonnet peut longtemps servir sans s'altérer, ce qui évite les inconvénients du renouvellement de la mèche; si les ouvertures tendent à se rapprocher, en s'ulcérant par la pression du cordonnet annulaire sur leurs bords correspondants, on détache le fil et l'on fait un ou plusieurs nœuds à chacune de ses extrémités pour l'empêcher de s'échapper de la plaie; le pansement est d'une extrême simplicité. Si l'on veut agrandir la plaie et la surface suppurante, on ajoute successivement un second, un troisième, un quatrième fils que l'on juxtapose de telle sorte que leurs extrémités fassent le moins de saillie possible : « En agissant ainsi par degrés, on a l'avantage inappréciable de *doser*, en quelque sorte, le remède et de le proportionner au mal... Le séton étroit, surtout s'il est longitudinal, évite aussi les cicatrices difformes, ce qui n'est pas indifférent chez les femmes... Si de petits abcès se forment sur le trajet du fil, il est toujours facile de limiter ces collections sous-cutanées, qui d'ailleurs ne font qu'ajouter à la puissance de la révulsion. »

M. Bouvier se sert, pour former ces sétons, du tissu des sondes et des bougies dites *élastiques*, composées d'une trame ou d'une mèche enduite d'huile de lin rendue siccative à l'aide de la litharge et du caoutchouc. Il emploie aussi des chaînes flexibles faites avec des métaux difficilement oxydables, tels que l'or, l'argent, le platine, et assez longues pour permettre de changer chaque jour la portion logée dans la plaie.

« Dans ces cas d'ophthalmies remarquables par leur tendance à la récidive, qui, après avoir cédé une ou plusieurs fois au séton, se reproduisent encore à des intervalles plus ou moins éloignés, M. Bouvier *conseille* de faire porter aux malades, après la guérison, une très petite chaîne métallique, sorte de *séton d'attente* qui ne fait que conserver un trajet fistuleux sous-cutané prêt à recevoir, au besoin, un cordonnet ou une mèche plus active. Il se passe alors ce que l'on observe dans l'usage des boucles d'oreilles. »

Après avoir cité les noms de MM. Desportes, Déméaux et Giraldès qui, à différentes époques ont préconisé les avantages des petits sétons multiples, M. Bouvier rapporte cette phrase de Fabrice d'Aquapendente : « Ad » oculorum fluxiones, et caput universum a supervacuis purgandum ex- » crementis, perpetuo ego *setaceum* probo tanquam experientia et usu ef- » ficacissimum exploratum remedium, et minime dolorem inferens, factu- » que expeditissimum, quod bis in vita mea gestavi semper cum oculorum » salute. »

Ce mémoire est accompagné de sept observations tendant à prouver l'efficacité de ce nouveau genre de séton dans le traitement des ophthalmies chroniques.

M. Bouvier présente aussi à l'Académie les malades qui font l'objet de ces observations : trois filles et quatre garçons de l'*Hôpital des Enfants.* Ce sont des sujets lymphatiques ou scrofuleux, affectés d'ophthalmies plus ou moins anciennes, plus ou moins graves, plus ou moins étendues (conjonctivites chroniques simples; kératites avec ou sans ulcérations de la cornée; conjonctivites purulentes). — Insuccès des collyres réputés les plus actifs, longtemps continués. Amélioration assez prompte obtenue dans tous les cas au moyen des sétons de M. Bouvier, appliqués à la nuque, quelquefois simples, le plus souvent composés de plusieurs fils.

— M. *Larrey* croit que les sétons de M. Bouvier peuvent être rapprochés des petits cautères que l'on applique quelquefois aussi à la nuque dans des circonstances identiques. Il se demande si le nouveau procédé pourrait suppléer l'ancien séton, dans les cas où il est utile d'obtenir une suppuration abondante.

M. *Bouvier* rappelle qu'on peut, avec sa méthode, agrandir, autant qu'on veut, la surface suppurante, en ajoutant des fils nouveaux aux fils anciens.

M. *Gerdy* a soigneusement étudié l'action du séton, particulièrement dans le traitement des ophthalmies : trop souvent il a entendu les malades se plaindre, au bout de quelques jours, de pesanteur, d'embarras dans la tête, de bourdonnements d'oreilles, d'étourdissements; et il a toujours observé, dans ce cas, une exacerbation dans les symptômes d'irritation oculaire. Ce sont là des phénomènes de voisinage, qui peuvent devenir dangereux, dont le praticien doit être prévenu, afin de diminuer au besoin ou de supprimer même le séton. M. Gerdy croit donc qu'il est utile de faire de nouvelles et de très sérieuses recherches sur ce point.

Pour d'autres cas où l'on emploie le séton à la nuque, il s'est souvent servi avec avantage de petits cautères appliqués sur le cuir chevelu.

— M. *Bouvier* croit que les accidents signalés par M. Gerdy constituent plutôt l'exception que la règle.

— M. *Malgaigne* estime que l'emploi des sétons, aussi bien que celui des cautères et des moxas, est souvent, trop souvent, suivi d'inconvénients et de dangers, que pas un avantage sérieux ne vient malheureusement compenser.

Il en appelle à l'expérience des siècles, et il trouve que le séton est une opération introduite grossièrement dans l'art, d'une manière tout à fait empirique; l'auteur en est inconnu; et il n'existe pas, à la connaissance M. Malgaigne, une série d'observations favorables qui puissent témoigner de l'efficacité de ce traitement. Combien de fois Fabrice d'Aquapendente, qui parle en faveur du séton, a-t-il eu recours à ce moyen? *Bis*... deux fois! Il s'est servi du séton au fer rouge... et n'atteste-t-il pas qu'il ne cause aucune douleur (*minime dolorem inferens*)? Est-ce croyable?

Interrogeant ici son expérience personnelle, M. Malgaigne déclare que, dans le cours d'une longue pratique, il n'a jamais retiré qu'un bénéfice fort douteux de l'emploi des exutoires, moxas, cautères, sétons, soit dans le traitement des affections des yeux, soit dans le traitement des maladies articulaires. Ces moyens peuvent être excellents quand ils agissent promptement, soit en vertu de la douleur qu'ils déterminent, soit à cause de leur action puissamment révulsive. Mais, passé le terme de huit ou quinze jours au plus, ils ne produisent aucun bien; ils ne peuvent qu'incommoder le malade ou aggraver sa situation.

M. Malgaigne cite l'exemple d'un malade affecté de tumeur blanche, et que M. Amussat ne parvint pas à guérir, malgré l'application successive de quatre-vingts moxas autour du genou.

Les malades présentés aujourd'hui même par M. Bouvier sont-ils guéris de leurs ophthalmies? M. Malgaigne les a bien examinés, et il n'en a trouvé aucun qui fût entièrement rétabli. M. Bouvier peut-il prévoir le terme de la guérison complète? Lui est-il permis d'affirmer qu'il l'obtien-

dra, cette guérison ? Une de ses malades a porté pendant trois ans un de ces *sétons perfectionnés ;* celle-là devrait bien être guérie !

Un exutoire longtemps prolongé devient une habitude funeste pour l'économie ; ce n'est plus alors un remède, mais une *fonction* qu'il est dangereux de supprimer. M. Malgaigne regrette que M. Bouvier ne se soit pas attaché à spécifier les circonstances où le séton pouvait réussir et celles où il devait faire du mal.

M. Gerdy n'a-t-il pas eu à se plaindre aussi des sétons grands ou petits ? Il pense, comme lui, que de nouvelles recherches cliniques sont nécessaires pour consacrer l'utilité des cautères perfectionnés de M. Bouvier. Comment se fait-il qu'il paraisse charmé de ces petits instruments ?

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Application de la teinture d'iode pour prévenir les cicatrices difformes que la variole laisse à sa suite, par le docteur V. François (d'Anvers).

Il est probable que la vogue dont jouit depuis assez longtemps l'emploi de l'iode, sous toutes les formes et pour les affections les plus diverses, a fait naître chez plusieurs praticiens séparément l'idée de provoquer l'avortement des pustules varioliques par l'application de la teinture iodée. « Depuis dix ans, dit M. Boinet (*Iodothérapie*, 1855, p. 647), nous avons fait plusieurs fois cette application dans des cas de variole, même confluente, et nous avons toujours vu avorter les pustules varioliques sans aucun inconvénient aucun pour les malades. L'avantage qu'elle a sur les préparations mercurielles, c'est que la teinture d'iode peut être appliquée partout, sur les yeux, les paupières, les lèvres, les ailes du nez, les oreilles et sur les muqueuses, jusque dans la bouche et le fond de la gorge. » Des expériences semblables, avec le même résultat, étaient consignées, en 1848, dans le *British American Journal*, et M. Crawford, en 1853, disait avoir badigeonné sans inconvénient toute la surface du corps avec la teinture (*New-York med. Times*, vol. III, n° 4). Dans le présent travail, M. François cite des essais qui auraient été spontanément entrepris, en 1847, par M. Dethier, à l'hôpital militaire de Mons (postérieurs, comme on voit, à ceux de M. Boinet) ; et, rapprochant les résultats alors obtenus de ceux que lui a donnés sa propre pratique, il arrive aux conclusions suivantes :

La teinture d'iode employée tout au commencement de l'éruption, alors que celle-ci est constituée par des taches rouges, boutonneuses à leur centre, empêche leur développement ultérieur et leur apparition sur les endroits encore sains de la face. Appliquée lorsque l'éruption est vésiculeuse, elle s'oppose à l'agrandissement de l'aréole inflammatoire autour des vésicules, dont la sécrétion est diminuée. Si l'éruption prend déjà la forme pustuleuse et que la suppuration commence, les pustules s'affaissent un peu en prenant une forme plus plate, et la dépression ombiliquée est moins profonde que de coutume. Enfin, quand l'éruption est à son plus haut point de développement, et que le travail de suppuration s'est effectué en provoquant une tuméfaction énorme de la face, la teinture d'iode amène la flétrissure des boutons et une diminution rapide de la tuméfaction.

L'auteur ajoute que les symptômes généraux diminuent à mesure que s'opèrent les changements dans la lésion locale. (*Archives belges de méd. milit.*, juin 1855.)

— Nous ne pouvons, quant à nous, que constater la concordance de ces résultats avec ceux des expériences antérieures, et encourager le praticien à suivre des exemples dont on se trouve si bien. Nous ajoutons, pour répondre à quelques mots de l'auteur relatifs à l'emploi de la teinture d'iode dans l'eczéma, qu'il nous a tout récemment rendu des services manifestes dans le traitement de l'eczéma chronique des membres inférieurs.

Note sur l'igname de la Chine, par le professeur N. Joly.

La *Dioscorea batatas* (Decaisne), ou l'igname de la Chine, envoyée pour la première fois en France par M. de Montigny, consul à Chang-Haï, serait, d'après les études de M. Joly, une plante nouvelle, susceptible d'être acclimatée en France et de servir utilement à l'alimentation de nos populations. La *Dioscorea batatas*, d'après M. Decaisne, comme le *Tamus communis* de notre pays, appartient à la famille des dioscorées. Annuelle par ses tiges, elle est vivace par ses rhizomes, qui sont gorgés de fécules et légèrement laiteux. Ses tiges proprement dites acquièrent de 1 à 2 mètres de longueur ; elles sont cylindriques, de la grosseur d'une forte plume à écrire, volubiles de droite à gauche. Nous ne reproduirons pas les caractères botaniques, qui intéresseraient peu la plupart de nos lecteurs ; ce que nous indiquerons surtout, c'est ce qui a trait à l'alimentation. Le rhizome, recouvert d'un épiderme brun fauve ou couleur de café, présente un parenchyme d'un blanc opalin, très cassant, gorgé de fécule, et accompagné d'un liquide laiteux et mucilagineux ; les fibres ligneuses sont à peine apparentes. Par la cuisson, ce tissu s'attendrit et s'assèche comme celui de la pomme de terre. La culture de l'igname offre de grandes analogies avec celle des pommes de terre, et peut-être plus encore avec celle des asperges. Une même plante peut donner naissance à plusieurs rhizomes, bien qu'elle n'en produise le plus souvent qu'un seul. Nous en avons récolté, dit M. Decaisne, du poids de 1 kilogr., 300 grammes ; leur circonférence, dans la partie renflée, peut être évaluée, en moyenne, à 0m,15, et leur longueur peut, dit-on, atteindre 1 mètre. Cette plante peut rendre quelquefois le double en fécule de ce que produit, en moyenne, la pomme de terre sur un même espace de terrain. L'igname de la Chine, pourvue d'un principe azoté, pourrait, d'après M. le professeur Fremy, être réduite en poudre, et, mélangée avec la farine de nos céréales, donner un pain très nourrissant. Employée pure, cette farine servirait à faire des potages, ou entrerait dans une foule de préparations culinaires. (*Gazette médicale de Toulouse*, 3e année, 7e livraison, 1855, p. 210.)

Inspirations de chloroforme dans la pneumonie et la bronchite, par le docteur Richter.

De l'emploi des inspirations de chloroforme en médecine, par le professeur A.-Th. Helm.

La *Gazette hebdomadaire* a déjà entretenu ses lecteurs de cette nouvelle application du chloroforme ; les faits apportés à l'appui de cette méthode étaient malheureusement sommaires. M. Richter, adoptant l'opinion de MM. Drescher et Lencke, administre le chloroforme sur un tampon d'ouate, et le maintient à un demi-pouce du nez pendant cinq à dix minutes. Cette inspiration de l'agent anesthésique est répétée toutes les heures, jusqu'à diminution des accidents de la pneumonie. Ce mode de traitement, d'après les résultats cités de M. Richter, n'abrége pas notablement la durée de la maladie ; seulement, il a l'avantage de diminuer rapidement la toux, l'anxiété épigastrique, et d'être applicable à des cas de pneumonie dans lesquels les antiphlogistiques ne pourraient être employés sans inconvénients. (*Milit. Med. Bericht.* — *Preuss. Ver. Zeit.*, 1855, n° 32, p. 151.)

— Aux yeux de M. Helm, les inspirations de chloroforme associé à l'huile de lin ont une grande utilité en médecine, comme sédatives de l'appareil de la respiration et de la circulation, dans la phthisie pulmonaire chronique ou aiguë, dans l'emphysème du poumon, dans les affections organiques du cœur, et enfin dans des névroses, comme l'hystérie, la névralgie faciale, la colique de plomb, etc. L'association du chloroforme et de l'huile de lin à parties égales a pour but principal de rendre les vapeurs de chloroforme moins diffusibles, et par suite de moins incommoder les assistants, et en même temps de diminuer les frais du traitement. La quantité de liquide employé chaque jour varie de 2, 4, 12 à 24 gros ; pour chaque inspiration, on verse 15 à 20 gouttes du mélange sur un linge qu'on maintient au-dessous du nez du malade. On répète ces inspirations jusqu'à ce que les douleurs soient calmées.

Dans cette note de M. Helm, nous regrettons l'absence de détails ; ainsi nous aurions voulu savoir les effets immédiats de ces inhalations dans les maladies du cœur, dans la phthisie. La question de l'innocuité de l'agent thérapeutique méritait aussi d'être examinée. (*Œsterr. Zeits. fuer Prakt. Heilk.*, 1855, nº 31.)

De l'administration des médicaments par les fosses nasales, par le docteur A. ZSIGMONDY.

Cette nouvelle manière d'administration des médicaments est surtout recommandée chez les malades dont les mâchoires sont spasmodiquement rapprochées par suite de lésion cérébrale, de convulsions, etc., chez les aliénés, ou enfin chez les enfants. Les médicaments, dissous ou suspendus dans une quantité de liquide, qui doit au plus atteindre une cuillerée à bouche, sont versés lentement dans une fosse nasale, l'orifice étant maintenu relevé par l'abaissement et la fixation de la tête du malade. L'introduction de ce liquide occasionne fort peu de chatouillement. L'auteur de cette note a pu se convaincre fréquemment de l'utilité pratique de ce nouveau procédé, en administrant de l'émétique, du sulfate de quinine, etc., ou même des aliments liquides. Nous ajouterons que l'injection des liquides dans les fosses nasales, avec une petite seringue, en suivant le plancher, nous a toujours paru mieux réussir que le moyen indiqué par l'auteur. (*Oesterr. Zeitsch. für. pract. Heilk.*, mai 1855.)

Recherches cliniques sur le traitement des anévrysmes par la méthode de Hunter et le procédé de Jones, par M. LAFORGUE.

En racontant les résultats de sa pratique qui consistait exclusivement dans l'application de la ligature médiate, Roux avait exprimé le désir que d'autres chirurgiens fissent à leur tour connaître les résultats d'une pratique différente. M. Laforgue vient répondre à cet appel. Chirurgien de l'hôpital de Toulouse, où, depuis longues années, la ligature artérielle est faite selon le procédé de Jones, il vient mettre en parallèle les résultats qu'elle a fournis avec la statistique de M. Roux, dont nous avons récemment publié les conclusions. (voy. *Gaz. hebd.*, 10 août 1855).

Pour ne parler que de faits dont il a une notion précise, M. Laforgue se borne à citer 18 cas, dont 8 de la ligature de la crurale et 10 de la brachiale, opérés par MM. Viguerie, Dieulafoy et lui-même.

L'humérale a été liée, chez les 10 malades, vers le tiers moyen du bras, 8 fois pour des anévrysmes au pli du bras, et 2 fois pour des anévrysmes traumatiques des artères de l'avant-bras. — Dans aucun de ces cas les battements n'ont ensuite reparu dans la tumeur, dont la résolution s'est faite lentement. Jamais il n'y a eu ni mort ni accidents graves.

Quant à la ligature de l'artère crurale, elle a été pratiquée 6 fois pour des anévrysmes de la poplitée : 3 fois au tiers supérieur de la cuisse, 3 fois à sa partie moyenne. Il n'y a eu de gangrène que dans un cas, et encore elle s'est bornée à deux petites eschares superficielles. Il n'y a pas eu de récidive de l'anévrysme, et tous les opérés ont pu reprendre ensuite leurs occupations.

Deux cas malheureux assombrissent le compte rendu des ligatures faites sur la crurale. Le premier est une tumeur pulsatile de l'extrémité supérieure du tibia. La tumeur avait diminué, et les battements ne s'y faisaient plus sentir, lorsque, au bout de quelques jours, la malade, qui était enceinte de trois mois au moment de l'opération, fut prise d'une métro-péritonite à laquelle elle succomba.

Dans le second cas, l'artère avait été liée au-dessous de l'arcade crurale, pour un anévrysme du tiers supérieur de la cuisse. Une hémorrhagie se déclara le vingt et unième jour, et récidiva mortellement trois jours après. L'autopsie montra que l'hémorrhagie provenait du bout inférieur, et était due à ce que la fémorale profonde naissait à 10 millimètres au-dessous du point où la ligature avait été placée. (*Gaz. méd. de Toulouse*, avril 1855, p. 97.)

VI.

VARIÉTÉS.

— On annonce que le choléra vient de paraître au Brésil. Jusqu'à présent, assure-t-on, le choléra n'avait point dépassé, en Amérique, la ligne équatoriale, et jusqu'en 1850 il en avait été de même de la fièvre jaune. En 1850, la fièvre jaune franchit les vastes provinces du nord du Brésil et envahit même celles au sud de Rio-Janeiro ; en 1855, le choléra aurait franchi à son tour les mêmes régions.

A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

RECUEIL DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Nº 8. Recherches sur l'alimentation et la respiration des animaux, par *Allibert*. — La puissance de la respiration et son rapport avec la forme du diaphragme, par *Mignon*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 15 septembre. Sur la dernière épidémie du choléra, par *Houlès*. — Hydroferrocyanate de potasse et d'urée dans les fièvres pseusdo-continues, par *Daud*.

ANNALES DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE (Bruxelles). — Juillet. Charbon essentiel ; guérison par l'huile phosphorée, par *Dessart*. — Documents relatifs à l'inoculation de la pleuro-pneumonie, par *Willems*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 3ᵉ livraison. De la pneumonie aiguë, par *Macario*.— Anévrysme de la carotide primitive ; ligature à la partie inférieure, par *J. Dropsy* et *Burnotte*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nºˢ 141. Traitement de certaines formes de paralysie, par *J. Braid*. — Influence de l'éducation sur la folie, par *G. King*. — Polype de l'utérus ; ligature, par *W. Webb*. — Sur le cancer, par *T. Pope*. — 142. Blessure du périnée ; rupture de l'urèthre ; extravasation d'urine, par *J.-S. Fletcher*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nºˢ 871. Revue de sociétés (Tumeurs du cerveau ; rupture de la vessie). — 872.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nºˢ 272. Grossesse extra-utérine pariétale, par *F.-H. Ramsbotham*.— Traitement des maladies chroniques de la peau, par *Th. Hunt*. Sur les méthodes de diagnostic, par *T. Windsor*. — 273. (Pas de travaux originaux.)

THE LANCET. — Nºˢ 11—12. (Pas de travaux originaux.)

EL HERALDO MEDICO. — Nºˢ 222—223—224—225.

EL SIGLO MEDICO. — Nºˢ 88. Constitution médicale de l'hiver de 1854. — 89. Sur le choléra qui a régné à Abla, par *S. Gallego*.

GACETA MEDICA DE LISBOA. — Nºˢ 63. Emploi du sous-azotate de bismuth à haute dose, par *F. Antonio Barral*. — Sur le climat de Funchal, par *le même*. — Clinique.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — Nº 17. Altération propre au cœur des phthisiques, par *G. Caballero*. — Emploi de la menthe dans le choléra, par *Sanjurjo*. — Sur la carie et le panaris, par *Hontanon*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Septembre. Emploi du sel contre l'hémoptysie, par *Mammi*. — Sur la blépharo-conjonctivite, par *Posta*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nºˢ 36. De la quinine dans les maladies périodiques, par *Molina Angelo*. — L'arsenic et autres matières vénéneuses introduits dans les cigares peuvent-ils produire l'empoisonnement? par *A. Abbene*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nºˢ 31. Communication congéniale de l'estomac avec le côlon transverse, par *C. Tosi*. — 32. Monomanie religieuse et incendiaire ; irresponsabilité, par *A. T.* et *G. P.* — Clinique. — 33. Renversement complet de la vessie chez une femme, par *Tizzoni*. — Traitement du choléra, par *B. Cocchi*. — *Idem*, par *G. Rodolfi*. — 34—35. Singulière propriété observée chez le hérisson, par *C. Ambrosoli*. — 36. Créosote contre l'anthrax, par *A. Barbieri*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nºˢ 37. Choléra du Piémont, par *G.-S. Serafino*. — 38. *Idem*. — 39. *Idem*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nºˢ 36. Produits hétéromorphes trouvés dans le cerveau, par *D. Bartolozzi*. — Sur le charbon, par *Consolini*. — 37. Traitement des tumeurs érectiles, par *Tempesti*. — Mode de préparation de l'iodure de potassium et de sodium, par *Polacci Egidio*. — 38. Traitement des tumeurs érectiles, par *Tempesti*. — De l'hémorrhagie utérine, par *G. Falcini*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino). — 31 août. Enfant androgyne, par *Demaria*. — Le choléra à l'asile de la Providence, par *Peyrani* et *Perrone*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS | A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 19 OCTOBRE 1855. N° 42.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 4 octobre 1855, M. Grisolle, professeur à la Faculté de médecine de Paris, est nommé médecin du lycée impérial Napoléon, en remplacement de M. Levrand, décédé.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 18 octobre 1855.

A MONSIEUR ÉMILE CHAUFFARD, MÉDECIN EN CHEF DES HÔPITAUX D'AVIGNON.

Suite et fin. — Voir le t. II, n°s 39 et 40.

Je fais le raisonnement suivant: La maladie ne peut procéder d'un dérangement quelconque d'une ou plusieurs facultés de la force vitale, ces facultés étant purement nominales et sans existence réelle. Reste donc qu'elle ait son origine, ou dans la force vitale elle-même, ou dans le composé vivant. Si, comme l'ont cru des penseurs éminents, la force vitale avait pour support un principe matériel, par conséquent divisible, mais en même temps irréductible quant à sa composition et quant à la spécificité de son action, il serait déjà passablement difficile de tirer la maladie d'une modification de ce principe; car le changement, ne pouvant être relatif à la qualité, porterait nécessairement et exclusivement sur la quantité; la force ne varierait que du plus au moins ou du moins au plus, et toute la pathologie se réduirait à un système dichotomique. Ajoutez que la possibilité d'une variation quantitative dans une force primitive de la nature, sans anéantissement immédiat du composé qui n'est tel que sous l'empire et par l'action de cette force, est de soi fort incertaine, et qu'elle échapperait même à toute conception si on l'entendait de la force universelle, puisque ce qu'elle pourrait perdre ou ce qu'elle pourrait gagner dans un certain moment irait nécessairement à une autre source

FEUILLETON.

Exposition universelle.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE, BANDAGES, ETC.

En acceptant la mission de donner aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire* une idée de la partie chirurgicale de l'Exposition universelle, nous étions loin de soupçonner la tâche que nous nous imposions; nous croyions alors, dans notre simplicité, qu'il suffirait de regarder pour voir, et qu'une ou deux promenades dans les galeries du Palais de l'Industrie nous fourniraient aisément tous les matériaux nécessaires pour cette revue. Grande a été notre déception lorsque, pour la première fois, nous nous sommes trouvé au milieu de cet effrayant amas d'objets venus de toutes les parties du monde, se rapportant à toutes les sciences, à tous les arts, à toutes les productions de l'esprit et du travail humains, et parmi lesquels un instrument de chirurgie est comme un grain de poussière dans l'immensité de l'espace. Les produits français, il est vrai, font assez belle figure dans la grande annexe du bord de la Seine. Mais les instruments étrangers, où sont-ils? Un peu partout, et il n'est pas toujours aisé de les trouver : au milieu des splendeurs qui l'environnent, de même que l'humble violette, la modeste vitrine renfermant quelque appareil de torture se dérobe souvent aux regards profanes; pour la découvrir, il faut la chercher obstinément et avec amour, et ne pas se rebuter si les premières investigations n'ont pas été couronnées de succès. Que l'on songe donc avec quel soin nous avons dû explorer l'Exposition tout entière, que de fois il nous a fallu parcourir le transept et les annexes, passer du rez-de-chaussée au premier étage et revenir du premier étage au rez-de-chaussée, nous qui avions la prétention de ne rien laisser échapper afin de pouvoir, sans craindre d'être injuste, dire notre avis sur ce que nous avions vu. Une mesure bien simple cependant, de la part de la commission, aurait rendu la tâche du pauvre visiteur beaucoup plus facile : au lieu de conserver aux objets exposés le numéro qu'ils avaient reçu au moment de leur réception, on aurait pu, ce nous semble, les produits une fois placés, faire suivre les numéros sur le *terrain* de même que dans le catalogue, dont la deuxième édition se préparait en ce moment, ce qui rendait ce changement sans inconvénients; alors nous n'aurions pas été obligé de chercher quelquefois un quart d'heure un objet microscopique perdu même dans l'espace restreint réservé à un seul pays. La commission ne l'a pas voulu; c'était son droit; mais où elle est moins excusable, c'est quand elle a consigné sur le catalogue des

ou en viendrait, en vertu de ce double principe qu'une force quelconque ne peut pas se créer d'elle-même, non plus que périr en tout ou en partie, et qu'ainsi, dans les deux cas, elle cesserait d'être universelle. Que si la force vitale est considérée comme simple et indivisible, la question devient plus claire encore. Manifestement une telle force ne peut ni s'accroître, ni diminuer, ni s'altérer, et conséquemment elle ne peut jamais être cause directe et primitive de maladie. C'est ce que j'ai cherché à établir (GAZ. HEBD., 1855, p. 234) ; c'est ce que vous reconnaissez vous-même, honoré confrère, par ce passage de votre seconde lettre : « Mais, dira-t-on, on ne saurait concevoir la lésion d'un être simple, d'un principe vital : *rien n'est plus vrai.* » Et plus explicitement encore dans ce passage de votre *Essai sur les doctrines médicales :* « Si l'on se rend un compte plus exact des hypothèses de l'animisme, on verra que, s'il y a deux substances, elles sont telles que l'une, toute supérieure, est nécessairement active de sa nature : c'est la substance simple, âme, principe vital. On ne peut, en effet, la concevoir autrement qu'active. *Qui dit principe vital altéré, lésé, exprime une impossibilité.* » Comment se fait-il, pourtant, qu'étant d'accord avec moi sur ce point capital, vous ne vouliez pas, comme moi, que toute maladie procède de l'organisme, et que vous mettiez même au-dessus de cette doctrine la *pathologie animiste*, qui, toute fausse qu'elle est, aurait, suivant vous, l'*avantage* de pouvoir « invoquer l'activité du principe simple » ? Je passe le motif de cette préférence; je crois en avoir démontré l'inanité en signalant (n° 40, p. 714) l'abîme qui sépare l'activité propre de la force vitale du fait de la maladie, et je ne m'explique pas très bien que vous commenciez par rejeter l'action morbigène du principe vital pour excuser ensuite les animistes de s'en servir. Mais ce qui me préoccupe, ce que je voudrais surtout éclaircir, c'est votre position dans le débat, ou plutôt la position que vous entendez faire au vitalisme. A cet égard, je crains que vous ne vous déclariez satisfait à trop bon compte. Vos lettres sont un plaidoyer habile contre le principe vital, dont vous blâmez la recherche comme *oiseuse*, et l'admission comme entachée d'*ontologie*. Donc votre doctrine à vous, votre vitalisme, doit placer le mobile de la maladie ailleurs que dans le principe vital; et, comme après ce principe il n'y a plus que l'organisme, vous êtes bien forcé d'asseoir sur l'organicisme toute la pathogénie.

J'insiste. Ou il est certain que l'organisme est cause de la vie, qui est alors un résultat, un effet; ou il est certain que l'organisme est le résultat de la vie, qui alors devient une cause, une force, un principe, n'importe le mot ; ou enfin les deux hypothèses sont également incertaines. Il n'y a pas d'artifice de langage qui puisse éluder ces termes de la question ; il n'y a pas de subtilité qui puisse se glisser entre eux. Or, si la vie vient de l'organisme, la maladie en vient également ; là-dessus, point de difficulté entre nous. Si l'organisme procède de la vie, comme force, l'altération qui constitue la maladie, ne pouvant porter sur la force, ainsi que vous l'accordez encore, porte nécessairement sur l'organisme. Enfin, si le rapport réciproque de l'organisme et de la vie est absolument inconnu, de quel droit affirmez-vous que, dans la doctrine que je défends, « la pathologie exclusivement assise sur les lésions et les troubles organiques aurait à subir tous les reproches adressés à l'organicisme pur (p. 592) » ? Comment pouvez-vous vous prononcer dans une question que vous jugez insoluble? Comment affirmez-vous quelque chose de ce que vous déclarez ne pas savoir ? Vous avez dit dans votre première lettre : *La vie est une loi ;* vous dites maintenant : *La maladie est une forme de la vie.* Cela est possible ; mais cela ne décide rien quant à l'origine de la maladie, et votre formule pourrait contenir l'organicisme presque aussi bien que le vitalisme. Pour l'organicien, en effet, si la maladie est un produit de l'organisme altéré, la vie est un produit de l'organisme sain; et la première est si bien, pour lui, une forme de la seconde, que, donnant au jeu des organes sains le nom de physiologie, il donne au jeu des organes lésés le nom de physiologie pathologique, pour exprimer que les lois du mécanisme animal sont les mêmes dans l'état de maladie que dans l'état de santé. Vous n'avez qu'à ouvrir, par exemple, l'*Exposition des principes de l'organicisme*, par un des organiciens les plus résolus de ce temps-ci, par M. le professeur Rostan, et vous verrez que, dans sa doctrine, le rapport de la maladie à la vie est aussi étroit et aussi logique que dans le vitalisme le plus orthodoxe.

Cependant, vous déclarez la guerre à la pathogénie organicienne que je professe. Clairvoyant et réfléchi comme vous êtes, vous n'avez pas, sans doute, enfoncé votre épée dans des outres gonflées d'air, à l'exemple de l'homme des *Métamorphoses;* c'est donc que vous avez, *quoique* organicien (je crois l'avoir prouvé), des griefs contre mon organicisme; c'est que vous croyez que cette doctrine est impuissante à rendre raison du fait de la maladie, dans toutes ses expressions et dans tous ses moments. Eh bien ! examinons.

Je remarque d'abord que toute votre argumentation sur ce

---

articles qui, en réalité, ne figurent pas à l'Exposition. On comprend à quels efforts stériles, dignes assurément d'un meilleur sort, se livrera, en cette occurrence, celui qui, comme nous, aura pris le catalogue pour guide afin d'être sûr de ne rien omettre. C'est cependant ce qui nous est arrivé pour un instrument de M. Bonino, de Turin ; après l'avoir cherché en vain dans tous les coins et recoins, après l'avoir demandé inutilement à tous les échos du Palais de l'Industrie, nous avons eu la douleur d'apprendre que le pantolithotribe de M. Bonino n'était pas arrivé ; nous doutons qu'il le soit à l'heure où nous écrivons ces lignes.

Si nous jetons un coup d'œil général sur les notes que nous avons recueillies si laborieusement, un grand fait nous frappe immédiatement : c'est l'absence complète d'instruments anglais. Eh quoi ! le succès de nos compatriotes à l'Exposition universelle de Londres aurait-il été tellement décisif qu'une nouvelle épreuve fût devenue inutile? Nous n'avions osé le croire jusqu'ici, tant l'antique réputation de la coutellerie anglaise avait fait impression sur nous. Aujourd'hui il n'y a plus à en douter, et cette vérité trouvera en sa faveur autant de témoignages qu'il y a eu de visiteurs au palais du carré Marigny, c'est-à-dire plus de 4,000,000, s'il faut en croire le relevé qu'a publié ces jours-ci un journal politique. C'est donc une vérité qu'il faut crier à pleins poumons, pour se faire entendre du monde entier : la coutellerie française ne connaît plus de rivale ; ses adversaires autrefois les plus décidés l'ont reconnu eux-mêmes en se retirant de la lutte.

Mais si l'Angleterre, dédaignant de prendre à l'Exposition universelle une place qui ne serait pas la première, s'est abstenue prudemment, d'autres pays n'ont pas craint d'étaler leurs produits à côté de ceux de la France. Les instruments envoyés par les fabricants de la Belgique, du Danemarck, des Pays-Bas, sont de nature à donner une opinion des plus favorables de la coutellerie en général de ces pays. Le Portugal, et l'Espagne elle-même, malgré les agitations politiques qui la troublent, ont voulu nous prouver qu'ils ne sont point restés en arrière ; les instruments exposés par ces deux pays sont remarquables sous plus d'un rapport.

Examinons d'abord les instruments français, nous pourrions dire parisiens, car la province n'a pas fourni son contingent. Ils sont réunis, avons-nous dit, dans la grande annexe des machines, où ils occupent une partie de la galerie droite du premier étage. Leurs phalanges étincelantes, qui s'étalent avec orgueil à côté des produits plus modestes de l'agriculture, n'auraient certes pas été déplacées au milieu de leurs heureux *co-exposés* de la nef centrale. Le visiteur qui vient du transept trouve d'abord les brillantes vitrines de MM. Charrière fils, Mathieu et Lüer. Placés à la tête,

point est dirigée contre l'école appelée par vous *matérialiste*, et qui considère la vie comme le résultat d'un certain arrangement de la matière. Je ne crains pas de vous que vous imposiez à cette sorte de matérialisme ces conséquences outrées que je dénonçais dans un de mes précédents articles (nº 12, p. 211); mais, enfin, je n'ai pas à répondre de cette doctrine, qui n'est pas la mienne; et c'est seulement avec le bénéfice des principes qui me sont propres que je puis accepter une confrontation entre votre conception de la maladie et la mienne. Or, voici votre définition : La maladie est « une *réaction anormale* de l'organisme contre une affection subie par lui. » Et vous ajoutez aussitôt : « Tout est dans cette définition : l'*activité* nécessaire de tout fait morbide envisagé dans sa réalité; sa tendance, plus ou moins libre ou entravée, à la *conservation* de l'organisme, à la réintégration de l'activité hygide; la *lésion*, enfin, primitive ou secondaire, appréciable à nos sens ou leur échappant. » Il faut que je prouve, ou que ma doctrine satisfait à ces diverses conditions de la maladie, ou que les conditions de la maladie ne sont pas absolument telles que vous les présentez.

Au fond, tout se réduit à une condition unique, qui est l'activité morbide; car la réaction est l'expression même de l'activité, et la conservation, sur laquelle je m'expliquerai tout à l'heure, n'est que l'effet indirect de la réaction. Est-ce que je supprime l'activité? Est-ce que je nie la réaction? Vous le donnez à penser, honoré confrère; car, d'un côté, vous dites que ce qui est exclu de la définition des organiciens, c'est « l'activité vitale, si souveraine dans la réunion d'actes qui constitue la maladie (p. 624) », et, d'autre part, vous condamnez les partisans de la force vitale, ceux que vous appelez des animistes, à toutes les conséquences de l'organicisme. Je pourrais en appeler de cette sentence à vous-même, qui expliquez ailleurs (p. 592) comment les animistes sont en droit de considérer la maladie, non plus comme une lésion, mais comme une *réaction du principe vital* : d'où il suit que l'activité vitale, que la réaction morbide, peuvent très bien s'accorder avec l'animisme. Mais je n'entends pas tirer avantage de cette concession ; car la source d'où je fais découler la réaction n'est pas celle que nous indiquons. Je prétends, en effet, qu'il suffit à l'organisme, pour réagir, des propriétés vitales dont il est doué, et qui résultent du fait même de l'organisation.

C'est le meilleur de la gloire de Brown d'avoir plus clairement établi et plus finement analysé que ses devanciers les rapports de la fibre organique avec tout ce qui l'entoure. L'*incitabilité* est l'expression générale, parfaitement vraie, de ce fait, que l'organisme entier répond, et que les diverses parties constitutives de l'organisme répondent diversement aux impressions ou à l'incitation des agents extérieurs. L'incitation par un agent étranger à l'organisation normale, l'incitation pathologique, c'est la réaction. Or, qu'est-ce que l'incitabilité, aux yeux de Brown? Une propriété de l'organisme, une propriété à laquelle il assigne même un siége précis, qui est le système nerveux; et comme le système nerveux est partout dans l'animal, partout aussi la réaction peut naître, et toujours elle peut s'étendre à tout l'organisme. La physiologie moderne ne fait que prêter un appui nouveau à ce commentaire de la réaction vitale, en montrant la contractilité mise en jeu par une simple excitation de la fibre, soit directement, soit par action réflexe; d'où il suit qu'avec une atteinte portée à la sensibilité d'un point de l'organisme par un agent perturbateur, on a aussitôt l'augmentation de la contractilité, la suractivité du mouvement, en d'autres termes, le mouvement réactionnel. Mais laissons, si vous voulez, l'explication, et ne gardons que la notion de propriété organique. Je dis que cette notion, non-seulement suffit, mais suffit seule, à expliquer la réaction, que celle-ci soit générale, ou qu'elle soit locale. Locale, rien de plus simple et de plus intelligible; générale, on le comprendra, pour peu qu'on veuille y réfléchir avec un esprit dégagé. La raison d'être organique, ou le siége propre de l'incitabilité, importent peu dans l'espèce. Que seulement l'incitabilité existe à titre de propriété, et tout s'explique aisément. Si la cause morbide est de celles qui peuvent influencer la masse du composé vivant, comme une certaine qualité de l'atmosphère ou une certaine altération du sang, l'organisme va réagir sur la totalité de ses parties constituantes. Si la cause ne touche qu'un organe, ou seulement quelque point d'un organe, la réaction, d'abord locale, pourra devenir générale de plusieurs manières : tantôt, parce que le système nerveux, à supposer qu'il n'ait pas été l'instrument de la suractivité organique, l'aura néanmoins propagée; tantôt, parce que l'action morbide locale aura eu pour effet d'altérer la nutrition, et que le torrent circulatoire aura reçu de la partie ainsi altérée des matériaux imparfaits ou tout à fait hétérogènes (1). Ajoutez que les mille variations, les mille nuances, les mille changements, transitoires ou permanents, qu'on peut supposer dans l'organisation,

(1) Il n'est si petite altération de la nutrition qui ne doive avoir pour effet un changement quelconque dans les qualités du fluide sanguin, et c'est un élément de réaction dont la puissance peut être plus grande qu'on ne le suppose.

pour ainsi dire, de la coutellerie chirurgicale française, ces trois fabricants ont su s'inspirer une noble émulation dont la science et l'humanité oot largement profité, et grâce à laquelle les instruments français ont acquis cette perfection et cette simplicité qui les ont posés en modèle à tous les pays. M. Charrière père n'a pas peu contribué à ce beau résultat. Aux éloges pompeux et aux magnifiques récompenses qui lui ont été prodigués, il ne nous appartient pas de rien ajouter. Il serait impossible de signaler, même dans une revue beaucoup plus étendue que la nôtre, toutes les modifications avantageuses qu'il a fait subir aux pièces composant l'arsenal chirurgical, tous les auxiliaires utiles dont il l'a enrichi. Mais nous voulons ne pas passer sous silence les sacrifices qu'il s'est imposés dans l'intérêt de la chirurgie. Ne ménageant ni le travail ni l'argent, M. Charrière a multiplié à l'infini les essais qui lui étaient proposés par de jeunes chirurgiens, ou qui lui paraissaient devoir conduire à un résultat avantageux. Le premier aussi, il a donné l'exemple, si bien suivi aujourd'hui, de l'assiduité aux hôpitaux; c'est là qu'il a pu, en assistant lui-même aux opérations, surveiller de ses propres yeux *la conduite* de ses instruments à l'œuvre, semblable à un général qui observe d'un œil inquiet les exploits de ses soldats. Que de fois ne lui est-il pas arrivé, en suivant cette méthode, de reconnaître à ses propres créations des imperfections que la paternité ne l'a pas empêché de signaler, et qu'ensuite son habileté n'a pos tardé à corriger. Formé à une telle école, M. Charrière fils ne peut manquer de continuer l'œuvre de son père : déjà il nous a donné des preuves de son talent; nous les signalerons en parlant des instruments en particulier.

A côté de M. Charrière fils se présente M. Mathieu, cet infatigable et ingénieux travailleur, qui, à peine entré dans la lice, a déjà su, grâce à son activité et à son esprit inventif, se placer sur la ligne des grands maîtres dans son art. M. Mathieu ne s'est pas dissimulé les difficultés que doit rencontrer celui qui, comme lui, se présente au public dans un moment où toutes les places semblent prises; ces difficultés il les a surmontées à force d'intelligence et de travail, et c'est ainsi qu'il a réussi à se faire jour entre de puissants concurrents. Ce succès, qui ne fait que croître de jour en jour, M. Mathieu l'a obtenu avec une rapidité inespérée, et à cette heure il n'est pas de chirurgien désireux de faire confectionner un instrument nouveau, qui ne s'adressât à lui avec confiance, sûr de voir ses idées saisies, pour ainsi dire, au vol, et exécutées avec un bonheur incomparable.

La vitrine de M. Lüer, que nous trouvons à la suite de celles de MM. Charrière et Mathieu, renferme des produits qui justifient on

et qui se répètent dans les propriétés vitales, expliquent suffisamment, avec les qualités diverses des excitants, pourquoi la réaction est si variable dans son intensité, et pourquoi elle peut manquer totalement.

Votre doctrine se prête-t-elle aussi aisément à l'interprétation du fait de la maladie? Permettez-moi d'en douter. Pour que cette doctrine soit rigoureusement exacte, il faut que la maladie soit *toujours* une réaction, puisque, dans votre définition rappelée plus haut, le phénomène de la réaction est tout *le défini* de la proposition. Or, il est abusif de soutenir que, dans la maladie, l'organisme soit invariablement et nécessairement en état de réaction contre une cause morbigène. Vous dites, à la vérité (nº 34, p. 624), que la résistance active peut être *absolument nulle;* mais vous ajoutez qu'alors la mort est instantanée. En cela, vous êtes conséquent avec vos principes. Si la réaction n'est que l'activité vitale fonctionnant dans des conditions particulières, comme cette activité est *la loi de la vie*, tout tissu qui ne réagit pas meurt. Mais je m'arme de la conséquence pour attaquer le principe, et je soutiens que la réaction, déduite de l'activité primordiale de l'organisme, est proche parente des facultés du principe vital, et qu'elle est plus nominale que réelle. Un membre frappé d'un froid très intense se sphacélera à l'instant même où il cessera de réagir. Donc il aura réagi depuis le moment où le froid l'aura saisi jusqu'à celui de la mortification. Or, dans cet intervalle de temps, les tissus se sont graduellement refroidis, décolorés, engourdis, c'est-à-dire que l'activité vitale y sera descendue au-dessous du type normal. Donc la réaction n'est qu'un degré quelconque de la vie, fût-il inférieur au degré normal, et un tissu cesse de réagir, c'est-à-dire de vivre, quand il est mort, — à moins qu'on n'aime mieux dire qu'il meurt quand il cesse de vivre. J'entends bien que le phénomène de la réaction ne suppose pas nécessairement l'ensemble de symptômes auquel on donne plus spécialement ce nom, et qui résulte de l'augmentation de la chaleur et de la suractivité de la circulation; mais encore faut-il qu'elle soit quelque chose, qu'elle s'exprime de quelque manière, qu'elle accuse enfin cette *révolte*, cet *effort* de la nature contre la cause agressive. Rien de semblable n'apparaît dans l'exemple rappelé tout à l'heure et dans beaucoup d'autres, notamment dans les affections chroniques, telles que de vieux ulcères, de vieilles phlegmasies, de vieilles tumeurs, ou vous êtes obligé de supposer (p. 624) que l'*affection gagne toujours* sous l'action persistante de la cause (ce qui n'a pas lieu ordinairement), ou que la cause *a laissé sur l'organisme une invincible et mortelle impression* (ce qui ne se comprend guère dans une foule de cas); — tandis qu'il est si simple de concevoir une disposition anormale des parties, des conditions nouvelles de circulation, de nutrition, de sécrétion, survivant à une cause depuis longtemps retirée, et entretenant l'état morbide comme d'autres conditions entretiennent l'état sain, sans la moindre *résistance*, sans le plus petit degré de *réaction*. Et voilà pourquoi il suffit souvent, pour déterminer la guérison, d'un moyen tout à fait inhabile à provoquer un effort de la nature, et capable seulement de modifier les conditions organiques: la compression, par exemple, ou la section de rameaux veineux, ou même des agents médicamenteux propres seulement à coaguler ou à fluidifier l'albumine.

Vous ne voulez pas seulement, honoré confrère, que la réaction soit constante dans les maladies; vous voulez encore qu'elle ait lieu dans une fin préétablie de conservation, et le moyen et le but sont pour vous solidaires à ce point qu'ils se présupposent mutuellement, c'est-à-dire que la réaction est nécessairement conservatrice, et que la conservation n'a lieu que par la réaction. Je me suis si formellement expliqué sur ce point dans mes précédents articles, et cette lettre est déjà si longue, que je me bornerai à quelques mots. L'animal est un mécanisme; il est fait incontestablement pour durer, pour se *conserver* plus ou moins longtemps. Ce pouvoir de conservation est attaché principalement à deux dispositions: d'une part, l'agencement des parties constituantes; de l'autre, les rapports de sympathie ou d'antipathie qui existent entre les propriétés de la fibre organique et les objets extérieurs (voy. nº 13, p. 234). Or, que la fibre soit impressionnée par un agent antipathique, un miasme, un poison, un air trop froid, un liquide inaccoutumé, etc., elle va souffrir, sans aucun doute; la maladie y va prendre naissance; la sensibilité, la motilité organiques y seront modifiées: un trouble surviendra dans le mouvement de composition et de recomposition de la partie; ce sera la réaction, si l'on veut, et cette réaction pourra avoir pour effet d'éliminer l'agent morbifère. Si la question était limitée à ces termes, il y aurait peu de dissidences entre les médecins; mais ce qui sème entre eux la division, c'est la prétention d'ériger l'activité vitale en une sorte de providence, attentive et ingénieuse à écarter de l'organisme toute cause de désordre, et de substituer ainsi à la fatalité évidente des lois naturelles et des actes qui en sont l'expression je ne sais quelle sentinelle mystérieuse veillant dans les profondeurs de nos organes et y attendant l'ennemi pour le mettre

---

ne peut mieux la réputation de ce fabricant consciencieux, connu de tous les médecins pour le fini et la bonne qualité de ses instruments, l'excellence de leur trempe. Nous verrons tout à l'heure que le soin porté par M. Lüer dans la fabrication des instruments usuels ne l'a pas empêché de travailler à leur perfectionnement et que souvent ses essais dans ce but ont été couronnés d'un beau succès.

Outre ces trois fabricants, qui à eux seuls pourraient représenter la coutellerie chirurgicale de Paris, nous devons mentionner M. Capron jeune, M. Robert et M. Bourgoin. Ce dernier a exposé des instruments de vétérinaire faits avec cette simplicité nullement dépourvue d'élégance qu'exigent les prix modérés auxquels ils doivent être vendus.

Après avoir parlé des fabricants, examinons quelques-uns des produits qu'ils ont exposés; nous choisirons parmi ces derniers ceux qui, par leur nouveauté, ou par les perfectionnements qu'ils ont subis, méritent surtout d'attirer l'attention. Nous commencerons par les instruments tranchants.

Le bistouri, ce symbole de la chirurgie, a reçu de nombreux perfectionnements depuis son origine; dans les vieilles trousses on trouve encore ce bistouri dont la lame ouverte n'est fixée par rien, et menace à chaque instant de couper les doigts du chirurgien. En y adaptant un ressort analogue à celui des couteaux de poche, on en a fait un instrument qu'il est impossible de nettoyer convenablement. M. Charrière a atteint le but désiré en imaginant le petit coulant qui s'engage dans une espèce de mortaise pratiquée dans le talon de la lame. Mais ce coulant, au bout d'un certain temps, peut devenir trop mobile et retomber au moindre mouvement; M. Mathieu l'a remplacé par une goupille sur laquelle la lame, rendue mobile, vient se fixer. — Les boîtes à amputation ont subi, dans ces derniers temps, des modifications dont le principal avantage a été de réduire considérablement leur volume; on y est arrivé en appliquant aux instruments tranchants un système de manches mobiles, comme on l'a fait depuis longtemps pour les cautères; mais il fallait ici un mécanisme qui permît de monter et de démonter instantanément le couteau ou la scie, et qui fût assez solide pour que le chirurgien ne risquât jamais de voir la lame quitter le manche pendant qu'il manie l'instrument. M. Mathieu nous paraît avoir résolu complétement le problème de la manière suivante: la portion de la lame qui pénètre dans le manche est percée d'un trou dans lequel doit s'engager une broche: celle-ci est portée sur un levier mobile autour de l'extrémité supérieure du manche, et pénètre dans le trou de la lame lorsque le levier est appliqué sur la face dorsale du manche, où il est reçu dan une gouttière. Le couteau

dehors. Je demande alors pourquoi elle le laisse entrer, et comment il se fait, par exemple, que la muqueuse respiratoire donne librement accès à un miasme délétère dont la bonne Nature se débarrassera ensuite comme elle pourra, et qui, en attendant, portera le ravage dans l'économie. Je demande encore pourquoi le désordre suscité par l'agent morbifère est si souvent tel, qu'il tend directement, sans hésitation, sans relâche, aveuglément, à la destruction graduelle de l'être. Ce sont des questions auxquelles personne, que je sache, n'a jamais répondu, ni ne répondra d'une manière satisfaisante.

Je m'arrête, cher et savant confrère, sans avoir dit la moitié de ce qui était dans ma pensée. Vous savez mieux que moi l'immense horizon qui s'ouvre devant celui qui met seulement le pied sur le seuil d'une pareille question. D'où la nécessité, dans un débat auquel les circonstances imposent d'être court, de s'attacher aux points essentiels de la controverse. On risque bien ainsi de paraître obscur aux yeux de ceux qui ne sont pas familiers avec les idées et la langue de la philosophie. J'ose espérer, par cela même, que ce reproche ne me viendra pas de vous. Si j'ai professé l'erreur, j'aurai du moins l'avantage de l'avoir fait clairement et catégoriquement. Je compte aussi que le caractère un peu personnel de mes doctrines ne sera pas un motif de suspicion auprès d'un esprit aussi habitué que le vôtre à penser de son propre fonds. C'est, à mon sens, un obstacle fréquent à l'avancement des sciences, que les termes routiniers dans lesquels se posent pendant des siècles les grandes questions qui partagent le monde.

A. Dechambre.

Le débat sur l'emploi des exutoires a pris un certain air de solennité à la dernière séance de l'Académie. M. Velpeau, M. Bouvier et Clot-Bey sont montés à la tribune ; M. Malgaigne a demandé la parole. Nous poursuivrons, dans le prochain numéro, l'examen de la discussion.

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du chancre primitif du frein de la verge, et d'une nouvelle manière de le traiter, par M. P. Diday.

Les chancres vénériens primitifs peuvent être compliqués, soit par suite de leur nature spéciale (induration, phagédénisme, gangrène), soit en raison du siége qu'ils occupent. Cette dernière circonstance, bien qu'elle paraisse, au premier coup d'œil, d'une importance moindre, conduit néanmoins à des données pathologiques et thérapeutiques pleines d'intérêt pour le praticien. L'étude des *conditions particulières que présente le chancre par cela seul qu'il existe au frein ou filet*, va en offrir la preuve. J'appellerai principalement ici l'attention du lecteur sur trois points de l'histoire de cette ulcération : son origine, son évolution et son traitement.

1° Origine. — Le chancre peut envahir le filet de deux manières : il l'attaque d'emblée, ou s'y étend de proche en proche.

Dans le premier cas, c'est à la suite d'une déchirure survenue durant le coït qu'il s'établit. La femme avait un chancre ; le frein s'est excorié. Cette lésion traumatique sert de porte d'entrée au virus, et l'inoculation produit ici son effet régulier, comme lorsqu'elle a été pratiquée expérimentalement.

Mais cet enchaînement si simple, ce mécanisme d'introduction si conforme aux lois physiologiques, n'est pas accepté avec la même facilité par le malade. « Je me suis déchiré, se dit-il en lui-même ; donc je n'ai pu contracter aucun mal. » Car, on l'a dit avant moi, la grandeur de la confiance qu'on a en une femme est généralement en raison inverse..... d'une autre dimension ! Fondé sur ce syllogisme, hélas ! très attaquable, l'optimiste client vit tranquille, sur la foi même de son écorchure, et très souvent ne se décide à la montrer au médecin que lorsque, devenue chancre depuis plusieurs jours, ses progrès ne permettent déjà plus de tenter la cautérisation abortive.

C'est au médecin, s'il est consulté à temps, de porter la lumière au milieu de ces incertitudes. Il est positif que, *à un certain moment*, deux ou trois jours après le coït, le diagnostic peut être extrêmement difficile entre une déchirure simple et un chancre commençant. Et cela se comprend, puisque, à ce moment, le virus n'a pas encore eu le temps d'agir de manière à opérer dans la surface *traumatique* les changements appréciables qui caractérisent l'ulcération chancreuse. Mais il est un moyen fort aisé de sortir d'embarras. Prescrivez au client de demeurer quarante-huit heures sans découvrir le gland, sans tirailler le filet. Cette période de repos pour l'organe lésé suffira pour guérir ou améliorer très notablement la *gerçure simple*. Elle suffira, au contraire, pour que le *chancre* acquière ses caractères pathognomoniques. Mais — point important — elle n'est pas cependant assez longue pour ôter au traitement abortif ses chances de succès. Après quarante-huit heures, vous êtes donc pleinement éclairé, sans que les intérêts du client aient été compromis.

Le second mode d'invasion de ce chancre a lieu par l'invasion progressive d'un ulcère primitif ayant débuté dans le voisinage du filet. C'est un fait d'observation, que tout chancre, quelque bénin, quelque peu rongeur qu'il soit de sa nature, dès qu'il a attaqué les alentours du filet, ne tarde pas à occuper cette partie elle-même. Je l'ai comparé à l'ouvrier imprudent dont la main, étourdiment engagée près d'un puissant rouage, s'y trouve fatalement saisie et

---

étant saisi dans cet état, il est impossible qu'il se démonte accidentellement.

Il est peu d'instruments qui aient plus exercé le génie des fabricants que l'amygdalotome. La plupart des chirurgiens emploient encore celui de Fahnestock, augmenté par M. Velpeau d'une broche qui fait saillir la tonsille hors de sa loge. Cet instrument ne peut se manier qu'avec le concours des deux mains; il est assez difficile à nettoyer. M. Charrière l'a modifié de diverses manières, il en a simplifié le mécanisme, il a permis de fixer sur un même corps des amygdalotomes de diverses grandeurs, adaptées aux différents âges. Enfin il a fait un amygdalotome fonctionnant à l'aide d'une seule main : l'opérateur pousse d'abord la broche, qui ne bascule qu'après avoir parcouru toute l'étendue de l'anneau, c'est-à-dire après avoir traversé toute l'épaisseur de l'amygdale; puis il attire la lame, faisant ainsi la section. Ces deux mouvements en sens inverse demandent une certaine habitude pour être exécutés sans hésitation. M. Lüer a substitué au second temps une simple pression exercée au moyen du pouce sur un levier qui fait reculer la lame. Mais le mécanisme le plus simple et le plus ingénieux appartient à M. Mathieu : ici tout se borne à pousser un anneau: dans un premier temps, la tonsille est embrochée et rendue saillante, dans un second temps, elle est excisée. Le même instrument peut servir pour les deux côtés, et se démonte avec une grande facilité pour le nettoyage.

Si les chirurgiens devaient employer un instrument spécial pour exciser la luette, ils n'en sauraient désirer de plus expéditif que celui qu'a imaginé M. Lüer. La luette est engagée dans un anneau assez grand pour ne pas la toucher ; alors il suffit d'appuyer sur un bouton pour faire partir une lame qui traverse rapidement le champ de l'anneau en coupant la luette. En même temps les branches d'une petite pince se rapprochent pour saisir le bout excisé et l'empêcher de tomber dans la gorge.

Après avoir parlé des instruments coupants, nous arrivons naturellement à l'écraseur linéaire de M. Chassaignac, destiné à les remplacer dans un grand nombre de cas, et exécuté par M. Mathieu. Il s'agit, dans la méthode de M. Chassaignac, de produire sur le pédicule ou la base d'une tumeur une constriction rapide et tellement forte, que les tissus soient divisés immédiatement. Cette constriction se fait au moyen d'une chaîne articulée dont les deux articles terminaux présentent deux ouvertures. Celles-ci reçoivent deux petits clous qui fixent la chaîne, ployée en anse, sur deux tiges engagées dans une canule et garnies de dentelures sur leur bord libre. L'extrémité inférieure des tiges est unie à un manche qui, étant incliné diversement, les fait glisser l'une sur l'autre, en sens inverse, alternativement. La branche qui est descendue dans la canule ne peut remonter lorsque le

entraînée. Mais pourquoi cette sorte d'attraction? A quoi tient cette singulière extension de l'ulcère placé dans de telles conditions topographiques?... C'est ce dont la suite de cette étude va nous donner immédiatement la clef.

2° Évolution. — Bien que le filet ne soit pas de dimensions identiques chez tous les hommes ; que, par conséquent, il n'éprouve pas chez tous une tension égale lors des mouvements du prépuce sur le gland, néanmoins, il est vrai de dire que, généralement, en raison même du but auquel ses fonctions le destinent, il est toujours plus ou moins tiraillé dans cette circonstance. Et ne croyez pas que ce tiraillement n'ait lieu que dans le *décalottement*. Plusieurs autres causes le produisent, à un degré inégal, il est vrai, mais d'une manière plus nuisible peut-être, parce que, alors, il s'opère à l'insu du sujet. Ainsi, dans l'érection, le gland tuméfié se décoiffe partiellement, et par conséquent allonge d'autant le filet. Dans la marche, à chaque pas il se fait un jeu alternatif du prépuce sur le gland, d'avant en arrière, puis d'arrière en avant. Enfin, une habitude de la vie privée nous porte, après chaque excrétion urinaire, à secouer vivement et à plusieurs reprises la verge de haut en bas : nouvelle et puissante cause de distension du filet.

Ce trait d'observation vulgaire domine toute l'histoire pathologique du chancre du filet, que nous allons maintenant exposer ; car le caractère saillant que cet ulcère présente, c'est son agrandissement fatal, obligé, son extension irrésistible jusqu'à une certaine limite qu'il atteint presque toujours, et que, une fois atteinte, satisfait pour ainsi dire, il ne dépasse plus.

Observez, en effet (l'occasion ne s'en présente que trop souvent), ce qu'il advient d'un chancre de cette région, abandonné à lui-même, sans traitement. Graduellement, le filet tout entier a été détruit par l'ulcération ; puis, sur le gland, il s'est creusé un *fossé* de 1 à 2 millimètres de profondeur, et occupant l'espace qui s'étend depuis le point d'insertion postérieur du filet sur le gland, jusqu'au méat urinaire. Tels sont les ravages que le chancre produit lorsque rien n'entrave sa marche spontanée. Ajoutons que, fréquemment encore, malgré les efforts les plus assidus de l'art, une semblable terminaison s'observe ; chose doublement fâcheuse, d'abord à cause de la destruction d'un organe qui, malgré sa fragilité et son petit volume, a bien sans doute sa raison d'être ; puis, et surtout, pour la longue durée que doit affecter et qu'affecte en effet un ulcère qui ne finit qu'après avoir rongé lentement et couche par couche une quantité considérable de tissus aussi résistants.

Poursuivons l'étude empirique de cette sorte de chancre. L'expérience nous apprend encore qu'il se distingue par deux symptômes prédominants. L'un est la douleur vive, fréquente, que les malades éprouvent dans la partie ulcérée, souffrance que le repos absolu peut seul calmer ; l'autre consiste dans les saignements incessants que fournit la surface chancreuse. Sans parler de l'hémorrhagie abondante qui résulte de la rupture de l'artériole du frein, il est connu que ces chancres saignent au moindre contact, au plus léger mouvement ; qu'à chaque pansement — à moins de ménagements extrêmes — il s'écoule quelques gouttes de sang.

Il est temps de donner l'explication de ces divers phénomènes au lecteur qui n'aurait pas déjà été éclairé par leur enchaînement sur leur cause. Or, une bandelette exposée par sa destination à des distensions fréquentes, et qui, par le fait, en subit presque incessamment, ne peut pas être altérée partiellement dans sa continuité, sans avoir perdu de sa résistance. Donc, du moment qu'un chancre a commencé à ronger le filet, toutes fois qu'il vient à éprouver quelque extension, le fond de la plaie virulente se gerce ; fatalement aussi, cette gerçure, en contact avec le pus spécifique, s'inocule, et ajoute par conséquent à l'étendue de la surface chancreuse.

Ainsi, distensions, déchirures, inoculations, voilà le mécanisme d'agrandissement de ces ulcérations, mécanisme souvent méconnu ou nié, parce que la plupart de ces gerçures, imperceptibles, ne laissent que d'imparfaits souvenirs dans la mémoire du malade ; mais, incessamment répétées, elles finissent par former un total qui alors fixe nécessairement l'attention. Se reproduisant, comme nous l'avons expliqué, à l'occasion du moindre mouvement, d'autant plus aisées, d'ailleurs, à produire, que le filet est déjà plus profondément attaqué, elles aboutissent, dans la majorité des cas, à la rupture de l'organe.

Mais cet accident même n'est pas la terminaison du mal. J'ai indiqué tout à l'heure que le chancre de cette région se creuse, en général, une sorte de fossé, de sillon longitudinal dans le tissu du gland. Les données précédentes rendent également compte de cette circonstance, assez singulière en apparence. Si, comme je l'ai dit, c'est la tension du filet qui en provoque la destruction par l'ulcération chancreuse, il est clair que cette ulcération ne doit s'arrêter que lorsque la *partie distensible* aura été détruite en totalité. Or, le tissu qui se tend lors des mouvements du prépuce sur le gland n'est point borné à cette petite bandelette saillante, détachée sur trois de ses faces, à laquelle on a donné le nom de frein ou filet. Sous elle, existe un faisceau fibreux bien marqué, doué des mêmes attributions fonctionnelles. Les chirurgiens le connaissent bien ; ils savent parfaitement que lorsqu'on fait la section d'un filet trop court, il faut porter le bistouri profondément en travers, au-dessous du filet ; que, faute de cette incision supplémentaire, si l'on se contente d'exciser la languette extérieure, le but de l'opération est manqué, et le gland demeure toujours courbé en bas pendant l'érection.

Il y a donc un filet visible et un filet latent ; et, comme pour la couche optique dans l'intérieur du troisième ventricule, on s'exposerait à fort mal juger de son volume réel, si l'on ne tenait compte que de sa portion apparente. Mais ce que l'œil ne peut que présumer, la pathologie le dévoile avec la dernière évidence ; et ce sillon, bien connu des spécialistes, que cette espèce de chancre creuse, sillon qui a ses limites fixées d'avance, soit en longueur, soit en largeur, soit en profondeur, qui, par cela même, donne aux ulcères de cette région une physionomie caractéristique, ce sillon, dis-je,

---

manche est incliné dans l'autre sens, à cause d'un cliquet qui appuie contre une des dents : c'est donc l'autre branche qui est obligée de descendre à son tour. Il en résulte que la chaîne métallique, à chaque mouvement du manche, est attirée dans la gaîne, et que l'anse qu'elle décrit se ressorre de plus en plus. Cet instrument permet d'user d'une force de constriction énorme : avec son aide, M. Chassaignac enlève, dit-on, des tumeurs volumineuses, sans verser une goutte de sang et sans provoquer de suppuration.

Nous avons à signaler plusieurs innovations faites pour les pinces à ligature et à torsion. Depuis assez longtemps, les pinces à ressort sont généralement abandonnées, et remplacées par les pinces à verrou. Dans les nouvelles pinces de M. Charrière, le verrou s'engage obliquement dans l'épaisseur du mors du côté opposé, disposition qui permet d'exercer une pression beaucoup plus considérable sur les parties saisies ; en outre, le verrou s'enlève facilement, et l'on a alors sous les yeux une pince à dissection ordinaire. M. Mathieu arrive aux mêmes résultats par un mécanisme différent. Au lieu du verrou, le coulant de la pince porte un anneau fendu qui embrasse les deux mors et les serre de plus en plus fortement l'un contre l'autre à mesure qu'il est poussé vers les extrémités des mors ; cet anneau peut s'enlever également. M. Lüer, le premier, a eu l'idée de terminer les mors des pinces destinées aux ligatures profondes par une extrémité semi-olivaire sur laquelle la ligature glisse quand on la serre, de manière à se porter inévitablement sur l'artère ; ainsi faite, cette pince était lourde et disgracieuse. M. Lüer l'a rendue plus élégante et plus utile encore, en fenêtrant les deux demi-cônes, ce qui donne la facilité de saisir une aiguille courbe par son milieu, l'extrémité qui porte le chas passant par une des fenêtres. Au lieu d'une rainure unique dans le sens vertical, ses pinces à torsion portent des rainures en divers sens, qui permettent d'y fixer les aiguilles et les épingles dans toutes les directions. M. Mathieu a ajouté encore aux qualités de ces pinces, en rendant le cône indépendant de la pince et en l'adaptant à un coulant qui permet de le pousser un peu au delà des extrémités des mors.

Lorsqu'il s'agit de réunir par la suture des parties situées profondément, comme par exemple dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, dans la staphyloraphie, les aiguilles courbes ordinaires montées sur un porte-aiguille, auxquelles sont revenus la plupart des chirurgiens après avoir essayé bien des instruments nouveaux, présentent des inconvénients multiples, entre autres celui de ne permettre le dégagement du fil qu'après que toute leur longueur a traversé les tissus. Avec les aiguilles à chas brisé de M. Charrière, on peut dégager le fil aussitôt que la pointe

mesure par ses dimensions l'étendue exacte de ce second filet caché, qui, comme l'autre, doit être entièrement détruit avant que le chancre, abandonné à lui-même, cesse ses ravages.

Je ne reviendrai pas sur les symptômes propres à ce chancre : douleur dans la marche et dans les érections ; souffrance vive lorsqu'il faut *décalotter*; saignement facile ; hémorrhagie quelquefois considérable ; durée longue, très longue, malgré la nature bénigne, non phagédénique, de l'affection en elle-même ; très fréquemment rupture du frein. Ce sont là des effets maintenant, en quelque sorte, prévus par le lecteur, puisqu'il en connaît la véritable cause, résidant dans les fonctions même de l'organe compromis. J'ajouterai seulement un mot sur le procédé variable de destruction de cette partie. Tantôt (surtout quand le chancre a succédé à une gerçure accidentelle), l'usure marche graduellement des parties superficielles aux parties profondes ; tantôt, au contraire, et le plus souvent, c'est la base du filet qui se creuse d'abord, et le progrès du chancre le perfore, de manière à ce qu'il forme ensuite comme un pont jeté entre le bout du gland et le prépuce. Dans ce second cas, tant que la face inférieure ou muqueuse du filet reste intacte, la douleur est moins sensible. Mais dès que, à son tour, cette partie a cédé, alors les souffrances, à chaque distension, deviennent plus vives ; et la perte totale de l'organe, que jusque-là on avait pu se flatter d'éviter, est instantanément réalisée, puisqu'il avait été miné par-dessous avant d'être rongé à sa surface.

Si, cependant, le chancre se limite plus tôt ; si tout se borne à une perforation, et que la cicatrisation, à force de soins, puisse se faire dans ces conditions, l'organe, plus présentable en apparence, mais affaibli en réalité, ne remplit plus qu'incomplétement son rôle ; et s'il ne cède pas à la première rencontre, il devient souvent exposé à ces gerçures réitérées qui, imposant au porteur des ménagements extrêmes dans les circonstances où il est le plus pénible d'en user, l'obligent ordinairement à venir demander, comme une grâce, l'ablation de ce débris inutile et gênant au même médecin qui s'était d'abord félicité de l'avoir sauvé du naufrage.

3° Traitement. — Pour remplir les indications du traitement local (duquel seul il sera question dans cet article), il faut d'abord s'adresser à la cause qui, dans ce cas, est le principal élément de complication. On commencera donc par indiquer au malade toutes les circonstances où s'opère accidentellement, à son insu, la tension du filet, afin de le mettre à même de s'y soustraire ou de les atténuer le plus possible. Ainsi :

Il sera averti de ne provoquer aucune érection ; et contre celles que la maladie engendre, le praticien déploiera tout l'ensemble des demi-moyens, dont l'action, quoique incomplète et passagère, procure au moins un soulagement : camphre, opium, lactucarium ou thridace, lotions froides, chloroforme au périnée, digitaline, voire même le moderne lupulin.

Si, en marchant, le léger retrait du prépuce (chez les sujets à gland presque découvert) occasionne de la douleur, on la neutralisera en pinçant le limbe du prépuce et l'engageant dans un trou percé au centre d'une petite rondelle de caoutchouc. Ce phimosis momentané rend ici un grand service en assurant sans violence l'immobilité temporaire du prépuce sur le gland. On quitte ce petit appareil tous les soirs.

Après avoir uriné, on s'abstiendra du mouvement instinctif de succussion, manœuvre habituelle dont la proscription exige, pour être fidèlement observée, une vigilance plus soutenue qu'on ne se le figure.

Lorsqu'il s'agit de mettre le gland à découvert pour le pansement, on procédera avec toute la lenteur et tous les ménagements imaginables. Ici la peur de souffrir suggère aux malades eux-mêmes les précautions les plus efficaces. Cependant, comme ils ne peuvent pas tout deviner, je leur indiquerai un simple petit détail qui rend d'importants services. Dans l'acte du *décalottement*, c'est l'exécution du mouvement lui-même qui cause le plus de douleur ; car les parties une fois à découvert, la tension s'amoindrit en s'équilibrant, et la souffrance diminue d'une manière notable. C'est donc la traction même du prépuce en arrière qu'il s'agit de rendre moins douloureuse. Pour cela, guettez le moment où, dans ce mouvement, l'extrémité du gland commence à montrer la tête, appliquez-y tout de suite le bout du doigt (frotté sur du diachylon pour qu'il adhère mieux). Si, de ce doigt, vous tenez le bout du gland fortement poussé en bas, tout en continuant à tirer le prépuce en arrière, vous réaliserez le *décalottement* complet sans que les deux points d'insertion du filet aient été assez écartés pour produire une tension considérable de cette bandelette. Vaine et puérile recommandation, dira quelque grave confrère ! C'est possible. Mais le malade ne juge pas de même et vous sait gré de la moindre douleur que vous parvenez à lui épargner en descendant des hauteurs de la science aux minimes détails de l'application clinique.

Si le prépuce est étroit congénitalement ou s'il l'est devenu par l'effet du mal, n'insistez pas. La violence, les déchirures auxquelles vous exposeriez l'organe deux ou trois fois par jour, compenseraient, et bien au delà, l'avantage de panser la plaie à nu. D'ailleurs cet avantage même ne serait que de courte durée ; car le phimosis, s'augmentant journellement par l'inflammation résultant de ces essais, ne tarderait pas à devenir complet. Prenez donc votre parti de bonne heure : profitez de la dernière séance où vous pouvez regarder les parties malades, pour bien observer le siége du chancre, le lieu vers lequel ses progrès semblent devoir se faire, le point par où l'on pourra le plus aisément y faire parvenir le liquide médicamenteux à l'aide d'une petite seringue. Puis, une fois ce parti pris, qu'il le soit sans retour, et continuez, jusqu'à la guérison, à traiter par les injections, sans plus vous permettre, ni permettre au malade, de chercher à voir ce qui se passe sous la peau.

Une autre nécessité — et en même temps une difficulté — de ce traitement, c'est de faire que les topiques médicamenteux touchent exactement la surface même du trajet sinueux que le chancre représente. S'il ne s'agit que d'une érosion superficielle,

---

de l'aiguille a paru au dehors, et faire rétrograder ensuite cette dernière pour la retirer. M. Mathieu, pour obvier aux mêmes inconvénients, a imaginé la disposition suivante : ses aiguilles sont très courtes ; l'extrémité opposée à la pointe porte un cran qui se marie avec un autre cran pratiqué au bout d'un mandrin ; celui-ci est caché tout entier dans une canule, mais en poussant devant soi un petit disque on fait saillir son extrémité munie d'un cran ; après y avoir placé l'aiguille, on abandonne le disque, qu'un ressort ramène à sa première position ; l'aiguille est entraînée en partie dans la canule avec le mandrin, elle est dès lors fixée solidement sur le porte-aiguille. Si lorsqu'elle a traversé une des lèvres de la plaie, on repousse de nouveau le disque, elle se sépare du porte-aiguille, tombe, et reste suspendue par le fil ; elle se dégage dès lors avec la plus grande facilité. — Pour passer un fil autour d'une artère profonde, M. Lüer a fabriqué un instrument très commode, composé d'une aiguille de Deschamps ordinaire dans le chas de laquelle peut s'avancer un crochet qui ramène l'anse du fil en se retirant.

Les érignes dont on fait usage habituellement ont l'inconvénient de déchirer les tissus qui n'ont pas une grande solidité, pour peu qu'on exerce une certaine traction. Pour parer à cet inconvénient, M. Lüer recommande son érigne à branches courbes en sens inverse. Un simple mouvement de rotation de l'instrument, appliqué sur la tumeur, fait pénétrer les pointes dans l'épaisseur de cette dernière, qui se trouve dès lors solidement saisie. La même érigne, fabriquée sur un modèle très petit, peut servir à fixer parfaitement le globe oculaire. — Ce sont sans doute les serres-fines de M. Vidal qui ont inspiré à M. Robert la première idée de sa pince à érigne mobile, confectionnée par M. Mathieu, et dans laquelle le ressort métallique est remplacé par deux anneaux de caoutchouc. Cette érigne se manie très facilement, et réunit avec une très grande force les lèvres de la solution de continuité.

Chacun connaît les perfectionnements que M. Charrière a introduits dans la fabrication des seringues, et les avantages de son piston à double parachute, adopté généralement aujourd'hui. Dans ces derniers temps, il a exécuté un autre système de pistons qu'il appelle *pistons dilatants*; en effet, à l'aide d'une simple vis faisant corps avec la tige et l'anneau, et que l'on tourne dans un sens ou dans l'autre, on peut à volonté augmenter ou réduire le volume du piston, lorsque celui-ci est devenu trop lâche ou trop serré. Les ajutages un peu complexes et le robinet à double effet de M. J. Guérin, utiles pour vider un abcès par ponction et aspiration du pus et pour faire ensuite des injections dans la cavité accidentelle, sont aujourd'hui dans toutes les boîtes à seringues. M. Mathieu a in-

un plumasseau suffit. Mais si la perforation existe, on a beaucoup de peine à obtenir que le malade, à chaque pansement, fasse traverser l'ouverture par quelques brins de charpie chargés de la substance médicamenteuse. Et cependant, il faut — si l'on veut modifier par ce moyen toute la plaie virulente et enrayer son extension — il faut absolument que la charpie traverse cette ouverture de *part en part*, et qu'elle la remplisse presque *à frottement*, double condition parfois horriblement douloureuse à réaliser. Dans ce but, je recommande de préférer une pommade à un liquide. J'engage à pousser le petit faisceau de charpie avec un porte-mèche extemporanément fabriqué en encochant le bout d'une mince allumette. Je recommande de *faire bailler* l'ouverture, en relâchant les tissus qui en forment le contour, au moment où l'on pousse la charpie. Enfin, dans quelques cas, le malade aura plus de facilité à engager successivement un peu de charpie d'abord par le côté gauche, puis par le côté droit, au lieu de lui faire traverser directement la totalité du trajet que le chancre a creusé.

Le frein est-il détruit? Ne reste-il plus que ce *fossé* longitudinal, vestige caractéristique (qui, pour le dire en passant, devient, après la cicatrisation, l'indice certain d'un chancre ancien), alors encore il est bon de savoir comment le pansement doit être fait. Il importe, en ce cas, de remplir le fond de ce sillon de quelques brins de charpie taillés exactement de sa longueur; car s'ils étaient plus longs, leur extrémité, n'étant pas enfouie et se tenant soulevée à l'extérieur, serait accrochée au moindre frottement, et le plumasseau abandonnerait le fond de l'ulcère contre lequel il est si essentiel qu'il soit maintenu. Toujours dans ce but, c'est-à-dire pour obtenir l'application constante, le contact intime, de la charpie sur le fond du chancre, je conseille de mettre en croix, par-dessus ce premier plumasseau, quelques brins de charpie beaucoup plus longs, engagés circulairement dans le repli balano-préputial. C'est là une sorte de tour de bande, tenu naturellement en place par le retour du prépuce, et qui contribue beaucoup à assujettir la charpie sur la place qu'elle ne doit pas quitter (1).

J'ai parlé de pansement, de topique médicamenteux. Quoique le plan de cet article me dispense de toute indication détaillée à ce sujet, je mentionnerai cependant, parmi les substances diverses dont on peut user en pareil cas, une solution légère de nitrate d'argent pour les chancres simples (de 3 à 8 décigrammes de sel pour 20 grammes d'eau) et une solution de bichlorure de mercure pour les chancres indurés (de 5 à 15 centigrammes de sel pour 20 grammes d'eau). La pommade, quand il y a des motifs pour préférer cette forme de remède, se prépare dans les mêmes proportions.

Avec les précautions que je viens d'énoncer, on atténue sans doute les douleurs résultant du chancre, on peut en limiter la durée et en arrêter les progrès. Mais j'ai trop souvent vérifié par moi-même combien l'événement trompe ces prévisions favorables, pour accorder ici une grande confiance aux moyens ordinaires de la thérapeutique. Ce qui m'engagea surtout à chercher une autre voie, c'est la lenteur désespérante que ce chancre met à parcourir ses périodes. Deux mois et demi à trois mois de durée sont assez fréquemment nécessaires pour sa guérison, même aidée des secours les plus éclairés de l'art. Et ce n'est point la *malignité* du virus ni aucune complication diathésique qui cause ce retard. On s'en assure aisément, d'abord par l'aspect de l'ulcère qui reste simple tout le temps, puis en voyant, sur le même sujet, des chancres contemporains de celui-ci, nés le même jour, de la même infection, mais mieux situés, se guérir en quatre ou cinq semaines, tandis que celui-ci demeure obstinément à la phase de progrès. La raison de cette lenteur — je l'ai dit et je demande à le répéter une dernière fois — c'est tout uniment que le chancre persiste tant que les parties susceptibles de tension ne sont pas détruites, et que pour les ronger peu à peu il faut un grand nombre d'inoculations successives.

Cette cause bien connue, je me posai la question suivante: Quand le filet est voué à la destruction, pourquoi, au lieu de le laisser user couche par couche, molécule par molécule, ne le diviserait-on pas tout d'un coup? Ce que le chancre accomplit au prix d'un temps précieux, avec des douleurs incessantes, en exposant au danger d'inoculations accidentelles dans le voisinage, au risque de toutes les déviations que peut affecter un chancre de longue durée, avec la menace à chaque instant réalisable d'un bubon, pourquoi ne le ferait-on pas instantanément? Pourquoi ne régulariserait-on pas cette solution de continuité, devenue inévitable, en la transportant dans le champ de la médecine opératoire?

J'ai agi conformément à ces principes. Depuis trois ans, toutes les fois que, le filet étant perforé, je reconnais, après quelques visites, à la marche de l'affection, que cet organe est menacé de destruction par les progrès du mal, ou qu'il n'en resterait qu'une partie plus gênante qu'utile, j'en opère la section, et voici comment je procède.

L'incision avec l'instrument tranchant expose ici presque certainement à une hémorrhagie ; et comme, des moyens propres à l'arrêter, les uns seraient inapplicables, les autres exigeraient une pression difficile à supporter, j'ai rejeté ce procédé pour en adopter un qui concilie la netteté et la rapidité d'action de l'instrument tranchant avec la sûreté de la cautérisation. L'instrument dont je me sers est analogue à une pince à pansement, mais dont les deux mors seraient, à leur extrémité, et dans l'étendue d'un centimètre et demi, réduits à un très petit volume. L'un d'eux, surtout, plus aminci que l'autre, se termine par un bout pointu, mousse cependant (1).

(1) J'insiste à dessein sur cette règle, qui me paraît mériter la première place parmi celles du traitement local des chancres. En effet, si la charpie n'est que *déposée* et non *poussée* sur la plaie ulcéreuse, celle-ci ne tarde pas à se recouvrir d'une croûte, sous laquelle le pus virulent séjourne et opère de nouveaux ravages, en largeur comme en profondeur.

(1) Il n'est nul besoin, pour bien remplir le but, d'un instrument fabriqué spécia-

---

venté une seringue très ingénieuse et d'un très petit volume qui les remplace fort avantageusement; elle donne la faculté de vider aussi complètement que possible un foyer, sans qu'il soit nécessaire de déplacer l'instrument ou de faire jouer des robinets. Dans cette seringue, le piston et la tige qui le supporte sont creusés d'un canal; deux petites soupapes particulières s'ouvrant dans le même sens sont disposées, l'une sur le corps de pompe, l'autre sur le piston. En attirant à soi le piston, on fait le vide dans la seringue, où le pus afflue aussitôt; en repoussant le piston, le pus s'écoule par la tige, et un tube de caoutchouc qui y est adapté le porte dans un vase sans gêner les mouvements de l'opérateur. Ce double mouvement peut être répété un nombre indéfini de fois. Si l'on renverse la seringue, elle devient propre à injecter dans une cavité une quantité indéfinie de liquide, et cela malgré son petit volume. — Nous ne reviendrons pas ici sur l'appareil à douches utérines de M. Mathieu ; il se trouve décrit et apprécié dans le n° du 11 mai 1855 de la *Gazette hebdomadaire*.

Puisque nous en sommes aux injections, disons un mot des changements opérés dans les trocarts. M. Charrière a remplacé la gouttière des anciens trocarts par un entonnoir, auquel s'adapte bien plus facilement la canule de la seringue à injection et la baudruche de la canule de Reybard ; le manche et le poinçon de ce nouvel instrument sont creux dans une certaine étendue, et logent un trocart explorateur. Dans le trocart de M. Mathieu, le poinçon se démonte et se fixe au moyen d'une vis; on peut ainsi le renverser, de sorte que la pointe se trouve abritée sûrement dans l'intérieur du manche. Au trocart explorateur, M. Mathieu a ajouté une boule de caoutchouc pour aspirer le liquide, qui souvent traverse difficilement un canal si étroit ; cette boule peut aussi servir à faire des injections dans la cavité qu'on vient de vider ; un tube de caoutchouc, placé entre le bec de la seringue et le trocart, rend l'adaptation beaucoup plus exacte, en même temps qu'il donne à l'opérateur une liberté de mouvements excessivement avantageuse.

On a varié à l'infini la forme et la disposition des spéculums ; pour la simple exploration du vagin et du col utérin, le spéculum bivalve de M. Ricord est resté jusqu'ici le plus commode, celui qui est le plus universellement employé. Néanmoins la direction oblique des manches de cet instrument le rendait d'un transport gênant. Pour parer à cet inconvénient, on a fait les manches démontants ; mais nous préférons de beaucoup le spéculum à manches brisés de M. Capron jeune, qui réunit toutes les conditions désirables de commodité et de simplicité. Des spéculums fenêtrés de différentes formes ont été imaginés dans le but de faciliter l'exploration des parois du vagin. M. Charrière et M. Mathieu en ont exposé l'un et l'autre.

Je m'assieds et fais tenir le malade debout devant moi. De la main gauche, je tourne la verge de manière que sa face inférieure se présente commodément en avant à ma portée. De la main droite, j'engage dans la perforation du filet la plus petite branche de mon instrument, celle dont le bout est pointu. Puis, cela fait, j'ouvre l'instrument; ce qui produit entre les extrémités de ses deux mors un écartement de 8 à 9 centimètres. Je fais alors chauffer la plus grosse branche, en tenant son bout placé pendant deux minutes dans la flamme d'une bougie que j'ai mise sur une chaise à côté de moi; et, quand je la juge suffisamment échauffée, je n'ai qu'à rapprocher vivement les deux branches l'une de l'autre. Celle qui occupait la perforation sert à la fois de conducteur et de point d'appui à celle qui est l'agent de cautérisation, et la division du filet s'opère ainsi, en quelques secondes, par une solution de continuité, qui toujours reste presque linéaire; car le malade, indocile ou effrayé, a beau s'agiter ou vouloir me fuir, avec ma pince je le tiens; et, malgré ses mouvements, j'accomplis tranquillement et régulièrement ma section, qu'il ne ferait d'ailleurs que hâter en reculant.

Si, après avoir coupé le filet *apparent*, on juge à propos de diviser aussi le trousseau fibreux caché dans le gland, le *faux-filet* (si l'on veut bien me passer cette expression déjà consacrée dans le vocabulaire des ménages), on le fera non moins aisément en portant transversalement sur lui *le dos* d'une lame de bistouri, également chauffée à la flamme d'une bougie.

L'un des grands avantages de cette opération est de simplifier immédiatement le pansement. Aussitôt le filet sacrifié, le chancre est à découvert (et je dois prévenir que, bien que restant le même, il paraît alors deux ou trois fois plus large qu'auparavant) On peut dès lors y appliquer à plat,et à fond les plumasseaux que jusque-là on avait tant de peine et tant de douleur à insinuer à travers le trajet oblique et étroit. Cette facilité des pansements contribue certainement, de son côté, quoique indirectement, à la promptitude de la guérison. Mais le point capital, ne l'oublions pas, c'est d'avoir enlevé en quatre secondes un corps que le chancre aurait mis encore quatre semaines à détruire, et avant la destruction duquel la cicatrisation ne pouvait s'effectuer.

Tel est, en effet, le résultat que j'ai obtenu à la suite de cette petite cautérisation. Mes deux premiers opérés furent deux étudiants en médecine, dignes et braves jeunes gens qui se présentèrent courageusement à mon instrument, quoique le sachant vierge encore, mais connaissant et approuvant mes idées, et un peu jaloux, peut-être aussi, de purifier, par une nuance de dévouement philanthropique, le motif qui les rendait tributaires de cette innovation.

lement. Je me suis contenté d'une paire de forts ciseaux dont j'ai fait amincir et émousser les branches à leur extrémité par un coutelier. Il faut surtout recommander à l'ouvrier de faire que les deux branches, devenues ainsi deux petits cylindres, soient disposées de manière à se toucher exactement par leur bout, dans l'étendue d'un centimètre et demi, lorsqu'on ferme l'instrument.

Depuis lors j'applique toujours ce procédé lorsque les chancres me semblent devoir se prolonger longtemps avant d'avoir emporté le filet, et que la conservation de celui-ci me paraît, d'après les progrès de l'ulcération, être impossible, ou devoir se réduire à quelques vestiges qui nuisent plus qu'ils ne servent. Aucun accident n'étant survenu, aucune circonstance embarrassante ne s'étant produite dans le cours ou à la suite de ces opérations, je dispenserai le lecteur de l'ennui d'en voir figurer ici les observations détaillées. Indication claire, appareil instrumental à la portée de tous, manœuvre simple, conséquences heureuses, tout se réunit donc, ce me semble, pour recommander ce procédé à l'attention des chirurgiens dans les cas que je viens de spécifier.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

A l'ouverture de la séance, M. le *Président* annonce à l'Académie la perte douloureuse qu'elle vient de faire dans la personne de M. *Magendie*, décédé la veille (7 octobre), après une longue et cruelle maladie.

— M. Figuier a adressé la lettre suivante à M. le président de l'Institut :

« Les résultats que j'ai fait connaître dans mon dernier mémoire, *à propos de la fonction glycogénique du foie*, ayant été déclarés inexacts, je vous serais très reconnaissant de vouloir bien réunir au plus tôt la commission chargée d'examiner mon travail. En répétant mes expériences devant la commission, je ferai voir, conformément à ce que j'ai annoncé :

» 1° Que chez un chien en digestion de viande, le sang de la veine porte renferme un principe sucré qui réduit abondamment le réactif cupro-potassique.

» 2° Que ce principe, tenu pendant quelques minutes en ébullition avec un acide étendu, donne, par la levûre de bière et après la saturation exacte de l'acide libre, tous les signes de la fermentation alcoolique, et que, dans le liquide distillé, on peut constater aisément l'odeur de l'alcool et la réduction avec coloration en vert du bicarbonate de potasse.

» C'est par des expériences et des faits que j'ai abordé la question physiologique qui m'occupe; c'est dans la même voie que se poursuivra la discussion; c'est ainsi que je montrerai, je l'espère, ce qu'il faut penser du fait, qui vient d'être annoncé, de la sécrétion du sucre par le cadavre, et de la découverte des *fonctions physiologiques posthumes*. »

MICROGRAPHIE. — *Observation des êtres microscopiques de l'atmosphère terrestre*, par M. *Baudrimont*. — Dans ce travail, l'auteur donne la description du procédé dont il a fait usage pour saisir les animalcules suspendus dans l'air atmosphérique. Il fait barboter de l'air dans une petite quantité d'eau et il observe cette eau au microscope. Il a pratiqué et procédé par deux moyens différents: 1° en appelant l'air dans l'eau au moyen d'un vase aspirateur; 2° en l'y faisant passer à l'aide d'une pompe. L'auteur

---

Celui que vient d'imaginer M. Lüer leur est supérieur comme mécanisme, et pourra rendre de bons services dans certains cas. Au moment où il est introduit dans le vagin, c'est un spéculum à deux valves largement fenêtrées; une fois dans le vagin, chaque valve peut se décomposer en deux branches qui, en s'écartant plus ou moins, distendent proportionnellement les parois du vagin.

On écrirait des volumes si l'on voulait décrire tous les instruments auxquels a donné naissance le génie inventif des spécialistes occupés des maladies des voies urinaires : scarificateurs, uréthrotomes, inciseurs, sécateurs, litholabes, brise-pierre, porte-caustique, ont été modifiés de mille manières différentes, si bien qu'aucune partie de l'arsenal chirurgical ne peut rivaliser de richesse avec celle-là. Peut-être en est-il des instruments comme des théories, et cette grande richesse prouve-t-elle seulement notre pauvreté?

Parmi ces instruments nouveaux, il en est quelques-uns cependant qui sont remarquables par leur disposition ingénieuse, et dont les avantages ne sont point contestables : on doit ranger dans cette catégorie le brise-pierre à pignon tournant de M. Lüer, son instrument pour retirer de la vessie les fragments de sonde, celui de M. Mathieu pour extraire du même réservoir les épingles à cheveux.

Les instruments pour les maladies des yeux ont été portés à un degré de perfection qu'il semblait difficile d'atteindre.

Plusieurs d'entre eux sont construits avec un talent qui en a fait de petits chefs-d'œuvre de mécanique et d'exécution. Pour en prendre une idée convenable il est nécessaire de les voir et de les manier; une courte description serait insuffisante pour en démontrer le mécanisme et les avantages.

Nous terminerons cette partie de notre revue en attirant l'attention sur les ventouses de caoutchouc de M. Mathieu et de M. Charrière, sur celles de M. Capron, à l'aide desquelles on peut faire un vide plus complet, et enfin sur le céphalotribe à vis de pression du même exposant qui, comme on sait, jouit d'une juste réputation pour la fabrication des lancettes.

MARC SÉE.

a dessiné quelques-uns des êtres qu'il a pu observer ainsi; mais il n'en donne pas la description. (*Comm.*: MM. Milne-Edwards, Pouillet, Babinet.)

MÉDECINE. — *Appel à des expériences, dans le but d'établir le traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses inrécidivables, par l'inoculation de leurs produits morbides*, par M. *Bourguignon*. (*Comm.* : MM. Serres, Andral, Rayer.) — Voir la *Gazette hebdomadaire*, t. II, p. 733.

CHIRURGIE. — *Ablation de neuf loupes opérée à l'aide de la cautérisation linéaire remplaçant l'action du bistouri*, par M. *Legrand*. — Cette observation, dit l'auteur, la plus saillante de toutes celles que j'aurais pu recueillir depuis ma dernière communication (15 septembre 1853), me paraît être une démonstration nouvelle de l'innocuité de la méthode et de ses avantages : peu de douleur, jamais d'hémorrhagie, jamais d'érysipèle, jamais d'infection purulente, malgré la suppuration qu'on ne peut pas empêcher, mais qui reste toujours modérée. A la vérité, la durée du traitement est plus longue que dans l'ablation par le bistouri, et varie dans la grande majorité des cas de quinze à trente jours ; mais en revanche, on n'est jamais obligé de garder la chambre et l'on peut vaquer librement à ses affaires. (*Comm.* : MM. Velpeau, Cloquet.)

PHYSIOLOGIE. — M. *Flourens* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, M. *Marshall Hall*, d'un exemplaire d'un ouvrage qui a pour titre : « *Aperçu du système spinal, ou de la série des actions réflexes dans leurs applications à la physiologie, à la pathologie, et spécialement à l'épilepsie.* » M. Flourens appelle l'attention sur les passages suivants : « Le système nerveux, autrefois divisé en cérébro-spinal et ganglionnaire, doit maintenant, dit M. Marshall Hall, être divisé en système cérébral, spinal et ganglionnaire. — Le premier, ou le sous-système cérébral, comprend : 1° le cerveau et le cervelet ; 2° les nerfs des sens spéciaux ; 3° les nerfs des mouvements volontaires. — Le troisième, ou le sous-système ganglionnaire comprend : 1° la partie ganglionnaire des nerfs spinaux ou des membres ou parties extérieures ; 2° la partie ganglionnaire des parties intérieures, ou *a*. des mouvements des organes intérieurs musculaires, *b*. des sécrétions, de la nutrition, etc. — Le second ou le sous-système spinal comprend : 1° le centre spinal ou la vraie moelle épinière considérée comme distincte du cordon des nerfs cérébraux intraspinaux et des connexions intraspinales ganglionnaires ; 2° les nerfs incidents excitateurs ; 3° les nerfs réfléchis moteurs en liaison spéciale et essentielle avec eux et avec le centre spinal. »

Ailleurs, M. Marshall Hall dit encore : « Mes travaux ont eu pour résultat la découverte que ce n'est ni au cerveau ni à la moelle allongée que la respiration doit son premier mobile, mais bien à des nerfs incidents, le trifacial, le pneumogastrique, les spinaux qui reçoivent des impressions, des excitations à leur origine, en portent les effets énergiques à la moelle allongée d'où s'opère un changement de direction, d'action et même de combinaison d'actions qui se font par des nerfs liés essentiellement avec les premiers, nerfs réfléchis, nerfs respiratoires de Ch. Bell. Je formule ainsi le système nerveux respiratoire :

Nerfs incidents de l'auteur.	*Vrai nœud respiratoire.*	*Nerfs respiratoires de Ch. Bell.*
1° Le trijumeau ;	La moelle allongée.	1° Le diaphragmatique ;
2° Le pneumogastrique.		2° Les intercostaux ;
3° Les spinaux cutanés.		3° Les abdominaux.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : *a*. Le relevé des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements d'Eure-et-Loir, de la Loire, de la Meurthe, des Côtes-du-Nord, de la Dordogne. (*Commission de vaccine.*) — *b*. Un certain nombre de recettes relatives à des remèdes secrets. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Communications de : *a*. M. le docteur *Raffaele Agresti* (Sur le choléra de Naples). (*Commission du choléra de 1854.*) — *b*. De plusieurs personnes étrangères à la médecine (Remèdes secrets). (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

M. *le président* annonce que MM. *Bouisson* (de Montpellier) et *Clot-Bey* (d'Alexandrie), membres correspondants, assistent à la séance.

Discussion sur le séton.

M. *Velpeau* avoue qu'il avait cru d'abord que M. Bouvier allait proscrire le séton ; mais non. Il s'est borné à remplacer l'ancien séton par un séton nouveau qui serait, d'après l'auteur, aussi efficace, plus efficace même que son aîné et qui ne présenterait aucun de ses inconvénients ni aucun de ses dangers.

M. Velpeau craint bien que des sétons aussi petits soient entièrement insuffisants et ne remplissent aucunement le but qu'on se propose d'en tirer. A son avis, de pareils sétons ressemblent beaucoup à de l'*homœopathie* ; ce sont des infiniment petits. L'orateur ne croit pas qu'il soit possible d'obtenir avec eux les effets qu'on retire des sétons ordinaires.

Mais, parce que ces derniers ont des défauts, des inconvénients, des dangers même, faut-il les rejeter, les proscrire sans merci comme le fait M. Malgaigne ? M. Velpeau ne le pense pas : il se range parmi les *conservateurs* ; car son *expérience personnelle*, contrairement à celle de M. Malgaigne, lui a appris qu'un séton était un puissant moyen thérapeutique entre les mains d'un médecin attentif et prudent : très souvent le séton triomphe dans les cas où les autres exutoires ont échoué.

M. Velpeau croit que le séton doit être employé avec avantage dans un certain nombre de phlegmasies chroniques difficiles à déraciner ; dans les amauroses qui ne se rattachent pas à une lésion viscérale ou à une altération profonde, trop avancée, de la rétine ou du nerf optique ; dans les kératites opiniâtres qui tendent à passer à l'état chronique ; dans les kératites anciennes, vasculaires ; très rarement dans les conjonctivites, quelle que soit leur nature.

Que si les sétons ne réussissent pas dans tous les cas et entre les mains de tous les praticiens, n'est-il pas juste de faire la part de la nature de la cause morbifique, de la constitution du sujet, de son état général, de son *idiosyncrasie* ?

Sans doute, il est quelquefois difficile de savoir si c'est au séton ou à toute autre médication employée concurremment ou même à l'action médicatrice de dame Nature que doit être attribué le bénéfice d'une guérison. Mais, malheureusement, n'en est-il pas de même pour tous les genres de remèdes ? Si dans ces faits nous ne voyions qu'une simple coïncidence et nullement une relation de cause à effet, nous risquerions de tomber dans le scepticisme le plus déplorable : ce serait la négation de toute thérapeutique ; il faudrait se croiser les bras et demeurer dans l'inaction en présence de nos malades.

De pareils doutes, de semblables incertitudes, seraient dangereux et presque coupables. Qu'on s'en rapporte sans doute à son expérience personnelle, rien de mieux ; mais ne faisons pas trop bon marché de l'expérience d'autrui, de l'expérience des siècles, de la tradition surtout, qui ne sont pas aussi défavorables à l'emploi du séton, voire même de l'ancien séton, qu'a bien voulu le dire M. Bouvier lui-même, mais surtout que l'a prétendu M. Malgaigne.

M. Velpeau énumère quelques-uns des inconvénients du séton ordinaire, que M. Malgaigne s'est plu à exagérer pour le besoin de sa cause ; mais, à son avis, ces désavantages sont compensés souvent par de si grands et de si incontestables bienfaits qu'il conclut, en terminant, que le séton classique sagement employé mérite d'être conservé parmi nos moyens de traitement les plus puissants et souvent les plus efficaces.

M. Bouvier remercie M. Velpeau de lui avoir prêté le concours de son autorité contre M. Malgaigne. Cependant, l'honorable préopinant a reproduit un argument déjà émis par M. Larrey dans la dernière séance : il s'est plaint de l'exiguïté des nouveaux sétons, et il a formulé des doutes sur l'efficacité de si *petits* moyens. M. Bouvier a déjà répondu que les sétons pouvaient s'agrandir à volonté par l'addition successive de fils superposés.

Puis M. Bouvier entreprend de réfuter un à un les arguments de M. Malgaigne. Suivant l'orateur, M. Malgaigne aurait mal compris la nature et le but de son travail. M. Bouvier ne se proposait aucunement de démontrer l'efficacité absolue de ses sétons, ni de déterminer dans quels cas les sétons étaient utiles, dans quels cas ils étaient nuisibles : ce qu'il a voulu, ce qu'il a prétendu faire, c'est indiquer un procédé meilleur, plus facile, plus commode que l'ancien.

M. Malgaigne, dit M. Bouvier, ne se contente pas de combattre ce qu'il appelle mes *sétons perfectionnés*, il fait table rase de tous ces exutoires ; il nie l'utilité des suppurations artificielles ; il rejette, il proscrit la *méthode révulsive* tout entière, qui, à mon avis, fait la moitié de la thérapeutique. Ce sont, d'après M. Malgaigne, des moyens barbares, des procédés cruels qui aggravent plus souvent l'état du malade qu'ils ne le modifient avantageusement. Mais M. Malgaigne a-t-il oublié les ressources infinies, les variétés, les degrés de la seule révulsion cutanée, par exemple, pour ne parler que de celle-là qui est en cause ? Que de nuances depuis la simple rubéfaction de la peau jusqu'à la plaie, jusqu'à la désorganisation du derme et du tissu cellulaire sous-cutané !

M. Bouvier croit que les effets de la divulsion cutanée peuvent être ré-

duits à cinq cas: 1° la maladie cède plus ou moins complétement; 2° les phénomènes morbides ne sont point modifiés; 3° la maladie est augmentée; 4° le révulsif produit une excitation générale pathologique qui aggrave l'état du malade; 5° Il provoque une excitation de voisinage qui modifie avantageusement l'état nerveux.

L'orateur rappelle les règles sagement établies par M. Roche sur l'emploi des révulsifs.

Il insiste sur ce fait que tous n'agissent pas de la même manière, et que le caractère essentiel du séton, c'est la durée, la permanence de l'irritation qu'il provoque et qu'il entretient.

M. Malgaigne tient pour dangereuse la suppuration prolongée d'un séton. Mais ne peut-on pas appliquer au séton ce que Stahl disait du vésicatoire dans la pneumonie: « Ce n'est point par la suppuration qui s'en écoule qu'il agit efficacement, mais par l'*irritation* qu'il renouvelle et qu'il entretient à la peau.

M. Bouvier accorde qu'on a abusé singulièrement des exutoires dans les affections articulaires; mais il récuse l'analogie que M. Malgaigne a invoquée entre ces maladies et les affections de la tête, des yeux et des autres organes des sens.

C'est directement, et non point par une comparaison arbitraire forcée, qu'il faut démontrer l'insuffisance et l'inefficacité de la révulsion dans ces dernières maladies.

M. Malgaigne reproche amèrement au séton la bassesse de son origine, l'obscurité de sa naissance. M. Malgaigne connaît mal la généalogie du séton. Le séton descend en droite ligne d'Hippocrate: voilà pour le père; sa mère, c'est la médecine vétérinaire.... Dira-t-on que le séton ne soit pas de bonne maison? Sans doute, sous Hippocrate, et longtemps encore après lui, c'était le séton nouveau-né, le séton dans l'enfance.

Déjà Celse formule de sages préceptes sur l'emploi du séton; mais c'est Rhasès, le premier, qui le distingue nettement des autres exutoires et qui soumet son application à des règles précises, à des indications rationnelles.

Ce n'est pourtant qu'à Lanfranc que remontent l'usage de la mèche dans le séton, l'application du séton à la nuque et la dénomination de *seto*. Ce n'est pourtant que trois siècles plus tard qu'on renonce au procédé du fer rouge pour adopter l'instrument tranchant.

M. Malgaigne a nié l'utilité du séton, son efficacité salutaire.

Eh bien! s'écrie M. Bouvier, j'affirme que c'est au séton que je dois aujourd'hui l'avantage de contempler, de voir en face de moi mon honorable contradicteur: sans le séton, je serais aveugle! Et Fabrice d'Aquapendente ne nous dit-il pas que le séton lui a sauvé la vue? Et Fabrice de Hilden n'a-t-il pas rendu, avec le séton, à une de ses filles l'usage de ses yeux? L'orfèvre Paul, dont parle Hippocrate, n'eût-il pas été aveugle sans le séton? Ruysch ne parle-t-il pas de céphalées opiniâtres guéries par ce moyen?

Ma conviction relativement au séton repose donc, non-seulement sur l'expérience personnelle, mais encore sur l'expérience des siècles, dont M. Malgaigne fait si grand cas. Je regrette que les ophthalmologistes de nos jours négligent tant ce moyen. Peut-être y aurait-il moins d'aveugles s'ils avaient recours au séton.

M. Malgaigne le taxe de cruauté, de barbarie. Mais avec les sétons que je propose, ce reproche devient un anachronisme. Et d'ailleurs, l'emploi des collyres n'est-il pas infiniment plus douloureux que le séton? les collyres n'ont-ils pas aussi, sur ce dernier moyen, l'immense inconvénient d'être souvent répétés et de renouveler trop fréquemment d'atroces souffrances?

Le séton est préférable au vésicatoire même; il expose à de moindres dangers: c'est une plaie sous-cutanée (*ulcus subcutaneum*). Il y a entre le séton et le vésicatoire toute la différence qui existe entre une plaie couverte et une plaie à ciel ouvert.

Autant et plus que M. Malgaigne, je reconnais la nécessité de nouvelles recherches relativement au séton: comme lui je les provoque de toutes mes forces: mais s'il veut que des expériences soient faites sur l'emploi du séton, qu'il ne proscrive donc pas le séton!

M. *Desportes* se prononce pour l'usage du séton. Ceux qu'il a imaginés ne ressemblent pas tout à fait à ceux de M. Bouvier. Ce sont aussi de petits sétons, il est vrai; mais au lieu d'un seul fil, M. Desportes en applique toujours un certain nombre qu'il étage parallèlement les uns aux autres.

M. *Clot-Bey* déclare qu'il a fait usage fréquemment du séton en Égypte, contre les ophthalmies de toute espèce et qu'il en a sans cesse retiré de grands avantages. Seulement, les Égyptiens, au lieu d'avancer tous les jours la mèche du séton, la laissent en place et se contentent de laver soigneusement les environs de la plaie.

Dans ce pays les vésicatoires volants sont avantageusement remplacés par de petits sétons qu'on applique en traversant la peau d'un simple fil au moyen d'une aiguille ordinaire. On en place ainsi dans les différentes régions de la face, à travers le pavillon de l'oreille, et même sur les paupières. Ces petits sétons ont l'avantage d'entretenir un petit foyer d'irritation et ne déterminant qu'une suppuration à peine sensible, qu'on absterge sans cesse avec un petit linge ou avec un mouchoir sans recourir à un pansement incommode ou douloureux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. *Linas* met sous les yeux de l'Académie une *rate* extrêmement volumineuse, dont l'hypertrophie paraît se rattacher à une *cirrhose du foie* et qui coïncidait avec une absence d'ascite, une dilatation variqueuse de tout le système veineux intra-abdominal, une exhalation sanguine à la surface interne du canal alimentaire et une dysenterie aiguë à laquelle a succombé le malade (Nous publierons prochainement cette observation en détail, en y joignant le cas intéressant d'une autre affection de la rate compliquée de lésions variées.)

La séance est levée à cinq heures.

Société de médecine du département de la Seine.

Ordre du jour de la séance du 19 octobre 1855.

Suite de la discussion sur le rapport de M. Chausit.

Société médicale allemande de Paris.

SÉANCES DU 10 ET 16 AOUT 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MEDING.

Rapport de M. Meding sur les travaux de la première section du Congrès international de statistique. (Première commission: Cadre nosologique des décès.)

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

Le Congrès de Bruxelles avait chargé MM. William Farr (de Londres) et Marc d'Espine (de Genève) de préparer en commun un rapport sur la question de la nomenclature et de la classification des causes de décès. Une différence de vues assez notable a empêché ces deux savants de s'entendre, et les deux projets motivés furent soumis au jugement de la première commission. Déjà le 9 septembre au soir et le 10 dimanche matin, des réunions préparatoires avaient eu lieu au ministère des travaux publics, et après avoir proposé différents principes pour s'entendre, on tomba d'accord de discuter la liste systématisée de maladies, que M. Farr avait dressée en latin, en français, en anglais et en allemand, conjointement avec celle de l'autre rapporteur, sans s'occuper d'abord des classifications. Il serait trop long de reproduire cette liste en entier; l'appendice du programme, pp. 1 à 16 et 30 à 38 les contient, et le compte rendu officiel donnera la liste modifiée.

Il est cependant indispensable de donner au moins la classification en général des deux rapporteurs, afin de pouvoir porter un jugement approximatif sur la différence diamétrale existant entre leurs systèmes.

M. Marc d'Espine établit les classes suivantes:

1re DIVISION. Mort nés.
2e — Mort par vice originel de conformation.
3e — Mort de vieillesse ou marasme sénile.
4e — Mort violente ou par accident extérieur.
5e — Mort par accident morbide.
6e — Mort par maladie aiguë.

1re *classe*. Inflammations aiguës franches ou maladies aiguës locales.
2e — Maladies aiguës spécifiques ou générales.

A. Spécifiques constitutionnelles.
B. Spécifiques miasmatiques ou infectieuses.
C. Spécifiques virulentes ou par intoxication animale.

3e *classe*. Maladies aiguës spéciales à certaines conditions physiologiques.

7e DIVISION. Mort par maladie chronique.

1re *classe*. Inflammations chroniques ou maladies chroniques d'origine locale.

2e *classe*. Maladies chroniques résultant des divers vices ou diathèses ou maladies chroniques générales.

A. Vice ou diathèse scrofuleuse.
B. Vice ou diathèse tuberculeuse.
C. Vice ou diathèse squirrheuse ou cancéreuse.
D. Vice psorique ou herpétique.
E. Vice ou diathèse rhumatique, goutteuse, calculeuse.

F. Vice ou diathèse nerveuse.
G. Vice ou diathèse vermineuse.
H. Vices ou diathèses hématique, albuminurique, diabétique.
I. Vice ou diathèse syphilitique.
K. Empoisonnem. chroniques, nourriture longtemps insuffisante.

8e DIVISION. Mort indéterminée.

Ces divisions renferment en tout 157 espèces que le défaut d'espace et le temps nous défendent d'énumérer une à une; elles sont précédées et suivies de remarques tendant à faciliter l'usage de ce cadre nosologique des décès.

Les cinq divisions principales et les cinq sous-divisions ou classes de M. W. Farr sont les suivantes :

(Z) I. *Maladies zymotiques* (zymotici).

Maladies épidémiques, endémiques ou contagieuses, provoquées par quelque agent spécifique ou par l'insuffisance de nourriture.

(C) II. *Maladies constitutionnelles* (cachectici).

Maladies sporadiques, quelquefois héréditaires, affectant plusieurs organes dans lesquels de nouveaux produits morbides sont souvent déposés.

(M) III. *Maladies locales* (monorganici).

Maladies sporadiques par suite desquelles certains organes ou systèmes sont troublés dans leurs fonctions ou oblitérés, avec ou sans inflammation; quelquefois héréditaires.

(D) IV. *Maladies du développement* (metamorphici).

Maladies spéciales, résultat accidentel de la formation, de la reproduction et de la nutrition.

(V) V. *Morts ou maladies violentes* (thanati).

Maladies qui sont le résultat évident et direct de forces physiques ou chimiques, ayant agi par la volonté soit du décédé, soit d'autres personnes, ou accidentellement.

PREMIÈRE CLASSE.

1. Maladies miasmatiques (*miasmatici*).
2. — enthétiques (*enthetici*).
3. — diétiques (*dietici*).
4. — parasitiques (*parasitici*).

DEUXIÈME CLASSE.

1. Maladies diathétiques (*diathetici*).
2. — tuberculeuses (*tuberculares*).

TROISIÈME CLASSE.

1. Maladies de l'encéphale (*neurici*).
2. — du cœur (*cordiaci*).
3. — des poumons (*pneumonici*).
4. — des intestins (*enterici*).
5. — des reins (*nephritici*).
6. — des organes de la génération (*gennetici*).
7. — des os et des muscles (*cinetici*).
8. — de la peau (*chrotici*).

QUATRIÈME CLASSE.

1. Maladies du développement chez les enfants (*infantiles*).
2. — chez les adultes (*viriles*).
3. — chez les vieillards (*seniles*).
4. — de la nutrition (*atrophiæ*).

CINQUIÈME CLASSE.

1. Lésions chimiques (*chimici*).
2. Asphyxies (*asphyxiæ*).
3. Lésions physiques (*physici*).
4. Empoisonnement (*pharmaci*).
5. Morsures d'animaux venimeux (*morsus*).

Quelques-unes des divergences entre ce travail et celui de M. Marc d'Espine se trouvent citées dans la note que M. Virchow et moi avions préparée pour être lue. Le temps n'a pas permis d'en faire usage; elle trouvera donc sa juste place ici, parce que la plupart des inconvénients qu'elle signale n'ont pas pu être évités, et elle formera un point de départ pour de nouveaux débats au prochain Congrès. La classification génevoise a du reste l'avantage de la généralité, qualité que l'administrateur et le statisticien mettent avec raison beaucoup au-dessus du mérite scientifique, toujours passager et changeant, à tel point que des hommes éminents ont commencé à douter de la possibilité, ainsi que de la nécessité, d'une classification générale et scientifique. Nous tâcherons d'apprécier si la suppression de toute liste ayant pour base la science, et la substitution de l'ordre alphabétique, ou tout autre procédé mécanique, paraissent nécessaires et opportunes.

NOTE DE MM. VIRCHOW ET MEDING.

Avant toute discussion sur les nomenclatures en général, et spécialement sur celles de MM. W. Farr et Marc d'Espine, il nous paraît nécessaire de savoir la manière dont se font la constatation et le recensement des décès dans les différents pays. En Allemagne, il existe quelques États où l'on n'est pas encore parvenu à désigner des personnes spéciales chargées légalement de constater les décès : par exemple, en Prusse. — Dans d'autres pays, au contraire, comme en Saxe et en Bavière, il y a depuis longtemps des inspecteurs officiels des décès; seulement, on n'a pas pu encore partout confier cette surveillance à des hommes de science — ce qui tient à la disposition topographique de nos pays de montagne, où le nombre des médecins est souvent aussi restreint que les distances à parcourir sont grandes, surtout si l'on considère que la rigueur de la saison rend difficile le déplacement des hommes de l'art. Mais des circonstances particulières permettent d'espérer que bientôt les conditions dans lesquelles doit se faire cette statistique deviendront plus favorables qu'elles ne le sont actuellement. Nous croyons qu'un des problèmes de l'économie sociale dont la solution importe le plus, est et sera toujours d'obtenir une nomenclature classifiée, reposant sur des vues *plus générales*, et en même temps accessibles à la majorité des intelligences appelées à se prononcer sur les causes des décès. En Prusse, on a enregistré les décès dans douze classes que voici : *Mort-nés; débilité sénile; suicide; accidents; couches avec leurs suites : petite vérole; hydrophobie; maladies aiguës internes; maladies chroniques internes; apoplexies, hémorrhagies et asphyxies; maladies et vices externes; maladies de nature incertaine.*

Sans doute cette nomenclature est incomplète; mais elle a rendu des services signalés, et elle a, quant au fond, de grandes analogies avec la classification générale de M. Marc d'Espine.

En Bavière, où le besoin d'une classification plus rationnelle que celle qui a été employée jusqu'à présent s'était fait vivement sentir, on a tout récemment discuté cette question, délicate au point de vue de la science, difficile au point de vue de la pratique, et on ne peut plus intéressante pour l'État.

Plusieurs propositions motivées ont été émises et publiées dans les numéros 12 et 13 du journal *Aerztliches Intelligenzblatt für Bayern*. München, 1855 (Journal des communications médicales pour la Bavière). C'est de préférence que nous citons ici un travail du professeur M. Escherich, auteur allemand connu par ses recherches de statistique médicale, travail qui a été soumis au jugement d'une commission nommée dans le sein de la Société physico-médicale de Würzburg. Ce tableau, que nous avons l'honneur de présenter au congrès international de statistique, se borne à établir dix classes avec des subdivisions en nombre variable.

La Société physico-médicale de Würzburg a été d'avis de ne pas surcharger ce tableau d'une multitude de noms de maladies faciles à désigner pour l'homme de science, et impossibles à distinguer pour les autres personnes appelées encore souvent à constater les décès; elle a également résisté à la tentation d'octroyer aux médecins un système étiologique de mortalité plus explicite, sachant bien que le progrès doit nécessairement y introduire des changements fréquents, circonstance toujours fâcheuse pour les travaux statistiques, dont les fruits ne mûrissent que lentement.

Il est indispensable, cependant, de posséder des bases solides et qui, tout en répondant à tous les points de vue scientifiques, sont encore à la hauteur des différentes capacités. Aussi nous croyons que le congrès de Bruxelles a demandé une nomenclature applicable à tous les pays, parce qu'il a voulu écarter l'incertitude dans les termes techniques, incertitude qui résulte de la différence des vues et des systèmes en médecine.

Or, il n'est pas au pouvoir du Congrès d'abolir cette différence de doctrines et de décider des questions qui sont en pleine discussion entre les savants du monde entier.

M. Marc d'Espine comprend, par exemple, dans la classe de la diathèse scrofuleuse, le goître, le rachitisme et les abcès par congestion, manière de voir qui est contraire aux observations de plusieurs savants d'une grande autorité. M. Farr comprend le goître et le crétinisme dans l'ordre des maladies diététiques, qui doivent leur origine à l'insuffisance de l'alimentation; théorie qui n'est pas moins douteuse, et qui contraste vivement avec celle de M. Marc d'Espine, en plaçant le goître et le crétinisme parmi les maladies zymotiques, et les scrofules parmi les maladies constitutionnelles ou cachectiques.

Cette différence frappante entre les deux célèbres rapporteurs, et dont il serait facile d'élargir le cadre, ne prouve-t-elle pas qu'il faut s'abstenir de faire des systèmes médicaux pour la statistique générale? — Il est bien certainement indispensable, tout le monde l'accorde, de formuler des termes

généralement acceptés pour les noms des maladies ; et, à cette fin. nous croyons devoir recommander la langue latine, seul lien possible entre les médecins de toutes les nations civilisées. Il faut cependant remarquer que le Congrès ne se trouve pas en position de forcer un savant à se servir d'une nomenclature plutôt que d'une autre. Ainsi, M. Farr propose le nom d'*equinia*, que M. Marc d'Espine met en parenthèse, pendant qu'on emploie en Allemagne le nom classique de *malleus*. — Le mot *pyemia* est introduit dans la classification, dans un moment où il est permis d'espérer que les médecins se convaincront que ce n'est pas le pus lui-même qui provoque ces accidents funestes qu'on attribue à la présence de celui-ci dans le sang. — L'artérite et la phlébite, dont la nature est si peu connue, se trouvant dans le cadre des maladies mortelles, pendant que l'obstruction des vaisseaux par du sang coagulé, élément essentiel et décisif de presque toutes les affections des vaisseaux, est omise. Nous ne mentionnons pas ces quelques exemples pour blâmer tel ou tel point dans les travaux si méritoires de nos deux célèbres confrères, mais uniquement dans le but de démontrer que chaque année les révélations données par l'anatomie pathologique altèrent la nomenclature la mieux combinée, et que c'est en vain qu'on s'efforce de construire un tableau nosologique à base éternelle.

Tout ce que la statistique générale et politique peut nous demander, c'est de fournir un cadre nosologique intelligible à tous, ne préjudiciant en rien aux différentes opinions et systèmes en pathologie, permettant d'enregistrer les observations des médecins, lesquels devraient être astreints à remplir un bulletin convenablement disposé.

Dans ce dernier but, nous croyons devoir recommander la modèle parfaitement approprié que M. Farr a communiqué dans son mémoire, pendant que nous proposons de discuter une nomenclature plus générale des causes des décès d'après les travaux de M. Marc d'Espine et de M. Escherich.

La formule du bulletin, indiquée par M. Farr, se recommande au point de vue pratique et médical, parce qu'elle contient une colonne pour la maladie et une autre pour les suites de la maladie, devenues cause immédiate de la mort; car c'est un des buts les plus importants de la statistique de connaître non-seulement les causes immédiates, mais encore les causes médiates de la mort, c'est-à-dire l'état pathologique qui produit les altérations vraiment léthales. Le mécanisme de la mort lui-même n'a d'intérêt pour la statistique pratique que dans le cas où il s'agit d'un crime, ou d'une lésion violente, ou d'un accident. L'hygiène pratique, au contraire, est très intéressée à pouvoir connaître l'étiologie de la mortalité. Elle se sert en cela de la liste des décès pour servir d'appui à l'histoire des maladies régnantes. Pour cela, il faut donner conjointement, si on le peut, dans le bulletin des décès, les causes immédiates et médiates de la mort. Il est encore très différent, au point de vue politique et médical, de savoir si une hémorrhagie est produite par une plaie accidentelle, objet d'un crime, par un état pathologique du corps, par l'accouchement, etc.; de même, un individu affecté de fièvre typhoïde peut mourir par une pneumonie, une perforation de l'intestin, par décubitus. La statistique politique doit conserver ici l'unité morbide de la fièvre typhoïde, malgré la diversité des causes immédiates de la mort; mais, pour le médecin, il est d'un très grand intérêt de savoir le degré de léthalité de la maladie dans diverses conditions.

Ces exemples, dont nous pourrions facilement augmenter le nombre, devront suffire pour montrer qu'il ne suffit pas d'avoir une seule liste des causes de décès, mais qu'il faut dresser une liste double, l'une pour les causes médiates, l'autre pour les causes immédiates. Cette distinction deviendra d'autant plus nécessaire, qu'on s'habituera à étendre le nombre des autopsies, ce dont l'un de nous s'est déjà convaincu dans un endroit (Würzburg en Bavière), où l'on fait l'autopsie de la grande majorité des cas ; — habitude, du reste, plus généralement acceptée en Allemagne. L'anatomie pathologique, en révélant les causes immédiates de la mort dans beaucoup de cas où l'observation clinique ne peut pas déterminer l'altération spéciale produite par la maladie, change entièrement le caractère de la statistique médicale. On sait, par exemple, aujourd'hui, par les observations de MM. Baron, Dubini et Paget, qu'il y a une espèce de mort subite par l'oblitération de l'artère pulmonaire, altération impossible à diagnostiquer pendant la vie. L'un de nous a prouvé que l'obstruction de l'artère pulmonaire est secondaire et est produite par le détachement de caillots primaires formés dans les veines. Ainsi, nous avons 1° cette coagulation du sang dans les veines, la phlébite, ou plutôt la thrombose, méconnaissable pendant la vie comme affection primitive, 2° l'obstruction de l'artère pulmonaire comme affection secondaire et comme cause immédiate de la mort.

Résumons enfin nos propositions dans les conclusions suivantes :

1° Constatation des décès par des médecins.

2° Usage de la langue latine dans les bulletins de décès exécutés par les hommes de l'art.

3° Formules de bulletins à l'instar de ceux qui sont en usage en Angleterre.

4° Liste double des causes immédiates et médiates de la mort.

5° Abstention complète de législation en fait de nomenclature ou de système médical.

6° Classification la plus générale possible, non préjudiciable au progrès de la science et accessible aux capacités moyennes ou peu exercées.

Voilà les observations et remarques que nous avons cru devoir faire relativement aux difficultés et controverses qui ont été soulevées. Le départ de M. Virchow ayant eu lieu avant la clôture du Congrès, il me reste à poursuivre et le compte rendu des derniers jours et l'introduction des propositions spéciales et détaillées, avec les motifs des auteurs et les miens.

(*La suite prochainement.*)

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Nouveau signe pour servir au diagnostic des concrétions fibrineuses du cœur, par M. Lavirotte.

Il n'existe pas, dans l'état actuel de la science, de signe positif, ni même de symptôme un peu significatif, des concrétions fibrineuses du cœur. Une extrême irrégularité des battements, survenue tout à coup ; le caractère sourd et comme étouffé de l'un des bruits ou de tous les deux, caractère signalé par M. Legroux dans sa thèse inaugurale ; parfois un bruit musical, plaintif, plus ou moins analogue au *piaulement ;* voilà à peu près l'ensemble de phénomènes qui peut rendre probable l'existence d'une concrétion cardiaque. Nous ne voulons pas parler des petits noyaux sanguins qui s'attachent aux valvules, mais bien des dépôts fibrineux qui occupent les cavités mêmes de l'organe, et c'est de celles-là aussi qu'il s'agit dans le travail de M. Lavirotte. L'auteur aurait donc rendu un notable service, s'il avait découvert un signe qui pût, suivant ses expressions, « donner au diagnostic de cette maladie un degré de certitude égal à celui des autres affections du cœur. » Or, voici textuellement l'observation sur laquelle il s'appuie.

Obs. — Un homme couché au n° 23 de la salle de la Clinique médicale, convalescent d'une bronchite aiguë, mourut en cinq ou six heures avec les symptômes suivants : Battements du cœur tumultueux, irréguliers, assez énergiques. Pouls petit, filiforme. Veines jugulaires congestionnées, comme variqueuses, présentant le pouls veineux au plus haut point ; face violacée ; enfin, *sonorité exagérée de la poitrine*, unie à des *bruits respiratoires normaux.*

Autopsie. — Tous les organes étaient gorgés de sang veineux, comme chez les sujets morts d'asphyxie. Les poumons seuls faisaient exception. Ils étaient parfaitement sains, mais exsangues. Jamais je n'avais encore rencontré cet organe aussi privé de sang. Le cœur gauche ne présentait aucune lésion ; mais les cavités droites étaient remplies par un énorme polype (concrétion sanguine) qui envoyait des ramifications dans les veines caves et dans l'artère pulmonaire. (*Gaz. méd. de Lyon*, 30 sept. 1855.)

— Ainsi, le signe recommandé par l'auteur consiste en ceci, que la sonorité du thorax est exagérée, bien que le bruit respiratoire soit normal. Il est dit plus loin que la respiration reste *facile*, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de signes rationnels d'asphyxie. Et l'explication de cet état de choses se devine. Le sang veineux arrivant de partout vers les cavités droites, n'y peut plus pénétrer ; de là le pouls veineux et la coloration violacée de la face. Le cœur droit ne recevant plus de sang noir, n'en peut plus envoyer au poumon, qui continue néanmoins à se débarrasser en grande partie, par le cœur gauche resté libre, de celui qui a subi le travail de l'hématose ; de là l'exagération de la sonorité thoracique, sans bruits respiratoires anormaux ; de là aussi l'absence d'asphyxie, puisque le poumon, loin de ne pouvoir suffire à l'oxygénation du sang noir, n'a pas assez de sang pour l'oxygène qu'il est en mesure de fournir.

Il serait aisé, si l'on ne s'en rapportait qu'à la description de M. Lavirotte, de contester que la concrétion ait été formée pendant

la vie. On rencontre souvent chez des sujets exempts de toute affection du cœur d'énormes concrétions sanguines, emplissant le ventricule et l'oreillette et se prolongeant même dans les veines caves. C'est le caractère anatomique de la concrétion et le mode de rapport qu'elles ont avec les parois des cavités qui aident à décider si elles sont ou non posthumes. Or, l'observation est absolument muette sur ce point essentiel. Néanmoins l'absence de toute autre altération dans les viscères principaux, et la relation physiologique des symptômes observés avec la particularité anatomique présentée par le cœur, peuvent être regardées comme équivalant à une démonstration directe. Cela admis, on croira aisément au signe indiqué par l'auteur et à l'explication qu'il en donne. Seulement il faudrait ajouter, et ce serait encore à l'avantage du diagnostic, que ce signe doit appartenir exclusivement aux concrétions des cavités droites, puisque, si c'étaient les gauches qui fussent oblitérées, le sang noir continuerait d'affluer dans les poumons sans pouvoir revenir par les veines pulmonaires, et, par suite, le son thoracique s'obscurcirait. Peut-être enfin y a-t-il quelque raison de douter que, dans l'observation citée, le bruit respiratoire soit resté *absolument* normal. Dans les cas de diverse nature où l'on est autorisé à supposer que le poumon contient relativement peu de sang (après de fortes hémorrhagies, par exemple), le murmure respiratoire est ordinairement affaibli. C'est une réserve qui n'a d'ailleurs pas grande importance dans l'espèce.

Sur le danger du sulfate de quinine et des excitants dans le traitement de la fièvre typhoïde, par le docteur JULES CONTÉ.

Le travail de M. Conté, qui n'est que l'amplification d'une note adressée par lui à l'Académie des sciences il y a plus de deux ans (3 septembre 1853), a spécialement pour but de discréditer l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre typhoïde, car il n'y est question que pour mémoire des excitants généraux. L'auteur commence par rappeler, aux termes de sa lettre à l'Académie, que, dans plusieurs localités de Lot-et-Garonne, où la fièvre typhoïde régnait épidémiquement, le traitement par le sulfate de quinine a donné une plus grande proportion de décès que les autres médications. « A Moirac, il y a eu 32 malades : 18 ont pris du sulfate de quinine, il en est mort 4 ; 14 ont été traités par d'autres moyens, purgatifs salins, antiphlogistiques ; il en est mort 1. » Puis, invoquant l'opinion de MM. Littré, Louis, Bouillaud et Andral, opinion peu favorable à la médication excitante, M. Conté essaie de montrer que le sulfate de quinine ne peut qu'aggraver le mal, puisqu'il produit les deux genres de symptômes qui prédominent dans la fièvre typhoïde, à savoir, la diarrhée et des accidents cérébraux. Finalement, il croit, avec MM. Trousseau et Pidoux, qu'en général l'indication des *excitants* n'existe que sur le déclin des affections aiguës, et, avec M. Louis, que, pour ce qui concerne la fièvre typhoïde, « les circonstances les plus favorables à l'action des *toniques* sont un pouls calme, puis de moins en moins accéléré, une diarrhée légère, l'absence de météorisme. » (*Gazette médicale de Paris*, 6 octobre 1855.)

— Nous ne sommes pas des partisans bien ardents de la médication quinique appliquée à la fièvre typhoïde, c'est-à-dire de la médication dont le sulfate de quinine est l'agent principal ; ce qui a été fort vanté dans ces derniers temps. Nous croyons que les résultats en ont été fort exagérés et que ce qu'on a pris pour des fièvres typhoïdes *avortées* n'était que des fièvres muqueuses simples, naturellement bénignes et de courte durée. Mais les raisons alléguées par M. Conté ne nous paraissent pas toutes admissibles ; et, de plus, le sulfate de quinine a droit certainement, dans le traitement de la fièvre typhoïde, à plus de place qu'il ne lui en accorde. D'abord le sulfate de quinine n'est pas un excitant général : son action varie beaucoup avec la dose employée ; légèrement tonique avec une faible dose, elle devient déprimante et hyposthénisante avec une dose plus forte. Si le sulfate de quinine n'agissait que comme tonique et excitant, M. Conté serait tenu de le proscrire *hic et nunc* du traitement du rhumatisme aigu, et même de prouver que le remède aggrave invariablement la maladie. Le sulfate de quinine, ajoute-t-il, provoque la diarrhée, et la diarrhée est un symptôme de la fièvre typhoïde. Mais les *purgatifs* la donnent bien plus encore, et pourtant il en oppose les bons effets aux effets désastreux du sulfate de quinine. Évidemment, la question ne doit pas être posée dans ces termes restreints. Il se peut, comme le dit M. Littré, que la médication quinique, appliquée *in globo* à toutes les fièvres typhoïdes, donne de plus mauvais résultats que tout autre mode de traitement, mais aussi le sulfate de quinine peut remplir avec avantage des indications particulières, en dehors des conditions mentionnées plus haut. Il y a des cas où l'administration du sulfate de quinine à petites doses répétées (5 centigr. par heure, jusqu'à concurrence de 60 centigr.), non-seulement ne porte aucune excitation au cerveau, mais fait même cesser rapidement le délire. Ces cas sont ceux où le délire coïncide avec un pouls faible, concentré, une température peu élevée de la peau, du météorisme intestinal sans douleur à la pression, sans gargouillements trop prononcés ; ceux, en un mot, où la perturbation mentale ne paraît pas être l'effet d'une violente réaction ou d'une altération encéphalique. Dans d'autres cas, bien différents des premiers, où la peau est brûlante, le pouls élevé et rapide, l'angoisse générale considérable, le sulfate de quinine peut faire tomber tous ces symptômes, mais à la condition d'être administré à haute dose (1 à 2 grammes par vingt-quatre heures). Il faut seulement reconnaître que cette pratique n'est pas sans dangers. La sédation qui suit l'effet quinique peut dépasser les bornes indiquées et aller jusqu'à une prostration fâcheuse. Mais cet inconvénient n'est pas fatalement inhérent au remède et n'autorise pas surtout à le repousser comme *excitant*.

Cas remarquable de polydactylie, par M. MARTINEZ Y MOLINA.

L'auteur raconte avoir observé deux filles jumelles, nées à terme d'une mère parfaitement conformée. Elles offraient toutes les deux entre elles une grande ressemblance. Or chacune avait six doigts aux mains et l'une d'elles également six orteils. Ce doigt surnuméraire était implanté sur le cinquième et suivait une direction parallèle à la sienne, excepté chez l'un des deux sujets, aux mains, où il était à angle droit avec l'annulaire. Ces doigts, régulièrement conformés, avaient leurs trois phalanges, excepté un seul qui n'en présentait que deux (la seconde et la troisième). Celui-ci n'avait de continuité avec la main que par un pédicule cutané.

Ce phénomène tératologique avait eu un antécédent dans la progéniture de cette femme, laquelle avait déjà eu d'un frère de sa mère un enfant sexdigitaire de l'une des mains. Cette circonstance d'un mariage entre deux parents d'un degré aussi rapproché offre-t-elle une explication de la difformité ? L'exemple des sourds-muets, naissant si souvent dans de pareilles conditions, conduit à regarder cette explication comme plausible. (*El Siglo medico*, 17 juin 1855, p. 187.)

Fracture secondaire d'un membre qui s'était originairement consolidé avec un raccourcissement considérable, par M. WIBLIN.

L'observation suivante est un admirable exemple du pouvoir de l'art corrigeant ses propres erreurs ; c'est un encouragement à proposer à tous les chirurgiens qui, dans des cas semblables, sont retenus par le sentiment de leur responsabilité et par la perspective des difficultés de tout genre inhérentes à une entreprise de cette nature. Nous supposons, bien entendu, que l'opération est, comme dans le cas présent, demandée par la malade.

OBS. — Un jeune homme de vingt-trois ans avait eu la cuisse gauche fracturée vers sa partie moyenne par une cause directe, mais sans plaie des téguments. Il fut mis en appareil. Au bout de deux mois et demi, la consolidation était obtenue, mais avec un raccourcissement de 8 à 10 centimètres. La famille, mécontente de ce résultat, menaçait d'un procès le chirurgien, si l'on ne parvenait à rendre au membre sa longueur naturelle.

M. Wiblin, appelé en consultation avec M. Skey et plusieurs confrères, considérant : 1° que la consolidation était, à ce moment, déjà complète depuis dix semaines ; 2° que le patient pouvait se servir de son membre pour marcher, aptitude que le temps ne ferait sans doute qu'augmenter ; 3° que produire et consolider une nouvelle fracture n'offrait pas de médiocres obstacles à surmonter, ne rendirent d'abord qu'une réponse dilatoire. Mais, pressés par de nouvelles instances, ils durent se mettre à l'œuvre.

Le malade étant attiré au bas de son lit, M. Skey se saisit du membre, et, appuyant avec force son genou sur le lieu de la fracture, il parvint à produire la rupture, qui se fit avec un bruit très sensible. La principale difficulté consista à allonger ensuite les muscles raccourcis. On y travailla séance tenante pendant deux heures, sans obtenir un résultat apparent bien sensible. (Le patient avait été, pendant ce temps, mis sous l'influence du chloroforme, dont on ne consomma pas moins de 90 grammes.)

Des tractions continuées et maintenues les jours suivants réalisèrent dans sa plénitude le but désiré. Au bout de sept semaines, le membre était consolidé, et ses dimensions normales sont aujourd'hui si bien rétablies, que le sujet n'a pas même besoin de porter de ce côté de chaussure à talon élevé. (*The Lancet*, 21 juillet 1855, p. 49.)

Ostéides du poumon, par le docteur Nusser.

Nous avons signalé, il y a peu de temps, les recherches de M. le professeur Forget (de Strasbourg), sur la phthisie osseuse ou sur les ostéides du poumon. Voici un fait du même genre, communiqué à l'une des sociétés médicales de Vienne par le docteur Nusser.

Obs. — Un avocat mourut dans sa soixante-quinzième année. Dans sa jeunesse, atteint d'hémorrhoïdes, il eut plusieurs pneumonies. A l'âge adulte, il souffrit beaucoup d'accidents du côté du foie, d'hypochondrie, et enfin, à une époque plus avancée de la vie, de symptômes d'une hypertrophie du cœur, sans gêne de la respiration. On eut recours à des émissions sanguines pour faire cesser les étourdissements et les syncopes. Une hémorrhagie nasale et pulmonaire intense fut la cause d'une anémie et d'un marasme profond qui se termina par la mort.

A l'ouverture du cadavre, on constata une hypertrophie du cœur avec une ossification considérable des valvules aortiques, qui, roulées sur elles-mêmes, étaient adhérentes aux parois artérielles ; l'orifice lui-même était considérablement rétréci et permettait à peine le passage d'une plume d'oie. L'aorte ascendante était anévrysmatique ; son calibre était trois fois plus considérable que celui du vaisseau normal ; ses parois étaient incrustées de concrétions calcaires. L'artère pulmonaire était aussi considérablement dilatée. Le poumon ne présentait aucune trace de tubercules ; le lobe supérieur du poumon droit, dur et ferme, hépatisé, contenait dans son centre deux concrétions dures, difficiles à énucléer ; elles étaient d'un blanc jaunâtre ; la plus grosse pesait 12gr,75, la deuxième 1gr,20. A l'analyse chimique, on les trouva composées de phosphate et de carbonate de chaux, de carbonates de magnésie avec quelques traces de fer, de silice et de substance organique.

Cette concrétion a paru au professeur Rokitansky être une ossification d'une substance amorphe ou d'un tissu cellulo-fibreux dont le début daterait déjà de longues années, et avoir été la cause des pneumonies nombreuses qui ont frappé le malade.

Ces travaux simultanés sur les concrétions du poumon, en France et en Allemagne, mettent en doute plusieurs faits admis généralement depuis Laënnec et ses successeurs. (*Wiener Med. Wochens.*, 1855, n° 28, p. 442.)

Perforation de l'appendice vermiforme ; altération concomitante des parois du tube digestif. — Dégénérescence polypeuse de tout le gros intestin ; extrait de la *Revue clinique* du professeur H. Lebert, de Zurich.

Les professeurs des grandes universités allemandes ont la louable habitude de publier le compte rendu de leurs services cliniques ; notre ami M. Lebert, fidèle à cette tradition, nous a donné un résumé de tous les faits observés à sa clinique. Nous en extrayons quelques faits intéressants.

La perforation de l'appendice iléo-cæcal a été observée trois fois dans le courant de la même année. Comme dans les autres faits connus, la maladie se manifestait par des symptômes d'une péritonite intense : vomissements, douleur dans la région du cæcum, pouls accéléré, petit, filiforme ; simultanément une grande anxiété et altération de la face. Dans aucun de ces trois cas on n'a vérifié cette assertion que la péritonite reconnaît pour cause l'arrêt de corps étrangers dans l'appendice, la perforation de ses parois et leur pénétration ultérieure dans le péritoine. Dans tous les cas observés, M. Lebert a constaté une inflammation diphtérithique des parois de l'appendice ; on remarquait, en outre, entre les tuniques muqueuse et séreuse, de petits abcès du volume d'un pois, dont deux avaient perforé la tunique interne. Ces abcès peuvent devenir la cause de la perforation.

Dans un autre fait, il s'agit d'une dégénérescence polypeuse de tout le gros intestin, observée chez une femme de trente-sept ans, qui depuis un an était atteinte d'une diarrhée réfractaire à tout traitement. A l'ouverture du cadavre, on trouva sur la muqueuse du gros intestin un grand nombre de petits polypes grisâtres, colorés en noir. Ces saillies polypeuses étaient formées par une hypertrophie de toutes les tuniques. Ces faits sont rares et paraissent se rattacher à l'entérite chronique. Plusieurs cas analogues se trouvent publiés dans les *Bulletins de la Société anatomique* par MM. Corvisart, Leudet, X. Richard. M. Leudet en a, il y a quelques années, communiqué un exemple analogue à M. Lebert. Ce entérites paraissent être, sous cette forme, réfractaires à tout traitement. (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 26, p. 288.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité clinique et pratique des maladies des enfants, par MM. E. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite de Paris, et F. Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève ; ouvrage couronné par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine. — 2e édition. Paris, chez Germer Baillière.

Il y a douze ans que paraissait la première édition du *Traité des maladies des enfants*, de MM. Rilliet et Barthez. Bien que cet ouvrage sortît de la plume d'hommes jeunes et n'ayant guère encore que la réputation d'élèves distingués ; bien que sa forme un peu sèche ne fût propre à exercer aucune séduction par elle-même, que la clinique de l'hôpital des Enfants en fît exclusivement et notoirement les frais, peu de livres ont obtenu un succès plus durable, plus mérité et moins contesté ; et, quoique son étendue pût être un obstacle à sa vulgarisation, il a fallu en publier une seconde édition.

Cette seconde édition est, sous certains rapports, un livre nouveau, quoique le plan primitif, les divisions et une grande partie de la rédaction en aient été conservés ; de même que les auteurs sont eux-mêmes comme des hommes nouveaux, quoiqu'ils n'aient rien perdu de leurs habitudes de travail consciencieux et de scrupuleuse exactitude, et qu'ils n'aient rien à répudier de leurs observations et de leurs études passées. En effet, ce que l'on pourrait reprocher à leur première édition fait le mérite de celle-ci.

Le *Traité des maladies des enfants* était, avant tout, un ouvrage numérique. Conçu et exécuté dans un service d'hôpital, il offrait les qualités et les défauts de cette médecine aride, impassible, qui semble se passer en dehors du monde intellectuel et affectif, et dont les constatations anatomiques paraissent être le complément naturel. Cette sorte de médecine, excellente école, mais enseignement incomplet, se prête parfaitement à la méthode dite exacte ou numérique, froide, compassée comme une rangée de lits d'hôpital ; méthode qui se prêtait elle-même surtout à préparer un très bon cadre à la seconde édition dont nous avons à rendre compte.

Les habiles auteurs du *Traité des maladies des enfants* l'avaient bien compris ainsi. Trop sages pour chercher à dépasser d'abord les limites de leur expérience laborieuse, mais restreinte, ils étaient trop intelligents pour ne pas sentir tout ce qui manquait à leur œuvre en couleur et en dessin. Ils se trouvaient, après plusieurs années, en mesure de la compléter. Mûris par la pratique sur de

vastes théâtres, par le développement naturel de leurs études et de leurs propres facultés, ils ont pu marquer leur travail d'un cachet nouveau et l'enrichir de tout ce qu'ils avaient acquis. Cette évolution, subie par leur ouvrage et par eux-mêmes, ils l'ont exprimée en meilleurs termes que nous ne pourrions le faire ; aussi les laisserons-nous parler un instant :

« ..... La manière dont nous avions envisagé notre sujet dans la première édition de ce traité nous a valu le reproche d'être trop anatomistes ; on nous blâmera peut-être aujourd'hui d'avoir réservé une trop grande place aux questions de doctrine et à l'étiologie.

» Nous regardons toujours cette partie de la médecine comme une des plus précieuses conquêtes de la science moderne.... Mais à mesure que les années s'écoulent, à mesure aussi l'horizon s'étend, l'esprit s'élargit, et l'on se demande si l'influence de préoccupations trop exclusivement anatomiques n'a pas souvent fait prendre l'effet pour la cause, le résultat de l'affection pour l'affection elle-même....

» Aujourd'hui, guidés par ce principe que la nature est avare de causes et prodigue de résultats, nous sommes convaincus que les maladies locales, si nombreuses, et, d'après les idées dominantes, si nettement séparées, ne sont le plus souvent que le résultat d'un petit nombre d'états morbides généraux.

» La médecine française tend évidemment à s'engager dans cette voie, et après s'être illustrée, pendant la première moitié de ce siècle, par l'étude des maladies des organes, elle signalera ses progrès futurs en s'attachant à caractériser les affections générales. Pour un grand nombre de maladies, l'importance de l'état local ira chaque jour en s'effaçant devant celle de la cause.... »

Cette dernière déclaration a tout une portée doctrinale, et aurait pu être, sans inconvénient, développée davantage. Il est vrai que, par un sentiment de modestie exagérée, à l'instar de Stoll, les auteurs du *Traité des maladies des enfants* se défendent de toucher aux fondements de l'édifice scientifique, et récusent le rôle d'architectes, pour s'en tenir à celui, plus humble, de simples ouvriers ; mais nous n'en croyons pas moins qu'ils ont manqué à une partie de leur tâche, en ne faisant pas servir à la philosophie de la médecine ce qu'ils ont acquis à leur esprit et gagné à leurs convictions.

C'est un tort plus commun qu'on ne pense, chez les meilleurs esprits, de s'imaginer qu'il faut étroitement restreindre au cadre tracé d'avance les développements où les sujets rencontrés pourraient les entraîner.

Par exemple, cette question de la prédominance de l'état général sur l'état local, question qui renferme le commencement et la fin de toute maladie, c'est-à-dire sa pathogénie et son traitement, cette question est surtout à sa place dans un traité des maladies des enfants ; car on peut établir, il nous le semble au moins, que les maladies ont un caractère de généralité d'autant plus prononcé que l'âge est moins avancé ; si bien que, presque toujours générales dans l'enfance, elles deviennent le plus souvent locales dans la vieillesse. Aux deux termes de la vie, le contraste est frappant et singulièrement instructif.

Quelque restriction qu'on veuille lui donner, nous tenons cette proposition pour vraie. C'était bien le lieu de la développer sans doute ; mais l'ouvrage porte un peu la peine de son premier caractère : les généralités ont de la difficulté à y pénétrer ; elles demeurent trop dans la pensée des auteurs.

Prenons pour exemple la *diphthérite*. Nous trouvons bien un chapitre très complet et très pratique, et très bien fait, sur la laryngite pseudo-membraneuse, sur la pharyngite pseudo-membraneuse ; l'anatomie pathologique, les caractères de la maladie, le traitement surtout, sont exposés avec de grands détails et un soin tout à fait remarquable. Mais tout cela ne saurait donner une idée suffisante de la maladie *diphthérite*, cet état pathologique que son génie particulier distingue de tout autre et marque à part dans le cadre nosologique. Quelques lignes dans les *préliminaires* sur les catarrhes et les phlegmasies, plus loin sur la diphthérite cutanée, ne comblent en rien cette lacune.

Il fallait bien faire la part de la critique : d'ailleurs, le *Traité des maladies des enfants* a de trop excellents mérites pour qu'il ne convienne pas d'en faire ressortir le côté faible. En faisant cela, la critique a moins pour objet d'émettre un jugement sur l'œuvre en question, que de donner un avis pour les œuvres à venir. Mais c'est souvent plus une question de méthode, que de caractère ou de génie personnel chez l'écrivain. La méthode devrait toujours être notre esclave ; mais combien souvent nous laissons-nous asservir par elle !

Les mérites du *Traité des maladies des enfants* sont bien connus ; car ce sont eux, et eux seuls, chose rare, qui ont fait la fortune du livre. C'est une description très exacte et très complète des maladies ; c'est une grande certitude dans les conclusions, un développement inusité donné à la partie thérapeutique, une excellente critique en particulier, et qui donne de la vie aux observations et aux chiffres.

Un grand nombre de chapitres ont été retouchés dans cette nouvelle édition, pour y introduire les recherches ultérieurement faites et y ajouter les résultats de l'expérience multipliée des auteurs. Un certain nombre sont entièrement nouveaux, ceux, en particulier, qui concernent les maladies de la première enfance. Il n'est pas nécessaire d'énumérer ces différents chapitres, non plus que de retracer ici le cadre d'un ouvrage bien connu.

Nous ajouterons seulement qu'aucune page de ce livre, susceptible d'une correction ou d'une addition quelconque, n'a été négligée par les auteurs ; et en cela ils ont fait preuve d'un respect pour leur propre ouvrage et pour le public médical, qui assure à cette nouvelle édition l'accueil qu'avait mérité la première.

Durand-Fardel.

VI.

VARIÉTÉS.

— Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris est composé comme suit, sauf récusations : *Juges* : MM. Bouillaud, Natalis Guillot, Vernois, Richet et Desormeaux. — *Suppléants* : MM. Beau et Maisonneuve.

— Par suite de la mort de M. le docteur Valleix, les mutations suivantes ont eu lieu dans le personnel des hôpitaux de Paris : M. le docteur Becquerel passe de l'hôpital la Riboisière à l'hôpital de la Pitié ; M. le docteur Hérard, de l'hôpital Saint-Antoine à l'hôpital la Riboisière ; M. le docteur Moutard-Martin, de la direction des nourrices à l'hôpital Saint-Antoine ; M. le docteur Bergeron, de l'hospice la Rochefoucauld aux nourrices ; M. le docteur Séc, médecin du bureau central, est nommé à l'hospice La Rochefoucauld.

— M. le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de Paris nous prie d'annoncer que la distribution des amphithéâtres de l'École pratique, pour le semestre d'hiver, aura lieu le mercredi 24 octobre, à midi précis, dans une des salles de l'École de médecine.

A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Livres nouveaux.

Rapport sur la collection des eaux minérales de la Savoie pour l'exposition universelle de 1855, par *Ch. Calloud*. In 8 de 22 p. Chambéry, Puthod.

Du tremblement des mains et des doigts, et description de deux machines orthopédiques à l'aide desquelles les malades amputés du poignet peuvent écrire, par le docteur *J.-J. Cazenave*. In-8 de 80 p., avec 6 fig. Paris, J.-B. Baillière.

Climate, Weather and Disease : Being a Sketch of the Opinions of the most celebrated Ancient and Modern Writers with regard to the Influence of Climate and Weather in Producing Disease (Le climat, le temps et la maladie), par *A. Haviland*. In-8. Londres, chez Churchill. 10 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

Paraît tous les Vendredis — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — Prix : 24 francs par an

TOME II. — PARIS, 26 OCTOBRE 1855. — N° 43.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 18 octobre 1855, M. le docteur René Briau est nommé bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine, en remplacement de M. Ozanam, dont la démission est acceptée.

— Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 22 octobre 1855, sont nommés professeurs de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Mulhouse, les fonctionnaires dont les noms suivent :

Physique. — M. Pénot, docteur ès sciences, officier de l'Université, régent des sciences physiques au collége de Mulhouse.

Histoire naturelle. — M. Delbos, docteur ès-sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Bordeaux.

M. Schutzemberger, ancien préparateur du cours de chimie appliqué à la teinture, au Conservatoire impérial des arts et métiers, est chargé de l'enseignement de la chimie à l'École professionnelle de Mulhouse.

M. Pénot, professeur de physique, est nommé directeur de l'École.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 25 octobre 1855.

LES EXUTOIRES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Malgaigne est un terrible jouteur ! N'a-t-il à sa disposition qu'un tout petit argument, il le manie si prestement et avec une telle vigueur, qu'on dirait une massue. N'en a-t-il aucun, il sait si bien vous entraîner par la fougue de sa parole et les amusantes excentricités de sa mimique, que la question est bientôt hors de vue, et que vous ne songez plus guère qu'à écouter. Essayez-vous de vous mettre en travers avec une raison, avec un fait, votre raison n'a rien à prétendre quand il s'agit d'expérience; votre fait, ce n'est qu'une assertion. Où sont vos preuves ? Combien d'observations ? Citez-vous de

FEUILLETON.

Congrès international de statistique.

Partie nosographique. — (Voy. les nos 39 et 40, t. II.)

Le désir ayant été exprimé d'avoir un compte rendu de tous les travaux du Congrès qui se rapportent directement et expressément aux sciences médicales, nous allons essayer d'exposer brièvement les discussions qui ont eu lieu et les vœux qui ont été formulés pour la statistique des épidémies, de l'aliénation mentale, du crétinisme et de l'idiotie. Ce sont là des lambeaux, des membres épars d'une *statistique générale des maladies* qui affligent l'espèce humaine ; important travail dont l'âge présent semble vouloir laisser l'honneur à ceux qui le suivront. Quoi qu'il en soit, les espèces ci-dessus indiquées devront sans doute l'avantage d'être les premières enregistrées à la soudaine intensité de leur action, à l'impression dont leur présence frappe le public, et surtout à ce qu'elles exigent l'intervention de l'administration, et, par suite, des registres de comptabilité. Nos savants n'ont pas tardé à s'apercevoir que le dépouillement de ces registres pourrait leur offrir de précieuses données, propres à fixer certains points de discussion et à en faire naître d'autres : de sorte qu'aujourd'hui les hommes spéciaux ne contestent plus l'importance des études statistiques, quand elles ont le double avantage de porter sur des objets bien définis et sur de grands nombres, etc. Mais si l'on nous demandait pourquoi, tandis qu'on trouve utile à la science de dresser la statistique du choléra, des typhus, des fièvres éruptives épidémiques, etc., on change d'avis lorsqu'il s'agit des affections scrofuleuses, tuberculeuses, cancéreuses, des fièvres non épidémiques, des phlegmasies, etc., etc., nous serions obligés d'avouer en toute humilité notre ignorance sur ces savantes préférences. Contentons-nous donc simplement d'enregistrer les vœux acquis à la science, sans aspirer prématurément à ceux qu'elle attend encore.

STATISTIQUE DES ÉPIDÉMIES.

La commission médicale, chargée de l'examen de cette question, avait à donner son avis sur le questionnaire présenté par la commission centrale française, et à proposer les modifications, partielles ou totales, qui lui sembleraient indiquées par les besoins de la science. M. le docteur Tholozan, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été chargé du rapport, et il s'en est acquitté avec une netteté et une élégance qui font grand hon-

mémoire? Avez-vous des notes? Combien de fois votre remède vous a-t-il réussi? Comment démontrez-vous que les efforts de la nature ne sont pour rien dans le succès? Et ainsi, de difficulté en difficulté, vous arrivez à ne plus savoir que répondre.

E però si muove, et pourtant les exutoires et les moxas ont leur mérite. Si l'aiguille à séton et le cautère actuel ne sont pas précisément dignes d'*aller au Capitole* dans la poche de M. Bouvier, il n'y a pas lieu non plus de les reléguer, avec les vieilles dagues, dans les musées antiques. Que l'on déshabille le long et brillant discours de M. Malgaigne, et l'on n'y trouvera, en fin de compte, que deux arguments. D'une part, le séton a été tour à tour vanté et décrié, et ses partisans ont commis des énormités scientifiques suffisantes pour ôter tout crédit à leur témoignage; d'autre part, il n'existe pas dans les annales de la science un corps d'observation d'où l'on puisse logiquement conclure à l'efficacité du séton. Pourquoi M. Malgaigne, qui, à l'avant-dernière séance, avait lui-même fait entrer les exutoires en masse dans la discussion, ne s'attaque-t-il maintenant qu'à l'un d'entre eux, se contentant, à l'égard des autres, d'un jugement sommaire? Pour suivre, sans doute, pied à pied M. Bouvier et M. Velpeau, qui, en effet, se sont presque exclusivement occupés du séton. Mais M. Bouvier, qui ouvrait la marche, était libre de poser la question comme il l'entendait; M. Velpeau, qui le suivait, avait le droit de la reprendre dans les mêmes termes; pourquoi M. Malgaigne, qui avait trouvé ces termes trop limités, s'y restreint-il à son tour? Il promet bien pour quelque jour une sortie contre le feu et la potasse caustique: à la bonne heure; nous tâcherons pour notre part d'y assister; mais nous eussions préféré qu'il l'eût faite tout de suite?

Ce n'est pas une vaine chicane que ce reproche. On va voir qu'il touche à ce qu'il y a d'essentiel dans la question. Ce qui est en cause, c'est l'utilité des exutoires: M. Malgaigne s'empresse de le déclarer. Donc, l'histoire de la chirurgie ne sera pour lui, que si elle montre un discrédit attaché avec quelque persistance à l'emploi, non plus seulement du séton, mais des cautères, des vésicatoires, des moxas. La littérature médico-chirurgicale ne sera pour lui, que si l'observation écrite fait défaut à l'égard de tous les exutoires. Et si ces deux preuves ne sont pas fournies; si, au contraire, l'efficacité de certains exutoires reste acquise, ce ne sera pas, il faut l'avouer, une mince présomption en faveur de l'utilité du séton. Or, quant au premier point, l'historique de M. Malgaigne est manifestement incomplet; et, quant au second, nous serions bien surpris, si, dans les dépôts d'observations, on ne trouvait pas de quoi légitimer, par exemple, l'application de cautères ou de vésicatoires à demeure.

Mais cette rigueur de démonstration, cette production de pièces, cette statistique, si instamment réclamées par l'orateur, sont-elles bien nécessaires? Parce qu'il n'a pas été prévu que l'utilité des exutoires serait contestée devant l'Académie de médecine de Paris, et que personne n'a songé à aligner des chiffres, l'observation se présente-t-elle réellement les mains vides? Dans quelle proportion faut-il réussir, pour que l'action du séton devienne évidente? Dans un tiers au moins des cas, répond l'orateur. Ainsi, parce que, sur 18 cas, 9 étaient tels que le séton a dû rester impuissant contre eux, il l'a été nécessairement contre les six autres! Mais qu'est-ce qui vous autorise à cette conclusion? En quoi le caractère de certains faits affecte-t-il le caractère d'autres faits qui n'ont aucune connexion avec les premiers? Dans de telles conjonctures, la statistique peut être un instrument de doute: elle n'est jamais un instrument d'affirmation. Commencez donc par douter que le séton ait joué un rôle dans les six cas de guérison; mais vous ne pouvez vous arrêter là. A côté et au-dessus du nombre des faits, il y a les faits eux-mêmes, qui peuvent porter en eux leur réelle signification. Une céphalalgie, une somnolence, des étourdissements datant de plusieurs années et ayant résisté à une foule de moyens, commencent à diminuer quand la suppuration s'établit dans un séton posé à la nuque; une arthralgie en voie de progrès continu, malgré bains, cataplasmes, frictions, saignées locales ou générales, s'atténue dans tous ses symptômes après l'application de nombreux cautères autour de l'articulation: est-il besoin d'une certaine proportion de cas de ce genre pour déposer en faveur de l'exutoire? Efforts de la nature, dira-t on, coïncidence, hasard! Fort bien; mais, dans ce système, quel moyen d'asseoir quelque chose de certain en thérapeutique? Sous ce rapport, l'argumentation de M. Velpeau nous a paru pleine de sens et de solidité.

Ce n'est là encore qu'un côté assez vague de la question; car les exutoires en général, et chaque exutoire en particulier, sont loin d'avoir toujours le même mode d'action. A quel titre l'orateur conteste-t-il leur efficacité? A titre de révulsifs, si nous avons bien compris. Mais alors, au lieu de demander à ses adversaires une définition de la révulsion, il aurait mieux fait de la donner lui-même, afin de montrer ensuite que les partisans de cet ordre de moyens ne sauraient y trouver leur compte. Qu'arrive-t-il? Qu'il devient presque

neur à sa plume. Nous essayons de reproduire ici la substance de ce travail. La préoccupation la plus importante de la commission était de savoir quelle étendue on devait donner au questionnaire.

On ne saurait poser de limites aux besoins de la science; mais ses exigences doivent s'arrêter devant les difficultés de la pratique. La science ne se plaint jamais d'être trop riche en renseignements bien recueillis; mais les collecteurs trouvent toujours qu'il y a trop à faire, et enfin il y a une grande inégalité dans le nombre et la qualité des renseignements que l'on peut enregistrer, suivant que l'on se trouve dans un pays avancé ou arriéré, dans une grande ville ou dans une campagne. Là on peut enregistrer chaque jour les moyennes des indications de tous les instruments météorologiques; ici à peine pourra-t-on indiquer chaque jour une donnée approximative de la température et de la direction du vent.

Après discussion, la commission a cru que son programme devait être aussi complet que possible sans cesser d'être pratique, et de pouvoir être facilement rempli dans les grandes villes et chez les nations adonnées aux recherches scientifiques; elle a cru que le but du Congrès n'était pas de faire descendre les forts au niveau des faibles, mais au contraire de fournir à ceux-ci un point d'appui pour s'élever au niveau de ceux-là; qu'il serait toujours loisible à ceux qui ne peuvent fournir tous les renseignements demandés de s'en tenir aux données qui sont à leur portée, en se rapprochant le plus possible du modèle; que, s'il y a encore des États en retard relativement à la statistique, toutes les nations se pressent aujourd'hui pour arriver à mieux faire; que les progrès faits dans cette direction pour la statistique des épidémies sont immenses; qu'il suffit de l'intelligence et de la bonne volonté des gouvernements ou des efforts de quelques particuliers pour arriver en peu de temps à des résultats précieux. La Commission a cru, enfin, qu'il ne fallait pas soumettre les recherches numériques à une sorte de mutilation par laquelle les besoins de la statistique, de la médecine, de la civilisation, des gouvernements, seraient sacrifiés à cause de certaines difficultés ou impossibilités qui sont heureusement presque partout de nature accidentelle et passagère. Elle s'est donc décidée à soumettre à l'investigation le plus grand nombre de questions *accessibles;* car elle insiste sur ce fait que les données les plus difficiles à supputer sont aussi les plus importantes pour la solution des nombreuses questions scientifiques que soulève l'étude des épidémies. Elle a, en conséquence, proposé le programme suivant, qui a été unanimement adopté par le Congrès.

impossible de s'entendre. Si, en effet, on arrange, pour le plaisir de M. Malgaigne, une définition en forme, il peut en contester la justesse; si, restant sur le terrain du fait, on lui montre une affection quelconque guérie par un exutoire, il peut nier que ce soit par révulsion. D'ailleurs, à quoi bon s'entendre avec lui sur le phénomène de la révulsion? Ne s'est-il pas engagé à démontrer l'*inefficacité radicale*, sans réserve, sans tempérament, des cautères et des moxas dans le traitement des arthralgies chroniques?

On voit qu'il y aurait quelque distinction à établir quant à l'indication des exutoires et quant à leur effet. En ce qui concerne l'action révulsive, nous accordons à M. Malgaigne, contre M. Bouvier, qu'elle n'a pas été comprise par les anciens, ou tout au moins par Celse, au sens où nous l'entendons aujourd'hui. Les cautérisations de l'auteur romain, dans certaines maladies oculaires, n'ont évidemment pour objet que de fermer les voies par lesquelles s'écoule la pituite; les deux passages où il est traité de ces maladies nous ont semblé très explicites sous ce rapport. Mais la question n'est pas jugée pour cela. Il reste à savoir si, oui ou non, les exutoires peuvent exercer une révulsion salutaire, ou, pour n'exprimer que le fait, si une affection des yeux, d'une articulation, de la colonne, étant donnée, des exutoires placés à distance de la partie malade sont susceptibles de produire, ou seulement de faciliter, la disparition des accidents. M. Malgaigne ne nie pas le fait, puisqu'il accorde que M. Gerdy a pu, sur lui-même, détourner par un moxa une douleur articulaire déjà ancienne; il s'est montré même fort disposé à accepter ce mode thérapeutique pour les névralgies. Mais ce n'est pas d'une névralgie ou d'un rhumatisme que M. Gerdy affirme s'être guéri; c'est d'une arthrite sèche. Il doit pourtant s'y connaître un peu! Ce ne sont pas des névralgies, ces affections oculaires dans lesquelles M. Velpeau a vu le séton réussir. Mais attendez: l'orateur fait encore une autre concession. Les exutoires pourraient bien n'être pas inutiles contre certaines maladies organiques; seulement leur action s'épuise au bout de peu de jours. En d'autres termes, le travail de suppuration qui s'établit au niveau du cautère ou du séton peut détourner un travail pathologique qui s'opère un peu plus loin (voilà bien la révulsion); mais l'effet cesse quand la suppuration est entièrement établie. Si nous disions que les faits donnent un démenti à cette assertion, M. Malgaigne nous demanderait nos observations et nos chiffres; nous aimons mieux faire remarquer qu'à force de dénigrer les exutoires, en tant que révulsifs, il leur a prêté un certain appui. Les exutoires, a-t-il dit, s'ils ne font pas de bien, font un grand mal; l'économie s'y habitue, et l'on ne peut plus les supprimer sans péril. Eh bien! qu'est-ce que cela signifie? Qu'une affection se déclare quand la suppuration se tarit; donc la suppuration empêchait une affection quelconque de se déclarer; donc celle-ci était retenue et comme enchaînée par la suppuration. Serait-il beaucoup plus difficile et plus extraordinaire qu'elle pût être révulsée? Non; car si la suppression d'un exutoire amène une maladie, et qu'on rétablisse l'exutoire, la maladie disparaît. N'est-ce pas là encore la révulsion? Et notez que M. Malgaigne ayant admis le danger de la suppression des exutoires anciens, ne peut guère contester qu'il y ait avantage à les rétablir.

Nous nous renfermons dans le cercle de la discussion; mais nous l'avons dit dans notre dernier article (n° 41, p. 730), les exutoires proprement dits, et plus encore les moxas non suppurants, souvent employés par MM. Amussat, Bouvier, Guérin, Sédillot, etc., ont d'autres modes d'action, qui ne sont ni les plus rares ni les moins sûrs. Il est d'autant plus à regretter que personne ne s'y soit arrêté que la cause de la thérapeutique avait beaucoup à y gagner.

M. Malgaigne nous pardonnera ces notes discordantes au milieu d'un concert d'éloges; et puisqu'il aime les plaisanteries, et qu'il accuse M. Bouvier de n'y avoir pas *vu clair* quand il a cru se guérir d'une ophthalmie avec un séton, nous le prions de croire qu'il n'entre, dans notre défense des exutoires, aucune *mauvaise humeur*. Doué d'un talent de parole des plus remarquables et d'une extrême habileté d'argumentation, il est de ceux avec lesquels, suivant une de ses expressions, *il faut prendre tous ses avantages*.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE SANG DE LA VEINE PORTE, par C.-G. Lehmann (1).

Mon nom ayant été prononcé plusieurs fois dans ce journal, à l'occasion de la fonction glycogénique du foie, je prendrai la liberté de communiquer ici quelques-uns des résultats fournis par les expé-

(1) Cet article, envoyé en manuscrit à la rédaction de la Gazette hebdomadaire, par l'éminent chimiste de Leipzig, a été traduit de l'allemand par M. J. Béclard.

Questionnaire.

1. Date de l'invasion bien caractérisée de l'épidémie.
2. Date de son entière disparition.
3. Marche de l'épidémie, indiquant son développement jour par jour, depuis l'invasion jusqu'à la disparition; indiquant le nombre des *cas* ou au moins des décès, chaque jour ou au moins le jour de l'apogée.
4. Symptômes de la maladie dans ses diverses phases, comprenant la description exacte des phénomènes morbides au début, à l'apogée, au déclin, les premières et les secondes attaques, les recherches nécroscopiques et les altérations spéciales.
5. Nombre d'individus atteints, par sexe, âge, profession et nationalité; durée du séjour dans la localité; degré d'aisance, habitation salubre ou insalubre; districts ruraux ou urbains, etc.
6. Nombre 1° des décès, 2° des guérisons, avec les détails d'âge, de sexe, de profession, etc. indiqués au n° 5.
7. Nombre des individus traités à domicile, nombre des décès à domicile, et comparaison avec les nombres donnés par les hôpitaux.
8. Relevés de la population avec les détails d'âge, de sexe, etc. (voir n° 5), afin de comparer les rapports des victimes et leur qualité avec la population générale et ses éléments.
9. Durée moyenne de la maladie, par sexe et par âge, séparément, dans les hôpitaux et à domicile, selon qu'elle s'est terminée : 1° par guérison, 2° par décès.
10. Description du traitement le plus généralement suivi dans chaque hôpital, et indication de ses effets au point de vue des guérisons et des décès, en limitant cette comparaison, autant que possible, à des malades du même âge, du même sexe et de professions analogues.
11. Description des lieux envahis, 1° en distinguant les petites villes (depuis 2,000 habitants agglomérés) des grandes; 2° en distinguant aussi les villes des campagnes; 3° en faisant connaître leur orientation, leur situation dans une plaine, dans une vallée, sur une hauteur, en amphithéâtre; leur voisinage d'une masse ou d'un cours d'eau, la quantité et la qualité des eaux qui les alimentent: la composition géologique et minéralogique du sol, l'épaisseur, la texture et la composition des couches de terrains de nouvelle formation; comparer, sous ce rapport, les localités envahies et les localités voisines non envahies.
12. Description et notation, jour par jour, des phénomènes météorologiques qui ont précédé et accompagné l'invasion et les diverses phases

riences récentes que j'ai faites à ce sujet. Il me semble superflu de faire remarquer que, pour résoudre un problème physiologico-chimique, il est nécessaire, avant toutes choses, de s'assurer de la valeur de la méthode mise en usage dans la recherche chimique et dans la recherche physiologique. Peut-être serons-nous assez heureux pour démontrer, par les faits qui vont suivre, que les conditions premières des recherches de cette nature n'ont pas été suffisamment appréciées par les adversaires de M. Cl. Bernard.

En ce qui concerne la base chimique de la question, c'est-à-dire la constatation du sucre dans le sang de la veine porte, on a fait beaucoup de reproches à la méthode employée par M. Cl. Bernard; pourtant (le résultat l'a prouvé), on n'a réussi à démontrer avec une certitude parfaite ni la présence ni l'absence du sucre. En outre, on paraît n'avoir été nullement familiarisé avec les méthodes de recherches que l'auteur de cet article a mises en usage pour constater la présence ou l'absence du sucre dans le sang de la veine porte. Quand on a prétendu, par exemple, que la présence de l'albuminose, ou peptone, s'oppose à la réaction du réactif cuivrique sur les solutions sucrées, on ignorait sans doute que c'est là un fait connu depuis longtemps, au moins par les chimistes allemands. Non-seulement la peptone, mais encore d'autres principes, albumineux ou non albumineux, par exemple certaines matières extractives de l'urine normale, s'opposent à l'action du réactif cuivrique, lorsque la quantité de sucre est peu considérable. Cela veut dire seulement que, par l'ébullition avec le réactif cuivrique, il ne se précipite point alors d'oxydule de cuivre, bien que celui-ci se forme néanmoins; car la solution, qui était d'abord bleue ou violette, devient jaune par l'ébullition, et, en neutralisant la liqueur par l'acide acétique, on réussit souvent à précipiter l'oxydule de cuivre formé. Aussi un chimiste ne se servira-t-il jamais, dès l'abord, du réactif cuivrique pour déceler la présence du sucre dans un liquide animal; mais il n'emploiera à cette recherche que l'extrait alcoolique. Dès l'année 1840, l'auteur de cet article insistait, dans la première édition de son *Traité de chimie physiologique* (t. I, p. 198), sur la nécessité d'employer toujours l'extrait alcoolique d'un liquide animal quelconque, pour y rechercher le sucre qui pouvait y être contenu; il signalait également à la même époque les différents défauts du réactif cuivrique. M. Gorup-Besanez, dans son *Manuel d'analyse chimique* (la première édition de cet ouvrage a paru en 1846), et plus tard M. Bædeker (*Zeitschrift für rationnelle Medicin*, vol. VI, p. 201-206), ont également appelé l'attention des chimistes sur les erreurs auxquelles peut conduire l'emploi mal dirigé de ce réactif, d'ailleurs très utile. Le réactif cupro-tartrique soulève plus d'objections encore que l'emploi de la potasse caustique et du sulfate d'oxyde de cuivre, dont on doit l'idée première à Trommer. La solution tartro-cupro-potassique, longtemps soumise à l'ébullition, donne naissance à des flocons rouges, et c'est surtout le cas, lorsque le vase d'ébullition est chauffé très fortement au-dessus du niveau du liquide. La même solution, lorsqu'elle est restée longtemps en repos (en d'autres termes, lorsqu'elle est ancienne), laisse souvent déposer, lorsqu'on la chauffe, de l'oxydule de cuivre. Cette propriété de la solution tartro-cupro-potassique de précipiter de l'oxydule de cuivre, se montre surtout lorsqu'on a employé à sa préparation de l'acide tartrique impur. Ne réalisons-nous pas, en quelque sorte, cette dernière condition, lorsque nous mélangeons la liqueur d'épreuve avec un liquide animal? Ne peut-il pas se rencontrer, dans ce dernier cas, une substance réduisant facilement l'oxyde de cuivre, ou capable de se transformer en acide tartrique, d'où résulte une réduction de l'oxyde de cuivre, sans que, pour cela, il existe une trace de sucre dans la liqueur? Il n'est donc pas étonnant que parfois on ait cru avoir rencontré du sucre là où il n'y en a pas, et là où le réactif originel de Trommer n'eût point donné de réaction, attendu que l'oxyde de cuivre, précipité après l'addition de la potasse, n'aurait pas été dissous du tout, à cause de l'absence du sucre.

Le réactif cuivrique ne pouvant *jamais* fournir une preuve irréfragable de la présence ou de l'absence du sucre, M. Cl. Bernard, ainsi qu'on peut s'en convaincre dans tous ses travaux, ne s'est jamais contenté d'interroger seulement ce moyen d'épreuve, mais il a toujours eu recours encore au procédé de la fermentation. Il est vrai qu'on a voulu élever aussi des doutes sur la certitude de cette preuve. On a dit, par exemple, que la peptone était capable d'empêcher la fermentation alcoolique du sucre traité par la levûre, et que d'autres substances antiseptiques (empêchant la fermentation), pouvaient encore se rencontrer dans le sang de la veine porte. Mais la fermentation ne donne de réactions douteuses que dans des cas rares et à des observateurs peu exercés. La peptone n'empêche en aucune façon la fermentation alcoolique.

Sans doute, si l'on traite par la levûre une dissolution très concentrée de peptone contenant du sucre, la fermentation ne s'établira pas mieux que si l'on plaçait la levûre au contact d'une dissolution simplement hypersaturée de sucre. Toute personne versée dans les travaux chimiques, et qui s'est occupée de rechercher, par fermentation, le sucre dans les liquides riches en albumine ou en peptone, sait avec quelle facilité ces matières peuvent, en présence de la levûre, modifier les décompositions de la fermentation, entraver (alors même qu'il y a du sucre) la formation de l'alcool, et déterminer (alors même qu'il n'y a pas de sucre) la formation de l'acide carbonique. De tout cela il résulte que, pour mettre en évidence le sucre dans un liquide animal, il faut seulement soumettre à la fermentation l'extrait alcoolique de ce liquide.

S'il reste encore quelques doutes dans l'esprit sur la certitude de l'épreuve de la simple fermentation, on est naturellement porté à se demander si l'on ne pourrait pas trouver un moyen à l'aide duquel il serait possible de précipiter le sucre de ses dissolutions, de la même manière qu'il est arrivé à Liebig de précipiter l'urée pour la doser. Ce moyen existe en réalité, et ce n'est pas en l'année 1840 seulement que je l'ai décrit avec détails et recommandé (voyez plus haut, *loc. cit.*), mais je l'employais dès l'époque de mes premières recherches sur le sang de la veine porte et des veines

---

de l'épidémie pendant toute sa durée : direction dominante des vents; degrés d'électricité, d'humidité; observations barométriques, thermométriques, ozonométriques, etc. Comparer ces données avec celles antérieures et postérieures à l'épidémie.

13. Vérifier si l'invasion a été ou non précédée par quelque fait économique considérable, comme une cherté ou une crise industrielle prolongée, qui auraient amené une misère plus ou moins intense; donner, dans tous les cas, autant que possible, le taux des salaires, les prix et les qualités des principaux aliments pendant l'épidémie, et ces mêmes prix moyens avant et après l'épidémie; dire s'il y a eu des secours distribués, et combien.

14. Mortalité par jour et semaine pendant les quelques années qui ont précédé l'épidémie, avec âge, sexe, durée du séjour, nationalité, conditions d'aisance, de salubrité, districts ruraux ou urbains, et causes de décès.

15. Mortalité générale pour toutes les causes morbides, par jour ou semaine, pendant l'épidémie, avec âge, sexe, profession, nationalité, causes de décès.

16. Maladies habituelles de la localité, ou qui ont régné avant l'épidémie; dire s'il y a eu des maladies épizootiques ou épiphytiques.

17. Établir dans toutes les grandes villes un mode de publication détaillé et raisonné, hebdomadaire, mensuel ou trimestriel, du nombre et du genre des maladies qui y sévissent. Cette publication deviendrait pour les populations et pour l'administration la meilleure indication de l'état sanitaire; elle refléterait presque toutes les influences épidémiques et modificatrices quelconques, et les grands centres de population deviendraient ainsi des sortes d'observatoires statistiques de la santé des peuples.

(*La suite à un prochain numéro*.)

Docteur Bertillon,
médecin de l'hospice de Montmorency.

M. le docteur Rayer, membre de l'Institut, est nommé membre et président du comité consultatif d'hygiène publique, en remplacement de M. Magendie.

— MM. les professeurs particuliers qui feront des cours cet hiver à l'École pratique sont invités à se réunir samedi prochain, 27 courant, à quatre heures, dans l'amphithéâtre n° 3 de ladite École, pour prendre des arrangements relatifs à l'éclairage et au chauffage des amphithéâtres.

hépatiques. J'ai principalement insisté sur les conditions de son emploi, et répondu aux diverses objections qu'on pouvait lui opposer, dans un mémoire spécial (*Ber. der Königl. Sächs Gesellsch. d. Wissensch.*, 30 nov. 1850, p. 139). Le procédé dont je parle est basé sur la propriété que possèdent le sucre mamelonné ou la glycose, le sucre de lait et le sucre de canne, de former avec la potasse une combinaison insoluble dans l'alcool. A l'aide de ce moyen, il arrive souvent qu'on peut mettre en évidence dans les liquides animaux des quantités de sucre assez petites pour échapper à la réaction de la liqueur cuivrique, ou à l'action de la levûre sur l'extrait alcoolique du liquide animal. Pour procéder à la recherche du sucre, soit dans le sang, soit dans tout autre liquide animal, il faut donc s'y prendre de la manière suivante : Le sang, après avoir été recueilli, est battu suivant la méthode ordinaire, ou bien, après avoir été transformé en un gâteau solide, suivant la méthode que j'ai décrite (*Ber. der Kön. Sächs Gesellsch. d. Wissensch.*, 1853, 13 août, p. 109), on le fait passer par pression au travers d'une passoire à fines ouvertures, et l'on en fait ainsi une bouillie. On jette la masse sanguine sur un filtre et on la presse pour la faire passer, puis on mélange le liquide qui a passé avec trois ou quatre fois son volume d'esprit-de-vin à 90 ou à 92 degrés. On sépare ensuite par filtration le précipité qui s'est formé, et le liquide filtré est évaporé après addition de quelques gouttes d'acide acétique. Le résidu de l'évaporation est de nouveau traité par l'alcool. La solution alcoolique laisse déposer un résidu de matières albuminoïdes qu'il peut être permis de désigner sous le nom de peptone ou d'albuminose (quoique les proportions relatives de la peptone formée aux dépens des substances albuminoïdes sous l'influence du suc gastrique, et celles d'autres substances analogues du foie ne soient nullement établies d'une manière certaine). La solution alcoolique de peptone, de phosphates et de sulfates, ainsi obtenue et filtrée, est alors traitée par une dissolution alcoolique de potasse. Le liquide renferme-t-il du sucre, il s'opère alors une séparation lente, et au bout de quelques heures un précipité mou et gélatineux se dépose au fond du vase. Ce précipité est formé d'une combinaison de sucre et de potasse (*Zuckerkali*) mélangée avec de petites proportions de chlorure de potassium et de carbonate de potasse. Ce précipité se liquéfie à l'air, et il se dissout très facilement dans l'eau. On prend alors immédiatement une portion de cette solution pour y rechercher le sucre à l'aide du réactif cuivrique. L'autre portion est traitée par l'acide tartrique jusqu'à neutralisation de la potasse, et on la soumet à l'action de la levûre pour y développer la fermentation; le bitartrate de potasse qui a pris naissance favorise d'ailleurs la fermentation. J'ai toujours vu jusqu'à présent, lorsque le sucre existe réellement dans la solution alcoolique (obtenue comme nous l'avons indiqué), j'ai toujours vu, dis-je, le réactif cuivrique indiquer la réaction du sucre de la manière la plus manifeste. La preuve par fermentation est encore, en procédant ainsi, plus positive, si c'est possible. J'ai à peine besoin d'ajouter que lorsqu'on traite la solution alcoolique par la potasse, la seule apparition d'un précipité ne peut pas suffire à la conviction, mais qu'il faut toujours opérer sur le précipité à l'aide des deux ordres de preuves que nous venons de signaler. Ainsi, par exemple, on obtient, à l'aide de l'extrait alcoolique de l'urine, lorsqu'on le traite par la potasse (même en l'absence du sucre), un précipité qui contient une matière encore peu connue; mais cette matière n'est modifiée ni par le réactif cuivrique, ni par la levûre.

Il m'est souvent arrivé, en opérant suivant la méthode que je viens de décrire, de mettre en évidence avec une grande netteté des proportions de sucre extrêmement minimes, que le réactif cuivrique et la fermentation, appliquées simplement à l'extrait alcoolique, ne suffisaient pas à démontrer avec certitude. C'est ce que j'ai constaté, par exemple, dans l'urine d'un lapin auquel on avait fait une piqûre au quatrième ventricule suivant la méthode de M. Bernard. J'ai pu, de la même manière, reconnaître avec certitude la présence du sucre dans une urine humaine, à laquelle on avait ajouté un cent-millième de sucre. De cette manière encore j'ai reconnu la présence de la glycose dans l'urine à la suite du régime du sucre ou de matières riches en sucre, dans diverses sortes de dyspepsies, parfois chez les tuberculeux, mais jamais dans l'épilepsie ni après l'administration de solutions éthérées ou chloroformiques. Nous remarquerons encore ici que la présence du sucre a été depuis longtemps déjà (*Lehrbuch der Physiol. Chem.*, 2ᵉ éd., t. I, p. 205) reconnue dans le sang veineux de l'homme et dans celui de quelques carnivores et herbivores, qu'on n'en a pas trouvé dans la bile fraîche, dans la salive, etc.

De même que dans toute recherche chimique, il est nécessaire d'apporter ici une grande attention afin de n'être pas induit en erreur par une fausse interprétation des conditions chimiques ou physiologiques de l'expérience. Ainsi, par exemple, il se peut très bien que le sucre ait existé à un moment donné dans l'urine, sans qu'on puisse le mettre en évidence à l'aide des méthodes d'épreuve ; cela ne prouve point l'inexactitude de ces méthodes, mais cela tient à ce que le sucre se détruit avec une grande rapidité dans l'urine, même alors que celle-ci est encore contenue dans la vessie. Il n'est aucun liquide animal dans lequel le sucre se détruise aussi vite et en aussi grande quantité que dans l'urine. C'est ce qu'on peut observer particulièrement sur les lapins dont on a rendu l'urine sucrée soit par la piqûre du quatrième ventricule, soit par l'injection d'une dissolution de sucre dans les veines jugulaires. Il arrive, en effet, que si l'on fait sortir par compression une portion de l'urine contenue dans la vessie, la première urine ainsi obtenue est riche en sucre, tandis que l'urine qui est restée dans la vessie ne présente souvent plus trace de sucre après une demi-heure de séjour dans son réservoir.

Après avoir, en quelque sorte, posé les bases *chimiques* de la recherche du sucre dans le sang de la veine porte, il nous reste à examiner maintenant les conditions physiologiques et mécaniques dans lesquelles on doit se placer pour affirmer qu'on a produit des expériences irréprochables ; en d'autres termes que c'est bien sur le sang de la veine porte, tel qu'il coule dans les vaisseaux d'un animal sain et vivant, que la recherche chimique a porté. M. Bernard, il est vrai, a déjà exposé avec beaucoup de soin les règles indispensables à suivre à cet égard ; il me semble cependant que M. Figuier, dans l'expérience citée dans son troisième mémoire, n'a pas, sous ce rapport, évité l'erreur. Ainsi, il expose les résultats d'une saignée faite à la veine porte d'un chien vivant auquel il a retiré jusqu'à 700 grammes de sang. Il est vrai que, sentant ce qu'on peut reprocher à une aussi forte saignée, il conseille plus loin de ne pas retirer de la veine porte d'un chien de forte taille plus de 300 à 400 grammes de sang. Nous croyons pouvoir démontrer que cette quantité est encore beaucoup trop grande, même pour un gros chien. Il n'est besoin que d'examiner un instant les conditions de la diffusion et celles de la tension des liquides dans le corps vivant (conditions auxquelles est soumis le sang dans le système veineux et particulièrement dans la veine porte privée de valvules) pour reconnaître qu'une saignée de 400 grammes faite sur la veine porte, même chez un chien de forte taille, ne correspond en aucune façon à la portion du sang qui circule dans la veine porte d'un animal sain et vivant. Lorsque la tension à laquelle le sang est soumis dans l'ensemble du système qui le contient vient à être diminuée ou supprimée par une ouverture faite aux parois de ce système, on conçoit déjà, *à priori*, que le sang, qui était soumis à une certaine pression, tend à se débander, non-seulement dans le vaisseau ouvert, mais encore dans toutes les parties du système, et que, par conséquent la vitesse d'écoulement est augmentée; de plus, les autres sucs animaux, qui étaient aussi soumis à une certaine pression, obéissent à la diffusion et tendent à se porter vers le lieu où celle-ci devient moindre. Les recherches connues de MM. Becquerel et Rodier, de M. Zimmermann, de M. Nasse, et d'autres encore, démontrent la justesse de cette manière de voir. C'est un fait constaté par eux, en effet, que les diverses portions d'une même saignée ont une composition différente, alors même que la quantité totale du sang extrait hors des vaisseaux n'est pas considérable.

Si l'on examine maintenant, d'après les recherches récentes, quelle est la quantité absolue de sang contenue dans le corps de l'homme adulte ou dans le corps des animaux, et si l'on compare cette quantité avec les saignées abondantes recommandées par

M. Figuier, on arrive forcément à cette conclusion : que le sang recueilli et analysé par M. Figuier n'est pas le sang pur de la veine porte. E. Weber et moi avons trouvé, par quelques expériences faites sur l'homme, que la quantité absolue du sang ne s'élève pas, au maximum, au-dessus de la huitième partie du poids du corps. Des expériences postérieures de MM. Welker et Bischoff (*Zeitschr. für wissenschaftl. Zoolog.*, t. VII, p. 331-338) ont appris que chez les animaux et chez l'homme la quantité absolue du sang n'est que la treizième partie du poids du corps. Prenons maintenant un chien du poids de 24 kilogrammes (un pareil chien doit être très gros), la quantité absolue du sang renfermé dans son corps ne s'élève donc pas au-dessus de 2 kilogrammes. Retirons à ce chien 400 ou 700 grammes de sang par la veine porte, évidemment il n'est pas permis de penser que le sang recueilli provient exclusivement de la veine porte, car il est difficile d'admettre que la veine porte contient le quart du sang de l'animal.

Pour les raisons que nous venons d'exposer, nous nous sommes gardé, dans nos recherches, de soustraire à l'animal vivant de trop grandes quantités de sang de la veine porte. Le procédé qui nous a paru le moins sujet à l'erreur est le suivant : Le chien est tué par un coup appliqué sur la tête, puis la veine porte est liée au niveau de son entrée dans le foie, ainsi que le pratique M. Bernard J'ouvre alors largement et promptement l'abdomen, je passe derrière la veine porte une anse de fil à peu près à 10 ou 15 millimètres de la première ligature ; je refoule le sang avec deux doigts dans la direction de la veine mésentérique et de la veine splénique, et je fais, à l'aide de ciseaux de Cooper et dans le voisinage de la ligature (c'est-à-dire dans la portion de la veine porte qui vient d'être vidée), une incision par laquelle j'introduis dans la veine porte un tube de verre à deux courbures rectangles (les deux angles du tube ne sont pas sur le même plan, mais dirigés suivant deux plans qui se coupent à angles droits); je lie l'anse de fil, restée libre, sur le tube de verre qu'elle fixe dans le vaisseau, et je laisse alors le sang s'écouler par le tube et de là dans un vase. Lorsqu'on tue les chiens suivant le procédé indiqué plus haut, le cœur continue ordinairement à battre encore pendant quelque temps, et après l'ouverture de l'abdomen la masse intestinale est le siége d'un mouvement péristaltique assez vif. Ces deux causes d'impulsion font que, même après la mort de l'animal, le cours du sang dans la veine porte (et de la veine porte dans les vaisseaux qui se dirigent vers le cœur) continue encore. Quand le mouvement péristaltique cesse, on peut encore venir en aide au cours du sang en pressant sur la masse intestinale. Avec un peu d'habitude, on arrive à opérer assez promptement et à recueillir une notable quantité de sang avant que sa coagulation ou même son épaississement commence. C'est ainsi que sur un gros chien nourri de viande, et qui avait été tué par un seul coup sur la tête, j'ai pu retirer encore 213 grammes de sang de la veine porte. Mais, dans cette expérience même, je me suis convaincu que cette quantité de sang est déjà trop élevée pour correspondre à du sang de la veine porte pur de tout mélange, ainsi que l'analyse chimique l'a prouvé.

Comme j'ai exposé, depuis des années déjà, les méthodes mises en usage par moi dans mes analyses du sang, et qu'elles sont bien connues, il me paraît superflu de reproduire ici, dans tous leurs détails, chacune des expériences faites par moi dans ces derniers temps, et il me suffira d'en faire connaître les résultats.

Je prendrai aussi la liberté de m'arrêter seulement sur les points sur lesquels a surtout porté la discussion dans ces derniers temps, et particulièrement depuis le troisième mémoire de M. Figuier.

J'ai exposé, dès l'année 1850, dans le mémoire cité précédemment (p. 139), que, chez les animaux herbivores, et particulièrement chez le cheval, il y avait toujours dans le sang de la veine porte, une petite quantité de sucre, et je crois l'avoir démontré avec la plus grande rigueur à l'aide de ma méthode d'analyse (1). Plus tard (en 1853), M. de Becker s'est livré, sous ma direction à une longue série de recherches sur la manière dont se comporte le sucre dans l'organisme animal, et il s'est ainsi convaincu, de la manière la plus manifeste, qu'après une nourriture sucrée ou féculente, le sucre passe dans les veines intestinales, et de là dans la veine porte (voyez *Zeitschr. für wiss. Zoolog.*, de Siebold et Kölliker, t. V, p. 123-178). Dans le mémoire que j'ai présenté à l'Académie des sciences, par l'entremise de M. Cl. Bernard, et où j'expose mes nouvelles recherches sur le sang de la veine porte et des veines hépatiques chez les chiens nourris de viande, je suis arrivé à ce résultat, « que le sang de la veine porte ne contient pas, dans ces conditions, la moindre trace de véritable sucre. »

Cependant, comme M. Figuier affirme encore positivement qu'il y a du sucre dans le sang de la veine porte, après le régime de la viande, j'ai voulu recommencer de nouveau mes recherches antérieures, afin de savoir où est l'erreur ; si elle est du côté de M. Cl. Bernard et du mien, ou si elle est du côté de M. Figuier. Dans ce but, j'ai, dans le cours de ces trois derniers mois, répété ces recherches sur 31 chiens de grande taille, et j'ai conduit l'expérience suivant la méthode physiologique et chimique développée précédemment. Les animaux avaient été soumis préalablement à un jeûne rigoureux de vingt-quatre heures, puis alimentés avec de la viande de cheval crue, et tués trois heures, quatre heures, cinq heures ou six heures après. Ayant examiné, dans seize expériences, le sang de la veine porte, *je n'y ai jamais rencontré de sucre une seule fois.*

Pour savoir si l'examen de grandes quantités de sang extraites de la veine porte, sur l'animal vivant, ne conduirait pas à d'autres résultats, je retirai à un gros chien, du poids de 13 kilogrammes, et sans le tuer par avance, 351 grammes de sang par l'ouverture de la veine porte, et je trouvai indubitablement du sucre dans ce sang. En effet, le précipité obtenu à l'aide de la solution alcoolique de potasse (voyez plus haut), réduisait le réactif cuivrique (en précipitant de l'*oxydule de cuivre*) et fournissait de l'alcool et de l'acide carbonique quand on le traitait par l'acide tartrique et la levûre. J'enlevai à un deuxième chien, du poids de 11$^{kil.}$,5, 211 grammes de sang de la veine porte, et j'y trouvai également du sucre. Sur un très gros chien, du poids de 14$^{kil.}$,5, je retirai 263 grammes de sang de la veine porte, et ce sang contenait aussi du sucre. Ajoutons enfin que le gros chien nourri de viande, dont nous avons parlé plus haut, et auquel nous avions enlevé 213 grammes de sang de la veine porte, après l'avoir tué par avance, contenait aussi manifestement des traces de sucre.

D'après les considérations développées précédemment, j'étais tenté de conclure de ces diverses observations que l'abord d'un sang étranger et d'autres sucs animaux dans la veine porte avait déterminé la présence du sucre dans le sang analysé par M. Figuier. Mais on aurait pu m'objecter que peut-être la petite quantité du sang de la veine porte (35 à 80 grammes) employée par moi à la recherche du sucre, n'est pas assez considérable pour mettre en évidence, d'après ma méthode d'analyse, la présence de ce principe. Dès lors, j'ai rassemblé en une seule masse le sang extrait de la veine porte de trois chiens immédiatement après la mort, avec les précautions indiquées précédemment, et j'ai obtenu ainsi 217$^{gr.}$,3 de sang. Or, il m'a été impossible d'y découvrir la moindre trace de sucre. Une autre expérience, tentée dans les mêmes conditions, et dans laquelle j'avais rassemblé, en un total de 192$^{gr.}$,7 le sang de la veine porte de trois chiens, m'a conduit au même résultat négatif. Il me paraît ressortir clairement de ces faits que l'on ne peut pas mettre l'absence constatée du sucre sur le compte des petites quantités de sang de la veine porte analysé par moi, et il en résulte en réalité que le sucre n'existe absolument pas dans le sang de cette veine. D'après cela, il me paraît exact de considé-

(1) Je ne puis me dispenser de relever ici une erreur de M. Figuier, qui tient d'ailleurs à un malentendu. Dans un des mémoires qu'il a présentés à l'Académie, et où il est question de mes recherches, il prétend que j'ai rapporté la proportion du sucre contenu dans le sang à cent parties d'extrait alcoolique. L'erreur est tout simplement une faute de traduction. J'ai exposé plus haut que je déterminais la quantité de sucre contenue dans le sang par l'intermédiaire de l'extrait alcoolique (ainsi d'ailleurs que M. Figuier en a démontré la nécessité, seulement dans ces derniers temps), mais j'ai toujours rapporté la proportion du sucre à cent parties du résidu sec du sang pris dans la totalité de ses éléments. La valeur de la méthode numérique employée dans mes expériences a d'autant moins besoin d'être justifiée au point de vue physiologique que les conclusions tirées des analyses parlent d'elles-mêmes.

rer la glycose, trouvée dans le sang de la veine porte par M. Figuier et par moi, dans les expériences rapportées plus haut, non comme un principe du sang de cette veine, mais comme une substance étrangère apportée par un liquide étranger.

L'absence d'un sucre *préformé* dans le sang de la veine porte après le régime de la viande étant suffisamment démontrée, je me suis demandé (et c'est une pensée que j'ai déjà exprimée depuis longtemps), je me suis demandé, dis-je, si le sang de la veine porte ne renfermerait pas une substance qui se métamorphoserait facilement en sucre, ou aux dépens de laquelle le sucre prendrait naissance par dédoublement. M'étant procuré, à cet effet, de la diastase et de la synaptase fraîchement préparées, j'ai mis en contact avec ces substances, soit l'extrait alcoolique, soit l'extrait alcoolo-aqueux, soit l'extrait aqueux du sang de la veine porte, et j'ai laissé digérer vingt-quatre à trente-six heures par une température de 20 à 40 degrés centigrades. Mais mes efforts ont été vains dans ces trois expériences pour constater la présence du sucre dans ces divers mélanges. Plus tard, j'ai fait digérer pendant un temps plus ou moins long les extraits dont je viens de parler dans de l'eau aiguisée de quelques gouttes d'acide sulfurique ; il m'a été également toujours impossible de découvrir une trace de sucre.

S'il existait du sucre sous une forme quelconque dans le sang de la veine porte, on pourrait se demander si ce sucre ne se formerait pas pendant la digestion de la viande, dans l'intestin grêle ou dans l'estomac. Aussi, dans ma dernière série de recherches, toujours on a recueilli le contenu de l'estomac et des intestins des chiens sujets des expériences précédentes, et nous avons soumis chacun de ces produits digestifs à des modes variés d'examen pour y rechercher soit du sucre proprement dit, soit une matière qui lui donnerait facilement naissance. Mais toutes mes expériences dans cette voie ont été stériles. Ordinairement j'opérais de la manière suivante : Le contenu de l'estomac et de l'intestin grêle était, peu après la mort de l'animal, projeté dans l'esprit-de-vin où il séjournait quelques heures, puis on filtrait, et le liquide était évaporé à siccité. Le résidu de l'évaporation était repris par l'alcool, traité par une lessive alcoolique de potasse, etc. En opérant ainsi, jamais je n'ai vu la moindre réaction de sucre. Dans des expériences ultérieures, l'extrait alcoolique du contenu intestinal et stomacal a été mis dans de l'eau aiguisée de quelques gouttes d'acide sulfurique ou d'acide azotique ; tantôt on a laissé digérer le mélange pendant un temps plus ou moins long et par une température de 40 degrés centigrades, tantôt on l'a soumis à la coction, mais jamais je n'ai pu trouver la moindre trace de sucre. Dans d'autres expériences, la masse peptonique (analogue de la peptone), qui était soluble, il est vrai, dans l'esprit-de-vin étendu d'eau, mais qui ne s'était pas dissoute dans l'alcool, a été dissoute dans l'eau et traitée également par les acides ; mais ici non plus je n'ai pas trouvé (après la saturation des acides, l'évaporation, le traitement par l'alcool, etc.) un atome de sucre. Enfin la peptone proprement dite de l'estomac et de l'intestin grêle a été traitée de la même façon : le même mode d'examen a été suivi d'un résultat également négatif.

M. Figuier a conclu de l'expérience contenue dans son troisième mémoire, qu'il y a du sucre dans le sang de la veine porte, et que ce sucre est accompagné par une matière inconnue qui met obstacle à la fermentation. Nous doutons que cette substance étrangère et antifermentescible soit capable de s'opposer à la décomposition du sucre obtenue à l'aide de la solution alcoolique de potasse ; c'est, du reste, une question que nous abandonnons au jugement des chimistes. M. Figuier expose encore que l'extrait alcoolique du sang de la veine porte, soumis à la coction avec de l'eau aiguisée de quelques gouttes d'acide sulfurique, donne naissance à une substance qui, étant capable d'entrer en fermentation, doit être regardée comme du sucre. M. Figuier tire de là la conclusion, qu'il y a dans l'extrait alcoolique une matière qui accompagne le sucre et qui s'oppose à la fermentation. Cela ne me paraît pas non plus s'être montré dans mes expériences ; d'ailleurs j'ai plusieurs fois placé de très petites proportions de sucre avec l'extrait alcoolique du sang de la veine porte, et jamais je n'ai vu la fermentation manquer après l'addition de la levûre. L'existence d'une matière antifermentescible dans le sang de la veine porte est donc tout à fait invraisemblable. Dans l'état actuel de la chimie, on ne peut tirer des expériences de M. Figuier que ces deux conclusions : ou bien il y a dans le sang de la veine porte un hydrocarbure (analogue au sucre de lait) qui se transforme en sucre fermentescible seulement après digestion dans les acides étendus, ou bien une sorte de combinaison copulée de sucre dont le traitement par l'acide sulfurique sépare par dédoublement un sucre fermentescible. D'après les expériences dont j'ai rapporté plus haut les résultats, la présence dans le sang de la veine porte d'un hydrocarbure non fermentescible me paraît peu probable. Il n'y a pas à songer au sucre de lait, car cette substance eût été précipitée de la solution alcoolique par la potasse ; il n'est pas possible non plus de la considérer comme de l'inosite, car cette substance ne réduit pas l'oxyde de cuivre (pouvoir qu'aurait la matière décrite par M. Figuier), et elle n'est pas transformée par l'acide sulfurique en un sucre fermentescible.

On ne peut donc, en définitive, tirer des expériences de M. Figuier d'autres conclusions que celles-ci, à savoir : qu'il y aurait dans le sang de la veine porte une substance destinée à devenir sucre, une sorte de sucre copulé, ou, en d'autres termes, une matière que l'acide sulfurique est capable de métamorphoser artificiellement en sucre : matière aux dépens de laquelle, durant la vie, le sucre se formerait ou prendrait naissance dans le foie. Le résultat réel des recherches de M. Figuier est donc de confirmer et de consolider la doctrine de M. Cl. Bernard sur la formation du sucre dans le foie. Depuis que cette doctrine a pris naissance, en effet, tous les observateurs qui penchent en sa faveur cherchent dans le sang de la veine porte la matière aux dépens de laquelle le foie peut fabriquer du sucre.

L'urétrotomie a la Société de chirurgie.

A l'occasion d'une publication de M. Maisonneuve, *Sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur ses applications à la cure radicale et instantanée des rétrécissements de l'urèthre* (1), la Société de chirurgie s'est occupée de l'uréthrotomie ; et, dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet, la majorité de la Société s'est montrée peu favorable à cette pratique (2).

Cependant, les raisons alléguées contre l'uréthrotomie n'ont pas convaincu tout le monde, et, dans la séance de la Société de chirurgie du 22 août, M. Bonnet est venu soutenir les avantages de cette méthode, et a présenté un instrument de son invention pour la section des rétrécissements d'avant en arrière. Le chirurgien de Lyon a, en même temps, exposé sa méthode de traitement dans les cas de rétrécissements accompagnés de fistules urinaires ; elle consiste à traiter la complication avant de diviser le rétrécissement, et voici comment M. Bonnet y procède : Quels que soient le nombre et l'étendue des trajets fistuleux, il les incise dans toute leur longueur, et cautérise énergiquement, profondément, sans épargner le moindre point, au moyen du fer rouge, toutes les surfaces mises à nu par les incisions. C'est ainsi que, dans certains cas, il a fendu le scrotum en deux, divisé tout le périnée d'avant en arrière, incisé la partie inférieure du rectum et ouvert de longues gouttières remontant jusqu'au-devant du pubis. Puis, dans les anfractuosités qui résultaient de ces incisions, il lui est arrivé d'éteindre jusqu'à douze ou quinze cautères. Les effets possibles des cautérisations au fer rouge, pratiquées de cette manière, on les prévoit sans peine. Chez un malade que M. Bonnet a opéré à Naples, l'urèthre a été ouvert, c'est-à-dire détruit, au moins en partie, dans une étendue de 5 centimètres.

Telle est la première phase du traitement de M. Bonnet, et c'est seulement quand la suppuration a bien dégorgé tous les tissus incisés et cautérisés, en général quinze ou vingt jours après cette opé-

(1) Présenté à l'Académie des sciences, séance du 14 mai 1855, et communiqué à la Société de chirurgie dans la séance du 23 mai.

(2) Séances de la Société de chirurgie des mois de juin et juillet.

ration préparatoire, que M. Bonnet passe à la seconde opération, l'uréthrotomie antérograde.

Si beaucoup de chirurgiens ont vu avec regret l'espèce de proscription dont on a voulu frapper l'uréthrotomie, ils ont été effrayés, d'un autre côté, au seul énoncé d'une pratique aussi énergique que celle du chirurgien de Lyon; mais l'uréthrotomie est, dans quelques cas, la seule ressource sur laquelle on puisse compter, et peut heureusement réussir, même dans des cas très graves, sans qu'on soit obligé de recourir aux moyens préparatoires auxquels M. Bonnet soumet ses malades. Nous trouvons, au reste, une preuve sans réplique de ce que nous avançons dans un travail sur ce sujet, que M. le docteur Goyrand vient d'adresser à la Société de chirurgie, et dont M. Marjolin a donné le résumé dans la séance du 26 septembre dernier. Voici le travail du chirurgien d'Aix :

A. D.

NOTE SUR LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS DU CANAL DE L'URÈTHRE. — Observation relative à un rétrécissement compliqué de nombreuses fistules urinaires, qui n'a cédé qu'à l'uréthrotomie périnéale, par le docteur GOYRAND (d'Aix).

Les chirurgiens qui ont imaginé, modifié ou adopté une méthode de traitement pour les rétrécissements de l'urèthre l'ont employée d'une manière exclusive, et se sont appliqués, en général, à faire ressortir les imperfections et l'insuffisance de toutes les autres. Ducamp et Lallemand ont eu de grandes illusions relativement à l'utilité de la cautérisation; Mayor (de Lausanne) a avancé les propositions les plus paradoxales, quand il a voulu faire prévaloir la dilatation brusque avec ses grosses sondes métalliques. M. Raybard ne comprend pas la guérison par d'autres moyens que l'uréthrotomie; suivant lui, la dilatation ne serait jamais que palliative, et la cautérisation serait toujours nuisible. Ce sont là des exagérations qui toutes sont également loin de la vérité.

La dilatation réussit, dans l'immense majorité des cas, à améliorer la position des malades, sans toutefois amener une guérison radicale et définitive. Dans quelques cas exceptionnels, cependant, cette guérison est obtenue. Ainsi, chez un de mes malades, le cathétérisme, pratiqué il y a deux ans avec de grosses sondes métalliques, a suffi pour faire disparaître en une seule séance un rétrécissement de l'urèthre, ou au moins tous les effets de ce rétrécissement, la dysurie et les douleurs qui l'accompagnaient, la blennorrhée et l'incontinence d'urines. Je vois souvent le sujet de cette observation, et rien n'indique, jusqu'à présent, que ce rétrécissement doive se reproduire.

On est très porté maintenant à dénigrer la cautérisation; elle aurait, suivant les spécialistes qui ont préconisé d'autres méthodes, l'inconvénient bien fâcheux d'être suivie d'un travail inodulaire dont l'effet inévitable serait l'aggravation de la stricture du canal. C'est une erreur. La cautérisation, telle qu'elle a été pratiquée par Ducamp et par Lallemand, a une action trop superficielle sur la muqueuse pour qu'elle puisse être suivie d'un inodule rétractile. La plupart des chirurgiens qui ont traité, il y a quinze ou vingt ans, des rétrécissements du canal, ont mis en usage la cautérisation, et il n'en est aucun qui ne se rappelle l'effet merveilleux que produisait quelquefois ce moyen dans des rétrécissements peu dilatables. Combien de fois la cautérisation, pratiquée même d'avant en arrière, et par conséquent un peu au hasard, dans les cas où le porte-caustique ne pouvait pas être introduit dans la coarctation, n'a-t-elle pas donné tout de suite un jet d'urine plus fort, et permis en peu de jours de pénétrer dans la vessie à travers un rétrécissement jusqu'alors infranchissable? Pour mon compte, j'ai encore sous les yeux plusieurs anciens malades que j'ai traités il y a plus de quinze ans par la cautérisation combinée avec la dilatation, et chez qui le rétrécissement ne s'est pas reproduit, on n'a plus exigé qu'un cathétérisme répété de loin en loin avec des sondes d'un fort calibre, ou l'introduction de quelques bougies à des intervalles éloignés.

Cependant il est des rétrécissements durs et élastiques qui ne cèdent ni à la dilatation ni à la cautérisation, dans lesquels les sondes, même d'un fort calibre, ne produisent pas d'élargissement durable. Il faut bien alors renoncer à la dilatation, car les sondes et les bougies irritent ces rétrécissements, déterminent de violents accès de fièvre, et aggravent quelquefois les accidents jusqu'à amener l'ischurie. La cautérisation n'est guère plus efficace dans ces cas-là; elle peut bien rendre la miction un peu moins difficile, mais cette amélioration est de courte durée. C'est dans ces rétrécissements réfractaires que l'on doit avoir recours à l'uréthrotomie; mais ce n'est pas par les mouchetures, les incisions superficielles qu'on peut atteindre le but; l'incision de toute l'épaisseur de la paroi urèthrale est nécessaire, et elle doit être suffisamment prolongée en avant et en arrière du rétrécissement. En un mot, le procédé de Syme et celui de M. Reybard peuvent seuls, dans ce cas, amener la guérison.

Mais c'est assez insister sur des généralités peut-être un peu banales. Voici un fait qui me semble assez intéressant. Il est relatif à un cas d'une gravité très exceptionnelle, dont j'ai obtenu la guérison par l'uréthrotomie pratiquée dans le double but de dériver les urines, que les sondes à demeure n'avaient pu empêcher de passer par des trajets fistuleux très anciens, et d'obtenir un élargissement définitif de l'urèthre au point rétréci.

OBS. — *Rétrécissement ancien du canal de l'urèthre; fistules urinaires nombreuses; insuccès constant de la dilatation; grande incision du canal comprenant le rétrécissement; dérivation des urines au moyen d'une canule périnéale; succès complet.*

M. A..., garde général des forêts, âgé de trente-cinq ans, de petite taille, mais bien constitué, sanguin, fort, bien musclé, eut, à l'âge de dix-neuf ans, une blennorrhagie à la suite de laquelle survint au périnée un petit abcès urineux. M. A... était, dès cette époque, atteint d'un rétrécissement de l'urèthre ayant son siége à la courbure sous-pubienne. La dilatation et la cautérisation, que j'employai pour combattre ce rétrécissement, ne me donnèrent qu'un résultat incomplet. Tout récent qu'il fût, ce rétrécissement était de ceux qui ne cèdent pas à ces moyens de traitement. Cependant, les fonctions de M. A... l'ayant obligé de s'éloigner d'Aix, je le perdis de vue.

Depuis cette époque, M. A... ne cessa d'être incommodé de son rétrécissement. Des abcès multipliés se formèrent successivement au périnée, au scrotum, à la partie interne des fesses, et laissèrent après eux des trajets fistuleux qui ne se cicatrisaient que pour être remplacés par d'autres fistules. En octobre 1852, un abcès énorme se forma dans le scrotum et s'ouvrit spontanément. Dès lors M. A... alla de mal en pis jusqu'au commencement du mois de mars 1853, époque à laquelle il se présenta chez moi dans l'état suivant :

Le périnée, les fesses, le scrotum, la région pubienne sont criblés de fistules, les unes cicatrisées, les autres donnant du pus et laissant de l'urine en grande quantité. Parmi ces dernières, deux plus considérables s'ouvrent à la région pubienne; les autres, au nombre de six, sont situées, quatre sur la face antérieure du scrotum, à gauche du raphé, et deux au périnée, immédiatement derrière le scrotum. Les régions sur lesquelles s'ouvrent les fistules sont tuméfiées, indurées. Les urines sont muqueuses, purulentes et fétides. Quand le malade urine sans sonde, la plus grande partie des urines s'échappe par les fistules. M. A... a des érections complètes et assez fréquentes; mais depuis plusieurs années il n'a pas rendu de sperme par les voies naturelles pendant l'acte vénérien. Une partie de la semence s'écoule alors par les fistules, une autre partie s'écoule par le pénis quand l'érection a cessé, et les premières urines rendues après le coït en contiennent une quantité notable.

M. A... a dans la vessie une sonde de 3 millimètres de diamètre, qu'il porte à demeure. Depuis douze ans qu'il a ses fistules, il a presque toujours fait usage des sondes. Plusieurs traitements par la dilatation ont été suivis par lui sans succès. Il y a un an encore, un professeur de la Faculté de Montpellier, praticien très estimable, lui a conseillé la dilatation progressive et l'usage des pilules de Sédillot; on est arrivé aux sondes de 5 millimètres, mais on n'a pas pu aller au delà, et les fistules n'ont point été guéries. Voilà donc un moyen jugé, et il serait inutile d'y avoir recours de nouveau. Je m'arrête au plan d'opération que voici :

Grande incision à la partie périnéale de l'urèthre, comprenant le rétrécissement, qu'elle dépassera en arrière et en avant; introduction dans la vessie, par l'incision périnéale, d'une canule qui sera laissée en place jusqu'à l'entière cicatrisation de toutes fistules; cathétérisme de l'urèthre répété fréquemment avec des sondes ou des bougies d'un fort calibre, jusqu'à ce que l'incision du canal soit cicatrisée.

Je fais part de mon projet d'opération à M. A..., qui consent à s'y sou-

mettre, et je l'opère le 24 mars, avec l'assistance de mes honorables confrères, MM. Payan, Rimbaud et Blancard.

Un petit cathéter cannelé franchit sans difficulté le rétrécissement, et arrive jusqu'à la vessie. Sur ce conducteur, je pratique une incision qui, commencée immédiatement derrière le scrotum et prolongée jusqu'au-devant de l'anus, est terminée en arrière avec le bistouri boutonné, qui divise la partie inférieure de la portion prostatique et toute la portion membraneuse du canal. Un long stylet, introduit dans la vessie à la faveur de la cannelure du cathéter, sert de conducteur à une canule d'argent tronquée, et de plus percée de deux yeux à son extrémité vésicale. Cette canule, enfoncée jusqu'aux anneaux de son pavillon, est fixée par quatre liens qui vont s'attacher à un bandage de corps. Une compresse fenêtrée et enduite de cérat est appliquée sur la plaie périnéale et recouverte de charpie; ce petit appareil est maintenu par un bandage en T.

Le malade n'a pas eu de fièvre après l'opération ; il n'a jamais cessé de prendre des aliments. La canule a été nettoyée chaque jour, soit au moyen d'une injection, soit par l'introduction d'un mandrin.

Le 24 et le 25, rien à noter. L'urine s'écoule en entier par la canule.

Les jours suivants, le malade éprouve à plusieurs reprises un ténesme vésical fort douloureux, qu'on calme quelquefois en retirant la canule de 1 ou 2 centimètres. Bien que la canule ne soit pas obstruée, les contractions de la vessie font passer de l'urine par le canal et quelquefois par les fistules. Cependant, le 30 mars, nous constatons une amélioration notable dans l'état des fistules.

A dater de ce jour, la sonde de Mayor (n° 1 d'abord, puis n° 2 et n° 3) est introduite tous les deux jours dans l'urèthre, jusqu'à ce qu'elle touche la canule périnéale, et retirée immédiatement. Le n° 3 distend le canal ; on ne pourrait pas pousser plus loin la dilatation.

Le 9 avril, les fistules du scrotum sont cicatrisées, les autres suppurent encore. Le ténesme vésical s'est produit bien moins souvent, et a été bien moins douloureux que les premiers jours.

Le 30 avril, l'état des fistules du périnée et de la région pubienne s'est amélioré progressivement ; l'incision périnéale est cicatrisée en grande partie ; il ne reste de cette incision que l'angle postérieur qui est occupé par la canule, et l'angle antérieur qui revêt un aspect fistuleux. Depuis le 10 de ce mois, M. A... passe ses journées sur un fauteuil dont le siége est percé.

Le 10 mai, les fistules de la région pubienne paraissent bien cicatrisées. Le ténesme vésical s'est reproduit ; il est fort douloureux, et rend insupportable la présence de la canule. Cet instrument est retiré ; la mère du malade se charge de l'introduire par la boutonnière chaque fois que le besoin d'uriner se fera sentir. Ce besoin ne se produit que quatre ou cinq fois dans les vingt-quatre heures. Les urines, qui avant l'opération étaient troubles et fétides, sont limpides maintenant. Le catarrhe vésical est guéri.

Le 14, toutes les anciennes fistules sont fermées, excepté une de celles du périnée. L'extrémité antérieure de l'incision n'est pas cicatrisée. La sonde de Mayor n° 3 est introduite de deux jours en deux jours, et retirée immédiatement. On continue d'introduire la canule périnéale chaque fois que le besoin d'uriner se fait sentir.

Le 18, la canule qui jusqu'à ce jour a servi à sonder la vessie par la boutonnière pénètre maintenant avec difficulté; elle est remplacée par une sonde de caoutchouc d'un calibre moindre, qui est employée de la même manière.

22 mai. — L'état général est excellent ; toutes les anciennes fistules sont cicatrisées ; M. A... se promène dans la ville une partie de la journée. Le malade et le chirurgien se réjouissaient d'un pareil résultat, quand des douleurs vives se firent sentir à l'anus. En même temps il survint de la fièvre, l'appétit se perdit. Le doigt introduit dans le rectum fit reconnaître un gonflement très douloureux de la prostate. (Régime léger ; un quart de lavement laudanisé matin et soir.) Ces douleurs persistent et sont accompagnées de ténesme le 23 et le 24. (Nouveaux lavements laudanisés.)

Le 25, le cathétérisme, pratiqué avec la sonde de Mayor n° 3, n'est ni plus difficile ni plus douloureux qu'avant cet accident nouveau. Le toucher par le rectum fait reconnaître un point ramolli sur la tumeur prostatique. (Lavement laudanisé, bain de siége.) Dans l'après-midi, il se fait par l'anus un écoulement de pus, et les douleurs cessent.

Le 26 et le 27, du pus est encore rendu par l'anus; quelques gouttes du même liquide s'écoulent par l'urèthre. La tumeur que formait l'abcès de la prostate est remplacée par une dépression. La fièvre a cessé, l'appétit et la gaieté sont revenus.

M. A... avait éprouvé les mêmes accidents du côté du rectum, en 1846, à Pont-Saint-Esprit, où il résidait alors.

Le 28 mai, un des trajets fistuleux qui s'ouvraient à la région pubienne s'enflamme; il se forme alors une tumeur cylindrique, volumineuse, dure et douloureuse à la pression, qui part de l'urèthre derrière le scrotum, et, passant au-dessus du testicule gauche et en dehors de son cordon, vient aboutir à la fistule inférieure de la région pubienne. Le scrotum est tuméfié et empâté. (Cataplasmes émollients sur la tumeur; repos au lit ; suspension du cathétérisme Mayor pour quelques jours.) La croûte qui couvrait l'orifice de la fistule se détache; du pus s'écoule en assez grande quantité. La douleur et l'engorgement disparaissent en quelques jours.

Le 31 mai, la sonde qu'on introduit par la boutonnière passe avec quelque difficulté. Pour entretenir la voie, on laisse l'instrument à demeure pendant une heure tous les matins. Malgré cette précaution, l'ouverture périnéale se rétrécit encore. On se sert alors d'une sonde d'un plus petit calibre ; enfin on est obligé d'y renoncer le 7 juin. Une sonde de caoutchouc, introduite ce jour-là par le méat, est laissée à demeure dans la vessie jusqu'au 14.

A dater du 14 juin, M. A... urine sans sonde ni canule ; seulement, on continue jusqu'au 30 d'introduire tous les deux ou trois jours la sonde de Mayor n° 3.

M. A... est obligé de quitter Aix le 4 juillet, pour aller reprendre son service. La veille de son départ, je l'examine avec attention ; voici la note recueillie ce jour-là :

L'ouverture par laquelle passait la canule et celle d'aspect fistuleux qui correspond à l'extrémité antérieure de l'incision périnéale existent encore. Pendant que l'urine sort à plein jet par les voies naturelles, elle s'écoule goutte à goutte par ces deux ouvertures. Il existe encore un reste d'engorgement du trajet fistuleux qui s'est enflammé les derniers jours de mai. L'orifice de ce trajet est couvert d'une croûte adhérente, mais ne paraît pas être encore bien solidement cicatrisé. La sonde de Mayor n° 3, qui ne passe qu'avec quelque difficulté dans la portion pénienne de l'urèthre, parcourt au contraire sans la moindre gêne la partie du canal qui a été incisée. Évidemment, l'opération a eu pour résultat un élargissement très notable de la partie incisée de l'urèthre, et cet élargissement partiel, qui finit brusquement en avant à l'endroit où s'est arrêtée l'incision, explique la persistance à l'état fistuleux de l'extrémité antérieure de l'incision.

Le 5 septembre, je revois M. A... Il me raconte que, peu de jours après son départ d'Aix, il a eu un nouvel engorgement du trajet fistuleux uréthro-pubien, qui a encore été suivi d'un écoulement séro-purulent par l'orifice. Au moment où j'examine le malade, il n'existe plus de trace de ce trajet, dont l'orifice cutané est parfaitement cicatrisé ; mais les deux ouvertures périnéales correspondant aux deux extrémités de l'incision ne sont pas entièrement fermées, et laissent passer encore quelques gouttes d'urine. Ce liquide est, du reste, expulsé à plein jet et avec beaucoup de vigueur par les voies naturelles. M. A... a eu occasion de s'assurer que l'éjaculation a lieu maintenant de la manière la plus parfaite.

A la fin de septembre, les deux ouvertures périnéales sont très étroites ; celle par laquelle passait la canule paraît seule donner quelques gouttes d'urine.

M. A... est envoyé par son administration dans les Pyrénées.

Le 28 décembre, il m'écrit une lettre de remercîments d'où j'extrais les phrases suivantes : *J'ai l'inappréciable satisfaction de vous annoncer que je suis radicalement guéri..... J'urine à plein jet, et, comme vous me l'aviez promis, vous avez fait de moi un homme très mariable.....*

Les derniers jours de mai 1855, M. A... est de nouveau venu réclamer mes soins; mais la maladie qui l'a ramené près de moi n'a aucun rapport avec la précédente. Les voies urinaires sont, chez M. A..., dans un état parfait ; ses urines sont d'une entière limpidité, elles sont bien retenues et sont expulsées par un jet volumineux et énergique. Les tissus du scrotum et des régions périnéale et pubienne sont d'une grande souplesse. La cicatrice de l'incision périnéale est linéaire, et aussi mobile sur les parties sous-jacentes que la peau saine Les cicatrices des fistules se distinguent à peine parmi les poils.

Depuis plus de deux ans (fin juin 1853), aucun instrument dilatant n'a été introduit dans l'urèthre.

L'opération que je viens de décrire et qui m'a donné un succès si complet a donc consisté en :

1° Une incision étendue des tissus indurés du périnée ;

2° Une incision de la paroi inférieure de l'urèthre, comprenant presque toute la partie périnéale de la portion spongieuse, toute la portion membraneuse, et la partie inférieure de la portion prostatique du canal ;

3° L'introduction dans la vessie, par l'incision périnéale, d'une canule qui a été laissée à demeure et qui a servi à dériver les urines pendant près de deux mois.

Dans cette opération, j'ai divisé le rétrécissement de la peau vers l'urèthre, comme M. Syme. A l'exemple de M. Reybard, j'ai prolongé mon incision à une assez grande distance en avant et en arrière de la coarctation ; c'était le moyen d'obtenir une cicatrice plus large, un élargissement plus considérable du point rétréci du

canal. Enfin, la grande incision périnéale et la canule à demeure rappellent l'opération décrite par Boyer (t. IX, p. 267), et que ce chirurgien conseillait, après Ledran, dans les cas de fistules urinaires qui ne cédaient pas à la dilatation du canal et à l'incision des trajets fistuleux ; seulement, Ledran et Boyer incisaient le col de la vessie, et je me suis arrêté devant cet orifice, bien convaincu, comme M. Vidal (de Cassis) (t. IV, p. 583), de l'inutilité de son incision en pareil cas.

III.

REVUE CLINIQUE.

Expériences sur les alcaloïdes du quinquina, notamment sur la quinoïdine. — Traitement de la gale.

Nous l'avons dit ailleurs (*Gazette hebd.*, p. 194, 1854), comme dans tous les pays où l'on peut se procurer l'un quelconque des alcaloïdes du quinquina, on peut se procurer la quinine, et comme celle-ci est le fébrifuge incontestablement le plus puissant et le plus sûr, on ne peut être déterminé à ne pas lui accorder la préférence que par des raisons de bon marché. Mais si l'emploi des autres alcaloïdes nécessite de plus fortes doses, s'il expose le traitement à durer plus longtemps, et si, en outre, la consommation plus grande qui en sera faite doit élever leur prix, en abaissant celui de la quinine, le côté économique de la question peut perdre beaucoup de son importance. C'est pour cela que nous avons toujours engagé les praticiens à rechercher principalement les succédanés, non de la quinine ou de la cinchonine, mais du quinquina lui-même.

Cependant, en fait de moyens vraiment thérapeutiques, tout est bon à prendre et à garder. L'avantage d'utiliser des antipériodiques aujourd'hui perdus subsiste d'ailleurs incontestablement à un certain degré. Aussi sommes-nous loin de vouloir discréditer les expériences dont quelques produits du quinquina ont été l'objet depuis plusieurs années. En ce qui concerne la *cinchonicine*, les essais n'ont donné que de médiocres résultats, ainsi qu'on peut le voir dans l'article de la *Gazette hebdomadaire* cité plus haut. En sera-t-il de même de la *quinoïdine*, qui est en ce moment expérimentée sur une grande échelle à l'hôpital militaire d'Athènes, — dans ce pays qui n'a pas cessé, depuis Hippocrate, d'être fécond en fièvres intermittentes de tous les types? Un article de Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (numéro de septembre dernier), où les résultats obtenus ne sont qu'indiqués d'une manière très générale, est de nature à éveiller de flatteuses espérances. Nous devons pourtant faire remarquer que la confiance de l'*Abeille médicale d'Athènes* ne sera justifiée aux yeux des médecins qu'après publication des faits et de tous les éléments propres à éclairer et à fixer le jugement. Cet article étant fort court, nous croyons devoir le publier presque en entier.

« Nos honorables confrères, médecins de l'hôpital militaire d'Athènes, MM. Maratos et Vastas, traitent par la quinoïdine, depuis déjà deux mois, dans cet établissement, toutes les fièvres intermittentes, et cela d'une manière plus économique, plus prompte et toujours plus sûre, du moins jusqu'à présent.

» Tout le monde sait que la quinoïdine est un principe de l'écorce péruvienne, comme la quinine. Mais ce principe, soit à cause de son usage relativement plus restreint, soit parce que l'écorce du Pérou en contient une quantité proportionnellement plus grande, soit encore parce que sa préparation est plus économique, est d'un prix commercial inférieur des deux tiers au sulfate de quinine. Ainsi, par exemple, si une once de quinine coûte 3 tallères, une once de quinoïdine coûte, au dire de l'honorable pharmacien, M. Krinas, un tallère. Cette différence de prix est très importante, surtout chez nous, où les pauvres, principalement, sont atteints par les fièvres intermittentes, et où, même pour ceux qu'on appelle riches, la dépense pour guérir une fièvre n'est quelquefois pas indifférente. Or, suivant l'affirmation de nos honorables confrères, MM. Maratos et Vastas, cette différence de prix est en effet très essentielle, parce que, ainsi que cela est connu de tous, pour guérir complétement une fièvre, nous sommes toujours forcés de prescrire des doses répétées ; et cela non-seulement pendant la continuation des accès, mais même après leur cessation ; et, dans les circonstances les plus heureuses, il faut reprendre au moins quatre fois l'usage du sulfate de quinine. Mais MM. Maratos et Vastas assurent qu'une seule dose de quinoïdine suffit pour guérir entièrement la fièvre. Si parfois (et cela arrive très rarement) la fièvre récidive, alors ces honorables confrères administrent encore une seule dose de quinoïdine, et, dans ce cas, plus petite.

» Ils prescrivent ce médicament suivant la formule ci-après :

Pr. Quinoïdine	2 scrupules	= 2gr,60
Extrait gom. d'opium . .	1 grain	= 0 ,05
Mucilage	Q. s.	

Pour faire dix pilules.

On en prend, après le déclin de l'accès, deux pilules chaque heure.

» En outre, nos honorables confrères, MM Maratos et Vastas, affirment que, par suite de cette administration de la quinoïdine, la fièvre cesse toujours, et que jamais il ne résulte de l'usage de ce médicament aucun accident, ni même aucune indisposition.

» Il est complétement inutile de parler des connaissances scientifiques et de la sincérité de nos honorables confrères, pas plus que de la manière dont ils comprennent leur devoir envers la science, parce que nous croyons absolument impossible qu'ils nous donnent une pareille assurance s'ils n'étaient pas complétement convaincus et du bon diagnostic des maladies traitées par eux et de l'utilité du remède. C'est pour cela que nous publions avec empressement ce moyen thérapeutique, et que nous invitons tous nos confrères à faire des études suivies et à entreprendre des expérimentations. Nous les invitons en outre à vouloir bien nous communiquer les résultats de leurs essais, afin que la vérité se fasse jour d'une manière incontestable par cette publicité. » (*Traduit par M. le docteur René Briau.*)

On sait que la *quinoïdine* est un produit de l'altération des alcalis naturels du quinquina. Quand on chauffe pendant quelques heures le sulfate de quinine, en ajoutant un peu d'eau et d'acide sulfurique, le sel entre en fusion et se transforme en sulfate de *quinicine*. Traité de la même manière, le sulfate de cinchonine donne du sulfate de *cinchonicine*. Que si, dans l'une ou l'autre de ces expériences, la température est élevée au delà du degré nécessaire à cette transformation, ce n'est plus de la quinicine ni de la cinchonicine qu'on obtient, mais bien de la *quinoïdine*. Cette substance se trouve souvent toute formée dans les eaux-mères de la préparation du sulfate de quinine. Les médecins prendront garde, du reste, de confondre la quinicine et la cinchonicine, qui ne sont, comme nous venons de le dire, que des transformations de la quinine et de la cinchonine, avec la *quinidine* et la *cinchonidine*, qui existent, à l'état naturel, dans les quinquinas du commerce.

Voilà, conséquemment, sept produits du quinquina dont la propriété antipériodique peut être recherchée par le médecin : les quatre bases naturelles, quinine, cinchonine, quinidine, cinchonidine ; les bases résultant de la transformation des premiers alcaloïdes, c'est-à-dire la quinicine et la cinchonicine ; enfin, la quinoïdine. Il est difficile de préjuger quel est, de ces produits, celui qui offre le plus de chances d'efficacité ; car tous, à l'exception de la quinoïdine, sont isomères de la quinine. Néanmoins, si nous entreprenions nous-mêmes des essais, nous tiendrions compte de cette remarque, que la *cinchonidine* partage seule avec la quinine la propriété de dévier fortement le plan de polarisation *à gauche* ; nous voudrions voir, quelque hasardeuse que puisse être une telle supposition, si cette analogie ne se continue pas dans l'action thérapeutique, et c'est tout d'abord la cinchonidine que nous mettrions en expérience. Simple avis à nos confrères de Grèce.

— Les expériences de MM. Dussard et Pillon sur le traitement de la gale (voir *Gaz. hebdomad.*, p. 685, 1855), se continuent à

l'hôpital Saint-Louis. Elles sont suivies par un de nos rédacteurs, qui en rendra, s'il y a lieu, un compte détaillé. Pour le moment, il paraît démontré que le badigeonnage de toute la surface du corps avec le chlorure de soufre, dissous dans le sulfure de carbone, guérit souvent la gale immédiatement, en frappant de mort tout ensemble les acarus et les œufs. Dans quelques cas, un certain nombre d'animalcules ont survécu, ou quelques œufs n'ont pu être atteints, et il a fallu recommencer l'opération; mais l'effet du remède est toujours prononcé et, pour ainsi dire, instantané.

Cette différence de résultat se comprend aisément, quand on se rend compte de la manière dont peut et doit agir le moyen de traitement. Au lieu de frictionner rudement la peau, comme dans la *frotte* de l'hôpital Saint-Louis, on se contente d'un simple badigeon. La liqueur doit donc pénétrer dans les sillons, à travers l'épiderme, par un procédé d'imbibition. Or, il peut arriver que cette imbibition n'ait pas lieu partout, par des raisons fort diverses, et qu'un certain nombre de sillons soient épargnés. MM. Dussard et Pillon assurent, il est vrai, que, par l'action de la liqueur, la couche épidermique sur laquelle se tient l'acare se dessèche et s'écaille, et que les œufs périssent par suite de leur exposition à l'air; néanmoins, il n'est pas douteux que le contact direct de la liqueur ne soit plus sûrement mortel. Par la même raison, il pourrait se faire que l'effet du badigeon fût plus prononcé sur de vieilles gales, dans lesquelles un grand nombre de sillons ont été ouverts par les ongles du malade, que dans des gales plus récentes, où l'animalcule est mieux protégé.

L'odeur de chlorure de soufre est assez désagréable. C'est un médiocre inconvénient. Il y aurait lieu de se préoccuper davantage de la douleur. Au dire des inventeurs, les sujets souffrent très médiocrement, et il en a été ainsi, en effet, dans quelques expériences dont nous avons été témoin; mais nous croyons savoir qu'un expérimentateur, à qui l'histoire de la gale doit de notables progrès, a vu l'application de la liqueur déterminer des douleurs violentes, particulièrement sur les bourses, sans qu'on ait pu en accuser le dépouillement de la couche épidermique. Nous aurons sans doute à revenir sur ce point.

(*La suite prochainement.*)

A. Dechambre.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Chirurgie. — M. *Velpeau* présente à l'Académie un mémoire de M. *Bonisson*, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Montpellier. Ce mémoire, intitulé: *Nouveau procédé de rhinoplastie ayant pour but de conserver la régularité du contour des narines*, contient quatre observations recueillies à la clinique de l'hôpital Saint-Éloi, et qui tendent à démontrer l'efficacité de ce procédé pour corriger certaines imperfections inhérentes aux opérations rhinoplastiques, telles qu'on a l'habitude de les pratiquer.

L'auteur résume les lois et les avantages de la nouvelle méthode dans les conclusions suivantes: — La rhinoplastie, et spécialement la restauration partielle de l'aile du nez, est susceptible, dans beaucoup de cas, d'un perfectionnement qui écarte toute difformité et qui maintient les mouvements de l'aile du nez. — Ce résultat s'obtient en appliquant la méthode française, par un procédé ayant pour but de soutenir le lambeau réparateur de l'aile du nez, et de conserver à la narine son contour naturel. — Le procédé consiste à ménager les portions saines de la cloison et du cartilage latéral du nez, et à découper en lanière le contour naturel de la narine pour en faire la bordure du rebord inférieur du lambeau qui vient s'encadrer dans la perte de substance. (*Comm.* : MM. Serres, Velpeau, Cloquet.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet l'ampliation d'un arrêté qui nomme M. le docteur *René Briau* bibliothécaire de l'Académie, en remplacement de M. Ozanam, démissionnaire.

2. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce communique à l'Académie: *a*. Les rapports de M. le préfet du Nord sur le service des épidémies dans ce département pendant l'année 1854. (*Commission des épidémies.*) — *b*. Une notice de M. le docteur *Dechaud* sur le choléra qui a régné à Montluçon en 1854 et 1855. (*Commission du choléra de 1854.*) — *c*. Les états des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements de l'Aube, des Basses-Pyrénées, de Loir-et-Cher, de la Mayenne, de Saône-et-Loire, de l'Indre, des Pyrénées-Orientales. (*Commission de vaccine.*)

3. Communications de: *a*. M. le docteur *Henry Dick*, de Londres (De la section sous-cutanée des rétrécissements de l'urèthre). (*Comm.* : MM. Jobert, Guérin.) — *b*. M. *Jourdain*, pharmacien (De l'éponge au point de vue pharmaceutique). (*Comm.* : MM. Chatin et Bouchardat). — *c*. M. le professeur *Krause*, de Dorpat (Lettre relative à l'accouchement prématuré artificiel). (M. Danyau, *rapporteur.*) — *d*. M. le docteur *Demarquay*, chirurgien des hôpitaux (Lettre sur les avantages des pansements des plaies par la glycérine).

M. *Londe* cite, à ce propos, le témoignage d'un chimiste distingué, qui après avoir essayé vainement de toutes sortes de moyens pour faire cesser le prurit douloureux d'un *eczéma*, fut presque soudainement débarrassé de ces vives démangeaisons par une application de glycérine.

Discussion sur le séton.

M. *Gerdy* s'étonne que l'on ait tant insisté sur l'histoire du séton, et que l'on ait mis tant de soins à décrire sa généalogie. L'important, à son avis, c'était de démontrer l'utilité de ces exutoires, et leur efficacité dans la pratique.

Il partage les craintes qu'ils inspirent à certains praticiens; car il ne peut se dissimuler les inconvénients, les dangers même dont ils sont quelquefois la source. Mais il convient, avec M. Bouvier, que ces accidents, qui sont surtout des *effets de voisinage*, se montrent d'autant plus rares et d'autant moins redoutables que les sétons sont plus petits; c'est déjà un avantage qu'il ne saurait nier aux sétons de M. Bouvier. Quant à leur efficacité, c'est une question sur laquelle l'orateur ne saurait se prononcer puisqu'il ne les a jamais mis à l'épreuve lui-même.

Et d'ailleurs, à l'égard de l'efficacité d'un procédé, d'une méthode de traitement, quelle qu'elle soit, M. Gerdy partage les réserves faites par M. Velpeau. La médecine n'est, d'après lui, qu'un calcul de probabilité: il n'existe pas un seul remède d'une efficacité absolue. Pour juger de l'effet réel d'une médication, d'un traitement, il faudrait l'expérimenter pendant un temps assez long, tout seul, à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique. Mais est-ce ainsi que l'on procède en général? Non, sans doute: on emploie concurremment plusieurs remèdes, et plus on en emploie, plus on tombe dans le doute et l'obscurité; on arrive ainsi au bout de sa carrière, aussi ignorant qu'au début.

M. Gerdy voudrait, à moins que l'urgence n'oblige à faire le contraire, que les médecins et les chirurgiens s'accoutumassent à isoler, dans la pratique, les méthodes thérapeutiques, à ne faire usage que d'un traitement unique, à ne diriger contre une maladie qu'une seule médication, qu'un seul remède, s'il était possible; ce serait assurément le meilleur moyen d'en apprécier la valeur. Autant qu'il le peut, c'est ainsi que M. Gerdy procède depuis longues années déjà. Enfin il est un élément dont il faut toujours tenir compte dans le succès d'un traitement, dans l'efficacité d'un remède: c'est le temps, à qui l'on peut sans injustice rapporter, le plus souvent, une grande part des honneurs de la guérison.

Sans doute, comme l'a fort bien dit M. Bouvier, et après lui M. Velpeau, le meilleur moyen d'éprouver l'efficacité d'un traitement, c'est d'en faire l'essai sur soi-même; et M. Bouvier a déclaré que le séton lui avait sauvé la vue, et il a cité les noms de Fabrice de Hilden et de Fabrice d'Aquapendente, auxquels le même moyen avait rendu les plus signalés services.

M. Gerdy a pu se convaincre aussi personnellement de l'efficacité des *moxas* dans les affections articulaires, quoi qu'en ait dit M. Malgaigne.

L'orateur raconte comment, en 1816, l'application d'un moxa l'a guéri pour toujours d'une arthrite sèche du genou qui avait résisté longtemps aux antiphlogistiques et à l'emploi de révulsifs plus bénins.

M. Gerdy déclare encore qu'il a vu souvent des ostéites graves et fort douloureuses céder promptement à l'application du moxa.

Ce sont là de ces cas dans lesquels il n'est pas permis de conserver du doute, de l'incertitude, puisque le moxa, quand il a réussi, a été employé seul. Mais est-ce à dire que le même moyen devra nécessairement réussir dans tous les cas semblables? Malheureusement, l'expérience nous apprend qu'il est téméraire de porter de pareils jugements : en médecine, comme dans les arts qui s'adressent aux *êtres vivants*, il n'y a de certitude que pour les faits accomplis; tout le reste est douteux et conjectural, et ceci s'applique aussi bien aux végétaux qu'aux animaux.

M. Cerdy est de l'avis de M. Bouvier relativement à la méthode révulsive; il pense que c'est une des plus puissantes et des plus fécondes de la thérapeutique. Aussi répugne-t-il à croire que M. Malgaigne ait voulu l'attaquer et la détruire tout entière. Ce que M. Malgaigne a surtout combattu, sans doute, c'est l'abus qu'on a fait des révulsifs.

L'orateur a vu aussi des sétons prolongés augmenter les souffrances des malades, provoquer de nouvelles douleurs, faire naître des inflammations de voisinage, et même perdre la vue des sujets auxquels ils avaient mission de la rendre ou de la conserver. Mais ici la faute n'est pas au remède; elle est au médecin qui ne sait pas en régler l'emploi, et qui oublie trop facilement qu'un remède devient dangereux sitôt qu'il cesse de s'attaquer au mal pour s'attaquer au malade.

M. *Malgaigne* : Si je ne m'abuse, messieurs, il y avait dans le mémoire de M. Bouvier deux questions dominantes : l'une très petite, c'est la substitution du petit séton aux sétons ordinaires ; l'autre très grande, c'est celle de l'efficacité du séton et de l'utilité des exutoires en général. C'est de la grande question que je me suis le plus occupé dans les arguments que vous m'avez entendu adresser à M. Bouvier ; et M. Bouvier a protesté, disant que j'avais mal compris la nature et le but de son travail. Il a voulu prouver, dit-il, que le nouveau séton n'est point inférieur dans ses effets à celui qu'il est destiné à remplacer. Et quelles sont les preuves qu'il apporte à l'appui? Des observations qu'il déclare lui-même d'abord incomplètes, et plus tard sans valeur. Et de quel droit, d'ailleurs, M. Bouvier se dit-il l'inventeur des petits sétons? Dès le XV^e^ siècle, *Gatenaria* faisait des sétons avec une ficelle pour les pauvres, et un *anneau d'or* pour les riches; *Dionis* se servait d'un fil de lin retors non passé à la lessive; *Gleize* employait vingt à vingt-quatre fils de coton; et enfin, de nos jours, M. *Desportes* a devancé M. Bouvier dans l'emploi des sétons *perfectionnés*.

M. Bouvier, pour réhabiliter le séton, lui donne pour père *Hippocrate* et pour mère la médecine vétérinaire. Mais était-ce véritablement un séton qu'appliquait Hippocrate, lorsqu'il traversait l'aisselle d'un fer rouge pour empêcher les luxations de se produire? Était-ce aussi un séton que *Columelle* appliquait aux bœufs malades quand il leur traversait l'oreille avec une alène, et qu'il passait dans cette ouverture une certaine racine *arrachée de la main gauche avant le coucher du soleil?* Assurément non! Et je puis affirmer que le séton n'était pas connu des chirurgiens de l'antiquité.

L'opération qui se rapproche le plus du séton, c'est l'*hypospathisme*, dont nous trouvons la description dans *Paul d'Égine*; et encore, peut-on franchement rapprocher cette opération (qui avait pour but de couper les vaisseaux qui portaient aux yeux la pituite) du séton dont l'action est toute révulsive?

Dans les livres de *Rhazès*, il n'est nulle part question du séton. Ce qui a trompé M. Bouvier, c'est que dans un ouvrage intitulé : *De cauteriis*, et faussement attribué à *Rhazès*, il est parlé d'une opération désignée sous le nom de *sectorium*, qu'on a improprement traduit, sans doute, par le mot *séton*. Le séton que M. Bouvier attribue à Rhazès, c'est donc une opération inconnue, imaginée à une époque inconnue et par un auteur inconnu. La belle origine, en vérité!

Lanfranc est le premier qui donne la description du séton, et *Guy de Chauliac* le premier qui parle du séton à la nuque.

Au XIV^e^ siècle, le séton, indiqué par Guy de Chauliac et repoussé par *Argolata*, ne tarde pas à être remplacé par le vésicatoire dans le traitement des maladies des yeux.

Au XVI^e^ siècle, le séton est employé par *Ambroise Paré* et par *Fabrice d'Aquapendente*; il est inconnu de *Vigo* et repoussé par *Fernel*.

Au XVII^e^ siècle, *Fabrice de Hilden* et *Marc-Aurèle Séverin* se déclarent ses partisans; *Dionis* le proscrit de sa pratique.

Au XVIII^e^ siècle, les oculistes prodiguent le séton à la nuque; mais J.-L. Petit et tout le collège de Saint-Côme déclarent, par l'organe de *Garengeot*, qu'on lui attribue un bien plus imaginaire que réel.

Enfin, au XIX^e^ siècle, le séton rencontre plus de répugnances que de sympathies, plus d'ennemis que de partisans.

Mais si j'interroge les défenseurs du séton, je trouve chez eux de singulières assertions. Les uns veulent le fer rouge dont se servaient les anciens; A. Paré préfère une aiguille; Fabrice de Hilden donne aussi la préférence à l'aiguille et rejette le feu comme desséchant; Gleize déclare que le séton à l'aiguille et au fer rouge lui font également horreur, et il imagine des petits sétons qui font merveille entre ses mains, mais qui ne lui ont pas survécu; enfin, c'est M. Bouvier, qui condamne les sétons classiques, et qui invente d'autres petits sétons perfectionnés! Et quels sont les faits rapportés par les partisans du séton en faveur de son emploi?

Écoutez Ambroise Paré : « L'expérience quotidienne montre que tost » après que l'ulcère jette boue, la vue se clarifie, voire à ceux qui l'avaient » du tout perdue. » Et il cite l'observation de l'orfèvre Paule qui garda le séton un an et plus, le quitta pendant six mois, et le reprit pour la vie!

Fabrice d'Aquapendente le trouve, par *longue expérience, d'une extrême efficace*; et lui-même le porte deux fois dans sa vie. Mais tournez la page, et vous verrez que ce chirurgien vante fort la *cautérisation de la nuque aux nouveau-nés et enfants déjà grands, pour épilepsie, apoplexie, vertige, coma*, etc. Et, ajoute-t-il, « cette opération se fait le plus » souvent avec une évidente et très prompte utilité... Elle est si ordinaire » à Florence, qu'il n'y a point ou fort peu d'enfants qui n'y soient sou- » mis. » Franchement, de pareilles assertions sont-elles croyables? Et sont-ce là des faits capables de convaincre?

Fabrice de Hilden, avec le séton, guérit tout, épilepsie, catarrhes, phthisie avec crachement de sang et de pus; il a même vu le séton préserver de la peste! Il parle d'un enfant réduit à un état désespéré malgré un cautère à la nuque, et qu'un séton, appliqué à la place même du cautère, arrache miraculeusement à une mort imminente! Il cite une dame qui est affligée d'un séton *depuis plus de dix ans*, et qui le porte *avec beaucoup de fruit!* Aucun détail sur la maladie et le traitement de sa fille Sibille, à qui le séton rendit la vue.

Dans un autre cas, le séton réussit, mais, ajoute Fabrice, *purgato corpore, institutaque victus ratione!* Il avoue enfin que, dans la *cataracte*, le séton n'a jamais nui, mais qu'il a été rarement utile.

Marc-Aurèle Séverin a appliqué un séton au cou d'un jacobin pour un polype nasal, et dans un autre cas, un séton à l'aisselle pour un anévrysme du *sternum* (de l'aorte).

Gleize rapporte six observations de maladies des yeux traitées par le séton à la nuque.

Dans un cas, le malade guérit huit ou dix jours après l'application du séton; mais il est condamné à le garder encore huit mois pour assurer la cure. Dans un autre cas, il s'agit d'une guérison obtenue au bout d'un mois et demi par le séton aidé de différents collyres, de la section des vaisseaux conjonctivaux et d'un régime spécial.

Dans les autres observations, la guérison se fait attendre plus ou moins longtemps après l'application du séton; si bien que Gleize conclut qu'on ne peut guère fixer le temps que le séton doit rester appliqué; et il avoue qu'il l'a fait porter aux uns trois ou quatre mois, aux autres cinq ou six mois et davantage. Il préfère le séton à tous les autres exutoires, parce qu'il lui a reconnu une *intelligence* que n'ont pas les vésicatoires et les cautères. Il a observé, en effet, chez presque tous les malades, que le séton désigne lui-même le temps où il doit être enlevé : c'est quand il cesse de suppurer!

Et Boyer, qui était grand partisan des exutoires, comment parle-t-il du séton? « Dans plusieurs cas, dit-il, il s'est passé un mois, quelquefois plus, » avant qu'on observât aucune amélioration sensible; et après ce temps, » le mal a marché rapidement vers la guérison. » Aussi recommande-t-il de ne pas se hâter de supprimer un séton, lorsqu'au bout d'un certain temps on n'en a point encore obtenu de bons effets.

Jusqu'à présent, messieurs, tout ce que vous venez d'entendre de la bouche des partisans du séton vous paraît-il convaincant? Croyez-vous que le séton ait lieu d'être satisfait de ses défenseurs?

Et voilà que M. Bouvier, dans son enthousiasme, voulait entraîner l'Académie vers le *Capitole!* Mais l'Académie ne l'y a point suivi. N'est-ce pas plutôt à *Notre-Dame de Lorette* qu'il aurait dû vous appeler, afin d'aller pendre solennellement, en *ex-voto*, le gros séton qui l'avait guéri, à la voûte de cette fameuse chapelle, où il se serait trouvé sans doute en compagnie de beaucoup d'autres sétons.

Je dis le *gros séton*, car je pense que c'est celui-là qui a guéri M. Bouvier; pourquoi donc le traite-t-il si peu charitablement et cherche-t-il à lui en substituer un autre?

Et M. Velpeau, qui vient vous dire que, grand partisan du séton d'abord, il l'a presque repoussé plus tard, pour y revenir ensuite! Pourquoi toutes ces oscillations? Si le séton était un si bon remède, M. Velpeau ne lui serait-il pas resté constamment fidèle?

M. Velpeau me prédit qu'avant peu je reviendrai au séton. Et dans quelles circonstances, s'il vous plaît? Quand vous vous trouverez en face d'une maladie obscure, mal déterminée, dit M. Velpeau; ou bien, quand vous aurez épuisé vainement tous les moyens et que vous ne saurez plus que faire! Oh! vraiment, l'excellente ressource que le séton!

M. Velpeau croit à la tradition et veut qu'on y croie; il croit aussi aux assertions d'Ambroise Paré, de Fabrice d'Aquapendente, de Fabrice de Hilden, et de tous les autres dont je vous ai cité le témoignage en faveur du séton! De pareilles assertions vous ont-elles paru suffisantes, et ne demanderez-vous pas des preuves plus solides pour être convaincus de l'efficacité du séton?

Et pourquoi donc M. Velpeau se montre-t-il si défiant, si incrédule à

l'égard des petits sétons ? Il affirme que les observations de M. Bouvier sont incomplètes et ne prouvent rien.... Mais celles des auteurs que j'ai cités prouvent-elles davantage ? Pourquoi donc M. Velpeau y ajoute-t-il une foi si vive ?

Interrogez donc les annales de la science, et je vous défie d'y trouver une série d'observations qui établissent nettement l'utilité du séton ! D'ailleurs, pour qu'il fût prouvé que le séton guérit de quelque chose, il faudrait, comme le dit M. Gerdy, l'expérimenter tout seul, à l'exclusion de tout autre remède, et pendant un temps déterminé.

De nos jours, allez donc dans les salles d'hôpitaux ; interrogez médecins, chirurgiens, oculistes, et vous verrez comme on est sobre de l'emploi du séton ! A l'issue de la dernière séance, j'ai successivement rencontré nos collègues MM. Piorry, Cazeaux et Bonnafont, qui sont si peu satisfaits de l'emploi du séton, qu'ils ont renoncé à son usage.

Si je me montre impitoyable moi-même pour le séton, il n'est pas exact de dire que j'enveloppe la méthode révulsive tout entière dans cette proscription. La question a été mal posée. On a voulu faire aux Grecs l'honneur de l'invention de la médication révulsive ! Je le nie formellement. Les Grecs et tous les médecins anciens, qui faisaient grand usage des cautères, n'avaient pas idée de la révulsion telle que l'entend M. Bouvier, telle que nous l'entendons tous aujourd'hui !

M. *Bouvier* (interrompant). Et Celse ?

M. *Malgaigne*. Celse, comme les autres, dans les affections oculaires, brûlait les tissus, afin de détruire les veines qui charriaient la *pituite* vers les yeux. Est-ce là de la révulsion ?

Je le répète, l'usage du séton me paraît inutile, son abus me semble nuisible. J'espère démontrer plus tard qu'il en est de même des autres exutoires appliqués aux maladies articulaires.

M. *Bouvier*, avant de répliquer à l'argumentation de M. Malgaigne, nie formellement d'avoir confessé que ses propres observations ne prouvaient rien et fussent sans valeur ; il a seulement avoué qu'elles étaient insuffisantes, mais il espère pouvoir les compléter un jour.

M. *Malgaigne*. Si, dans mon improvisation, j'ai laissé échapper quelques paroles désobligeantes envers M. Bouvier, je déclare que c'est très involontairement, et je m'empresse de les retirer.

A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret.

Société de médecine du département de la Seine.

AVIS. — La prochaine réunion de la Société est renvoyée du vendredi 2 novembre, *jour des Trépassés*, au vendredi 9.

La séance suivante aura lieu le 23 du même mois, au lieu du 16.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Recherches sur les modifications de la température dans la fièvre typhoïde, par le professeur THEOD. THIERFELDER (de Rostock).

Le mémoire que vient de publier M. Thierfelder fait partie d'une série complète de recherches qui s'étendent à l'étude de la température cutanée dans un grand nombre de maladies. Les opinions du jeune professeur portent l'empreinte de l'école à laquelle il a étudié, de celle de son maître, M. Wunderlich (de Leipzig). On en jugera par le résumé suivant de son travail.

Dans la fièvre typhoïde, la température s'élève, en général, progressivement et graduellement pendant les premiers jours jusqu'au troisième ou cinquième. A partir de cette époque, la température demeure constamment au-dessus de la moyenne normale, pendant un espace de temps qui varie de une à quatre semaines et demie, de deux en moyenne. Cependant on observe fréquemment, à partir du milieu de la deuxième ou troisième semaine, un abaissement de la chaleur cutanée. Dès le début de la maladie, comme pendant tout son cours, l'élévation de la température présente un type rémittent quotidien, rémission survenant surtout dans la matinée. La fièvre ne revêt, en général, le type continu qu'à sa période d'intensité ou lors de l'apparition de complications. La température cutanée (mesurée dans l'aisselle) s'élève en moyenne, pendant sa période maximum, de 40° à 41°,2 centigr. le soir ; l'élévation maximum est de 41°,2 à 41°,9. Suivant M. Thierfelder, on observe, pendant le cours de l'état fébrile maximum, des rémissions régulières qui surviennent, en général, les quatrième, cinquième, sixième, dixième, douzième, treizième, quatorzième, dix-septième, vingt et unième, vingt-quatrième, vingt-huitième et trente et unième jours. La température ne tombe jamais brusquement, dans la fièvre typhoïde, à son chiffre normal ; cet abaissement se produit peu à peu et en quelques jours, survenant d'abord le matin et seulement plus tard le soir. L'abaissement complet de la température survient les vingt-quatrième, vingt et unième, douzième, et rarement les vingt-huitième et trente-cinquième jours. Dans la convalescence, le chiffre de la température est ou égal, ou inférieur à celui de l'état normal. Un catarrhe bronchique violent, la pneumonie hypostatique et d'autres complications phlegmasiques, survenant au summum d'intensité de la maladie, déterminent une élévation plus considérable du chiffre de la chaleur ou retardent son abaissement. Les dérangements gastriques, le catarrhe bronchique, les troubles cérébraux, apparaissant dans la convalescence, produisent tantôt une élévation plus ou moins persistante ou seulement passagère, tantôt des exacerbations le soir. La réparation lente des ulcères de l'intestin grêle, un léger degré de colite, n'occasionnent aucune élévation du chiffre de la chaleur. Les hémorrhagies nasales, intestinales ou pulmonaires causent un abaissement en général peu considérable de la chaleur animale. Quand la mort survient à la période du summum d'intensité de la maladie, la chaleur s'accroît, mais principalement dans les douze dernières heures de la vie ; elle peut atteindre alors 43°,2 centigr. L'accélération du pouls se manifeste plutôt, en général, de trois à cinq jours avant la mort.

L'abaissement de la température morbide coïncide le plus souvent avec une diminution de la rougeur de la face, un rapetissement de la rate, une diminution de la diarrhée et une augmentation de la quantité de l'urine, qui devient en même temps plus claire et moins sédimenteuse. Le refroidissement de la face et des extrémités peut se rencontrer en même temps que des chiffres très différents de la température animale.

Ces notions reçoivent d'utiles applications relatives au diagnostic et au pronostic. L'élévation de la température permet mieux de déterminer le début de la fièvre typhoïde que l'accélération du pouls. On ne doit pas regarder comme une fièvre typhoïde une maladie fébrile dans laquelle l'accélération du pouls s'élève dès le premier jour à 40° centigr., et encore moins si le troisième jour du malaise le chiffre de la température est inférieur à celui que nous venons d'indiquer ; nous avons dit plus haut que la chaleur pouvait baisser le sixième jour. Dans la fièvre typhoïde, l'élévation morbide de la température persiste au moins pendant une semaine.

Toutes les fois que la période d'accroissement progressif de la température dure cinq jours, il ne faut jamais attendre un abaissement réel et définitif avant le dix-septième jour. Lorsque la température s'abaisse légèrement vers la fin de la première semaine, la maladie sera en général légère ; si au contraire elle continue à s'accroître après le cinquième jour de la maladie, la fièvre typhoïde sera grave. Lorsque la rémission du matin n'est que de un demi-degré environ au moins, l'affection sera grave et traversée par des complications sérieuses.

M. Thierfelder a ajouté à ces résultats statistiques d'autres considérations sur les récidives de la maladie et sur les bons effets du calomel et de la digitale donnée pendant la maladie. On peut voir, d'après ces résultats, que M. Thierfelder, comme M. Wunderlich, admet des jours critiques ; notre confrère allemand avait, du reste, également professé cette doctrine dans ses recherches antérieures sur la pneumonie. Les résultats que nous avons transcrits ici ont pour nous une valeur d'autant plus grande que nous pouvons garantir personnellement l'exactitude des expériences d'où ces résultats ont été déduits. (*Vierordt's Archiv für Physiol. Heilk.*, 14e année, 2e livr., 1855, p. 173.)

Du caractère contagieux du choléra épidémique.

L'épidémie de choléra, à peine terminée aujourd'hui en Autriche,

a fourni l'occasion aux médecins de Vienne d'étudier de nouveau avec plus d'exactitude le mode de propagation du choléra.

Une communication de M. le docteur Haller à la Société impériale et royale des médecins de Vienne, a provoqué une discussion à cet égard, et, pour le dire immédiatement, presque tous les médecins qui ont pris part à cette discussion ont conclu au caractère contagieux de la maladie épidémique. Telle est, du moins, la conviction inspirée à M. Haller par les faits observés dans son service à l'hôpital général de Vienne. MM. Innhauser, Flechner et Skoda partagent cette opinion ; cependant le choléra peut évidemment, aux yeux de ces praticiens, avoir une origine spontanée. Nous avons pu nous convaincre également que le caractère contagieux est attesté dans beaucoup de cas par les communications des médecins de l'Orient. Nous rappellerons un mémoire de M. Rigler (de Constantinople), analysé dernièrement dans la *Gazette hebdomadaire*. On doit néanmoins reconnaître que la contagion n'est pas, à beaucoup près, le mode de développement le plus ordinaire de la maladie. (*Wochenblatt d. Zeits. d. K. K. Gesellsch. d. Aerzte z.* Wien, 1855, n° 28, p. 453.)

Rupture du muscle grand droit de l'abdomen dans le tétanos, par M. H. GRAY.

M. Gray, en présentant cette pièce à la Société pathologique de Londres, fait précéder sa description de quelques renseignements sur l'histoire du malade ; nous les transcrivons ici. Un homme de trente-neuf ans entra dans le service de M. Bence Jones, à l'hôpital Saint-Georges de Londres. Horloger, il avait, disait-il, eu fréquemment les doigts lacérés par des fragments de verre. Il ne se rappelait pas, néanmoins, avoir eu de blessure de ce genre dans ces derniers temps. Le 16 mars, dans la matinée, se manifestèrent les premiers symptômes de tétanos, qui demeurèrent réfractaires à tout traitement et causèrent la mort le 23 mars. Aucun symptôme n'avait attiré l'attention du côté des parois de l'abdomen. A l'ouverture du cadavre, on ne trouva qu'une déchirure transversale du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit.

M. Gray fait remarquer que cette déchirure, placée à la moitié de la hauteur du muscle, a été rencontrée à la suite de convulsions tétaniques violentes, et toujours dans le même point du muscle, par M. Curling, comme on peut le lire dans le traité de cet auteur sur le tétanos.

M. Curling, présent à la séance, ajouta qu'il avait rencontré, depuis la publication de son ouvrage, beaucoup d'exemples de rupture du muscle grand droit de l'abdomen ; d'autres déchirures ont également été observées dans les muscles psoas et dans les muscles lombaires.

M. P. Hevett ajoute que des déchirures semblables ont été rencontrées à l'hôpital Saint-Georges, en 1839, dans des cas de typhus. (*Dublin Med. Press*, 1855, t. XXXIV, p. 100.)

Fracture du fémur avec consolidation vicieuse ; raccourcissement de deux pouces ; rupture du cal ; guérison avec un raccourcissement de un quart de pouce.

Le fait suivant nous a paru digne d'être rapporté, parce que nous y voyons un résultat très avantageux fourni par une manœuvre que souvent on hésite à mettre en usage, même dans les cas où elle est le plus nettement indiquée.

OBS. — Fr. Kauer, âgé de trente ans, ouvrier charpentier, vigoureux et bien portant, tomba d'une hauteur de vingt pieds, et se fractura le fémur gauche, à environ deux travers de doigt au-dessous de la partie moyenne. La fracture était compliquée de plaie à la peau, et en déshabillant le malade on trouva, dans son pantalon, et nettement séparé, un fragment d'os long de deux pouces trois quarts, large de trois quarts de pouce, comprenant la moitié environ de l'épaisseur totale du fémur. Malgré cette complication, la guérison était complète au bout de dix semaines, mais la marche était demeurée très pénible et même impossible sans béquilles. On constata un raccourcissement de deux pouces, dû à ce que les fragments se rencontraient sous un angle obtus dont le sommet regardait en dehors ; il y avait, en outre, chevauchement des fragments ; cal volumineux. Aujourd'hui la consolidation est parfaite. Quand le malade marche, ce qu'il ne peut faire qu'en s'aidant d'un bâton, la pointe seulement du pied gauche appuie sur le sol.

Le 8 mars, seize semaines après l'accident, le docteur Langenbeck fit la rupture du cal de la manière suivante : Le malade étant chloroformisé, un coussin bien dur fut placé sous la cuisse gauche au niveau de la fracture, et le fragment supérieur solidement fixé. Alors on exerça de fortes pressions sur le fragment inférieur employé comme levier. Après quelques tentatives inutiles, la rupture se fit à l'endroit même de la fracture ; le membre put dès lors être redressé, ce qui sembla diminuer notablement le raccourcissement. On appliqua un appareil contentif provisoire ; les douleurs furent peu intenses. Le jour suivant, on pratiqua une extension énergique qui réduisit le raccourcissement à un quart de pouce, puis on appliqua un appareil plâtré qu'on renouvela le 23 mars et le 4 mai. Le 19 mai, le malade se leva avec son appareil ; un bandage de Scutin lui permit de se promener, et le 26 du même mois il quitta l'hôpital avec son membre gauche exempt de difformité, et d'un quart de pouce seulement plus court que celui du côté opposé. Ce résultat s'est maintenu. (*Deutsche Klinik*, 14 juillet 1855.)

Tumeur couverte de nombreux poils, et située à la circonférence de la cornée.

Cette tumeur a été observée par de Graefe sur un garçon de douze ans, bien portant d'ailleurs ; elle s'insérait sur la moitié externe de la circonférence de la cornée, au-dessous du diamètre horizontal de l'œil, et s'avançait un peu sur la cornée. Sa base, arrondie, avait trois lignes de diamètre ; sa hauteur mesurait un pouce. La conjonctive qui la recouvrait était plus mince et moins mobile sur la partie cornéale de la tumeur. La production morbide avait une couleur gris-jaunâtre et présentait à sa surface une multitude de poils d'une demi-ligne à une ligne et demie de longueur. L'extirpation montra qu'elle était plus adhérente à la cornée qu'à la sclérotique. L'examen microscopique fit voir en elle un tissu conjonctif très lâche, mêlé de nombreuses fibres élastiques ; on n'y trouva point de noyaux. Beaucoup de follicules pileux, autour desquels les vaisseaux étaient accumulés en plus grand nombre, plongeaient dans l'épaisseur de ce tissu. C'est seulement dans leur voisinage qu'on y rencontra des cellules adipeuses. De Graefe attribue la couleur jaunâtre de la tumeur, moins à la présence de cellules adipeuses, qu'à celle du tissu conjonctif et élastique. Il croit, d'une manière générale, que les tumeurs lipomateuses sont beaucoup plus rares dans cette région qu'on ne l'admet généralement. (*Allg. Med. Centr. Zeitung*, n° 53.)

Traitement de l'entropion par la ligature, sans excision d'un lambeau de peau, par le professeur RAU.

Cette méthode, indiquée d'abord par Gaillard, a donné au professeur Rau des résultats bien plus satisfaisants que les autres. Elle consiste à passer de haut en bas, dans les tissus de la paupière, une ligature assez profonde pour embrasser des fibres du muscle orbiculaire. Le moyen le plus certain pour obtenir ce résultat, c'est de saisir avec une pince à torsion un pli de la peau aussi épais que possible, et de le traverser à sa base par l'aiguille. Cette ligature doit être serrée fortement.

Rau place la ligature à une ligne du bord du cartilage tarse, et à l'endroit où le renversement de la paupière est le plus considérable ; il ne s'est jamais vu forcé d'appliquer plus de trois fils. Quant à la distance qu'il faut laisser entre l'ouverture d'entrée et l'ouverture de sortie du fil, il la fait dépendre du degré du renversement. Il n'a observé que deux récidives sur dix-huit malades traités de cette manière : la première se montra après deux ans, l'autre au bout d'un mois. Dans un cas seulement le résultat fut insuffisant. (*Arch. f. Ophthalm.*, 1er vol., 2e division.)

Déchirure traumatique du duodénum ; manifestation des accidents graves deux jours après l'accident, par le docteur ALEXANDER THOMSON.

Les faits de déchirure traumatique ou spontanée du duodénum ne sont pas très rares ; mais une exception vraiment curieuse, relative à la manifestation symptomatologique, donne un intérêt par-

ticulier à l'observation de M. Thomson. En général, des accidents de péritonite succèdent rapidement à la rupture du tube digestif, surtout quand la cause occasionnelle est le traumatisme. Or, dans le cas actuel, on vit, chez un enfant de treize ans, à la suite d'une chute d'un arbre, une absence momentanée, presque complète, d'accidents graves. L'enfant parut même jouir d'une bonne santé. Deux jours après l'accident, l'enfant fut pris de vomissements et d'affaiblissement général, accident qui augmenta pendant deux jours, malgré un traitement convenable dirigé contre la péritonite. La mort survint cinq jours après l'accident, et à peine trois jours après la manifestation des symptômes graves. L'examen du cadavre permit de reconnaître l'existence d'une perforation de la première portion du duodénum, de la longueur d'un pouce environ. L'ouverture était bouchée partiellement par un caillot sanguin qui se prolongeait également entre les tuniques. La cavité péritonéale contenait une petite quantité de sérosité presque incolore. (*Edinb. Medic. Journ.*, n° 2, 1855, p. 151.)

De l'action du chloroforme sur l'éléphant.

Un éléphant très âgé devait être abattu. On résolut d'avoir recours au chloroforme pour occasionner la mort. Au bout de dix minutes d'inhalation, l'animal perdit connaissance. On administra alors, sans produire aucun effet, une dose élevée de strychnine et d'acide prussique : l'animal ne parut en éprouver aucun effet sensible. On revint alors aux inhalations de chloroforme, qui furent continuées pendant trois heures sans que les mouvements respiratoires présentassent aucun trouble notable. Comme ces divers poisons ne paraissaient pas capables de tuer l'animal, on ouvrit la carotide au moyen de l'instrument tranchant. Au bout de quelques minutes, l'animal succomba. Cette expérience montre que certaines espèces animales ressentent très lentement l'action toxique du chloroforme. (*Dublin Medic. Press*, 1855, t. XXXIV, p. 110.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Principes et pratique de l'hydrothérapie, et médecine domestique (*The Principles and Practice of the Water-cure, and Household Medical Science*), par M. James Wilson. In-8 de 725 pages, 1854, London, John Churchill.

Propriétaire ou directeur de ce qu'on appelait jadis un institut hydrothérapique, M. Wilson a entrepris ce qu'exécutent avec une loyauté parfaite et sans encourir pour cela le moindre blâme tous ses collègues : il s'y est pris de manière à faire venir l'*eau* dans son établissement. Dans ce but, il expose sous une forme familière les meilleurs principes de physiologie et de pathologie, et, pour les mettre, autant que possible, à la portée du lecteur, il en a arrangé la substance en conversations liées entre un malade et son médecin.

Cent treize entretiens contiennent, par conséquent, la matière de toutes les connaissances que certes beaucoup de docteurs ne se verront ni sans besoin ni sans intérêt remises sous les yeux ; car l'auteur a puisé aux sources les plus irréprochables, et paraît surtout parfaitement au courant des notions que les progrès récents de la chimie ont permis aux physiologistes de mieux préciser sur le mécanisme de la digestion, de la respiration, des fonctions de la peau, de la calorification, etc. Aussi — nous l'avons remarqué avec plaisir — l'interlocuteur de M. Wilson se montre-t-il généralement satisfait des explications de son initiateur. Peu d'objections lui viennent à la bouche ; on ne l'entend guère user de la parole que pour approuver, et s'il ose parfois émettre un vœu, ce n'est que celui de voir continuer des développements auxquels nous le louons sans arrière-pensée de prendre un si vif intérêt.

Les conclusions qui découlent de ces savantes prémisses sont des plus rationnelles, et tout lecteur pourrait, sans se piquer d'une trop grande capacité divinatrice, les avoir quelque peu pressenties. Usez peu de la médecine à drogues, de la polypharmacie, des vains *nostrums* de messieurs les apothicaires ; cherchez plutôt à rendre la santé en rétablissant le jeu régulier des fonctions naturelles, et même en activant ou déprimant momentanément, selon le cas, quelques-unes d'entre elles, afin d'opérer les changements nécessaires dans la composition et dans le cours du sang. Telle est la devise de l'auteur. Il serait injuste de lui contester, en raison des motifs extra-scientifiques qui peuvent lui faire désirer de la voir généralement adoptée, le mérite des efforts par lesquels il a cherché à en démontrer l'excellence. Ses commentaires, comme ses exemples, portent, physiologiquement et pathologiquement, l'empreinte de la science la plus orthodoxe, et, ainsi que lui, nous demeurons persuadé que la médecine gagnerait beaucoup en considération et en efficacité, si ses interprètes daignaient employer à devenir accessibles aux intelligences moyennes une partie de la peine qu'ils se donnent souvent. Ce vœu est d'un honnête homme et d'un praticien qui ne craint la lumière ni pour ses doctrines ni pour ses actes. Nous pouvons donc nous y associer.

P. Diday.

Des modifications morbides de la température animale dans les affections fébriles, thèse inaugurale, par M. H.-B. Maurice, interne des hôpitaux.

Ce qui caractérise surtout la tendance actuelle des sciences médicales, ce sont les efforts auxquels on se livre de toutes parts pour substituer l'observation rigoureuse propre aux sciences physiques à cette vague appréciation des phénomènes morbides dont on s'est contenté si longtemps et si généralement. Les mensurations exactes, la statistique, la thermométrie reçoivent de jour en jour des applications nouvelles en médecine et en physiologie, et c'est grâce à ces moyens que nous pouvons espérer voir un jour des lois générales et universellement reconnues remplacer des théories contradictoires, qui souvent ne reposent que sur des appréciations personnelles, variables, par conséquent, avec les circonstances dans lesquelles on se trouve placé. Libre à quelques esprits de se complaire encore dans les nuages des observations superficielles, dans le vague des vues synthétiques. Pour nous, nous applaudirons toujours, comme à une tendance vers le progrès, à tout effort sérieux ayant pour but de dégager et d'étudier avec précision un des éléments dont la réunion constitue un symptôme morbide.

Aussi est-ce avec un grand intérêt que nous avons lu la thèse de M. Maurice. Déjà le thermomètre avait été utilisé pour rectifier bon nombre d'erreurs qui, avant son emploi, avaient cours dans la science. Mais il pouvait rendre une foule d'autres services ; seul il était capable de donner la solution des questions suivantes examinées dans le travail de M. Maurice : Quel est l'état de la température, cet élément essentiel du mouvement fébrile, dans les diverses périodes de la maladie ? Dans quels rapports cet élément se trouve-t-il avec les autres phénomènes organiques ? Quelle est l'influence qu'exercent sur lui les divers modes de traitement mis en usage ? Il est inutile d'en citer davantage pour montrer de quelle utilité peut être un travail conçu dans de telles vues ; mais nous devons ne pas passer sous silence le courage et la persévérance qu'a dû déployer l'auteur pour mener à bonne fin une pareille entreprise, les précautions minutieuses qu'il a été obligé de prendre pour se garer de toute erreur, la lucidité avec laquelle il a su exposer les observations laborieusement recueillies. Peut-être le lecteur s'attendait-il, comme nous, à trouver à la suite de cette énumération de faits quelques explications qui fissent comprendre, en partie du moins, la cause qui les engendre. Les belles recherches de M. Gavarret sur cette partie de la science auraient certainement facilité ces explications. Mais nous avons su que M. Maurice, désirant laisser à son ouvrage un caractère purement pratique, et voulant d'ailleurs ne pas rendre sa thèse trop volumineuse, a réservé cette partie complémentaire de son sujet pour un travail ultérieur, auquel nous présageons un accueil des plus favorables.

Marc Sée.

VII.

VARIÉTÉS.

— L'Espagne est loin d'être délivrée du choléra. L'épidémie augmente même encore à Madrid, où l'on compte une soixantaine de cas au moins par jour. Le 12 octobre, le total des cas s'élevait à 4,244, dont 2,765 décès.

— La science pharmaceutique vient de perdre un de ses représentants les plus distingués dans la personne de M. Quevenne, pharmacien en chef de la Charité.

— M. le docteur Daniel vient de mourir du choléra à Marseille. Les premières atteintes du mal, dit la *Gazette du Midi*, ne l'avaient pas empêché de vaquer aux soins de sa profession.

— Le professeur Berruti, et M. Sommé, l'un des plus anciens chirurgiens de la Belgique, viennent de succomber, le premier à Asti, le second à Anvers. A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Octobre. Sur une observation de fissure congénitale du sternum, par *Behier*. — Sur l'autoplastie et sur les méthodes et les procédés opératoires qui la constituent, par *Denucé*. — Changements et altérations que présente chez les vieillards l'appareil sécréteur et excréteur du sperme, par *Duplay*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 septembre. De l'iode dans le traitement du rhumatisme, de la goutte, des crampes et des contractures, par *Delioux*. — Règles de l'administration du quinquina, par *Briquet*. — Cautérisations dans les infiltrations d'urine, par *Philipeaux*. — Sur le mal perforant du pied et son traitement, par *Leplat*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 septembre. Tartre stibié dans la pneumonie aiguë au point de vue pratique, par *Ancelon*. — Emploi des vapeurs térébenthinées, par *Arm. Rey*. — Y a-t-il deux virus chancreux? par *Auzias-Turenne*.

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS. — Septembre. Kyste hydatique intrathoracique, par *Vigla*. — Traitement de la névralgie intercostale, par *Lecadre*. — Traitement de la chute du rectum, par *Chassaignac*. — Luxation sous-coracoïdienne de l'humérus, par *J. Rouyer*.

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 18. Sous-acétate de plomb contre les affections du cœur, par *Brachet*. — Anévrysme de l'arcade palmonaire; compression faite sans succès; ligature; guérison, par *Delore*. — Nouveaux signes des concrétions fibrineuses du cœur, par *Lavirotte*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Septembre. Tremblement des mains et des doigts; machine oscillatoire à écrire pour les amputés du poignet droit, par *J.-J. Cazenave*.

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 6. Chlorate de potasse dans les stomatites mercurielles, gangréneuses et ulcéro-membraneuses, par *Saurel*. — Sur les fièvres dites typhoïdes, par *Guyton*. — Choléra grave chez une femme enceinte terminé par la guérison après avortement, par *Desmortis*. — Ammoniaque liquide contre les affections scrofuleuses, par *Verdier*.

ANNALES MÉDICALES DE LA FLANDRE OCCIDENTALE. — 4e livraison. Sur quelques-unes des causes de la mort du fœtus vers le terme de la grossesse, par *Ancelon*. — De la pneumonie aiguë, par *Macario*.

PRESSE MÉDICALE BELGE. — N° 41. Clinique chirurgicale (abcès et fracture), par *Van Holsbeek*.

VERHANDLUNGEN DES VEREINS F. STAATSARZNEIWISSENSCHAFT in Berlin. — 1er cahier. Inconvénients de l'habitation dans les caves, par *Bressler*. — Des logements pour les ouvriers et les pauvres, par *Wolff*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT FUER GERICHTLICHE UND ŒFFENTLICHE MEDIZIN de Casper. — T. VIII, 1er cahier. Empoisonnement douteux par le phosphore; nouvelle méthode pour découvrir le phosphore sur le cadavre, par *Mitscherlich* et *Casper*. — Des salines; des ouvriers qui y travaillent et de leurs maladies, par *Trautwein*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 26 à 35. — 28—29. La muqueuse intestinale et son système de vaisseaux absorbants (suite), par le professeur *Brücke*. — 30—31. Sur la multiplication et le dédoublement des bruits du cœur, par *Drasche*. — 33. — Cas d'allongement polypiforme de la lèvre antérieure du col utérin, par *Szukits*. — Observations pharmacopo-dynamiques. — 34—35. Contribution à l'étude du développement des animaux supérieurs, par le professeur *Engel*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER ÆRZTE ZU WIEN. — Nos 26 à 36. — 27. Contribution à la chirurgie des fractures, par *Schwegel*. — 31. Sur trois pièces de spina-bifida, par *Friedlinger*. — 34. Diagnostic de la maladie de Bright chronique, par *Robert v. Eisenstein*. — 36. Observation d'une difformité congénitale de l'intestin pour servir à l'étude des amputations spontanées.

ZEITSCHRIFT FUER KLINISCHE MEDIZIN, de F. Günsburg. — Juillet. Maladies organiques du cerveau des aliénés, par *F. Hoffmann*. — Épilepsie aiguë pendant l'accouchement, par *Joseph*. — Contribution à la pathologie de l'œdème des enfants, par *Stadthagen*.

ZEITSCHRIFT DER GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN, von Hebra. — Mai, juin, juillet et août. Appareils de gutta-percha dans le traitement des fractures, par *Ulrich*. — Présentations transversales de l'enfant et leur signification, par *Melzer*. — Utérus mâle d'un homme de 63 ans, par *Langer*. — De l'inflammation aiguë de l'utérus chez la femme non enceinte, par *Mikschik*.

ASSOCIATION MEDICAL JOURNAL. — Nos 143. Blessures de la tête, par *L. Parker*. — 144. Leçons sur la folie, par *Davey*. — Blessure du bras; névrose de l'humérus amputation; guérison, par *H. Alford*. — Cas obstétricaux, par *Lees*.

DUBLIN MEDICAL PRESS. — Nos 873. Gangrène sénile; amputation de la jambe; guérison, par *D. Donovan*. — 874. Abcès des fesses, suite d'aménorrhée, par *Buckmaster*.

EDINBURGH MEDICAL JOURNAL. — Octobre. Meurtre par strangulation, par *C. Wilson* — Maladie de la moelle et de ses membranes, par *E. Reeves*. — Dilatation de l'urèthre dans un cas d'imperméabilité supposée, par *Kelburne King*. — Traitement de la dyspepsie, par *J.-J. Ross*.

MEDICAL TIMES AND GAZETTE. — Nos 274. Description de deux jumeaux africains qu'on montre à Piccadilly, par *F. Ramsbotham*. — Observations relatives à des accidents cérébraux nocturnes chez les enfants, par *Landfield Jones*. — Phlegmasie du col et du corps de l'utérus, par *Rigby*. — Sur certains points du traitement des rétrécissements de l'urèthre, par *Z. Laurence*. — Cas d'obstruction intestinale, par *T. Choplin*. — 275. Hémorrhagie après la délivrance; vive douleur soulagement par l'introduction de la main dans l'utérus, par *F. Romsbotham*. — Clinique, par *J. Jones*. — Cas de grossesse imaginaire, par *J. Reale*.

THE LANCET. — Nos 13. Nature et traitement des maladies des Européens à leur retour des tropiques, par *J.-R. Martin*. — Paralysie cérébrale, spinale et ganglionnaire, par *Marshall Hall*. — 14. Maladies des Européens, par *Martin*. — Opération de la pierre, d'après les principes d'*Allarton*. — Guérison du tænia par l'huile éthérée de fougère mâle, par *Crowter*. — Traitement du choléra spasmodique par les stimulants, par *G. Todd*.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 226 et 227. Sur l'enseignement de la médecine, par *D. Ignacio Poroda*. — 228 et 229. Revues.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 90. Divers articles sur l'étiologie, la prophylaxie et le traitement du choléra. — 91. *Idem*. — Philosophie médicale, par *Acevedo*.

Ἡ ἐν Ἀθήναις ἰατρικὴ Μέλισσα (*Abeille médicale d'Athènes*). — Septembre. Des tumeurs adénoïdes de la mamelle, par M. *Elios Politis*. — De la guérison économique, prompte et sûre des fièvres intermittentes.

Livres nouveaux.

CLINIQUE HYDROTHÉRAPIQUE DE BELLEVUE. Recherches et observations sur les maladies chroniques, par le docteur *Louis Fleury*. In-8 de 108 p. Paris, Labé. 2 f. 50

DES LIGATURES CAUSTIQUES ou d'un nouveau moyen d'employer en chirurgie la pâte de chlorure de zinc; thèse pour le doctorat, par le docteur *C.-L. Coutaret*. In-4° de 34 pages. Paris, Victor Masson.

DU SUICIDE ET DE LA FOLIE SUICIDE considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie, par le docteur *Brierre de Boismont*. In-8 de XVI—633 pages. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

ÉTUDES MÉDICALES, SCIENTIFIQUES ET STATISTIQUES sur les principales sources d'eaux minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne, par le docteur *J.-Ch. Herpin* (de Metz). 1 vol. gr. in-18 de XII—378 pages avec plusieurs tableaux d'analyses. Paris, Victor Masson. 4 fr. 50

MALADIES DE L'ENFANCE; erreurs générales sur leurs causes et sur leur traitement; instructions élémentaires, règles hygiéniques, par le docteur *Bergeret*. 1 vol. in-12 de XI—316 pages. Paris, J.-B. Baillière. 3 fr.

MANUEL DE PHARMACIE ET ART DE FORMULER, contenant 1° les principes élémentaires de pharmacie; les tables synoptiques : *a* des substances médicamenteuses tirées des trois règnes; *b* des eaux minérales; *c* des substances incompatibles; 3° les indications pratiques nécessaires pour composer de bonnes formules; suivi d'un *Formulaire de toutes les préparations iodées* publiées jusqu'à ce jour, par M. *Deschamps* (d'Avallon). In-18 de 658 pages avec 19 figures. Paris, Germer Baillière. 6 fr.

PROPHYLAXIE ET CURATION du choléra par le mouvement, par M. *N. Dally*. In-8 de 14 pages. Paris, Victor Masson. 1 fr. 80

RECHERCHES SUR LA VISION BINOCULAIRE SIMPLE ET DOUBLE et sur les conditions physiologiques du relief, par le docteur *Serre*, d'Uzès. In-8 de 72 pages avec 9 figures. Paris, Victor Masson. 2 fr.

DIE KUENSTLICHE FRUEHGEBURT MONOGRAPHISCH DARGESTELLT (Monographie sur l'accouchement artificiel prématuré), par *A. Krause*. In-8. Breslau, chez *Trewendt* et *Granier*. 18 fr. 75

HANDBUCH DER PATHOLOGISCHEN ANATOMIE (Manuel d'anatomie pathologique), par *A. Foerster*. 1er vol. In-8. Leipzig, chez Voss. 8 fr.

LEHRBUCH DER PHYSIOLOGISCHEN ANATOMIE DES MENSCHEN (Traité d'anatomie physiologique de l'homme), par *G.-H. Meyer*. In-8. Leipzig, Engelmann. 14 fr. 75

HUMAN OSTEOLOGY: Comprising a Description of the Bones, with Delineations of the Attachment of the Muscles, the General and Microscopic Structure of Bone, and its Development: to which is added a brief Notice of the Unity of Type in the Construction of the Vertebral Skeleton, par *L. Holden*. In-8. Londres, chez Churchill. 22 fr. 50

ON THE NATURE, Treatment and Prevention of Pulmonary Consumption, and incidentally of Scrofula: with a Demonstration of the Course of the Disease (Sur la nature, le traitement et la préservation de la phthisie pulmonaire), par *H.-M'Cormac*. In-12. Londres, Longman. 5 fr.

THE CASE OF L. BURANELLI MEDICO-LEGALLY CONSIDERED, par *Forbes Winslow*. In-8 de 69 pages. Londres, Churchill.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 2 NOVEMBRE 1855. — N° 44.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, en date du 24 octobre 1855, M. AUBERGIER, professeur de chimie à la Faculté des sciences de Clermont, est nommé doyen de ladite Faculté.

— Par arrêté, en date du 25 octobre 1855, M. BERNARD, docteur ès sciences physiques, professeur adjoint de physique au lycée impérial de Bordeaux, est chargé du cours de physique à la Faculté des sciences de Clermont.

— Par arrêté, en date du 27 octobre 1855, M. FREYSS, bachelier ès sciences, a été nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Strasbourg, en remplacement de M. Schneider.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

La séance solennelle de rentrée et la distribution des prix auront lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le jeudi 15 novembre, à une heure précise.

MM. les étudiants en médecine sont prévenus qu'ils seront admis à assister à cette séance sur la présentation d'une carte qui leur sera délivrée au Secrétariat du 2 au 14, de dix heures à deux heures.

Les registres d'inscriptions sont ouverts à partir du 2, et seront clos irrévocablement le 15 à quatre heures.

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,

AMETTE.

FEUILLETON.

Congrès international de statistique.

PARTIE NOSOGRAPHIQUE. — (Voy. les nos 39, 40 et 44, t. II.)

STATISTIQUE DE L'ALIÉNATION MENTALE.

La sous-commission, après un examen approfondi du projet de questionnaire préparé administrativement, arrêta les modifications qu'elle jugeait nécessaire d'y apporter, et chargea M. le docteur Parchappe d'en faire rapport au Congrès, tâche dont ce savant s'acquitta avec le talent qui le distingue.

« C'est, dit M. Parchappe, du grand et généreux mouvement de la fin du XVIIIe siècle en faveur de toutes les souffrances humaines, que datent aussi les progrès dans les soins dus aux aliénés, grâce à un immense concours d'hommes dévoués qui s'est personnifié en quelques noms vénérés, tels que Pinel, William Turke et Langermann.

» La statistique des aliénés, qui naissait toute seule sur les registres des établissements où l'ordre social les recueille, devint bientôt une source de solutions pour les importants problèmes de l'influence variable de la civilisation, suivant les temps et les lieux, et surtout pour les difficiles questions d'étiologie.

» Au milieu du mouvement de réalisation des institutions de bienfaisance destinées à réparer envers les aliénés les torts d'un passé douloureux, et à mesure que les applications se multipliaient et s'étendaient dans divers pays, l'art du médecin se trouva naturellement appelé à justifier les promesses d'amélioration qui étaient entrées comme motifs dans le programme de la réforme.

» La médecine invoque la statistique pour prouver l'efficacité du traitement curatif par le nombre des guérisons, et pour montrer, par la diminution de la mortalité, les heureux effets du traitement palliatif.

» La question de l'influence de l'emprisonnement cellulaire fut soulevée : et le dernier mot ne pouvait être dit que par la statistique, à qui il appartient aussi de démontrer la nécessité du développement ou de la création d'institutions spéciales pour les aliénés criminels.

» Des questions importantes ont été tranchées par la statistique. Ainsi elle a démontré que la folie est curable, que plus du tiers des aliénés dans un état quelconque obtient la guérison ; elle a donné les rapports approximatifs des aliénés à la population ; la part des influences, comme

La Faculté de médecine de Paris ouvrira ses Cours d'hiver le vendredi 10 novembre 1855 ; ils continueront à avoir lieu dans l'ordre suivant :

COURS.	PROFESSEURS.	JOURS.	HEURES.
Anatomie.	Denonvilliers.	Mardi, jeudi, samedi.	A 4 h.
Physiologie.	Bérard.	Lundi, mercredi, vendredi	A midi.
Pharmacie.	Soubeiran.	Lundi, mercredi, vendredi	A 10 h. 3/4.
Chimie médicale.	Wurtz.	Mardi, jeudi, samedi.	A 10 h. 1/2.
Médecine légale.	Adelon.	Mardi, jeudi, samedi.	A midi.
Pathologie médicale.	Natalis Guillot.	Lundi, mercredi, vendredi	A 2 h.
Pathologie chirurgicale.	Gerdy.	Lundi, mercredi, vendredi	A 3 h.
Pathol. et thérap. génér.	Andral.	Mardi, jeudi, samedi.	A 3 h.
Opérations et appareils.	Malgaigne.	Lundi, mercredi, vendredi,	A 4 h.
Clinique médicale.	Bouillaud.	à la Charité. Tous les j. le matin.	De 6 heur. à 10.
	Piorry.	à la Charité.	
	Rostan.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Trousseau.	à l'Hôtel-Dieu.	
Clinique chirurgicale.	Laugier.	à l'Hôtel-Dieu.	
	Jobert (de Lamballe)	à l'Hôtel-Dieu.	
	Velpeau.	à la Charité.	
	Nélaton.	à l'hôp. de la Faculté	
Clinique d'accouchements.	P. Dubois.	à l'hôp. de la Faculté	

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 1er novembre 1855.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE : SUR LES CAUSES LES PLUS ORDINAIRES DES MALADIES DU CŒUR. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS : DISCUSSION SUR L'EMPLOI DES EXUTOIRES.

Le dernier bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique renferme le compte rendu d'une discussion qui s'est établie à l'occasion d'un mémoire de M. Graux, relatif *au siége et aux causes les plus ordinaires des maladies du cœur*. Ce mémoire n'a donné lieu, au sein de l'Académie, qu'à de courtes remarques, et encore ont-elles porté, pour la plupart, sur des questions accessoires. Il faut attribuer cela, sans doute, à ce que la lecture du travail date déjà de loin, et que les orateurs habituels du lieu ont craint de n'en avoir pas gardé un souvenir assez précis, malgré le soin qu'a pris l'auteur d'en rappeler la substance.

La pensée fondamentale que M. Graux a développée par toutes sortes de considérations ingénieuses est que les altérations organiques du cœur résultent surtout de l'action exercée sur cet organe par des corps étrangers conduits dans les cavités par la circulation, et provenant soit de l'atmosphère, soit de l'organisme malade. Ce serait par la même cause et par un mécanisme semblable que les veines pulmonaires atteindraient cette épaisseur qu'elles présentent d'ordinaire ; et M. Graux s'est assuré, par de nombreuses recherches, que, contrairement à l'assertion de Bichat, les parois de ces veines sont aussi minces à la naissance que celles des jugulaires, par exemple, et qu'elles n'acquièrent ultérieurement une épaisseur exceptionnelle qu'autant qu'elles ont subi, en même temps que le cœur, l'action d'agents hétérogènes.

Quand nous disons que telle est la pensée fondamentale du travail, nous ne sommes pas tout à fait exact. Nous la présentons telle que nous voudrions qu'elle fût, et non pas précisément telle que l'exprime M. Graux. Notre confrère a placé la question sur un terrain où la démonstration rigoureuse rencontre à la vérité de grands obstacles, mais où la réflexion indique que pourrait résider en effet une certaine partie de l'étiologie des affections cardiaques. Son tort, à nos yeux, si le résumé qu'il donne lui-même de son mémoire ne contient pas une grande lacune, est d'établir une théorie tout à la fois trop générale et trop restreinte : trop générale, en ce qu'elle ne distingue assez, ni les deux côtés du cœur, ni les diverses sortes d'altérations plus spécialement propres à chaque côté ; trop restreinte, en ce qu'elle n'assigne que la surface pulmonaire à l'absorption des substances nuisibles.

Les affections du cœur, dit M. Graux, siégent de préférence aux cavités gauches. Cela n'est vrai que de l'hypertrophie et des lésions valvulaires ; car l'anévrysme est beaucoup plus fréquent aux cavités droites. Et cette remarque, sur laquelle s'appuie l'auteur, que les affections du cœur droit sont le plus souvent consécutives à celles du cœur gauche, n'est encore exacte que partiellement, puisque, d'une part, l'hypertrophie du ventricule gauche (sans dilatation considérable) n'amène ni l'hypertrophie ni l'anévrysme du ventricule droit ; et que, d'autre part, l'anévrysme proprement dit du premier ventricule ne peut être le point de départ habituel de l'anévrysme du second, du moment où celui-ci est incomparablement plus fréquent. Ce contre-coup des maladies du cœur gauche sur le cœur droit n'est manifeste que dans les cas où un obstacle existe à la circulation du sang artériel, comme dans ceux de lésion des valvules aortiques ou mitrale. On voit donc qu'il importerait d'abord de mettre la théorie de M. Graux en présence des diverses affections du cœur considérées et dans leur siége et dans leur nature. On arriverait ainsi, très certaine-

causes prédisposantes, du sexe, de l'âge, des saisons, des conditions, des professions. Elle a prouvé que l'entassement, dans les grandes villes, favorise l'aliénation.

» En constatant toute l'influence de l'*hérédité* dans l'étiologie de la folie, la statistique en a restreint l'action à une influence prédisposante, et, — consolation pour la raison, — elle a refusé de lui attribuer les caractères d'une cause fatalement déterminante.

» L'étude des causes déterminantes de l'aliénation mentale proprement dite a conduit à reconnaître la prédominance des causes morales sur toutes les autres causes, et a révélé un heureux accord entre les démonstrations de la statistique et les enseignements de la morale, en montrant que la première condition pour conserver nos facultés intactes est de modérer les satisfactions de toutes les tendances légitimes de notre nature, et de subordonner toutes ces tendances au but suprême de la vie humaine, — l'aspiration incessante à la perfection morale.

» Mais, à côté de ces notions acquises, d'autres sont encore incertaines ou manquent. Enfin la solution de quelques-unes des questions les plus importantes suppose une généralisation des faits numériques observés, qui embrassent les diverses conditions de temps et de lieux, qui comprennent, par conséquent, l'étude statistique longuement continuée dans un grand nombre de pays, et aussi des meilleures méthodes d'observation d'où puissent sortir des faits entièrement comparables. »

C'est ainsi qu'il devient indispensable, au point de vue étiologique et statistique, de diviser l'aliénation, entendue dans son sens le plus général, en six genres bien distincts :

1° Aliénation simple ;
2° — avec paralysie (générale) ;
3° — avec épilepsie ;
4° — avec pellagre (au moins en Italie) ;
5° Crétinisme (maladie endémique qui ne se déclare que quelque temps après la naissance) ;
6° Idiotie (infirmité congénitale).

Le *delirium tremens*, qui est la suite d'un empoisonnement, doit être écarté du cadre de l'aliénation.

Il ne faut jamais réunir dans une seule catégorie ces différents genres : ils ne constituent pas des unités de même ordre, ils doivent donc être toujours isolés dans les relevés statistiques. — Ils devraient même avoir un questionnaire à part. — C'est pourquoi la commission s'est décidée à écarter tout de suite l'idiotie et le crétinisme, et à en faire l'objet d'un travail particulier.

ment, à mettre en évidence, conformément à une remarque de M. le professeur Lebeau, l'action de certaines causes très différentes de celles qu'indique l'auteur du mémoire, notamment des causes mécaniques, et à relier ainsi, dans une étiologie rationnelle, la spécificité de chaque affection à la spécificité de sa cause propre.

Ce n'est pas notre affaire. On ne peut faire entrer dans un article de journal ce qu'un long travail pourrait seul contenir, et nous ne nous occupons ici que de l'idée émise par M. Graux. Or, il ne répugne pas de croire que les corps étrangers qui pénètrent avec l'air dans la circulation — et qui y pénètrent nécessairement, suivant les expériences de Mayer et de plusieurs autres, par les veines pulmonaires, — sont souvent, pour les cavités gauches du cœur, une cause de trouble; qu'ils accélèrent les battements de l'organe, et peuvent ainsi, par une action prolongée, amener une altération organique telle que l'hypertrophie. Seulement, nous doutons que toutes les considérations du mémoire soient parvenues à faire de cette vue ingénieuse autre chose qu'une hypothèse plus ou moins vraisemblable. Il en faut dire autant de ce qui concerne l'influence des altérations ou adultérations du sang artériel qui peuvent naître de diverses affections pulmonaires. Nous serions assez disposé à admettre une telle explication, nous qui exprimions tout récemment l'idée (Gaz. hebd., 1855, p. 747, n° 42) que toute altération organique doit entraîner un changement dans les qualités du fluide sanguin. Mais ce changement, s'il existe, exerce-t-il une action morbide sur le cœur? C'est la question. Si le fait avancé par M. Graux est réel, il doit être plus général. Les maladies de tous les organes, les suppurations principalement, doivent être susceptibles d'infecter le cœur droit par l'intermédiaire du système veineux général, comme les affections du poumon le cœur gauche, par l'entremise des veines pulmonaires. Dès lors on se demande pourquoi les affections du cœur droit ne sont pas plus communes encore qu'elles ne le sont; pourquoi aussi elles consistent principalement en des anévrysmes, tandis que celles du cœur gauche consistent principalement en des hypertrophies. Ajoutons que l'histoire anatomique de la phthisie pulmonaire, invoquée par M. Graux, embarrasse plus sa théorie qu'elle ne la sert; car il est connu que chez les phthisiques le cœur est généralement petit, et sain d'ailleurs.

La question, on le voit, est pleine encore de difficultés et d'incertitudes. Néanmoins, nous le répétons, elle ouvre une perspective nouvelle à l'étiologie des maladies du cœur, et le talent avec lequel elle vient d'être traitée doit lui attirer l'attention sérieuse des médecins.

— La discussion sur les exutoires, à l'Académie de médecine de Paris, semble terminée. Du moins, personne n'a demandé la parole après le discours de M. Bouvier. L'honorable membre s'est surtout préoccupé de rendre à M. Malgaigne ses leçons d'histoire, et nous l'avons vu avec plaisir démontrer que, suivant nos propres remarques, certains exutoires, le cautère, par exemple, avaient été préconisés par des auteurs qui rejetaient le séton. C'est surtout sous ce rapport que l'historique de M. Malgaigne nous avait paru incomplet, et conséquemment inexact, en tant que s'appliquant aux exutoires en général. En outre, M. Bouvier a donné de *nouvelles nouvelles* des petites malades présentées par lui dans l'une des dernières séances, et il en résulte que, chez elles, l'ophthalmie a été heureusement influencée par le séton dans la moitié des cas.

A. Dechambre.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LETTRE A M. LEHMANN, PROFESSEUR A L'UNIVERSITÉ DE LEIPZIG, A PROPOS DE SON MÉMOIRE SUR LA PRÉSENCE DU SUCRE DANS LE SANG DE LA VEINE PORTE, par M. le docteur L. Figuier.

Monsieur, vous avez adressé à l'Académie des sciences de Paris un *Mémoire sur la recherche du sucre dans le sang de la veine porte*. Le juste crédit qui s'attache à vos travaux m'impose l'obligation de vous adresser quelques remarques sur les conclusions qu'il faut tirer de vos recherches.

Le résultat général de vos expériences, Monsieur, c'est que, lorsque vous avez employé, pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte chez un animal carnivore en état de digestion, de très petites quantités de sang (35 à 80 grammes), vous n'y avez point trouvé de glycose ; mais qu'en opérant sur des quantités de sang un peu plus fortes (211 à 351 grammes), vous en avez constaté la présence d'une manière indubitable (1). Vous expliquez ce résultat en admettant que, lorsqu'on prend, sur un chien même

(1) « J'ai fait sur un chien, pesant 13 kilogrammes, une saignée de 351 grammes » à la veine porte, et sur un chien pesant 11kil.,5, une saignée de 211 grammes ; et » sur un troisième, dont le poids était de 14kil,5, une saignée de 263 grammes, et » je dois dire que, dans ces trois cas, j'ai constaté indubitablement la présence du » glycose. » *Sur la présence du sucre dans le sang de la veine porte*, par M. Lehmann (Comptes rendus de l'Académie des sciences, t. XLI, p. 664).

La situation de l'aliénation mentale peut être constatée par deux opérations distinctes : 1° par les dénombrements périodiques dont la population est l'objet dans presque tous les États ; 2° par les comptes rendus annuels des établissements, publics ou privés, consacrés à sa guérison.

Les deux méthodes doivent être employées simultanément, car elles ont toutes deux leurs avantages. Le dénombrement général, en effet, en le supposant exact, fait connaître le nombre total des aliénés traités tant à domicile que dans les établissements spéciaux. Les comptes rendus de ces établissements, s'ils ne donnent la situation que d'une partie de l'aliénation, en font connaître le mouvement annuel, et fournissent, sur ce mouvement, des renseignements nombreux et variés qu'il n'est pas possible de recueillir dans le cours d'un dénombrement.

Le programme des questions doit donc varier selon que l'on emploie l'un ou l'autre des deux modes d'observation.

I. Questions à formuler dans le dénombrement général.

Les aliénés doivent d'abord être classés en deux grandes catégories comprenant, l'une, les aliénés traités dans les établissements spéciaux ; l'autre, les aliénés traités à domicile.

Tout recensement statistique doit être accompagné d'une *description succincte du mode employé* pour ce recensement.

Voici le *minimum des questions à poser pour les aliénés des deux catégories :*

Aliénés proprement dits (y compris la démence sénile).

Nombre.
Sexe.
Age. (Mêmes catégories que pour les aliénés des établissements spéciaux.) — Voir ci-après.
Profession. (*Idem.*)
Causes présumées de l'aliénation. (*Idem.*)
Degré d'instruction avant la maladie. (*Idem.*)

II. Questionnaire de l'aliénation traitée dans les établissements spéciaux.

A. *Renseignements administratifs.*

Nombre des établissements publics (aux frais de l'État, des provinces, des communes, etc.).
Nombre des établissements privés.

de forte taille, plus de 35 à 80 grammes de sang de la veine porte, on n'opère plus sur le sang pur de ce vaisseau. Je crois l'expliquer plus naturellement, Monsieur, en disant que si l'on ne trouve point de glycose avec 35 ou 80 grammes de sang, c'est tout simplement parce que cette quantité de liquide est trop faible. En opérant avec 35 grammes de sang provenant d'une saignée au bras, on ne pourrait réussir à mettre en évidence la présence du sucre avec tous ses caractères chimiques, car l'analyse chimique a nécessairement des limites au delà desquelles on ne peut plus compter sur ses indications.

Cette explication est si naturelle qu'elle a frappé toutes les personnes qui ont eu connaissance de votre travail. Ce n'est donc point pour vous soumettre une réflexion aussi simple que je prends la liberté de vous adresser cette communication. J'arrive à l'objet essentiel de cette lettre.

Quand on se propose de contrôler, de vérifier les assertions d'un observateur, le premier soin doit être de répéter ses expériences, en se conformant au procédé qu'il a suivi. Le procédé que j'emploie pour la recherche du sucre dans le sang des animaux, et que j'ai appliqué à la recherche du sucre dans le sang de la veine porte, a reçu, qu'il me soit permis de le dire, l'approbation de tous les chimistes. Comment se fait-il donc que, vous proposant de répéter mes expériences, vous n'ayez point jugé à propos de le suivre, ou de le mentionner, même en le critiquant ?

A la méthode dont j'ai fait usage, vous en avez substitué une qui en diffère essentiellement. Pour rechercher le sucre, vous traitez le sang par trois fois son volume d'alcool ; vous évaporez à siccité, et reprenez de nouveau ce résidu par l'alcool. Cette dissolution alcoolique est alors traitée par une lessive de potasse caustique : le sucre, s'il existe dans ce liquide, doit former avec la potasse une combinaison insoluble, et se déposer, au bout de quelques heures, au fond du vase, sous la forme d'un précipité mou et gélatineux. Ce précipité étant recueilli, on le dissout dans l'eau, et la dissolution aqueuse est partagée en deux parties : l'une d'elles est soumise à l'action du réactif cupro-potassique, qui indique, par la réduction du sel de cuivre, la présence du principe sucré ; l'autre, préalablement saturée par l'acide tartrique, est mise en contact avec la levûre de bière, pour produire la fermentation alcoolique.

Ce n'est pas à moi qu'il appartient de juger l'exactitude et la valeur de ce procédé. Je ne me permettrai donc, à ce sujet, qu'une réflexion générale. De toutes les méthodes qui consistent à rechercher la présence du sucre dans le sang, celle où l'on fait intervenir l'action d'un alcali caustique, est, selon moi, la dernière à mettre en usage. Qui ne sait que les alcalis à l'état libre attaquent promptement et détruisent le glycose et les sucres de la seconde espèce, en donnant naissance à des produits divers de réduction ? La coloration brune, obtenue à l'aide de la chaleur, par l'action de quelques gouttes de potasse caustique, coloration qui provient de la décomposition du sucre, est le caractère que l'on invoque tous les jours dans les hôpitaux et dans les laboratoires, pour constater la présence du sucre dans les liquides d'origine animale. Il est donc peu rationnel, quand on recherche de très petites proportions de sucre dans de petites quantités de sang, de mettre les matières organiques où l'on opère cette recherche en contact avec de la potasse caustique, et de laisser, pendant plusieurs heures, ces deux matières en présence. J'ajouterai que cette combinaison de glycose avec la potasse, que ces *glycosates alcalins*, dont la précipitation est la base de votre moyen de recherche, sont encore très mal connus des chimistes. Tout ce que l'on en peut dire, c'est que ces combinaisons, qui se produisent facilement avec le sucre de canne, ne se forment que très difficilement avec le glycose ou les sucres de la seconde espèce, et qu'elles se détruisent presque aussitôt après leur formation, quand on les dissout dans l'eau. En raison de ces faits, il me semble peu rigoureux, je le répète, de fonder une méthode de recherche du sucre dans les liquides organiques, sur l'emploi d'un alcali caustique. L'avantage principal, et ce qui fait, s'il m'est permis de le dire, le mérite du procédé que j'ai proposé pour isoler le sucre contenu dans le sang normal, c'est que, pendant l'opération, on évite la présence de tout alcali, et que l'on opère sur une liqueur acide ; car on pourrait dire avec raison, au point de vue chimique, que l'alcali est l'ennemi du glycose et l'acide son protecteur.

Je craindrais, Monsieur, de vous désobliger, en poussant plus loin l'examen du procédé de recherche dont vous êtes l'auteur ; j'admettrai même avec vous, d'après votre autorité si bien établie, qu'il a toute l'exactitude que vous lui prêtez. Mais permettez-moi d'ajouter que, tout en le considérant comme suffisant pour la recherche du glycose dans les cas ordinaires, il était d'un emploi peu sûr pour la recherche du sucre contenu dans le sang de la veine porte chez un animal carnivore. Voici les motifs qui me semblent justifier cette défiance.

Le sucre qui existe pendant la digestion dans le sang de la veine porte chez un animal nourri de viande, n'est assurément pas identique avec celui qui provient de la digestion des aliments féculents, ou même avec celui qui circule au delà du foie, dans les autres parties du corps, chez un animal carnivore. Le glycose que l'on trouve dans le sang de la veine porte, chez un animal carnivore, est un produit de formation toute récente, car il vient de prendre naissance tout à fait immédiatement par suite de la décomposition de la matière azotée alimentaire. Dès lors, croire que le sucre qui vient de se former ainsi doit présenter tous les caractères chimiques du glycose ordinaire, du sucre de fruits, du glycose qui se rencontre dans le reste de l'économie animale ou dans l'urine des diabétiques, le comparer chimiquement avec ces différents produits, exiger qu'il reproduise fidèlement tous les caractères qui les distinguent, c'est tomber dans une erreur que l'on a trop commise depuis le début de la discussion actuelle. Plus les études des chimistes nous font pénétrer avant dans la connaissance

---

Prix moyen payé pour l'aliéné indigent.
Coût moyen de l'entretien de l'aliéné indigent.
Analyse de la législation qui régit les deux catégories d'établissements, principalement au point de vue : 1° de la sécurité publique, 2° de la liberté individuelle.

B. *Mouvement* (entrées et sorties).

Nombre, par sexe (pour les dix dernières années), d'aliénés restant dans les établissements au 31 décembre de chaque année.
Nombre des admis dans chaque année pour la première fois (par sexe).
— — — pour cause de rechutes (*Idem*).
(Indiquer le nombre des rechutes pour chaque sexe, selon qu'elles ont lieu dans la 1re, la 2e, la 3e [et ainsi de suite jusqu'à la 15e] année de la guérison).
Nombre, dans chaque année :
1° Des sorties pour guérison (par sexe).
— pour toute autre cause (*idem*).
2° Des décès pour une cause naturelle (*idem*).
— par accident (*idem*).
— par suicide (*idem*).
Nombre total des journées de présence dans l'année (*idem*).
Sur la totalité des aliénés admis dans chaque année, combien étaient réputés curables et incurables (*idem*).

C. *Renseignements divers sur les admis de chaque année.*

1° *Ages au moment de l'admission.*

La classification par âge peut être établie ainsi qu'il suit :
De 0 à 15 ans, — de 15 à 20, — de cinq en cinq ans jusqu'à 40, — de dix en dix ans jusqu'à 100.
Pour chaque catégorie d'âge, le nombre des aliénés devra être donné par sexe, et pour chaque sexe par état civil (célibataire, marié, veuf).

2° *Professions* (par sexe).

1. Professions libérales :
Ecclésiastiques (religieux et religieuses).
Juristes (juges, avocats, notaires, avoués, huissiers, etc.).
Médecins, chirurgiens, pharmaciens et sages-femmes.
Professeurs et hommes de lettres.
Fonctionnaires publics.

intime du groupe de composés que l'on désigne sous le nom générique de *sucres*, et plus nous apprenons que ce groupe renferme un nombre considérable d'espèces à propriétés variées, qui diffèrent les unes des autres par des caractères bien établis, et n'ont pas même, comme on l'avait admis jusqu'à ces derniers temps, pour caractère commun, de subir la fermentation alcoolique. Tout nous montre que, dans l'économie animale, le sucre est dans un état de modification, de transformation continuelles, et qu'avant de disparaître, il passe par une série d'états chimiques successifs, dont sa destruction finale est le dernier terme. De ces considérations il résulte qu'il est impossible d'assimiler le sucre qui existe dans le sang de la veine porte avec le sucre de raisin, le sucre des diabètes, où tout autre type ou congénère des sucres auquel on voudrait le comparer. Il ne serait donc pas impossible que le sucre de raisin, le sucre des diabètes, le sucre du foie, donnant naissance, en se combinant avec la potasse, à un composé insoluble dans l'alcool, le sucre contenu dans le sang de la veine porte ne formât point avec la potasse un composé doué des mêmes propriétés, c'est-à-dire insoluble comme lui dans l'alcool. Dès lors, le procédé qui a pour base la formation de ce composé insoluble de potasse, ne serait point susceptible d'indiquer la présence de ce principe sucré dans le sang de la veine porte, et serait par conséquent, au point de vue de cette recherche, dénué de valeur (1).

Il n'est donc pas surprenant, Monsieur, que vous servant, pour la recherche du sucre contenu dans le sang de la veine porte, d'un procédé qui ne semble pas mériter confiance dans ce cas spécial, vous n'ayez point réussi à mettre ce produit en évidence quand vous opériez sur des quantités de sang aussi faibles que celles qui ont servi à vos expériences. En opérant sur une quantité un peu plus forte, vous avez été plus heureux, car vous avez obtenu les mêmes résultats que moi. C'est là sans doute une preuve que le procédé dont vous faites usage pèche sous le rapport de la sensibilité.

De cette trop longue dissertation, je conclus seulement, Monsieur, que vous proposant, comme vous le dites, de vérifier les expériences sur lesquelles je fonde mon opinion, il fallait employer, pour la recherche du sucre dans le sang de la veine porte, le procédé dont j'ai fait usage, et non pas un autre.

Toutefois, Monsieur, ce que vous n'avez point fait, il est facile de l'exécuter. J'ose donc vous adresser la prière de vouloir bien répéter l'expérience qui sert de base à la discussion actuelle en vous conformant au procédé de recherche dont j'ai fait usage, et de vouloir bien donner ensuite au public scientifique connaissance du résultat que vous obtiendrez. J'ai dit, et je répète, que quand on traite, par le procédé que j'ai indiqué, le sang de la veine porte chez un chien nourri de viande, on reconnaît dans ce liquide, à l'aide du réactif cupro-potassique qui se trouve réduit, la présence d'un principe sucré, et que ce même principe, qui ne fermente pas directement, entre en fermentation lorsqu'on le met en contact avec la levûre de bière, après l'avoir fait préalablement bouillir avec quelques gouttes d'un acide étendu. Ce n'est pas une seule fois, c'est plus de trente fois; ce n'est pas en opérant, comme vous le pensez, Monsieur, sur des quantités considérables de sang provenant de la veine porte, mais presque toujours avec des quantités de 200 à 250 grammes de ce liquide, que j'ai constaté le fait de la réduction du réactif cupro-potassique par le produit sucré que l'on retire de la veine porte, en suivant mon procédé d'analyse. Ce fait, la commission de l'Académie des sciences n'a pu qu'en reconnaître la réalité. M. Colin (d'Alfort), dans les nombreuses expériences dont il a communiqué les résultats, en juin dernier, à l'Académie, l'a confirmé de toutes manières. J'ose espérer, Monsieur, que vous voudrez bien vous en assurer à votre tour, et rendre public le résultat de cette expérience, afin de faire cesser toute équivoque sur ce point. C'est ce que j'ose attendre de votre amour de la science et de la vérité.

(1) J'ai montré que le sucre contenu dans le sang de la veine porte ne peut entrer en fermentation que quand il a été soumis préalablement à l'ébullition avec un acide étendu. Au contraire, le sucre pris dans le sang de la circulation générale ou dans le foie fermente directement. Ces deux produits ne sont donc pas identiques.

En terminant votre mémoire, vous dites, Monsieur, que mes expériences n'ont fait que confirmer la théorie de la fonction glycogénique du foie, que vous professez de concert avec le physiologiste qui l'a conçue : « On ne peut donc, en définitive, dites-vous, tirer » des expériences de M. Figuier d'autres conclusions que celles-ci, à » savoir : qu'il y aurait dans le sang de la veine porte une sub- » stance destinée à devenir sucre, une sorte de sucre copulé, ou, en » d'autres termes, une matière que l'acide sulfurique est capable » de métamorphoser artificiellement en sucre : matière aux dépens » de laquelle, durant la vie, le sucre se formerait ou prendrait » naissance dans le foie. Le résultat réel des recherches de » M. Figuier est donc de confirmer et de consolider la doctrine de » M. Cl. Bernard sur la formation du sucre dans le foie. Depuis » que cette doctrine a pris naissance, en effet, tous les observa- » teurs qui penchent en sa faveur cherchent dans le sang de la » veine porte la matière aux dépens de laquelle le foie peut fabri- » quer du sucre. »

Je ne saurais, Monsieur, comprendre un tel raisonnement. S'il est démontré (ce que vous ne paraissez pas éloigné d'admettre) qu'il existe dans le sang de la veine porte, dans les conditions qui nous occupent, et pendant la digestion, une substance organique qui se transforme aisément en sucre, une sorte de sucre *copulé*, comme vous le dites, c'est-à-dire engagé dans une combinaison d'où il peut facilement sortir, la doctrine du physiologiste dont il est question, ne sera pas confirmée, elle ne sera pas consolidée, elle sera détruite, ou du moins profondément modifiée. D'après l'inventeur de cette fonction, le foie fabriquerait du sucre comme les glandes salivaires sécrètent la salive; le pancréas, le

Employés.
Artistes (peintres, sculpteurs, architectes, graveurs, musiciens, etc.).
2. Militaires et marins.
3. Rentiers et propriétaires (vivant de leurs revenus).
4. Professions industrielles et commerciales :
Manufacturiers et fabricants.
Négociants et commerçants en gros.
Marchands au détail.
5. Professions manuelles ou mécaniques :
Ouvriers mineurs.
— en métaux.
— en bois.
— en filature et tissage.
— en bâtiments.
— en cuirs et peaux.
— en teinture.
— en objets d'habillement, de coiffure et de chaussure.
— industriels autres que les précédents.
6. Professions agricoles :
Propriétaires-cultivateurs.
Ouvriers agricoles (journaliers, valets de ferme, bergers, bûcherons).
7. Gens à gages (domestiques, commissionnaires, journaliers).
8. Autres professions.
9. Sans professions.
10. Professions inconnues.

3° *Causes présumées de l'aliénation mentale* (par sexe).

1. *Prédisposantes :*
Hérédité (1).
2. *Physiques :*
Effets de l'âge (démence sénile).
Dénûment et misère.
Abus vénériens et onanisme.
Excès alcooliques (2).

(1) Nous regrettons qu'il ne soit pas demandé de s'informer si la trace héréditaire est paternelle ou maternelle. B.

(2) On ne doit pas comprendre dans la statistique de l'aliénation le *delirium tremens*, mais en faire une espèce à part, et répéter sur elle séparément toutes les recherches statistiques. (Congrès.)

fluide pancréatique; les glandes lacrymales, les larmes; les cellules hépatiques, la bile, etc.; ce qui veut dire que le sucre se produit dans le foie par une sécrétion dans toute l'acception de ce terme physiologique, indépendamment de la digestion et sans que le tube intestinal ait besoin d'apporter au foie l'élément tout préparé de la sécrétion saccharine. Le même physiologiste va même aujourd'hui jusqu'à prétendre que cette sécrétion continue à s'effectuer sur le cadavre, et pendant juste vingt-quatre heures après la mort de l'animal. Or, si vous admettez avec moi, Monsieur, que le foie reçoit pendant la digestion une matière pouvant se transformer en sucre par suite d'une faible modification chimique, vous renversez du même coup tout l'édifice sur lequel repose la glycogénie. Le foie n'est plus, dès lors, un organe sécréteur du sucre; il se borne à opérer une simple modification sur un produit qui lui arrive du tube digestif, et qui n'a besoin que d'une faible influence chimique pour se métamorphoser en glycose. Tout son rôle physiologique, c'est d'agir sur l'un des produits de la digestion. Il n'est donc pas plus un organe sécréteur du sucre, que l'intestin lui-même n'est un organe sécréteur de ce produit lorsqu'il transforme en glycose la fécule contenue dans nos aliments, pas plus que l'estomac ne sécrète de l'albuminose quand il transforme, par l'action du suc gastrique, les aliments azotés en albuminose. Ainsi, le sucre n'apparaît point dans le foie à la suite d'une sécrétion, il n'est qu'un produit, qu'un résultat de l'acte digestif. Les adversaires de la fonction glycogénique n'en demandent pas davantage.

En résumé, Monsieur, vous avez, comme moi, trouvé du sucre dans le sang de la veine porte en opérant sur les quantités de sang que j'ai employées. Veuillez faire un pas de plus, c'est-à-dire consentir à vous servir, pour cette recherche, du procédé dont je me sers moi-même, et j'espère que toute dissidence disparaîtra entre nous. C'est un résultat auquel je dois attacher beaucoup de prix, en raison de votre juste autorité scientifique.

Veuillez agréer, Monsieur, etc. D^r L. Figuier.

Affection gangréneuse de la verge, d'une joue et d'un bras, par M. Vidal (de Cassis).

J'ai présenté à la Société de chirurgie un malade de l'hôpital du Midi, dont l'histoire a plus d'un intérêt : elle peut être utile à l'étude des diathèses; elle soulève des questions de diagnostic de la plus grande importance. Je la commenterai à ce point de vue, c'est-à-dire dans un intérêt pratique.

Voici d'abord l'observation, telle qu'elle a été recueillie par M. P. Boncour, mon interne.

Obs. — Beltrami (Antoine), fumiste, âgé de vingt et un ans, d'un tempérament lymphatique, d'une faible constitution, mais n'ayant jamais été malade, contracte une blennorrhagie, dans les premiers jours de septembre 1854. Une légère rougeur se manifeste au pourtour du méat, sans la moindre érosion ni sur le prépuce, ni sur le gland, que le malade découvre très facilement. L'émission de l'urine détermine une douleur vers l'extrémité de la verge seulement.

Beltrami ne fait aucun traitement, continue son travail, et se livre avec excès aux boissons alcooliques. Bientôt la verge augmente de volume, devient rouge; le gland est très enflammé; aucune sécrétion. Beltrami entre alors à l'hôpital de Nantes. Il prend des pilules de Sédillot, fait des lotions de sublimé. Aucune amélioration ne se manifeste, et au bout de trois à quatre jours la verge devient entièrement noire, se couvre d'ulcérations qui se réunissent, et à la fin du premier septénaire elle est complétement détruite.

Deux mois après, le malade quitte l'hôpital, tout étant parfaitement cicatrisé. — Il reprend ses travaux, qu'il vient continuer à Paris. — Son habitation est saine, bien aérée, sa nourriture bonne, sa santé parfaite.

Le 24 septembre 1855, il entre à l'hôpital du Midi, service de M. Vidal, salle 10, n° 17.

La verge n'existe plus. A la racine des bourses se voit un petit bourgeon charnu, à l'extrémité duquel se trouve le nouveau méat. Au pourtour existent quelques petites ulcérations dues sans doute au contact de l'urine.

Sur la joue, tout à fait au-devant de l'oreille, on voit une vaste ulcération de la largeur environ d'une pièce de 5 francs. Ses bords sont taillés à pic, son fond est rougeâtre. Beltrami raconte qu'à la place de l'ulcération existait une tumeur dont il fait remonter l'origine au 9 septembre 1855, c'est-à-dire un an après l'affection de la verge. Cette tumeur, dure à la pression, indolente, sans changement de couleur à la peau, atteint en huit jours le volume d'une grosse noix. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. On applique quelques cataplasmes; la tumeur se ramollit et se détache en masse, de la circonférence au centre.

M. Vidal prescrit 1 gramme d'iodure de potassium et un pansement avec la poudre de camphre. Sous l'influence de ce traitement, le fond de l'ulcération se comble, prend une couleur rosée, et la plaie marche vers la cicatrisation.

Le 3 octobre, à la visite du matin, on s'aperçoit d'une eschare (le malade l'avait cachée jusqu'alors) située à la partie supérieure de la face postérieure et un peu externe du bras, presque au niveau de l'insertion inférieure du deltoïde. Elle est complétement séparée à sa circonférence, et ne tient plus que par son centre, au moyen d'adhérences qui sont excisées. Il reste alors une vaste et profonde ulcération, comme à la joue, de 65 millimètres de long sur 35 de large. Le fond est très rouge, les bords taillés à pic et décollés.

L'ulcération est pansée avec la poudre de camphre.

Beltrami, malgré son infirmité et l'existence de cette affection, jouit d'un moral excellent, ne se plaint d'aucune douleur, et réclame toujours de nouveaux aliments. — Les fonctions digestives s'exécutent facilement, sans jamais avoir présenté le moindre trouble. Il a des désirs vénériens, comme chez un homme de son âge et bien portant.

Ainsi voilà un homme qui se présente à l'hôpital du Midi avec une verge emportée, et ayant des ulcérations au pubis, là où était la racine de cet organe. Cet homme a eu des rapports avec une femme suspecte; il a fait des excès alcooliques. L'idée d'une gangrène ayant compliqué un chancre et détruit la verge devait surgir d'abord. On pouvait penser aussi que l'ulcération de la

---

Épilepsie.
Coups et blessures; chute et commotion cérébrale,
Maladies du système nerveux.
Maladies propres à la femme.
Pellagre (Italie).
Maladies diverses.
Autres causes physiques.

3. *Morales :*
Excès de travail intellectuel.
Chagrin résultant de la perte de la fortune.
— de la perte d'une personne chère.
— de la pudeur blessée.
— de chagrins domestiques.
— de remords.
— de l'ambition déçue.
Frayeur.
Amour.
Orgueil.
Joie.
Colère.
Événements politiques.
Passage subit d'une vie active à une vie inactive, ou *vice versâ*.
Isolement et solitude.
Emprisonnement simple et cellulaire.
Nostalgie.
Sentiments religieux poussés à l'excès.
Contact et fréquentation assidue d'aliénés.
Autres causes morales (1).

4. *Causes inconnues.*

4° *Mois des admissions.*

Indiquer, pour chaque mois, le nombre des admissions par sexe.

5° *Nombre par sexe des aliénés originaires des villes* (2) *et des campagnes.*

(1) Il aurait peut-être été bon d'ajouter ici : Préoccupations des phénomènes dits occultes ou merveilleux (tables tournantes, parlantes, etc.). B.

(2) Considérer comme ville toute localité ayant au moins 2,000 habitants agglomérés. (Congrès.)

joue était chancreuse, et le résultat d'une inoculation du pus fourni par l'ulcération du pubis. Mais le symptôme vénérien n'a été qu'une blennorrhagie. Or je ne sais si l'on a observé la gangrène de la verge comme complication de l'uréthrite. Cette gangrène survient ordinairement à la suite de chancres du prépuce, du gland, et, en général, chez des sujets qui découvrent peu ou ne découvrent pas. Alors, à la suite d'un excès alcoolique ou de tout autre excès, on voit apparaître la gangrène qui frappe une partie plus ou moins considérable du prépuce du gland et abat même toute la verge, dans certaines circonstances, rares, à la vérité. C'est ce que dans nos livres nous appelons chancre gangréneux. Ou bien le chancre revêt la forme serpigineuse, et finit quelquefois par opérer la même destruction. Les ulcérations du pubis pouvaient faire penser à cette dernière complication, car le début de l'affection datait d'une année, et le chancre gangréneux ne persiste jamais autant; il se répare, en général, avec une grande promptitude. Le chancre phagédénique serpigineux, au contraire, s'éternise quelquefois, et reste des années inoculable. Mais, d'une part, nous avons vu les ulcérations du pubis se réparer avec une grande promptitude, sous l'influence de la poudre de camphre et des soins de propreté, et nous avons vainement cherché l'engorgement ganglionnaire du cou, qui coïncide si fréquemment avec les chancres de la face. De sorte que déjà nous nous éloignions de l'idée d'un chancre aux parties génitales inoculé à la joue. Nous l'abandonnâmes complétement quand il nous fut permis de constater l'état du bras, dont le malade n'avait pas encore parlé. A la partie supérieure du membre thoracique gauche, nous trouvâmes une plaque gangréneuse, une eschare comme celle qui serait produite par la potasse caustique avec laquelle on aurait voulu établir un cautère, et qu'on aurait laissée longtemps. L'observation contient les détails relatifs à cette troisième poussée de la gangrène. Cette dernière constatation fut pour nous un trait de lumière, et nous fûmes convaincus qu'il s'agissait là d'une diathèse gangréneuse ayant coïncidé, à son début, avec une blennorrhagie.

M. Bretonneau, qui voulut bien suivre une de nos visites dans un de ses trop rares voyages à Paris, n'a pas connu ce dernier détail. Aussi, malgré sa perspicacité, et peut-être à cause de sa perspicacité et de sa prudence, cet éminent praticien resta-t-il dans le doute. Il dit seulement : *Nescio vos.* Si ces lignes lui parviennent, son doute disparaîtra.

Mais ne pourrait-on pas admettre une affection vénérienne tardive ? Ces ulcérations de la joue, du bras, ne pourraient-elles pas être le résultat de la fonte, de l'élimination d'une tumeur gommeuse ? J'ai examiné aussi cette opinion, et je ne l'aurais pas reproduite ici, si, dans le sein de la Société de chirurgie, elle n'eût trouvé un chaud défenseur. M. Huguier, en effet, pense qu'il pouvait bien exister là un accident tardif de la vérole, une tumeur gommeuse, un de ces tubercules sous-cutanés dont l'élimination s'opère à la faveur d'une mortification de la peau. Mais d'abord, ici il n'y a pas eu tumeur. A en juger par la lésion du bras, il s'agissait d'une *large plaque* gangréneuse qui ne soulevait pas la peau ; au contraire, la surface était surbaissée. Après l'élimination de la portion mortifiée, il n'est resté aucune apparence de kyste, comme on l'observe après l'élimination des tumeurs gommeuses. D'ailleurs, cette dernière élimination est toute partielle ; la peau est percée sur plusieurs points. Ici, au contraire, l'eschare a été promptement détachée et tout d'une pièce. Enfin, la gomme étant une affection syphilitique tardive, profonde, se trouve précédée par d'autres lésions plus superficielles, plus précoces, par des syphilides. Je sais que cet accident intermédiaire peut manquer ; mais, en général, on l'observe. La non-existence de la syphilide, sans être une preuve péremptoire contre l'idée de la gomme, doit cependant venir corroborer les autres preuves que j'ai fournies.

Conclusion : il ne s'agit pas ici d'une affection syphilitique ; c'est une affection gangréneuse qui paraît diathésique.

Je ne puis terminer sans revenir sur le moral du malade. On sait le profond chagrin des malheureux qui perdent la verge par une opération. Ce chagrin va quelquefois jusqu'à un désespoir qui conduit au suicide. Eh bien ! notre malade a supporté cette mutilation, il la considère avec une indifférence qu'on ne saurait imaginer. Et cependant il a des désirs vénériens, des rêves érotiques voluptueux avec émission de sperme. A cette insensibilité morale se joint une grande insensibilité physique, car la douleur a été nulle dans les trois atteintes de gangrène. Je dois dire que ce malade, sans être un fils de Voltaire des mieux venus, n'est cependant ni crétin ni idiot.

MÉMOIRE SUR LES INFLEXIONS DE L'UTÉRUS, par M. SCANZONI, professeur à Würzburg. — Analyse détaillée et raisonnée par M. PAUL PICARD.

Dès 1846, Kiwisch (de Rotterau) proposa, en Allemagne, un instrument destiné à redresser mécaniquement l'utérus infléchi. Tout imparfait que fût cet appareil (il se composait d'une sonde utérine à deux branches, pouvant se courber sous la traction d'un fil de soie extérieur), il fut pourtant bien accueilli, et, malgré les objections soulevées par une construction défectueuse, le principe des redressements mécaniques n'en fut pas moins regardé comme un progrès. Ch. Mayer (de Berlin) perfectionna la méthode de Kiwisch, et, malgré les difficultés qu'opposait un col étroit à l'introduction de l'instrument, malgré les douleurs atroces qu'il causait, malgré les blennorrhées intarissables qu'il provoquait, M. Mayer trouve le nouveau moyen thérapeutique « digne des éloges et de la reconnaissance des accoucheurs. » (*Comptes rend. de la Soc. d'acc. de Berlin*, t. IV.)

Vint ensuite l'instrument plus convenable de Simpson, et l'Académie de médecine de Paris fut saisie de l'importante question des déviations utérines et de leur traitement par le redresseur. Les faits

---

6° *Circonstances aggravantes de la maladie* (1).

Nombre par sexe d'aliénés atteints de paralysie.
— — — d'épilepsie.
— — — de pellagre.

7° *Durée du traitement* : 1° *des aliénés guéris*, 2° *des aliénés décédés* (par sexe).

On peut établir, pour chacune de ces deux catégories, les divisions suivantes : 1 mois et au-dessous, — de 1 à 2 mois, — de 2 à 3 mois, — de 3 à 4 mois, — de 4 à 6 mois, — de 6 à 9 mois, — de 9 à 12 mois, — de 1 à 2 ans, — de 2 à 5 ans, — de 5 ans et au-dessus.

8° *Guérisons et décès par mois.*

Donner, pour chaque sexe, le nombre, par mois, des guérisons et des décès, et dresser pour les aliénés décédés un tableau des causes de mort, d'après la nomenclature (et la méthode) adoptée pour les décès de la population générale.

9° *Age, par sexe, des aliénés guéris et décédés, dans le mois de la guérison et du décès.*

On peut adopter la classification indiquée pour les âges au moment de l'admission.

10° *Guérisons et décès, par sexe, d'après les professions.*

Reproduire la classification adoptée pour les admissions.

11° *Méthodes curatives.*

Décrire la méthode curative employée dans chaque établissement.

12° *Occupations des aliénés.*

Indiquer les principaux travaux auxquels sont occupés les aliénés divisés par sexe.

Docteur BERTILLON,
médecin de l'hospice de Montmorency.

(1) Le Congrès décide qu'il faut faire porter séparément toutes les études statistiques sur l'*aliénation avec épilepsie* et l'*aliénation avec paralysie générale*, qui constituent, par rapport à l'*aliénation simple*, deux espèces profondément distinctes ; la même observation s'appliquerait, au moins pour l'Italie, à l'*aliénation avec pellagre*. (Congrès.)

révélés à la savante assemblée, les détails et les insuccès dévoilés par les débats, le blâme contenu dans les conclusions, provoquèrent une espèce de mouvement de recul, et les plus ardents partisans des redressements mécaniques hésitèrent.

M. Scanzoni, successeur de Kiwisch, et qui avait dans le principe approuvé sa méthode, crut devoir recommencer l'enquête, et il publie aujourd'hui le résumé de 63 observations et les réflexions que lui ont suggérées ces faits, tirés de sa pratique. Il s'était déjà détaché des accoucheurs qui prétendent pouvoir impunément introduire des corps étrangers dans la matrice. A propos de la sonde utérine, il s'efforça de démontrer les dangers d'un instrument que quelques-uns comparaient au plessimètre et au stéthoscope, et dont on peut parfaitement se passer comme moyen de diagnostic. Il était donc porté à rejeter la sonde utérine à demeure, ce *pieu* introduit dans un organe enflammé, suivant la frappante image de M. Malgaigne. La pratique vint enfin lui fournir des motifs sérieux d'abandonner le drapeau tenu par Simpson et Valleix, et ce sont ces motifs qu'il expose dans ses *Beiträge für Gynækologie* (15 août 1855).

Le professeur de Würzburg s'occupe exclusivement des « inflexions utérines, » c'est-à-dire de « l'inclinaison anguleuse de l'utérus, soit en avant dans la cavité vésico-utérine, soit en arrière dans l'espace borné par les plis de Douglas, entre le rectum et la matrice. »

Anatomie pathologique. Le col utérin et le pourtour de l'endroit fléchi se distinguent du reste de l'organe par leur extrême mollesse et leur couleur pâle ou jaunâtre. M. Scanzoni serait disposé à attribuer ce changement à une dégénérescence graisseuse accompagnant l'atrophie du tissu musculaire. Dans les cas chroniques, où la flexion se complique ordinairement d'une version, on remarque le tissu musculaire changé en tissu connectif lâche. Un mucus tantôt clair et très fluide, tantôt jaunâtre et sanguinolent, remplit la cavité utérine. Son abondance dépend de l'intensité du catarrhe utérin accompagnant toujours les flexions, et des obstacles que l'endroit infléchi, siége ordinaire d'une atrésie complète ou d'un rétrécissement notable, oppose à sa sortie. Chez une jeune personne, il se déclara une espèce d'hydrométrie ; la moitié supérieure de l'utérus était remplie de mucus accumulé, formant une tumeur grosse comme un œuf d'oie. L'endroit infléchi cause souvent des complications promptement mortelles. Une femme, affligée d'une flexion, mourut subitement ; l'utérus, d'un volume considérable, était gonflé de sang; un caillot avait bouché l'orifice interne et s'était opposé à l'écoulement des liquides par le vagin.

Les organes voisins sont rarement sans lésions. Celles que l'on remarque d'habitude sont les inflammations des muqueuses vaginale, vésicale, rectale, causées par le trouble qu'apporte dans la circulation de ces organes la pression exercée par l'utérus infléchi. La dilatation variqueuse des veines hémorrhoïdales et cystiques est un phénomène constant.

Etiologie. L'âge de la puberté exposant les femmes à une conception prématurée, à des excès de coït, exerce une grande influence, d'après M. Scanzoni, sur la production des flexions. Sur 63 malades, 41 s'étaient mariées : 29 de seize à dix-huit ans, 12 de dix-neuf à trente-neuf ans. Il faut joindre à ces causes les grossesses coup sur coup, l'époque de l'accouchement, la durée de la gestation. Sur 252 grossesses qu'eurent 43 malades, on compta 12 accouchements prématurés et 44 avortements. C'est une opinion répandue dans les classes inférieures, qu'un avortement est une chose plus simple qu'un accouchement à terme. Les accouchées gardent moins longtemps le repos après leur délivrance, et reprennent des travaux pénibles et fatigants avant que l'utérus soit reposé de la secousse et entièrement revenu sur lui-même. On comprend que le fond de cet organe, encore lourd, volumineux et engorgé, ait de la tendance à céder aux pressions du corset et aux influences de mouvements violents. C'est à cette cause qu'il faut rapporter le malentendu qui sépare les anatomistes des cliniciens. MM. Rokitansky, Cruveilhier, Deville, Virchow, et en général tous les anatomo-pathologistes, prétendent avoir rarement trouvé des rétroflexions sur le cadavre, tandis que l'antéflexion est chose commune. D'un autre côté, MM. Mayer, Rockwitz, Scanzoni et presque tous les praticiens, ont rencontré aussi souvent une affection que l'autre. Nous pensons que le défaut de soins après l'accouchement, même à terme, prédispose d'ordinaire l'utérus à se déplacer. Or ce manque de soins, cette absence de repos, cette brusque reprise de travaux pénibles, se remarquent chez les classes inférieures, les ouvrières, dont les cadavres viennent ensuite dans les salles de dissections, tandis que l'autopsie se pratique rarement chez les gens riches. M. Mayer, tout en accordant que la classe ouvrière est plus sujette aux prolapsus, nie la prédominance des antéflexions et des inflexions en général. Il a publié le relevé suivant :

CLASSE PAUVRE. *Sur 933 malades.*			CLASSE RICHE. *Sur 507 malades.*		
Prolapsus		470	Prolapsus		28
Flexions.	Anté. 14	44	Flexions.	Anté. 49	83
	Rétro. 30			Rétro. 34	

Nous maintenons néanmoins notre manière de voir, et si les médecins observent moins de flexions chez les femmes pauvres que chez les femmes aisées, c'est que les premières sont plus *dures* à la douleur, supportent plus facilement des désordres qu'elles n'ont pas le temps d'écouter, reculent devant les frais qu'entraîne une visite chez le médecin, vont mourir à l'hôpital et passent à l'autopsie.

La manière dont se termine l'accouchement est aussi d'une grande importance étiologique pour la question qui nous occupe. Sur 196 accouchements à terme que M. Scanzoni observa sur ses malades, 34 furent terminés artificiellement; — 14 par le forceps, 20 par la version (opérée 13 fois pour améliorer une position transversale).

On sait qu'une des causes qui nécessitent fréquemment l'intervention de l'art est la paresse de l'utérus, que ce vice ralentit l'évolution puerpérale, que l'absence de contractions pendant le travail fait pronostiquer des relevailles lentes et dangereuses.

Les grossesses gémellaires, dilatant outre mesure la cavité utérine, lui laissent ensuite un volume excessif et un poids anormal. Sur 43 malades, 16 avaient eu des jumeaux. L'allaitement abandonné à des personnes étrangères, en enlevant à la matrice cette surexcitation due à l'effet réflexe, qui ne contribue pas peu au retrait de l'utérus sur lui-même, peut aussi favoriser les déviations.

M. Scanzoni, comme on le voit, rapporte le plus grand nombre de causes à un ramollissement de la matrice, qui cède alors aux diverses pressions.

M. Virchow avait émis, à ce sujet, une opinion un peu différente. Remarquant la constance des inflexions au niveau de l'orifice interne du col, il crut voir dans ce fait une conséquence des rapports anatomiques, une suite de l'adhérence intime du col utérin avec la face postérieure de la vessie. Cette remarque, faite déjà par Lisfranc, fait expliquer le mécanisme des inflexions de la manière suivante par M. Virchow. L'utérus, devant s'accommoder aux mouvements d'organes essentiellement mobiles, devant subir de grandes modifications dans son volume, n'est pas fixé d'une manière trop exacte. Des ligaments solides, mais lâches, le maintiennent flottant dans la cavité du bassin. Sa face antérieure est fixée en partie par le péritoine, qui ne descend pas aussi bas que le montre le plus grand nombre des planches anatomiques représentant une coupe des organes génitaux. Après avoir tapissé la partie supérieure et antérieure, la séreuse abandonne l'utérus juste à la hauteur de l'orifice interne du col. Au-dessous de ce point, un tissu cellulaire dense lie étroitement le col à la vessie. Cette dernière, se dilatant, entraîne avec elle le col en arrière, et à l'état normal le corps suit ce mouvement. Mais qu'une bride fibreuse, qu'un ligament épaissi et privé de son élasticité, qu'une fausse membrane, qu'une adhérence péritonéale fixe le corps de l'utérus et vienne lui enlever sa mobilité normale, il y aura lutte entre l'impulsion donnée au col par la vessie et l'immobilité forcée imprimée au corps par les altérations pathologiques. L'organe cédera à l'endroit le plus faible, là où il cesse d'être soutenu par le tissu cellulaire d'une part, et le péritoine de l'autre, en un mot à l'endroit où le corps de l'utérus se change en col utérin. La plus grande quantité des antéflexions se-

raient donc dues à un changement dans les moyens de fixité de l'utérus, et M. Virchow croit que ce changement survient, dans le plus grand nombre des cas, à la suite des inflammations partielles du péritoine. Les épanchements séreux s'organisent en tissus fibreux rétractiles, forment des adhésions entre l'utérus et la vessie, entre l'utérus et le rectum, entre les trompes, les ovaires, et la face ou les bords de la fosse iliaque. M. Scanzoni, tout en reconnaissant l'influence de cette cause dans un nombre limité de cas, ne lui attribue pas la même importance. Il a rarement observé ces symptômes inflammatoires d'une péritonite précédant l'affection, et les autopsies lui ont montré des inflexions bien marquées, sans trace de brides et sans raccourcissements des ligaments. Nous serions porté à admettre, avec MM. Velpeau et Virchow, l'influence des péritonites partielles. On sait combien il est ordinaire de rencontrer dans les dissections ces adhérences péritonéales; et sur trente préparations que renferme le musée d'anatomie pathologique de Würzburg, plus des deux tiers des antéflexions reconnaissent cette cause. Quant à la valeur des symptômes ayant précédé la déviation, nous pensons que souvent ils peuvent passer inaperçus. Après une inflammation des intestins ou de leurs enveloppes, après des coups ayant produit une douleur passagère dont les malades perdent le souvenir et qui peuvent se confondre avec celles dont le bas-ventre est si souvent le siége, après une grossesse pénible, quoi de plus naturel que de voir une séreuse s'enflammer, produire des symptômes insignifiants, et échapper à l'attention du médecin? Du reste, M. Scanzoni dit qu'il n'a pas *toujours* vu ces brides ou adhérences, et M. Virchow assure qu'il les a *souvent* remarquées. Il n'y a donc qu'un malentendu. Des expériences répétées sur le cadavre nous ont prouvé la justesse de l'opinion de M. Virchow, que nous partageons complétement en ce qui touche les antéflexions.

Symptomatologie. — Il est un groupe de symptômes (coliques utérines et intestinales, difficulté dans l'expulsion des fèces et des urines, écoulements mucoso-purulents) qui accompagne le début des inflexions, et que suivent certaines affections hystériques ou chlorotiques. Les règles sont augmentées et rapprochées.

Arrivée à un degré plus élevé, la maladie se lie à des désordres nerveux de l'estomac et peut finir par le marasme. Contrairement à MM. Kiwisch, Mayer, Simpson, M. Scanzoni pense que les inflexions utérines ne deviennent importantes, n'entraînent des désordres graves que quand elles accompagnent une affection histologique, un changement de texture de l'utérus. Il s'appuie, pour démontrer la vérité de cette opinion, déjà avancée par M. Depaul, sur les observations suivantes : L'autopsie lui a souvent révélé des inflexions utérines très marquées, qui avaient été entièrement ignorées pendant la vie. Trois cas l'ont surtout frappé. Le premier était relatif à une phthisique; le second à une jeune personne d'une santé florissante, sans troubles appréciables dans les organes génitaux, qui mourut subitement du typhus : elle avait une antéflexion très marquée. Le troisième concerne une femme qui succomba à une maladie des reins : elle avait été menstruée régulièrement, n'avait eu ni écoulements, ni coliques utérines, ni aucun des symptômes décélant une inflexion. L'autopsie (faite par M. Virchow) fit reconnaître une antéflexion bien marquée. Dans d'autres cas, le premier groupe de symptômes disparaît aisément. Une femme souffrant depuis deux ans d'une antéversion, sans autre accident qu'une augmentation dans la sécrétion de la muqueuse vaginale, vint consulter M. Scanzoni pour une brusque suppression du flux menstruel. Quelque temps après les règles reparurent, et furent accompagnées de douleurs fixes dans les lombes et l'hypogastre, et d'une ménorrhagie intense. M. Scanzoni traita la femme par des évacuations sanguines locales, par des bains chauds, par des injections, et donna à l'intérieur l'eau ferrugineuse de Brückenau. Tout l'appareil symptomatologique disparut comme par enchantement, et depuis un an cette personne jouit d'une santé parfaite. Ce cas, joint à plusieurs autres, est une preuve sérieuse à l'appui de cette opinion : Que l'inflexion utérine (et surtout l'antéflexion), sans complications, peut n'avoir pas de suites fâcheuses pour la femme, et que les désordres provoqués par la lésion peuvent, dans un grand nombre de cas, céder à un traitement approprié, quelle que soit, du reste, l'intensité des phénomènes morbides.

Mais il y a une seconde étude à faire. C'est le changement de texture, suite ordinaire d'une flexion. L'étude des causes nous a conduit à remarquer que les déviations utérines succédaient à un ramollissement de l'organe. Il est donc prédisposé à toutes les modifications histologiques, par la faiblesse et le gonflement de son parenchyme.

La flexion agit non-seulement sur la couche musculaire, mais encore sur la portion interne, parcourue par de nombreux vaisseaux. La nouvelle position accidentelle amène d'abord une stase sanguine; par suite, une inflammation de la muqueuse, qui se traduit au dehors par les écoulements sanguins, muqueux ou purulents; et à la suite de la destruction de l'épithélium on voit se produire des érosions, des excoriations ou des tumeurs. Les troubles circulatoires se terminent par la formation d'un plasma qui se loge et s'organise dans les parois de la matrice, et donne naissance à l'engorgement chronique. Il n'est pas rare de voir ces lésions s'étendre au péritoine et causer des métro-péritonites dangereuses.

Les changements de texture peuvent donc à la fois être causes et effets. L'engorgement siégeant au fond de l'utérus explique la prédisposition qu'ont les flexions à se compliquer de versions.

Diagnostic. — A part les troubles généraux du côté de la vessie, de l'intestin, les ménorrhagies, les méthrorrhagies, les coliques utérines, etc., on trouve dans le vagin des indications importantes pour le diagnostic.

Le vagin est ramolli et infiltré, le plus souvent aux environs du col. On trouve, suivant la direction de la flexion utérine, un corps rond, correspondant à une cavité située au-dessus ou au-dessous du col; ce corps mou, sensible, est le fond de l'utérus. Le toucher abdominal, combiné avec le toucher vaginal, permet de saisir entre les deux mains la matrice, dont on reconnaît ainsi le degré de flexion. M. Scanzoni préfère ce procédé à la sonde utérine, qui, d'après lui, amène, surtout dans l'utérus dévié, de nombreux désordres. On ne confondra pas les augmentations de volume de l'utérus avec les flexions, si l'on examine attentivement le col, qui est, dans ces cas, rarement exempt d'hypertrophie. Le doigt, circonscrivant une tumeur, la distinguera d'une déviation. L'extension superficielle des exsudations péritonéales ne permet pas de les confondre.

Marche, terminaison, traitement.—A part cette classe d'inflexions qui *disparaissent* d'elles-mêmes, M. Scanzoni n'a jamais *guéri* radicalement une inflexion utérine. La seule guérison possible serait une grossesse, et la plupart du temps les lésions anatomiques apportent des obstacles invincibles. On a pensé qu'en unissant la méthode médicamenteuse à des moyens mécaniques, on arriverait à de plus heureux résultats. D'après l'expérience du professeur de Würzburg, il n'en est rien. Il a vu employer concurremment sans succès le redresseur utérin, les douches froides, le seigle ergoté, les injections dans l'utérus et le vagin. Au nom de la théorie et de l'expérience, M. Scanzoni rejette ces moyens. Ils augmentent le degré de turgescence et d'inflammation de la muqueuse utérine, rendent plus considérable la formation du plasma. Voudra-t-on, quand l'utérus aura contracté des adhérences avec le péritoine, rompre mécaniquement ces brides fibreuses, au risque de développer une péritonite mortelle? Si nous joignons à cela la gêne, l'ennui produits par l'instrument laissé à demeure, les douleurs qu'il occasionne, et enfin la non-persistance du mieux obtenu, on n'aura plus l'idée d'employer ce moyen.

M. Scanzoni combat le ramollissement du parenchyme par la douche froide, les bains de siége froids, les injections vaginales, le seigle ergoté. Dans les cas de blennorrhées, il cautérise le col avec une solution de nitrate d'argent. Dans les cas de ménorrhagies opiniâtres, il a obtenu de bons effets des sangsues appliquées sur le col même. Il joint à ce traitement l'usage des eaux minérales relâchantes (Kissingen, Kreuznach, Bruckenau), et les ordonne en boisson. Les injections utérines sont contre-indiquées dans les cas où l'introduction de la seringue serait difficile. On en obtient pourtant de bons effets quand le pus, le sang ou le mucus ne peuvent s'écouler librement. Pour combattre les érosions et ulcérations de la muqueuse, M. Scanzoni emploie des solutions d'iode, d'acide acétique, de sulfate de zinc ou de cuivre, et, mieux encore, des

solutions de nitrate d'argent, qu'il porte à l'aide d'un pinceau sur la partie affectée. Les symptômes nerveux cèdent à l'emploi de lavements laudanisés, de bains chauds, d'applications de compresses imbibées de chloroforme, et de pommades opiacées, belladonées, employées en frictions sur l'hypogastre. A l'exception des cas compliqués de chlorose, où les ferrugineux conservent leur action thérapeutique, de la constipation et des hémorrhagies rectales, on a rarement l'occasion d'employer les moyens internes. La ceinture hypogastrique a produit d'excellents effets, et remplace avantageusement le redresseur, sans en avoir les inconvénients.

Conclusion. D'après ce que nous venons de voir, il y aurait :

1° Les inflexions simples, survenant à la suite de modifications physiologiques telles que la puberté, l'accouchement naturel, la suppression des règles, et enfin l'atrophie sénile ;

2° Les inflexions compliquées, survenant à la suite de modifications pathologiques, de délivrances pénibles, d'affections organiques de l'utérus.

Dans le premier cas, les inflexions sont peu dangereuses. Elles ne causent que des troubles passagers dans le système digestif, dans la menstruation, dans les voies urinaires. Les accidents nerveux sont des dépendances de ces troubles mécaniquement causés par la nouvelle forme de la matrice, et un traitement approprié suffit pour les atténuer et les faire disparaître. Ces perturbations sont initiales, et ne s'aggravent que par la persistance de la cause mécanique qui les produit. En général, l'organisme s'habitue à cette sorte d'inflexion, et le mal passe inaperçu.

Dans le second cas, au contraire, l'état maladif de l'organe, augmenté par la nouvelle condition morbide, donne lieu à des symptômes inflammatoires et nerveux toujours graves. Ils sont beaucoup moins dus à l'inflexion elle-même qu'à l'exaspération de l'affection primitive.

Tout dépend donc de l'état de la matrice au moment où se produit l'inflexion. Nous voudrions faire remarquer une différence que M. Scanzoni a passée sous silence. A la suite de longues maladies (le typhus surtout), il arrive que l'utérus se ramollit dans son ensemble, perd sa rigidité normale, ressemble à une vessie pleine d'eau, et se moule sur les organes voisins. Il faut bien distinguer cette affection d'une inflexion. Dans cette dernière, l'angle, par rapport au plan de l'utérus, est rigide et conserve sa position quand la matrice est enlevée du corps. Une grossesse, un traitement par les martiaux, le changement d'air, d'habitudes même, suffisent, dans le premier cas, pour rendre à l'utérus sa rigidité primitive. C'est ainsi que nous pouvons expliquer les quelques succès obtenus par les redressements mécaniques. Souvent, il est vrai, ce ramollissement, cet affaiblissement général de la matrice, peuvent se changer en inflexion grave. Des symptômes momentanés et sans importance, dans le cas où les tissus de l'utérus sont sains, deviennent des symptômes sérieux et même mortels quand ils se lient à des lésions organiques et à des troubles nerveux. Il faut enfin distinguer de ce ramollissement les flexions au premier degré. Ce changement dans les rapports anatomiques amène toujours *avec le temps* des altérations dans la texture de l'utérus. C'est alors que surviennent ces changements histologiques des muqueuses, du tissu musculaire, ces engorgements chroniques qui bornent le rôle du médecin à atténuer les troubles circulatoires et nerveux, et qui le forcent à avouer son impuissance.

III.

REVUE CLINIQUE.

Plaie de la bouche; lambeau de muqueuse flottant; application des serres-fines. — Pulvérulence des narines. — Heureux effets de la liqueur de Fowler dans un cas présumé de cancer des amygdales. — Huile éthérée de fougère contre le tænia.

Nous avons eu tout récemment, dans notre pratique privée, une intéressante occasion d'appliquer les serres-fines de M. Vidal. Dans aucun autre cas peut-être, ces ingénieux instruments ne sont d'une utilité plus incontestable.

Un enfant de quatre ou cinq ans fait une chute ; la face vient porter violemment sur le robinet d'une fontaine. Quand on le relève, la bouche est tout ensanglantée ; la commissure gauche offre une éraillure, visible à l'extérieur, formant le sommet d'une plaie triangulaire, comme mâchée à l'un de ses angles, qui se prolonge horizontalement à la face interne de la joue. La hauteur du triangle est de 2 centimètres et demi, et sa base de 5 à 6 millimètres. Cette plaie résulte de l'arrachement d'un lambeau de muqueuse qui est resté adhérent à la base de la plaie, et qui pend dans la bouche. La dent canine gauche a été ramassée à terre sans la moindre cassure, comme si elle avait été extraite avec la pince. Près de quatre heures s'étaient écoulées depuis l'accident quand nous vîmes le petit malade. La plaie avait été lavée par la mère avec du vin tiède; l'hémorrhagie ne s'était arrêtée qu'au bout de deux heures, entretenue sans doute par ces lotions. La face était pâle et le pouls petit et dépressible.

Dans un cas de ce genre, avant l'invention des serres-fines, il n'y avait que deux partis à prendre : ou retrancher le lambeau, abandonner la plaie au travail ordinaire des plaies exposées, et laisser une cicatrice se former dans la bouche ; ou rattacher le lambeau par des points de suture, ce qui constitue une opération de quelque importance. Avec des serres-fines embrassant toute l'épaisseur de la joue, rien n'a été si simple que d'obtenir la coaptation de la portion de muqueuse détachée et son adhésion immédiate. Nous en avons appliqué une forte vers le milieu de la longueur du lambeau et une autre, un peu plus faible, près de la commissure. L'enfant a été surveillé pendant trente heures, avec la précaution d'attacher ses bras aux côtés du lit dès qu'il s'endormait. Au bout de ce temps, les serres-fines furent enlevées ; la réunion était complète. Aujourd'hui, huit jours après l'accident, il ne reste plus qu'un petit tubercule mou, correspondant à la mâchure indiquée plus haut. Il suffira de le réprimer avec le nitrate d'argent.

— Nous avons sous les yeux, en ce moment, une vieille dame atteinte depuis plusieurs années de démence, et qui, prise de fièvre et condamnée au lit depuis une douzaine de jours, n'a pas tardé à avoir les narines chargées d'une poussière grisâtre. Ce fait cadre assez bien avec une réclamation de M. Forget (de Strasbourg) insérée dans le dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg* (27 octobre), à l'occasion d'une note de M. Parrot, élève interne de M. Beau, sur la *non-valeur séméiotique de la pulvérulence des narines* (*Gazette des hôpitaux*, n° du 8 septembre). Dans cette réclamation, l'habile clinicien de Strasbourg rappelle le passage suivant de son *Traité de l'entérite folliculeuse*, publié en 1841. «L'état pulvérulent des narines nous paraît être un effet purement physique, résultant de la faiblesse des mouvements respirateurs ou de l'action de respirer par la bouche ; ce qui fait que les corpuscules suspendus dans l'atmosphère ambiante s'attachent aux poils des narines, dont ils ne sont plus chassés par l'air qui doit traverser celles-ci. Il n'y a donc là rien qui justifie le pronostic si fâcheux que les auteurs ont tiré de ce signe, dont la cause consiste dans un état de prostration entraînant l'immobilité prolongée et l'action de respirer par la bouche, qu'on observe le plus souvent dans l'adynamie. » Ce texte est formel ; la citation en est fort opportune, puisqu'elle exprime une opinion que la note de la *Gazette des hôpitaux* semble rapporter exclusivement à M. Beau. Seulement, il n'y a peut-être pas lieu de conclure du silence de l'élève au silence du maître, un compte rendu très abrégé d'une leçon clinique n'étant guère susceptible d'une exactitude absolue. Quoi qu'il en soit, l'observateur de Strasbourg et celui de Paris sont d'accord sur le fond ; mais ils diffèrent quant à l'explication, qui équivaut ici à la détermination des circonstances dans lesquelles se rencontre l'état pulvérulent des narines. On vient de voir le commentaire de M. Forget. Voici maintenant celui de M. Beau : « Le feutrage destiné à tamiser l'air qui va aux poumons se charge de poussière dans les inspirations ; mais il est nettoyé par un mouvement des doigts. Il y a là quelque chose d'instinctif, une véritable action réflexe que provoque la présence de la poussière sur les

poils des narines. Pour que la pulvérulence existe chez un individu qui respire un air chargé de particules solides, deux conditions sont donc nécessaires : 1° un système pileux très développé ; 2° *un obstacle dans les mouvements des membres supérieurs.* » Et M. Beau dit, en effet, avoir observé ces phénomènes chez les sujets rhumatisés ou paralysés, toutes les fois que les membres supérieurs avaient perdu la liberté de leurs mouvements.

La pulvérulence ne s'observe pas seulement à l'entrée des narines, mais quelquefois aussi à la barbe, aux cils et, comme le rappelle M. Beau, dans les creux sus-claviculaires. L'explication — qui, dans ce cas, a une véritable importance clinique, puisque le pronostic en dépend, — l'explication, pour être exacte, doit donc embrasser les diverses expressions d'un même fait. Or, il est manifeste que la faiblesse de la respiration ne peut rendre compte que de ce qui se passe du côté des narines ; et, d'autre part, on voit si souvent la respiration descendre à un degré extrême de faiblesse sans que les narines deviennent pulvérulentes, et cela dans l'atmosphère même où le phénomène se produit chez des typhoïdés, qu'il y a lieu, ce nous semble, de mettre en doute l'influence d'une insuffisance d'*expiration.* En second lieu, le défaut de pulvérulence des creux sus-claviculaires chez les gens bien portants ne tient pas assurément à ce que la poussière est chassée par l'*action des doigts.* Dès lors, le fait de la pulvérulence ne peut être une conséquence exclusive de la paralysie des membres supérieurs. Combien de paralytiques, d'ailleurs, ou de rhumatisés ne peuvent porter la main à la figure, qui ont pourtant les poils des narines parfaitement nets ! Il y a donc quelque autre circonstance spéciale qui détermine cette disposition générale des parties découvertes du corps à se charger de poussière. La poussière vient de l'air ambiant, cela n'est pas douteux ; mais pourquoi s'attache-t-elle aux poils ou à la peau plus fortement que dans l'état de santé ? C'est sans doute qu'elle y est plus fortement retenue par des produits de sécrétion d'une viscosité particulière. Les individus atteints de fièvre typhoïde, lors même qu'ils n'ont pas d'épistaxis, éprouvent presque toujours de l'enchifrènement ; il est aisé de concevoir qu'un peu plus de ténacité dans le mucus nasal fixe les corpuscules suspendus de l'atmosphère, et aussi qu'une sueur un peu gluante les attache au duvet de la peau sur toutes les parties découvertes. Nous croyons qu'il se passe ici quelque chose de fort analogue à ce qu'on observe dans la bouche. On dit bien que les fuliginosités de la langue, des gencives, des dents, sont produites par la dessiccation du mucus ; mais un individu sain, fût-il couché pendant des mois, eût-il même les narines engorgées, n'aura pas de fuliginosités comparables à celle des typhoïques. C'est donc que le mucus acquiert chez ces derniers des qualités particulières et anormales. Au reste, on laissera, si l'on veut, notre supposition ; mais ce qui nous semble hors de doute, c'est que la pulvérulence des narines, bien qu'opérée par un procédé physique, bien qu'empruntant ses matériaux à l'atmosphère, se lie pourtant à des conditions autres que la faiblesse de la respiration ou la paralysie des membres supérieurs ; qu'elle ne se présente ordinairement que dans les états fébriles, surtout dans les fièvres adynamiques ; et qu'elle constitue, en conséquence, un élément de diagnostic et de pronostic, moins sérieux sans doute qu'on ne l'a cru, mais qui est loin d'être absolument indifférent.

— L'observation suivante, empruntée à l'*Abeille médicale de Paris*, et due à M. le docteur Rouault, suppléant du père Debreyne, à la Trappe, nous a paru remarquable par l'efficacité manifeste, quoique passagère, de la *liqueur de Fowler* dans un cas de tumeur pharyngienne de l'aspect le plus inquiétant.

Obs. M. B..., de Mortagne, âgé de soixante et onze ans, tempérament sanguin, taille au-dessous de la moyenne, embonpoint, visage fortement coloré, état général bon, vient nous consulter pour la première fois le 16 avril 1855. Il présente sous la mâchoire inférieure, dans la région parotidienne, sur les parties latérales du cou, et jusque dans le creux sus-claviculaire, *de grosses masses dures, bosselées, inégales, indolentes, non fluctuantes, peu mobiles, sans changement de coloration à la peau.* Lorsqu'il ouvre la bouche et qu'on déprime la langue, on observe que *les amygdales sont le siége d'une tuméfaction considérable, avec rougeur et ulcération de leur surface libre, que surmontent des végétations nombreuses et fongiformes.* Elles remplissent presque entièrement le pharynx, dont elles obstruent la cavité. De là, par conséquent, une grande gêne dans la déglutition et la respiration. Le timbre de la voix est aussi profondément altéré. Outre cela, le malade rend à chaque instant par la bouche une matière excessivement fétide, formée du mélange de la salive avec la suppuration et l'espèce de putrilage qui se sépare de la surface de l'ulcère.

Après cet examen, j'interrogeai ensuite M. B... Il m'apprit qu'il y a un an il éprouva un commencement de malaise dans le gosier et de gêne dans la déglutition. Il en parla à son médecin ordinaire, qui examina la gorge et qui crut reconnaître un engorgement des amygdales, contre lequel on ne fit rien. Cependant, comme le mal faisait des progrès, et que la difficulté pour avaler augmentait d'une manière notable, la résection des amygdales fut résolue. On enleva premièrement celle du côté gauche, qui était la plus volumineuse, et quinze jours après on entreprit d'exciser l'autre. Mais, soit que l'amygdalotome dont on se servit fût défectueux, soit qu'il eût été mal appliqué, l'opération échoua, et l'instrument fut retiré hors de la bouche sans qu'on eût détaché l'amygdale. Le malade, que cette tentative inutile avait fait souffrir, refusa de se soumettre à une nouvelle épreuve. Les choses en restèrent là pendant plusieurs mois, durant lesquels M. B... se trouva un peu soulagé.

Cependant, la maladie s'étant reproduite et ayant fait des progrès rapides, le malade se rendit à Paris, d'après l'avis de son médecin. Là il fut adressé à un chirurgien de Bicêtre, qui, après l'avoir examiné, lui dit qu'une nouvelle opération ne lui paraissait pas utile, et qu'il devait se borner à se gargariser souvent avec un liquide dont son médecin ordinaire lui donnerait la formule. Peu satisfait de cette consultation, M. B... revint chez lui, où il resta près d'un mois sans suivre aucun traitement. Pendant ce temps-là, son mal fit encore de nouveaux progrès. Ce fut alors, et d'après le conseil d'une autre personne que nous avions guérie, qu'il se décida à venir nous consulter. Nous avons dit ci-dessus dans quel état il se trouvait. Je dois ajouter qu'il m'avoua avoir eu une blennorrhagie il y a près de vingt ans, qu'il en avait parfaitement guéri, et que depuis il n'avait jamais été malade. Malgré cette circonstance, notre diagnostic fut qu'il s'agissait d'un cancer des amygdales déjà très avancé, et que ce malade y succomberait prochainement. Nous lui conseillâmes cependant, en désespoir de cause, les pilules de *chlorure d'or et de sodium* qui nous rendent quelquefois de très grands services contre les engorgements scrofuleux, et particulièrement les tumeurs lymphatiques anciennes qui ont résisté aux préparations iodiques. En voici la formule :

Pr. Chlorure d'or et de sodium. .	30 centigr.
Poudre d'amidon.	4 grammes.
Gomme arabique.	1 gramme.
Eau distillée, q. s. pour 80 pilules.	

Mode d'administration. — On écrase tous les soirs une pilule pour en faire une friction sur la langue, les gencives et l'intérieur des joues. Chaque friction se fait pendant plusieurs minutes, c'est-à-dire jusqu'à parfaite absorption.

Au bout de vingt jours, on fait deux frictions par jour, matin et soir, et de la même manière.

M. B... suivit ce traitement pendant plus d'un mois, sans obtenir aucun résultat. Bien loin d'avoir éprouvé du soulagement, son état s'était, au contraire, considérablement empiré. *La tumeur des amygdales avait augmenté de volume, les grosses masses qui existaient déjà sous la mâchoire, derrière les oreilles et sur les parties latérales du cou, étaient devenues plus saillantes et plus proéminentes. La peau qui les recouvrait était rouge ou violacée, lisse ou amincie, ainsi qu'on l'observe sur les tumeurs encéphaloïdes qui sont sur le point de s'ouvrir.* Aucune de ces bosselures n'était ramollie ni fluctuante ; quelques-unes seulement étaient douloureuses au toucher. Le malade ne souffrait point ; il n'a même jamais éprouvé de ces douleurs lancinantes qui sont encore pour beaucoup de médecins la condition *sine quâ non* du vrai cancer. Malgré ces immenses désordres locaux, l'état général restait bon, et l'on n'observait encore aucun indice de cachexie ou d'infection générale. Cependant nous jugeâmes le cas comme tout à fait sans ressources, et comme la mort même pouvait arriver d'un moment à l'autre par suffocation, nous crûmes de notre devoir d'en avertir la famille du malade et le malade lui-même. Comme il me pria d'essayer encore quelque chose, je lui conseillai la *liqueur minérale de Fowler*, à commencer par trois gouttes le premier jour, une goutte matin, midi et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée, une heure ou deux avant le repas. Il devait ensuite augmenter chaque jour d'une goutte jusqu'à ce qu'il éprouvât des malaises, des nausées, des coliques, du dérangement de corps, des étourdissements, des maux de tête, etc. Aussitôt que quelques-uns de ces symptômes apparaîtraient, il devait s'arrêter et diminuer chaque jour d'une goutte, jusqu'à la dose initiale, après quoi il recommencerait à augmenter d'une goutte, comme ci-dessus, et ainsi de suite.

Lorsque je prescris la liqueur de Fowler, j'ai toujours soin, pour éviter toute méprise, de la faire colorer fortement en rose avec du sirop de coquelicot, ou en brun avec du caramel.

M. B... se conforma en tous points à ce nouveau traitement. Il n'a jamais dépassé le nombre de huit gouttes dans les vingt-quatre heures; comme à cette dose il éprouva quelques malaises, des coliques et un peu de diarrhée, il n'osa pas aller au delà. Sous l'influence de cette nouvelle médication, il éprouva bientôt une amélioration sensible, qui marcha même si vite, qu'au bout d'un mois il se crut radicalement guéri. Nous le revîmes alors, et nous pûmes constater par nous-même un succès qui tenait presque du prodige. Cependant la guérison n'était pas parfaite. Les amygdales, bien que considérablement réduites et cicatrisées, présentaient encore une légère tuméfaction, principalement celle de gauche, à laquelle répondaient extérieurement des ganglions engorgés qui n'avaient pas encore totalement disparu, mais qui étaient néanmoins en voie de résolution.

Nous engageâmes le malade à continuer le même remède avec les précautions indiquées. Le mieux se prononça de plus en plus, et M. B..., se croyant débarrassé de son affection, abandonna le traitement au bout de quelque temps. Mais le mal n'était que pallié et non entièrement détruit, car il se reproduisit en partie au bout de six semaines. En présence de cette récidive, nous avons cru devoir revenir aux préparations arsenicales, et la solution de Fowler a été de nouveau prescrite. Nous avons recommandé au malade de tâcher d'en porter la dose jusqu'à 12 ou 15 gouttes dans les vingt-quatre heures.

On peut se demander, en présence de ce fait, s'il s'agissait d'un véritable cancer, ou de quelque autre affection ulcéreuse, telle que pourrait en produire, par exemple, la syphilis constitutionnelle. Tout le monde sait combien est rare la dégénérescence cancéreuse des amygdales, même avec les caractères du tissu fibro-plastique. Néanmoins, dans l'observation de M. Rouault, l'induration de ces glandes, leur ulcération irrégulière et fongueuse, la marche envahissante du mal, le gonflement et la consistance élastique des ganglions voisins, le tout chez un homme de soixante et onze ans, caractérisent assez bien le cancer. D'un autre côté, le malade déclare n'avoir jamais eu qu'une blennorrhagie simple il y a vingt ans, et aucune manifestation syphilitique ne paraît s'être montrée depuis cette époque. Ce serait donc une tumeur maligne de la classe des cancéreuses, mais probablement fibro-plastique, que la liqueur arsenicale aurait si remarquablement influencée. On sait d'ailleurs que les préparationsd 'arsenic ont été préconisées contre le cancer en général; mais leur utilité est toujours restée, pour le moins, douteuse. L'amélioration survenue dans l'observation précitée est de nature, malgré la récidive, à encourager de nouveaux essais.

— Il est très permis de guérir les malades avec des remèdes de notoriété publique, mais alors il ne faudrait pas avoir l'air de les donner comme nouveaux. C'est un reproche que nous nous permettrons d'adresser à M. Crowther, qui, ayant traité avec succès deux cas de tœnia par l'*huile éthérée de fougère mâle*, s'en félicite en des termes propres à faire supposer que ce remède entre pour la première fois dans la thérapeutique des vers intestinaux (*The Lancet*, 6 octobre 1855). Nous ne voulons que prendre occasion des deux faits racontés par notre confrère anglais, pour rappeler aux praticiens que la fougère mâle et la fougère femelle ont été souvent expérimentées, surtout en Allemagne ; que si la seconde paraît avoir mieux réussi entre les mains de Ilzerenschwand, la première est généralement préférée ; et qu'enfin le docteur Peschier, qui a fait des recherches suivies sur ce sujet, a employé d'abord l'*extrait éthéré* de fougère mâle à la dose de 1 gramme 25 centigrammes, mêlé à 60 grammes de racine de la même substance (en quinze pilules à prendre le soir de demi-heure en demi-heure), et plus tard cette même *huile éthérée de fougère mâle* (oléorésine fournie par la distillation de la teinture éthérée) que vante M. Crowther. M. Peschier l'administre à la dose de 2 à 8 grammes, dans de l'hostic. On peut aussi la délayer avec un mucilage et l'incorporer à un julep.

A. DECHAMBRE.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — *Recherches expérimentales sur la faculté que possèdent certains éléments du sang de régénérer les propriétés vitales*, par M. *Brown-Séquard*. — Depuis cinq ans, l'auteur a fait un nombre très considérable d'expériences, qui tendent à montrer que les tissus contractiles et nerveux, ayant perdu leurs propriétés vitales par suite de l'interruption de la circulation sanguine, peuvent recouvrer ces propriétés sous l'influence exercée par certains éléments du sang sur ces tissus.

M. Brown-Séquard a expérimenté sur un grand nombre de mammifères. Sous l'influence d'injections sanguines dans les vaisseaux de cadavres frappés de rigidité, il a vu les muscles, tant ceux de la vie animale que ceux de la vie organique, recouvrer leur contractilité, et les nerfs moteurs et sensitifs, ainsi que la moelle épinière reprendre leurs propriétés vitales perdues.

Une expérience capitale consiste à lier l'aorte ventrale, et lorsque toute propriété vitale a disparu dans les membres postérieurs, et que la rigidité cadavérique y est survenue, à lâcher la ligature. Le train antérieur de l'animal étant encore vivant, la circulation se rétablit dans le train postérieur, et, avec le sang, le vie revient dans les parties qui paraissaient mortes. On voit alors reparaître successivement les propriétés vitales des muscles et des nerfs, la sensibilité et les mouvements volontaires.

Plus le sang contient d'oxygène, plus son influence régénératrice des propriétés vitales est considérable et rapide.

Conclusion générale. — Les nerfs moteurs et sensitifs, la moelle épinière, et tous les tissus contractiles, peuvent, après avoir perdu leurs propriétés vitales, par suite d'une interruption de la circulation sanguine, les recouvrer toutes sous l'influence de sang chargé d'oxygène (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Bernard).

Recherches comparatives sur le dégagement de l'acide carbonique et la grandeur du foie des batraciens, par MM. *Moleschott* et *Schleske*. — Il résulte de ces recherches, que : 1° les batraciens, pour les mêmes unités de poids et de temps, produisent moins d'acide carbonique que l'homme; 2° chez les différentes espèces, il n'y a ni proportion directe, ni proportion inverse entre la grandeur du foie et la quantité d'acide carbonique; 3° les deux sexes de la même espèce ne montrent aucune proportion régulière entre la valeur de l'acide carbonique et le poids du foie ; 4° parmi les batraciens, les espèces les plus lentes (*Bufo cinereus*, *Salamandra maculata*) sont celles qui dégagent le moins d'acide carbonique, tandis que les plus grandes valeurs de ce dernier correspondent aux espèces les plus vivaces ; 5° la comparaison entre la *Rana temporaria* et la *Rana esculenta* fait voir que, de deux animaux qui se rapprochent autant que possible par leur organisation, celui qui vit le plus dans l'air et le moins dans l'eau produit la plus grande quantité d'acide carbonique ; 6° à l'exception du *Triton*, les animaux, qui ont servi à ces recherches, viennent confirmer la proposition énoncée depuis longtemps par MM. Andral et Gavarret pour l'homme, savoir que le sexe masculin produit plus d'acide carbonique que le sexe féminin (*Comm.* : MM. Andral, Pelouze, Bernard.).

TÉRATOLOGIE. — *Note sur des anomalies présentées par les organes génitaux*, par M. *Puech*. — La première observation a pour sujet un enfant du sexe féminin mort du muguet quinze jours après sa naissance. La matrice, longue de 17 millimètres, est fortement déjetée à gauche ; le col est volumineux ; le corps va sensiblement en diminuant de bas en haut, et son fond n'a plus que 2 millimètres. Cette forme étrange de l'utérus tient, suivant l'auteur, à ce que la moitié droite de l'organe manque. Le ligament, la trompe et l'ovaire manquent aussi de ce côté : ou plutôt, on les trouve dans la région lombaire droite, complètement isolés de la matrice, et recevant une action directement de l'aorte. Le rein correspondant faisait aussi défaut.

Le second fait a été recueilli sur un hépatodyme complexe. Ici, il y avait absence complète de vulve, de vagin et de matrice : cependant, des deux côtés, il y avait un ovaire, une trompe et un ligament rond.

L'auteur termine, en faisant remarquer que ces deux faits sont en opposition avec l'opinion qui veut que les ligaments ronds naissent de la matrice. Il croit plus rationnel de penser avec Burdach qu'ils émergent des grandes lèvres (*Comm.* : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, Andral.).

MICROGRAPHIE. — *Corps organisés, germes sporules, flottant dans l'atmosphère*, par M. *Gaultier de Claubry*. — De longues recherches ont permis à l'auteur de constater que si l'on renferme dans des vases clos de l'eau provenant de la surface ou de l'intérieur de la terre, il s'y développe, après un temps plus ou moins long, des végétaux ou des animaux

microscopiques. Ces sporules flottent dans l'atmosphère, ce qui n'exclut pas la possibilité du transport de ces substances par le liquide. (*Comm.:* MM. Pouillet, Milne Edwards, Babinet.)

CHIRURGIE. — *Résultats avantageux obtenus par le pansement des plaies avec la glycérine*, par M. *Demarquay*. — L'auteur a eu recours à l'emploi de la glycérine d'abord pour le pansement des plaies atteintes de pourriture d'hôpital. En vingt-quatre heures, les plaies des malades avaient changé d'aspect, la fièvre tombait, et bientôt la guérison s'accomplissait sous les yeux du chirurgien. Puis M. Demarquay pansa tous les blessés du service avec la glycérine, et voici ce qu'il observa : Les plaies soumises à ce mode de pansement ont un aspect rosé, et se maintiennent si propres, qu'on est dispensé de les laver et de recourir à la spatule pour enlever le coagulum de cérat et de pus, qui rend le pansement actuel des plaies long et douloureux. Les linges enduits de glycérine se lèvent avec la plus grande facilité ; de plus, cette substance modère la suppuration ; les bourgeons charnus restent très peu développés et n'ont pas besoin d'être réprimés par la pierre infernale ; enfin la glycérine active notablement la cicatrisation des plaies.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE. — *Sur la recherche du sucre dans le sang de la veine porte*, par M. *Lehmann*, de Leipzig. (La substance de cette note se trouvant contenue tout entière dans la lettre adressée par l'auteur à la *Gazette hebdomadaire*, nous renverrons le lecteur au dernier numéro, page 763, TRAVAUX ORIGINAUX.)

M. Bernard, après avoir constaté que les recherches de *M. Lehmann*, si précises et si décisives, viennent une fois de plus corroborer sa doctrine relativement à la fonction glycogénique du foie, fait remarquer que la discussion a eu le double résultat de fixer définitivement les conditions de l'investigation chimique et physiologique, et de rendre désormais impossible toute contestatiun au sujet de l'existence de cette function, sur le mécanisme de laquelle il peut encore rester des études à faire, mais dont la réalité physiologique est prouvée expérimentalement de la manière la plus positive.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 30 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : *a.* Un rapport de M. le docteur *Chalette*, de Châlons, sur une épidémie de suette miliaire, de scarlatine et de rougeole. (*Commission des épidémies.*) — *b.* Un mémoire de M. le docteur *Wyzewski*, de Saint-Amand-les-Eaux, sur le traitement du choléra. — *c.* Une note de M. le docteur *Hamon* sur le traitement abortif du choléra. — *d.* Une lettre de M. le docteur *Affre* sur la nature du choléra, qu'il attribue au dégagement de gaz délétères dans les voies digestives. (*Commission du choléra.*) — *e.* Un mémoire sur l'hydrophobie, par M. le docteur *Canonge*, de Laneuville. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *f.* Les états des vaccinations pratiquées en 1854 dans les départements du Lot, de la Drôme, des Landes, du Var, de l'Aveyron. (*Commission de vaccine.*)

2. Communications de : *a.* M. le docteur *Heurteloup* (Des instruments propres à pratiquer la suture profonde). (*Commission déjà nommée*, à laquelle est adjoint M. Larrey. — *b.* M. le docteur *Puech* (Note sur l'anomalie et l'organogénie de l'ovaire, de la trompe et du ligament rond. (*Comm.* : M. Desportes.) — c. M. le docteur *Metsch*, de Smolensk (Mémoire sur la vaccination comme moyen préventif et curatif du choléra). (*Commission du choléra.*)

Discussion sur le séton.

M. *Bouvier :* Si l'esprit, si la verve sarcastique suffisaient pour gagner une cause, c'en serait fait du séton. Mais le séton a résisté déjà à de rudes assauts ; il a survécu à ses antagonistes des siècles passés ; et tandis que Dionis, Blancard et Garangeot le proscrivaient, Mauchard proclamait son excellence et lui rendait les honneurs du triomphe ; il l'appelait une ancre de salut, une ressource divine, *sacra anchora, sacrum præsidium !*

M. Malgaigne a fait de son mieux pour le terrasser ; mais le séton n'a pas succombé sous les coups de ce terrible joûteur : il est encore assez fort pour élever la voix dans l'intérêt de la vérité scientifique, de la vérité historique et de la vérité pratique, quelque peu obscurcies par les paroles de mardi dernier.

Il importe, avant tout, de s'entendre sur la signification de *séton*. C'est un mot à double sens, qui peut se prendre dans deux ou même trois acceptions. Veut-on parler du *séton* qui consiste à placer une *mèche* (*seta*, soie de porc, crin de cheval) dans une plaie, à travers un abcès ou le canal nasal, entre les fragments d'une fracture, etc. ? M. Malgaigne a raison, ce séton est d'origine moderne.

Mais le véritable séton, le séton dont j'ai seulement voulu parler, et qui consiste dans *un ulcère sous-cutané à deux orifices, pratiqué par l'art dans une partie saine, entretenu ou non par une mèche, dans un but thérapeutique*, ce séton-là remonte à la plus haute antiquité. Sans mèche, c'est le *séton volant* d'Hippocrate. Et que M. Malgaigne ne vienne pas alléguer qu'avec une pareille définition, une plaie d'arme à feu est un séton ; car nous lui répondrons qu'une plaie d'arme à feu est une *maladie*, et qu'un séton est un *remède*.

Mais Hippocrate, s'écrie M. Malgaigne, n'appliquait pas le séton dans un but de révulsion. D'accord ; mais il s'appliquait sur une partie saine et dans un but thérapeutique ; cela me suffit. C'est ainsi que l'entendaient aussi Fienus, M.-A. Séverin, Leclerc, Peyrilhe, Louis, et tant d'autres. M. Malgaigne va plus loin ; il soutient que les anciens n'avaient pas idée de la *révulsion*. Singulière assertion ! erreur étrange ? Tout notre langage sur la révulsion ne nous vient-il pas des anciens ? Les livres d'Hippocrate, de Galien, de Celse, d'Oribase, d'Arétée, sont pleins des mots *antispasis*, *antispaticos*, *parochetensis netochetensis*, *parochetenein*, *metochetenein*, *revulsis*, *revulsivus*, *revellere*, *derivatis*, *derivare*, *revocare*, etc. Ces mots sont prodigués dans les ouvrages anciens. J'ouvre au hasard Galien, et je les compte *trente-trois fois* dans l'espace de cinq ou six pages. Mais sont-ce là des mots vides de sens ? Non. Ils renferment une vaste doctrine, celle de la *dérivation* et de la *révulsion*, sur laquelle les anciens ont établi des principes qui se trouvent encore partout, dans nos livres, dans notre pratique, dans les livres, dans la pratique de M. Malgaigne lui-même.

Les anciens entendaient par *révulsion*, *dérivation* (*antispasis*, *parochetensis*), des médications qui déplacent ce qui constitue la maladie, qui l'appellent vers une autre partie du corps. Dirait-on mieux aujourd'hui ?

Hippocrate et Galien expliquaient, il est vrai, la révulsion un peu autrement que nous. Plaçant la source de toute maladie dans les humeurs altérées, dépravées, surabondantes, vicieuses en quantité ou en qualité, c'étaient les humeurs, souvent la *pituite* (*phlegma*), dont ils pensaient débarrasser les organes par la révulsion et la dérivation. De nos jours, c'est le sang, c'est l'irritation, que l'on croit déplacer ; voilà toute la différence des deux doctrines.

Deux choses avaient éveillé dans l'esprit des anciens l'idée de la révulsion : d'abord, la connaissance des rapports des organes entre eux, si bien exposée dans le *Traité des régions dans l'homme* d'Hippocrate, qui contient un énoncé si clair de la sympathie morbide des solides, de la localisation des maladies, et des agents thérapeutiques ; en second lieu, l'observation de la marche naturelle des maladies et l'étude de leur guérison par les dérivations naturelles. Dans les aphorismes d'Hippocrate, il est dit que la diarrhée guérit quelquefois l'ophthalmie ou fait cesser le vomissement ; qu'il n'est pas rare, chez les femmes, de voir des vomissements de sang céder à l'apparition des menstrues, etc.

Les anciens admettaient encore une *crise* par *apostase* ou par dépôt de la matière morbifique dans différents organes plus ou moins éloignés, ce qui produisait les érysipèles, les maladies articulaires, les gangrènes critiques : c'était une véritable révulsion !

Bientôt l'art imita la nature : les médecins cherchèrent, par différents moyens, à détourner la matière peccante, à l'attirer au dehors ou sur une partie éloignée. Tel fut l'objet de la dérivation, dès le berceau de la médecine.

Galien distinguait la révulsion et la dérivation : celle-ci, d'après lui, se faisait dans le voisinage du mal ; celle-là dans les parties opposées. Ailleurs il fait usage de chacune de ces méthodes.

L'expérience avait aussi appris aux anciens le lieu où la révulsion doit s'opérer, suivant le siége ou la nature du mal. Hippocrate, dans le *Traité des tumeurs*, établit à cet égard des règles fort sages, et distingue la révulsion en supérieure et en inférieure, suivant qu'elle agit en haut ou en bas. Galien y ajoute des révulsions latérales, d'avant en arrière, de l'intérieur à l'extérieur, et *vice versâ*. Oribase répète ces distinctions.

Non-seulement les livres d'Hippocrate et de Galien sont pleins de vues théoriques sur la révulsion, mais encore ils fourmillent d'applications pratiques de ces grands principes.

Galien signale les inconvénients de la révulsion appliquée mal à propos, et il insiste sur l'époque des maladies à laquelle elle convient, sur la nécessité de la faire souvent précéder d'autres moyens. (L'orateur appuie ces assertions de nombreuses citations.)

Les agents révulsifs les plus usités de nos jours, les évacuants, les excitants de la peau et des muqueuses nous ont été légués par les anciens.

Galien consacre une grande partie de son traité *De venæ sectione* à des considérations étendues sur les saignées *révulsive et dérivative*. Il y revient çà et là dans ses autres ouvrages.

Le feu, chez les anciens, tenait le premier rang parmi les moyens de dérivation et de révulsion.

Quoi qu'en ait dit M. Malgaigne, plusieurs passages de Celse prouvent que ce médecin se servait souvent du feu comme révulsif. C'est ainsi que, dans la coxalgie et *autres maladies invétérées*, il conseille fortement l'application du fer rouge, et recommande d'entretenir la plaie, *afin d'attirer au dehors la matière nuisible.*

Dans la pneumonie, il irrite la peau du thorax avec du sel pilé, afin de provoquer en ce point l'afflux de la matière *dont le poumon est accablé*. Dans l'angine, il applique des ventouses au cou, pour appeler au dehors l'humeur qui tend à produire la suffocation. Dans plus d'un passage, il conseille d'appliquer le remède sur les parties les plus éloignées du mal. Si une fracture est suivie d'un cal difforme, volumineux, il veut qu'on applique sur le membre opposé un remède qui soit capable d'attirer et de soustraire la matière du cal qui est en excès.

Enfin, Celse aussi parle longuement de la saignée révulsive.

Il est vrai qu'il ne se sert pas des mots *revulsio*, *revellere*, qui rappellent une étymologie grecque; mais c'est parce qu'il vivait à une époque où les écrivains, évitant l'hellénisme, affectaient de parler le latin le plus pur. Aussi emploie-t-il constamment le mot *evocare*.

Pline l'Ancien, en parlant de la moutarde, signale lui-même les services qu'elle rend à la médecine comme moyen de dérivation.

La pratique des exutoires est plus générale encore du temps de *Cœlius Aurelianus*, qui blâme l'abus qu'en font certains médecins dans les affections de la rate et du foie. Il parle aussi d'un traitement dérivatif des maladies de la hanche et du psoas, qui consistait à poser un cautère sur l'éminence thénar de la main du côté malade.

Le séton n'était d'abord qu'une manière d'appliquer le fer rouge. Il est employé comme révulsif par *Paul d'Égine*, qui conseille de traverser la peau avec un fer rouge, dans les engorgements de la rate.

Thomas *Fienus* ou *Fyens* est l'auteur d'un excellent petit livre intitulé *De cauteriis*, qui a été souvent copié par M.-A. Séverin. Un chapitre est consacré à la solution de cette question : *An fontanellæ antiquis notæ?* Fienus répond par l'affirmative, et M.-A. Séverin partage son opinion.

Nous croyons aussi, contrairement à M. Malgaigne, que les anciens connaissaient parfaitement la méthode révulsive.

De là, M. Bouvier passe à *Rhazès*. Il rejette comme insuffisantes et mal fondées les preuves sur lesquelles M. Malgaigne s'est appuyé pour démontrer que cet auteur ne connaissait pas le séton.

Lanfranc est bien le premier qui ait parlé du *séton à la nuque*. Voici ses propres paroles : « Sola cutis tangatur (cum cauterio rotundo) *superiori in fontanella colli, sub occipitio*; et etiam ponitur ibi seto, et multum valet ad ægritudines oculorum et capitis nominatas. » (Chap. 18, doctr. 3, traité 3.)

M. Malgaigne récuse le témoignage du bon Ambroise Paré, parce que celui-ci affirme que le séton guérit *toujours*. Pourquoi croirait-on davantage M. Malgaigne, qui soutient qu'il ne guérit *jamais?* D'ailleurs, Ambroise Paré ne se sert pas du mot *toujours*; il dit : « L'expérience *quotidienne* montre que tôt après...., etc. »

Suivant M. Bouvier, le fait de l'orfèvre Paule conserve toute sa valeur, et les assertions des deux Fabrices méritent plus de considération que ne leur en accorde M. Malgaigne.

M. Malgaigne a argué contre le séton du prétendu désaccord de ses partisans qui veulent, les uns le feu, les autres le fer, ceux-ci le gros séton, ceux-là le petit. Mais aucun ne nie l'efficacité du genre de séton qu'il n'emploie pas; les partisans du séton croient tous les sétons efficaces. M. Bouvier proclame bien haut l'excellence du gros séton, et il s'imagine bien qu'il a pu sans ingratitude en inventer un petit qui est moins douloureux et plus commode.

M. Malgaigne a voulu mettre aux prises les sétons, les cautères et les vésicatoires; M. Bouvier croit que ces moyens peuvent également guérir, et qu'ils ne diffèrent entre eux que par le degré de révulsion qu'ils procurent, et le plus ou moins d'incommodité ou de désagrément qui s'attache à eux. A tous les points de vue, le séton lui semble préférable.

M. Bouvier a déjà répondu à M. Malgaigne relativement à la valeur de ses observations. Puisque M. Malgaigne veut des chiffres, M. Bouvier est heureux de pouvoir lui annoncer que sur les *sept* enfants traités par les *petits sétons modifiés*, *quatre* sont entièrement guéris de leurs ophthalmies, sans qu'il ait été fait concurremment usage d'une autre médication. Une de ces malades était affectée depuis quatre ans, et tous les autres traitements avaient échoué. Une autre, atteinte d'une double kératite, avec opacité de la cornée, a recouvré aujourd'hui toute sa vue; elle ne conserve plus qu'un peu de blépharite ciliaire. Une troisième présentait un staphylôme récent, avec kératite, conjonctivite intense, et aujourd'hui toute trace d'inflammation a disparue, et la cornée ne conserve plus qu'une tache légère sans aucune saillie.

Les trois autres malades ne sont point guéris; mais ils ont été soulagés, et l'état de leurs yeux s'est amélioré.

Un d'eux, qui accusait ces symptômes de voisinage dont a parlé M. Gerdy, a cessé de pleurer et de souffrir dès le jour où M. Bouvier a fait lui-même le pansement du séton, et où la religieuse chargée de ce soin s'est conformée à ses préceptes. D'où il faut conclure que les accidents venaient moins du séton que du mode de pansement usité.

M. Bouvier pourrait, à ce titre de représailles, demander à M. Malgaigne où sont ses propres observations qui prouvent contre l'efficacité du séton. Mais, regrettant plutôt de se trouver en opposition avec un esprit aussi éminent, il fait un appel à la concorde et à la paix : il désire que les faits soient posés avec calme, examinés avec impartialité, afin d'arriver à poser nettement quels sont les cas où le séton est utile, quels sont ceux où il est inutile ou dangereux.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Société de médecine du département de la Seine.

AVIS. — La prochaine réunion de la Société est renvoyée du vendredi 2 novembre, *jour des Trépassés*, au vendredi 9.

La séance suivante aura lieu le 23 du même mois, au lieu du 16.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Méningite partielle de la base du cerveau, et tumeur sanguine du ventricule moyen; observation recueillie à la clinique de M. TEISSIER, par M. BOSSU, chef de clinique.

OBS. — Un cantonnier, âgé de vingt-quatre ans, de bonne santé habituelle, s'étant couché tout en sueur, il y a un an, se releva courbaturé et souffrant d'une céphalalgie violente, avec vertiges, bourdonnements d'oreilles, douleur sous-orbitaire qui ne cessa pas depuis. Il demeura sujet, en outre, à des contractions involontaires des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, phénomènes qui ne firent que se rapprocher et devenir plus douloureux jusqu'au 9 avril 1855, jour où il entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service de M. Teissier.

Les symptômes graves qui furent observés alors présentèrent ceci de particulier, qu'ils se passaient tous du côté de la tête et de la face. On nota une céphalalgie sous-orbitaire très vive, avec bourdonnements d'oreille, amblyopie, diplopie, strabisme convergent, dilatation des pupilles surtout à droite, hébétude de la face, de temps en temps contractions douloureuses des muscles de la moitié droite de la face, et torsion de la bouche de ce côté; parole embarrassée; l'intelligence et la mémoire paraissent intactes. Décubitus dorsal, immobilité générale, fixité du regard; chaleur normale; pouls plein, régulier, sans fréquence. Il y avait eu quelques vomissements avant l'entrée à l'hôpital.

La mort survint un mois après. Le malade était peu à peu tombé dans l'engourdissement et le coma, sans qu'aucun symptôme nouveau pût être noté du côté des membres. De temps en temps, il était survenu quelques signes de congestion vers l'encéphale. La peau des joues et du front était presque insensible, surtout à droite. Calomel, vésicatoire, aconit, émissions sanguines, tels furent les principaux moyens inutilement employés.

En présence d'une maladie dont la marche ne pouvait évidemment être enrayée, tout l'intérêt dut se fixer sur le diagnostic. Deux opinions furent émises à ce sujet.

M. Teissier pensa qu'il existait une méningite localisée à la base du cerveau, méningite qui devait s'étendre du chiasma des nerfs optiques à la protubérance cérébrale, et affecter surtout : 1° les nerfs optiques, puisqu'il y avait altération de la vue ; 2° les branches de la cinquième paire, à cause de la perversion de la motilité et de la sensibilité de la région faciale; 3° le nerf de la sixième paire, ou nerf moteur oculaire externe, en raison du strabisme convergent ; 4° enfin les nerfs de la septième paire, puisqu'il y avait altération de l'ouïe et contractions intermittentes et douloureuses des muscles des joues et des lèvres.

M. Durand-Fardel, qui eut l'occasion de voir ce malade, considérant, à son tour, la marche lente de la maladie et la localisation si frappante des symptômes, sans éloigner complétement l'existence d'une méningite localisée à la base du cerveau, se prononça surtout pour la présence d'une tumeur dans ce point, tumeur qui d'abord serait restée latente, puis aurait pris tout à

coup un développement sensible, et déterminé la succession des phénomènes observés.

L'autopsie vint justifier l'une et l'autre de ces deux opinions.

La pie-mère était généralement infiltrée d'une sérosité roussâtre. A sa base, la partie membraneuse qui bouche le ventricule moyen était opaque, épaissie, résistante ; une substance gélatiniforme doublait et enveloppait toutes les parties environnantes. Le ventricule moyen lui-même était occupé par une substance gélatiniforme, jaunâtre, résistante, du volume d'une grosse noix, présentant à la coupe une couche rouge, puis noirâtre, constituée, en un mot, par un caillot sanguin anciennement déposé. Le siége et les rapports de ce caillot, ou de cette véritable tumeur, rendaient parfaitement compte des phénomènes observés durant la vie. Il est probable que telle aura été l'altération primitive, et que la méningite de la base ne se sera développée que consécutivement.

Ces deux altérations, d'une méningite chronique partielle et d'une hémorrhagie circonscrite du ventricule moyen, sont également rares. La succession des symptômes et leur concordance avec les altérations anatomiques ajoutent encore à l'intérêt de cette observation. (*Gazette méd. de Lyon* 31 août 1855.)

Deux opérations césariennes faites avec un plein succès à l'hospice Sainte-Catherine, à Milan, dans le service des femmes en couches du professeur Billi.

Ces deux faits très remarquables et tout récents, rapportés très succinctement par le docteur Giuseppe Ferrario, méritent de prendre place dans les fastes de la clinique obstétricale.

Obs. I. — Primipare, à terme, robuste, âgée de vingt-huit ans; taille, 42 pouces 1/2 de Paris; extrémités inférieures et colonne vertébrale très contournées, par suite du rachitisme dont elle avait été affectée dans son enfance ; bassin extrêmement déformé et rétréci. Opérée le 3 août dernier, sur la ligne blanche. Dans la semaine qui suivit l'opération, elle fut prise de métro-péritonite et de miliaire. Néanmoins, la plaie de la paroi abdominale se cicatrisa dans presque toute son étendue dans l'espace de douze jours, et la suppuration persista à peu près pendant le même espace de temps au niveau des sutures, aux angles de la plaie, surtout à l'angle inférieur. Cette femme sortit de l'hospice parfaitement guérie, le 6 septembre, avec sa petite fille, bien développée et bien portante.

Obs. II. — Vingt-sept ans; constitution délicate; taille, 44 pouces; colonne vertébrale et extrémités inférieures torses; bassin rétréci et déformé par suite du rachitisme. Opérée, comme la précédente, sur la ligne blanche, le 6 août. Les suites de couches furent presque naturelles ; quelques légers symptômes de péritonite furent facilement dissipés. La plaie de la paroi abdominale guérit en huit jours par première intention, et, bien qu'encore à l'hospice le 6 septembre, elle était dans un état de guérison parfait. L'enfant, d'un développement ordinaire, était bien portant.

Le professeur Billi compte d'autres succès à l'hospice des femmes en couches de Milan, et les renseignements fournis à ce sujet par M. Ferrario sont d'autant plus précieux que, comme les précédents, il les donne à titre de témoin oculaire. Ces autres opérations césariennes, faites avec succès, portent les dates suivantes : 24 septembre 1824, 22 juillet 1828, et 22 septembre 1836. En tout cinq opérations césariennes, avec le complet rétablissement des mères et le salut des enfants ; un de ces enfants mourut vingt-cinq jours après sa naissance. Une des femmes redevint enceinte deux ans après, et fut opérée à l'hospice Sainte-Catherine; mais cette fois elle succomba.

M. Ferrario assure que Gianni, prédécesseur de M. Billi à l'hospice des femmes en couches à Milan, n'a réussi dans aucun des cas qui lui sont échus à sauver la mère ; qu'il en a été de même de Bernardino et Pietro Moscati, de Paletta et de Monteggia, bien que le nombre des opérées n'ait pas dû être moindre dans le siècle passé que dans le présent, eu égard au grand nombre de rachitiques de la ville et de la campagne. Les cinq résultats complétement heureux de M. Billi perdent beaucoup des espérances qu'ils pourraient faire concevoir, lorsqu'on les compare au chiffre total des opérées, qui aurait été de trente-quatre dans l'espace de trente et un ans. A la vérité, un certain nombre étaient dans des condition défavorables. (*Gazzetta medica italiana, Lombardia*, nº 39, 24 sept. 1855.)

De l'œdème du membre, persistant après la réduction des luxations, par M. Fano.

Cet accident, peu étudié jusqu'ici, a été observé par M. Fano dans un cas où des manœuvres réitérées avaient été faites infructueusement pour réduire une luxation sous-caracoïdienne ancienne de l'humérus. Quatre jours après, une tuméfaction commença à se manifester à l'avant-bras et à la main correspondante, avec tous les caractères de l'œdème. Cette tuméfaction persista, malgré quelques mouchetures et un traitement de près d'un mois à l'hôpital.

M. Fano explique l'apparition de cet œdème par la compression excessive que les lacs extenseurs et contre-extenseurs exercent sur les vaisseaux lymphatiques et veineux du membre, compression qui produit une sorte de contusion de leurs parois ; d'où résulte l'infiltration séreuse qu'occasionne tout obstacle apporté à la circulation de retour.

Un second fait, analogue sous beaucoup de rapports, est venu éclairer, pour l'auteur, le mécanisme de cet œdème. Un homme était resté suspendu, pendant près de quinze minutes, par un nœud coulant qui l'étreignait fortement à la partie supérieure du bras. Toute la portion du membre située au-dessous devint le siége d'un gonflement œdémateux qui, en dépit d'un traitement résolutif et stimulant, continué par M. Roux pendant plus de deux mois, persista au même degré.

L'explication de M. Fano sur les causes de cet accident est assurément d'une justesse incontestable. Peut-être, néanmoins, ne tient-elle pas compte de tous les éléments du phénomène? Il nous semble, en effet, qu'une contusion des parois vasculaires, quel qu'en pût être le degré, devrait, en deux mois, tendre à résolution, sinon être entièrement guérie. Nous attribuerions donc en partie cet œdème à la *distension* que ces mêmes vaisseaux ont éprouvée ; et l'on admettra plus aisément l'intervention de cette cause, si l'on considère que, dans les deux faits rapportés ici pour exemples, une tension violente et prolongée avait réellement été imprimée au membre. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, juillet 1855, p. 20.)

De l'usage topique de l'acétate de plomb contre la tumeur lacrymale, par M. Quaglino.

On connaît les diverses et heureuses applications déjà faites de l'acétate de plomb employé comme topique contre les granulations oculaires, les ulcères rebelles, les polypes, les verrues. Celle qui va suivre rappelle, quoique en différant sous un rapport essentiel, les belles recherches de M. Gosselin sur la filtration des liquides déposés à la surface de l'œil ; car c'est toujours un courant physiologiquement établi que la thérapeutique utilise, dans l'un comme dans l'autre cas, pour arriver à ses fins. Nous extrayons cette indication des *Archives belges de médecine militaire*, numéro de mars 1855.

Après avoir fait tomber l'inflammation du sac par les applications de sangsues, etc., M. Quaglino combat la sécrétion morbide du sac lacrymal par le traitement suivant : Après avoir vidé le sac au moyen d'une douce pression, il porte avec un petit pinceau humide, sur l'angle interne de l'œil, au voisinage des points lacrymaux, 5 centigrammes environ d'acétate de plomb neutre, une ou deux fois par jour. Le sel ne tarde pas à être dissous par les larmes, et à former un véritable collyre, qui, transmis par les conduits lacrymaux dans la cavité interne du sac, en modifie de la manière la plus avantageuse la membrane muqueuse, et, par suite, la sécrétion anormale. Ce traitement est continué jusqu'à ce que l'écoulement purulent ou séro-purulent du sac ait entièrement cessé. — Dans aucun cas, ce médecin n'a eu de récidive. (*Annali universali di medicina*, 1852.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Éléments de médecine opératoire, ou Traité pratique des opérations, avec 250 figures intercalées dans le texte, par M. A. GUÉRIN. 1 vol. in-12. Paris, 1855, chez CHAMEROT, libr.-éditeur.

A quoi bon un nouveau manuel de médecine opératoire ? dira sans doute le lecteur quelque peu désappointé qui, dans la liste des publications nouvelles, cherche avant tout des sujets nouveaux. Après l'excellent ouvrage de M. Malgaigne, si digne de tout son succès ; après le livre plus détaillé de M. Sédillot, quelle place peut revendiquer une publication à peine distante d'une année, conçue sur le même plan, taillée dans les mêmes dimensions ?

Ces questions, que l'éditeur et l'auteur s'adressaient sans doute, chacun pour son compte, avant l'apparition de ce livre, doivent maintenant avoir déjà reçu de l'événement la solution la plus favorable. Les *Éléments de médecine opératoire*, ainsi que l'atteste leur modeste titre, ne sont destinés, ni à étaler les ambitieuses superfluités des concours, ni à faire à leur auteur une réputation d'érudit ou de créateur. Rédigés exclusivement pour les élèves, ils ne s'arrogent ni une forme, ni des prétentions qui les eussent exposés, en visant au delà du but, à le manquer. Avec un rare courage, M. A. Guérin s'est renfermé dans l'accomplissement, parfois ingrat, de cette mission si méritoire. Souvent on le voit déployer, pour cacher ce qu'il sait, ou pour réduire ce qu'il développerait en maître, plus de labeur et de talent que d'autres n'en mettent dans des monographies de longue haleine. Le style participe, lui aussi, des efforts dirigés pour réaliser le laconisme le plus concis. Et quoique simple, quelquefois même jusqu'à effleurer la négligence, il se distingue toujours par une clarté qui, dans une œuvre de semblable portée, était la qualité essentielle.

Dans les limites restreintes d'un petit volume de 600 pages, l'ouvrage de M. Guérin renferme tout ce qu'il est utile au jeune chirurgien de savoir pour s'exercer avec succès à la pratique des opérations. Il offre en même temps au médecin le guide le plus sûr pour fixer ses souvenirs de manière à voir d'un coup d'œil, au moment d'opérer, quel est le procédé préférable, quelles en sont les principales difficultés, et comment il pourra le mieux les éluder. Car ce que ce livre a surtout de remarquable, c'est le parti pris, hautement et sans circonlocutions, de sacrifier partout le superflu à l'utile, l'érudition aux plus vulgaires détails, la justification théorique des préceptes au minutieux exposé des préceptes eux-mêmes.

Ce plan, explicitement annoncé, rigoureusement suivi, déroute d'abord quelque peu les esprits accoutumés, par la lecture des classiques, à trouver toujours, à côté de la façon d'agir, la raison d'agir. Ainsi, dans les indications des ligatures, des amputations, on se prend à désirer ce que l'auteur a volontairement refusé. Mais si l'on a, dans ces lacunes, le motif d'un regret, on ne saurait y placer le sujet d'un reproche ; car, fidèle à son programme, M. A. Guérin ne se laisse point entraîner par les occasions, à chaque instant renaissantes sous sa plume, d'exposer les lieux communs de la médecine opératoire. Il a fixé ses limites, il veut et il sait s'y renfermer.

Peut-être, cependant, ne s'est-il pas aussi bien tenu en garde contre la tentation de faire connaître de temps en temps ses vues originales sur la valeur de telle ou telle ressource chirurgicale, de tel ou tel procédé opératoire. Ce péché, d'ailleurs commis avec discrétion, est d'autant plus véniel, qu'il porte avec lui son dédommagement bien suffisant par les richesses qu'il apporte au perfectionnement de cette branche de la science. Nous pourrions multiplier les exemples de cette heureuse dérogation à des principes qui ne pouvaient absolument pas rester inflexibles. On lira surtout avec intérêt la discussion substantielle à laquelle l'auteur s'est laissé entraîner à propos des indications de la section du nerf sciatique.

Un reproche mieux motivé peut être adressé à M. A. Guérin. L'extrême brièveté dont il s'est piqué donne à ses appréciations une forme tranchante qui, sans doute, n'est point dans son esprit, et à laquelle, on le comprend, il ne pouvait que difficilement se soustraire ; mais ce péril même aurait dû, ce semble, lui inspirer un excès de ces précautions auxquelles, en général, il demeure fidèle, mais que, parfois, il paraît avoir oubliées. Voulant tout dire, tout juger d'un seul mot, il importait d'autant plus que ce mot fût bien étudié, afin que le jugement, qui est sans considérants, pût toujours rester sans appel. Or, dans de rares circonstances, cette réserve a fait défaut. Ainsi, « jusqu'ici, dit-il (p. 79), la transfusion du sang n'a eu que des insuccès. » Le fait de M. Marmonnier est cependant un exemple incontesté de guérison, de salut, uniquement dû à cette opération.

P. 222 : « M. Gensoul — écrit-il — M. Gensoul, qui, après Dupuytren, a le plus contribué à introduire la résection du maxillaire inférieur dans la chirurgie.... » Injustice flagrante, à peine excusable par le prestige d'un nom célèbre. M. Gensoul a réellement créé l'opération ; seul, il a appris aux chirurgiens que les connexions du maxillaire permettent de le détacher ; seul, il a montré que l'ablation de l'os, en son entier, est le seul moyen de circonscrire *au delà* de ses limites le mal que les extirpations précédentes, exécutées pièce à pièce, laissaient récidiver. J'ai eu entre les mains le cahier où se trouve consignée l'observation, seul titre invoqué en faveur de la prétendue priorité de Dupuytren, et j'ai clairement reconnu qu'il ne s'était agi, chez ce malade, que d'une résection du rebord alvéolaire, portée seulement un peu plus haut qu'on ne l'avait fait jusque-là.

Je pourrais encore signaler une condamnation quelque peu sommaire de toute opération tendant à guérir les varices ; mais là ma conviction personnelle plaiderait trop fortement en faveur des conclusions de l'auteur pour me permettre de lui reprocher bien haut le laconisme du jugement qui les amène.

Ce que nous devons, avant tout, louer dans ce livre, ce qui en fera le succès, c'est l'importance extrême attachée à tout ce qui peut éclairer l'œil, la main et l'esprit du jeune médecin qui cherche à répéter les opérations. Un luxe vraiment énorme de figures très soigneusement exécutées l'initie à toutes les notions utiles qu'il lui importe de posséder sur ce sujet. L'anatomie chirurgicale — réduite pour chaque région à ses éléments essentiels — la construction et le jeu d'un instrument, la route qu'il doit suivre, la position de la main qui le guide, tout est représenté avec un soin et une fidélité qui ne laissent pas prise à la moindre erreur.

L'agencement de ces figures mérite des éloges spéciaux. Intercalées dans le texte, elles s'y trouvent distribuées avec une habileté telle, que, la description du manuel opératoire étant réellement coupée par la représentation graphique de ses temps successifs, il est impossible, même au lecteur le plus distrait, de passer outre sans s'être aidé du secours que la gravure fournit, nous devrions dire impose à son intelligence.... L'opération de la taille est l'une de celles où ressort le mieux l'utilité de cet artifice. Cathéter recourbé, position de l'opéré, doigt placé dans la cannelure du cathéter, bistouri s'y arc-boutant, lithotome, course du lithotome conjointement avec le cathéter pour pénétrer dans la vessie (figurée par deux lignes ponctuées), tenettes, etc., tout est montré à sa place ; de sorte qu'on ne peut lire sans voir les objets, les voir sans en saisir le but distinct et l'emploi successif.

Une telle manière de comprendre l'intervention du dessin dans une science où tout dépend de la précision des manœuvres, est la plus précieuse condition de perfection, la meilleure garantie de succès pour un livre. L'avoir signalée, c'est recommander suffisamment l'ouvrage de M. A. Guérin aux élèves et aux praticiens.

P. DIDAY.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 9 NOVEMBRE 1855. — N° 45.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté en date du 29 octobre 1855, M. DUGAST, docteur en médecine, suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur-adjoint de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M Gruère, dont la démission est acceptée.

M. GRUÈRE est nommé professeur honoraire de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 8 novembre 1855.

DISCUSSION SUR LES EXUTOIRES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT GUÉRIE PAR L'INJECTION IODÉE. — EXAMEN RÉTROSPECTIF D'UN CAS DE KYSTE HYDATIQUE PRÉSUMÉ INTRA-THORACIQUE ET GUÉRI PAR LE MÊME MOYEN.

La discussion sur les exutoires à l'Académie de médecine est plus vivace que jamais, et de nouvelles jouissances sont promises aux amateurs des luttes de tribune. La médecine vétérinaire est descendue dans l'arène. M. Henri Bouley s'était chargé de la première passe ; M. Renault le suivra mardi prochain. D'un autre côté, M. Malgaigne n'entend pas dormir sur ses lauriers; il n'est pas sûr que M. Gerdy se contente des siens ; on demande M. Velpeau, et M. Bouvier voudra certainement résumer la discussion. En voilà pour deux ou trois séances. *Gratias agamus Domino!*

Puisqu'il en est ainsi, nous reprendrons à notre tour la question. Les éléments fournis par la pathologie comparée ont une grande importance, parce que, les organismes ne répondant pas avec une égale sensibilité, dans toute la série zoologique, à l'action d'un même modificateur, les effets les plus manifestes, les plus clairs ,peuvent jeter du jour sur les effets moins apparents, et guider les sens dans la recherche, l'esprit dans l'appréciation. Si, par exemple, l'action révulsive ou dérivative du séton était palpable chez le cheval ou le mulet, on aurait bien de la peine à nous persuader que ses plus entêtés adversaires dans l'espèce humaine y seraient abso-

FEUILLETON.

Exposition universelle.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE, BANDAGES, ETC. (1).

Suite. — Voir le numéro 42, tome II.

Après avoir signalé les principaux perfectionnements apportés par le exposants français dans le mécanisme et la fabrication des instruments de chirurgie, nous allons aujourd'hui examiner les produits qui nous sont venus de l'étranger. Comme le nombre des objets exposés par chaque pays est fort limité, il nous est impossible de suivre dorénavant dans cette revue la marche que nous nous étions tracée, et qui consiste à comparer entre eux les instruments analogues présentés par les divers fabricants. Nous allons donc jeter un simple coup d'œil sur l'exposition particulière de chaque nation, en appréciant de notre mieux la valeur des produits qui la composent.

L'Angleterre, avons-nous dit, s'est abstenue complétement, ou peu s'en faut, car elle ne nous a envoyé que quelques instruments spéciaux, comme pour nous donner une idée de ce dont elle eût été capable, si elle avait voulu engager une lutte sérieuse. Si M. Ferguson a eu véritablement cette intention en exposant ses instruments pour les sutures profondes, il faut avouer qu'il n'a pas mal atteint son but. Tout le monde, en examinant sa modeste vitrine, regrettera avec nous qu'il se soit borné à ce faible envoi, dans la conviction que ce ne sont pas là les seules modifications avantageuses que les fabricants anglais aient fait subir à la coutellerie chirurgicale. Or, voici ce que renferme la vitrine de M. Ferguson : une aiguille portée sur un porte-aiguille qui permet de lui donner des inclinaisons fort variées ; un bistouri mobile, destiné à l'avivement des bords

(1) Dans notre précédent article s'est glissée une erreur que nous nous empressons de rectifier : l'érigne à ressorts de caoutchouc, dont nous avons attribué l'idée première à M. Robert, appartient au docteur Thomson, de Saint-Louis (État de Missouri). L'instrument imaginé par le savant chirurgien de l'hôpital Beaujon est une pince à érignes mobiles, dont les deux branches, articulées à la manière d'un forceps, peuvent être introduites séparément au fond d'une cavité, celle du vagin par exemple, sans risque d'accrocher les parois; en effet, une espèce de cadre métallique abrite en ce moment les pointes redressées de l'instrument, transformé en pince à branches droites et mousses. Une fois l'instrument en place, une crémaillère fait descendre le cadre métallique qui, en même temps qu'il dégage les pointes, les abaisse et les coude à angle droit sur les branches de la pince.

lument réfractaires. Il est à penser aussi que le débat s'élèvera en se prolongeant. Le point de vue historique, qui avait sa grandeur, est à peu près épuisé; ce n'est d'ailleurs qu'un accessoire. Reste le point de vue vraiment scientifique, auquel la question pratique se lie étroitement, et qui n'a encore été qu'effleuré. Qu'est-ce que la révulsion? Qu'est-ce que la dérivation? Les exutoires n'ont-ils que ces deux modes d'action? Quel mode appartient plus spécialement au séton, quel mode aux cautères, quel mode au vésicatoire, quel mode au moxa? Un même exutoire n'agit-il pas diversement suivant son étendue, sa profondeur, le lieu où on l'applique, etc.? Tels sont les points sur lesquels nous voudrions attirer l'attention des orateurs, et que nous aimerions à examiner avec eux.

En attendant, constatons le succès de M. H. Bouley. Son début à l'Académie a été un coup de maître. L'assemblée a écouté avec une faveur non douteuse ce discours consistant, substantiel, paré d'une forme élégante et correcte qu'une certaine timidité du geste ne cachait pas aux auditeurs attentifs.

— On a trouvé de l'iode à peu près dans tous les corps de la nature, et les chirurgiens en ont introduit à peu près dans toutes les parties du corps humain. Voilà qu'on en injecte jusque dans le péricarde. *Péricardite avec épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée*, tel est le titre d'une observation dont M. Aran a donné lecture à l'Académie Il ne s'agit pas, en effet, d'un hydropéricarde seulement, mais bien d'une péricardite en plein développement, puisque la maladie ne datait que de onze jours et paraissait s'aggraver encore. On trouvera au compte rendu de la séance (page 800) un résumé très étendu de l'observation, avec la description complète du procédé opératoire. Ce qu'on peut dire de plus certain au sujet de cette opération, c'est qu'elle a réussi, et réussi sous tous les rapports. Les deux injections successivement pratiquées à douze jours d'intervalle n'ont donné lieu à aucun accident; la source de l'épanchement a été tarie ; bref, la guérison a eu lieu.

Nous avons entendu demander s'il ne s'agissait pas, dans ce cas, d'une hydropisie enkystée de la plèvre, étendue à la région précordiale, avec ou sans complication de péricardite. Il est certain que la péricardite s'accompagne parfois d'une phlegmasie adhésive des parties adjacentes de la plèvre et même du parenchyme pulmonaire, comme si la maladie rayonnait dans une atmosphère déterminée sur des tissus de toute nature. On en peut trouver des exemples dans diverses publications, notamment dans le *Traité des maladies du cœur* de M. Bouillaud. Nous avons vu nous-même une pleuro-pneumonie débuter par la portion du poumon gauche qui s'étend d'ordinaire au-devant du cœur, et un bruit de craquement fin, de véritable crépitation, se faire entendre à chaque mouvement de systole. L'autopsie a montré que le cœur et ses annexes étaient parfaitement sains. On conçoit qu'en pareil cas un épanchement circonscrit de la plèvre puisse jouer, et par les signes physiques et par les signes fonctionnels, un véritable hydropéricarde. Dans l'observation de M. Aran, une circonstance éveille d'abord le doute quant à l'exactitude du diagnostic: c'est la quantité si considérable de liquide retirée par la ponction (850 grammes la première fois, et 1350 grammes la seconde) ; mais cette quantité n'atteint pas encore la mesure *maximum* déjà constatée à l'*autopsie* dans la péricardite aiguë. Ajoutons qu'un épanchement pleural de plus d'un litre, situé au voisinage du cœur, aurait sans doute déplacé cet organe latéralement, et que les battements cardiaques se seraient fait entendre ailleurs qu'au siége habituel, ce qui n'a pas eu lieu évidemment dans l'observation de M. Aran.

— Ce fait nous en rappelle un autre, au sujet duquel nous avons une dette à acquitter. Il y a deux mois environ, M. le docteur Vigla communiquait à l'Académie un cas d'hydatide intra-thoracique du côté droit, également guérie par la ponction et l'injection iodée, et nous faisions quelques réserves relativement au siége anatomique du kyste (n° 34, p. 618). Nous supposions que ce kyste pouvait appartenir au foie et avoir refoulé les organes thoraciques. M. Vigla voulut bien nous écrire (n° 36, p. 658) pour nous donner avis que cette question de diagnostic différentiel avait été prévue et serait examinée dans un futur mémoire. Or ce mémoire vient de paraître dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE (n^{os} de septembre et novembre). C'est donc le moment de répondre aux remarques de notre honorable confrère.

Nous reproduisons d'abord le passage dans lequel se trouvent déterminées, à l'aide de la percussion, la grandeur et la forme du kyste :

« La percussion donne un son mat dans tout le côté antérieur droit de la poitrine, à l'exception du premier espace intercostal. Le même son est obtenu, sans changement appréciable, dans l'hypochondre et le flanc du même côté jusqu'au niveau de l'ombilic. La matité, mesurée suivant une

d'une solution de continuité, et dont le tranchant peut être dirigé dans tous les sens possibles ; un appareil de suture à grains de verre percés, produisant une espèce de suture enchevillée ; des aiguilles pour la ligature des artères profondes, analogues aux aiguilles de Deschamps, mais dont la fenêtre est remplacée par une simple encoche dirigée obliquement en avant; l'instrument ne reçoit le fil qu'après avoir contourné l'artère, et lorsque l'encoche est complétement dégagée ; le fil se trouve entraîné avec l'aiguille qu'on retire. Pour remplacer les deux doigts indicateurs qui vont au fond d'une plaie serrer le fil des ligatures, M. Ferguson a imaginé un serre-nœud très simple, composé de deux petites poulies de renvoi supportées par une tige, qui permettent d'agir dans un espace beaucoup plus étroit et plus profond.

Le docteur Brooke, dans le but de renforcer le son produit par le choc du cathéter contre un calcul vésical, adapte à cet instrument sa *plaque acoustique*, large disque de bois, dont les vibrations permettent de saisir le choc ou le frottement le plus léger.

Il ne reste enfin, pour clore la revue des instruments anglais, qu'à dire un mot de deux appareils à compression. Le premier est celui du docteur Carte, de Dublin, pour la compression des anévrysmes ; la principale difficulté, dans ces sortes d'instruments, c'est de rendre la pelote mobile dans tous les sens et de la fixer solidement dans toutes les positions. M. Carte a vaincu cette difficulté au moyen d'une articulation en noix, qui remplit toutes les conditions désirables. L'autre est le compresseur utérin du docteur Prethy, pour arrêter les hémorrhagies survenues après l'accouchement : c'est un véritable tourniquet de J.-L. Petit, mais dont la pelote est très large et excavée de manière à saisir et enclaver l'utérus, pour le comprimer contre la colonne vertébrale.

Dans la partie américaine de l'Exposition, nous n'avons rien trouvé qui intéressât directement la chirurgie. Nous devons cependant signaler les applications nouvelles qu'a reçues le caoutchouc, depuis qu'une opération particulière permet de le transformer en une substance dure et résistante, en même temps que souple et facile à rendre malléable. Le caoutchouc durci remplace avantageusement le bois, la corne, à cause de sa légèreté, de son inaltérabilité et de la facilité avec laquelle il prend toutes les formes et reçoit toutes les empreintes. Mais jusqu'ici il n'a guère servi en chirurgie que sous la forme d'excellents manches pour bistouris, couteaux et scies à amputation. M. Goodyear a exposé une très belle boîte à amputation, dans laquelle tous les manches sont de caoutchouc durci.

Une grande vitrine d'origine américaine, qui se trouve au premier étage du transept, est remplie d'instruments pour les sourds, remarquables au

ligne parallèle au sternum, donne une hauteur de 28 centimètres (la longueur de l'os sternal est de 18 centimètres). Transversalement, la matité dépasse le côté droit de la poitrine et le sternum lui-même ; de telle sorte que l'espace occupé par elle se trouve circonscrit — inférieurement par une ligne qui, après avoir passé par l'ombilic, se porte de là obliquement sous l'aisselle gauche, de manière à être distante du bord correspondant du sternum, de 4 centimètres au niveau de la dixième côte, de 18 centimètres au niveau de la sixième ; — supérieurement, par une ligne qui, suivant le bord supérieur de la seconde côte droite, passe sur le sternum à 3 centimètres au-dessous de la fourchette de cet os, et, décrivant une ligne courbe, va rejoindre vers l'aisselle gauche la ligne inférieure ; c'est-à-dire que la matité, arrivée sur les limites du côté droit de la poitrine et de la partie supérieure de l'abdomen, qu'elle occupe entièrement depuis la seconde côte jusqu'à l'ombilic, se prolonge de ces deux points extrêmes vers l'aisselle gauche, de manière à dessiner une espèce de cône tronqué; ou, si l'on veut une comparaison, les deux lignes qui circonscrivent la matité se dirigent vers l'aisselle gauche, comme les deux courbures de l'estomac, de la grosse tubérosité vers le pylore. (*Archives générales de médecine*, numéro de septembre, p. 283.)

Suivant nous, un kyste développé à la partie supérieure du foie pourrait, tout en faisant descendre l'organe d'une certaine quantité, refouler le parenchyme pulmonaire jusqu'à la deuxième côte, avec ou sans perforation du diaphragme. Notre confrère ne le conteste pas, et de fait il en existe des exemples ; mais les motifs qui lui font croire à un kyste intra-thoracique sont : 1° une certaine déformation du thorax ; 2° l'absence de symptômes d'une affection hépatique ; 3° la réascension du foie derrière les fausses côtes après l'opération ; 4° le non-développement des accidents qu'eussent amenés sans doute la perforation de la plèvre et l'épanchement du liquide hydatique dans sa cavité.

La déformation de la poitrine est décrite par M. Vigla de la manière suivante : « Vue par la face antérieure, on trouve le côté droit beaucoup plus développé que le gauche, avec voussure très prononcée et élargissement des espaces intercostaux correspondants, qui sont au moins aussi saillants que les côtes ; les veines sous-cutanées sont dilatées et très apparentes. En arrière, *on trouve l'inverse*, le côté droit paraissant avoir la forme régulière, et le gauche présentant une saillie assez prononcée. *La colonne vertébrale est légèrement déviée à gauche et convexe dans ce sens.* » Trente-quatre jours après l'opération, on trouve que la colonne *est devenue presque droite;* mais la déformation thoracique reste la même. En avant, le côté droit est *comme placé sur un plan plus antérieur que le gauche*, et *obliquement dirigé de gauche à droite* ; en arrière, le côté gauche *semble placé sur un plan postérieur un peu oblique de droite à gauche.* L'angle inférieur de l'omoplate gauche *est situé un peu plus bas et fait un peu plus de saillie que celui du côté opposé.* Latéralement, le côté droit paraît *plus plat* que le gauche, et présente un *diamètre antéro-postérieur un peu plus considérable.*

Nous avions dit que ces caractères de la déformation thoracique méritaient qu'on examinât si elle ne tenait pas purement et simplement à la courbure de la colonne vertébrale. Nous affirmons aujourd'hui qu'elle est exactement telle qu'elle serait donnée par une courbure dorsale. On y reconnaît en effet tous les signes, non d'une inflexion latérale directe, comme pourrait en produire la pression continue d'une tumeur, mais d'une véritable *torsion* du rachis. La torsion seule peut expliquer les déformations alternes des deux côtés de la poitrine, et le déplacement ainsi que l'obliquité de leurs plans respectifs. Encore une fois, la description d'une déformation thoracique résultant d'une courbure de la portion dorsale du rachis aurait à répéter mot pour mot celle de M. Vigla. Dans une note jointe au mémoire, M. le docteur Woillez fait remarquer que la légère courbure de l'axe vertébral n'est pas en rapport avec la saillie des côtes, et qu'elle est unique. M. Woillez est passé maître dans la connaissance des déformations du thorax. Nous nous permettrons cependant de lui faire remarquer que la flèche d'une courbure dorsale, telle qu'on peut la prendre sur le vivant, n'est *jamais* proportionnée au relief des côtes ; qu'elle peut être très appréciable, et même assez considérable, à la partie antérieure de la colonne, sans que la ligne des apophyses épineuses ait subi aucun déplacement apparent, comme on s'en assure aisément sur le squelette des bossus ; et que, en conséquence, c'est seulement à la face antérieure du rachis qu'il peut y avoir rapport proportionnel entre la flèche de la courbure et les saillies du thorax. Ceci tient à des circonstances bien connues, qu'il serait trop long d'exposer ici. Quant à l'absence des courbures de balancement, ce qui précède doit être pour nous un motif de réserve. Si, comme il y paraît, on a cherché ces courbures en suivant avec le doigt la ligne des apophyses épineuses, ce n'est pas assez : il eût fallu s'assurer si les masses musculaires des gouttières vertébrales, aux lombes et au cou, n'étaient pas soulevées en de certains points; car, nous le répétons, c'est le premier signe des courbures rachidiennes et *le seul qui les accuse à leur début*. Et nous sommes d'autant plus autorisé à insister sur ce point, qu'une courbure de la colonne vertébrale, *quelle qu'en soit l'origine*, quand elle existe depuis assez longtemps (et celle-ci datait de plus d'un an), finit tou-

moins par leurs dimensions et leur étrangeté : on y voit des cornets acoustiques de toutes les espèces et de toutes les formes ; quelques-uns ont un volume prodigieux ; mais ce qui attire surtout les regards, c'est un *fauteuil acoustique*, dont les bras, le siége, le dossier sont creux et de nature à transmettre les vibrations sonores à toutes les parties du corps du mortel assez riche pour se procurer un tel meuble.

La Belgique est représentée, au palais de l'Industrie, pour les produits chirurgicaux, par M. Bonnels fils, de Bruxelles. Les instruments de cet habile fabricant sont faits avec un soin et une perfection remarquables, et ne le cèdent en rien à ceux de Paris, avec lesquels ils ont un air de parenté qui frappe au premier abord. On sait, en effet, que M. Bonnels est un ancien ouvrier de M. Charrière. On admirera surtout dans sa vitrine une boîte à amputation, dont les couteaux et scies sont à manches mobiles, d'après le système de M. Mathieu, le forceps-scie de Van Huevel, dont M. Bonnels est le créateur, un trocart explorateur auquel s'adapte une pompe aspiratrice, et enfin une belle boîte d'instruments pour les yeux.

La plus belle exposition étrangère, en même temps la plus complète, est bien certainement celle de M. Nyrop, de Copenhague. Très variés et portant généralement un certain cachet d'originalité, les instruments de M. Nyrop sont exécutés avec une perfection irréprochable, et nous donnent la meilleure opinion de la coutellerie de Copenhague. L'attention du visiteur se porte spécialement sur plusieurs résèqueurs de toute beauté, sur un compresseur anévrysmal et sur un forceps français exposés par M. Nyrop. A côté des instruments prêts à être livrés, M. Nyrop en a placé quelques-uns qui sont simplement forgés, sans doute pour nous montrer les qualités des matières premières qu'il emploie. Nous croyons cependant que M. Nyrop fera bien de renoncer à certains enjolivements dont la futilité est peu en harmonie avec la gravité qu'exige une opération chirurgicale : ses instruments y gagneront certainement sous tous les rapports.

M. Jean Mette, de Christiania (Norwége), a exposé un pessaire intra-utérin de Simpson modifié et une boîte d'instruments pour l'opération de la fistule vésico-vaginale, dans laquelle nous voyons plusieurs leviers coudés ou très recourbés assez analogues à ceux dont se sert M. Jobert, et des espèces de serre-fines portées à l'extrémité de longs fils de cuivre en ressort. M. Gallus Moritz, également de Christiania, a envoyé une série d'instruments dont la plupart ne sont que la reproduction d'instruments français, et dont l'exécution laisse à désirer : il nous suffira de citer les instruments pour voies urinaires de MM. Civiale, Mercier et Leroy, d'Étiolles, les capsules hémorrhoïdaires du professeur Jobert. Les prix,

jours par amener des courbures alternes dans le reste de la colonne.

Maintenant, admettons que la déformation et de la colonne et du thorax ait été produite par une tumeur interne. Il reste encore à prouver que cette tumeur était un kyste intra-thoracique et non un kyste du foie. Or les motifs allégués par M. Vigla sont-ils suffisants? Nous ne pouvons nous décider à l'admettre. Si un kyste développé dans la plèvre a pu déformer le thorax de la manière qu'on a vu, un kyste situé à la partie supérieure du foie en peut faire tout autant. Il n'a existé aucun symptôme d'affection hépatique; mais c'est la condition fréquente des sujets qui portent des kystes du foie. Le foie a remonté derrière les fausses côtes après l'opération ; quoi d'étonnant dans notre hypothèse? Le kyste, en se développant, repoussait la masse du foie vers le bassin, en même temps qu'il s'engageait lui-même dans la poitrine ; dès qu'on le vide, l'organe tend à reprendre sa place. Enfin, le liquide du kyste a pu ne pas s'épancher dans la plèvre par plusieurs motifs, soit parce que la plèvre aura été refoulée jusqu'au-dessus du sixième espace intercostal (dans lequel la ponction a été pratiquée), soit parce que des adhérences auront mis obstacle à l'épanchement du liquide, soit enfin parce que tout le liquide aura été évacué par la canule.

On nous pardonnera de nous être arrêté aussi longtemps à une seule observation. Mais cette observation est unique dans la science ; elle touche gravement à la thérapeutique; elle vient enfin d'un médecin dont l'habileté clinique impose à la critique des obligations particulières.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONSIDÉRATIONS SUR LES HÉMORRHAGIES DU FOIE, à propos de l'observation communiquée récemment par M. GUIBOUT à la Société de médecine, par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Notre honorable collègue, M. le docteur Guibout, vous a lu, messieurs, dans une des dernières séances, une observation fort curieuse, qu'il a considérée comme devant avoir été un kyste hydatique, mais qui me paraît se rapporter complétement aux hémorrhagies du foie. Il l'a regardée comme un cas peut-être sans analogue dans la science.

C'est cette double raison qui m'a engagé à vous présenter un exposé des faits d'hémorrhagie hépatique que j'ai pu réunir, afin de les comparer à celui dont on vous a fait part, et de juger, d'après cela, si ce dernier diffère essentiellement des autres.

Quelle est d'abord la lésion anatomique qui existe dans l'observation communiquée par M. le docteur Guibout? Une cavité où tiendrait le poing est creusée à la face inférieure du foie ; elle est remplie d'un caillot sanguin, et, dans l'un des points de sa surface, qui est partout inégale et comme ulcérée, on trouve les orifices béants des vaisseaux hépatiques qui ont fourni le sang de l'hémorrhagie. En bas, une enveloppe membraneuse ferme cette cavité et adhère au duodénum. Celui-ci, par une ulcération de 3 à 4 centimètres, communique avec la cavité. Telles sont les lésions anatomiques de l'observation de M. Guibout.

Je vais d'abord les mettre en regard des observations qui existent dans la science. Je m'occuperai ensuite des symptômes qu'on peut leur attribuer.

M. Rayer a publié, vers 1820, dans le tome V des *Archives de médecine*, l'observation d'une dame dont le foie offrait, près de la face antérieure de son lobe droit, une excavation ulcéreuse de 3 pouces environ de diamètre. Sa surface était inégale, d'un gris brunâtre et enduite, en quelques points, d'une pseudo-membrane. On y trouvait plusieurs ouvertures, dont deux assez considérables communiquaient avec deux branches de la veine porte. Le duodénum était adhérent à la surface inférieure et au bord antérieur du foie, et, vers le lieu de cette adhérence, toute l'épaisseur des parois de cet intestin était détruite dans une étendue de 6 à 8 lignes, ce qui faisait communiquer le duodénum avec l'excavation du foie. Un caillot fibrineux était engagé dans cette perforation du duodénum. Il y avait aussi dans la cavité de cet intestin quelques petits caillots et une certaine quantité de mucus sanguinolent. Les autres portions du duodénum, le jéjunum et l'iléum contenaient également du sang et quelques concrétions fibrineuses. Il y en avait encore dans le gros intestin.

En 1827, le docteur Honoré présenta à l'Académie de médecine un épanchement considérable au milieu du tissu hépatique. — M. Andral, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, rapporte que M. Rullier lui en a montré un semblable.

Ce savant professeur (M. Andral), dans le même ouvrage, a constaté, dans un foie qui lui fut apporté par M. Reynaud : 1° plusieurs épanchements d'un sang tout à fait liquide ; 2° des collections d'un sang plus concret et encore coloré ; 3° des amas de fibrine décolorée, ayant la consistance et l'aspect des caillots blancs et durs du cœur et des artères ; 4° une matière de consistance variable, d'un rouge pâle en quelques points, d'un gris sale en d'autres, ailleurs d'une couleur verdâtre, jaune ou blanche, d'une consistance friable en plus d'un point, comme de la matière tuberculeuse qui commence à se ramollir.

M. Andral rapporte encore, cette fois dans sa *Clinique médicale*, l'autopsie remarquable d'un des administrateurs de la Monnaie,

---

mis à côté de la plupart des articles de M. Gallus, n'offrent rien qui attire spécialement l'acheteur, car nous voyons une scie de Heine cotée 400 francs, une boîte d'instruments pour la chirurgie oculaire 150 fr., et ainsi de suite.

La Prusse a été très sobre d'envois, et nous devons le regretter ; car le céphalotribe exposé par M. Luppold, de Stettin, est d'une exécution irréprochable pour la richesse et l'élégance. Les branches de ce céphalotribe sont mues au moyen d'une manivelle qui agit à la fois sur les deux manches.

M. Linden, de Rotterdam, représente la coutellerie chirurgicale des Pays-Bas. Ses instruments sont bien faits et jouissent d'une juste réputation. Nous avons remarqué, entre autres, un amygdalotome analogue à celui de M. Velpeau; deux modèles de forceps, l'un anglais, l'autre français ; plusieurs scies à amputation, des griffes de Malgaigne pour les fractures de la rotule.—Nous devons une mention à une série d'hystérophores imaginés ou exécutés par M. Zwanck, de Hambourg, et destinés à combattre le prolapsus de l'utérus et du vagin. Ces instruments se composent de deux anneaux de la forme d'un pessaire en gimblette, supportés chacun par une tige de fer recourbée qui sert à les éloigner l'un de l'autre, pour distendre les parois du vagin.

Nous aimons à croire que l'Autriche est plus avancée, sous le rapport de la fabrication des instruments de chirurgie, que ne le ferait penser une trousse vieux modèle exposée en son nom au n° 560, et dont nous n'avons pu trouver l'auteur.

Nous avons eu enfin la satisfaction de découvrir le pantolithotribe de M. Bonino ; contrairement aux renseignements qui nous avaient été donnés au bureau de l'exposition sarde, il paraît que cet instrument nous a été envoyé de très bonne heure. Hélas! il a fait beaucoup de chemin pour trouver peu d'admirateurs! Mal conçu, grossièrement exécuté, il serait peut-être bon à broyer des cailloux sur une grande route ; mais, à coup sûr, il ne sera jamais introduit dans les organes urinaires d'un être vivant. Nous ne pouvons guère approuver davantage le trépan-scie de M. Giovani, de Rome, instrument beaucoup trop compliqué pour entrer dans la pratique, si jamais il a été employé, ce dont nous nous permettons de douter.

Nous terminerons cette seconde partie de notre revue en signalant les instruments envoyés du Portugal par M. Antonio Polycar : c'est une boîte de grandes dimensions renfermant les instruments nécessaires pour les amputations et l'opération du trépan; une très belle boîte, fort complète, d'instruments pour les yeux; une autre enfin, non moins riche, pour les

qui mourut presque subitement, et dans le péritoine duquel on trouva une grande quantité de sang noir, coagulé en partie. Beaucoup de caillots étaient surtout accumulés entre le diaphragme et la face convexe du foie. Vers la partie moyenne du lobe droit de cette glande, sur cette même face convexe, on découvrit une ouverture assez large pour permettre l'introduction de l'extrémité du petit doigt. Cette ouverture était l'orifice d'une cavité creusée dans le parenchyme du foie, assez ample pour admettre un œuf de poule, et remplie par du sang. Un gros vaisseau déchiré s'ouvrait dans cette cavité. Un stylet y ayant été introduit pénétra dans le tronc de la veine porte hépatique, dont ce vaisseau était une des principales divisions.

Il y a plus de trente ans, notre honorable collègue M. Brierre de Boismont a inséré, dans les *Archives de médecine*, une curieuse observation, dans laquelle la face inférieure du lobe droit du foie était fortement soulevée par une tumeur du volume d'un œuf, remplie à son centre de sang noir et demi-liquide. Le reste du viscère était parsemé d'une multitude de petites tumeurs à canevas friable et d'un aspect fibrineux.

On doit à M. Louis (*Archives*, etc.) l'intéressante et touchante observation d'un étudiant en médecine, dont le foie, en même temps qu'il contenait une foule de petits kystes purulents, offrait, à droite du ligament suspenseur, une cavité du volume d'une noix, remplie d'un caillot fibrineux de sang noir disposé par couches concentriques : cette cavité était tapissée par une double fausse membrane, dont l'interne était rougeâtre et cassante, tandis que l'externe était d'un blanc grisâtre et adhérait fortement au tissu du foie.

La presse étrangère nous fournit aussi quelques exemples d'épanchement sanguin dans le foie. Le docteur Abercrombie, dans la *Gazette médicale de Londres*, en 1844, a fait connaître l'autopsie d'une dame, à la face supérieure et antérieure du foie de laquelle on trouva une vaste poche qui se rompit dans les manipulations nécessaires pour enlever cet organe. Le sang qui s'en échappa, en partie liquide, en partie coagulé, pouvait être estimé à environ 2 livres. Dans la substance du foie existaient deux petites déchirures d'où le sang s'était échappé. Il provenait d'une des branches de la veine porte. La poche sanguine était formée par le soulèvement de la tunique péritonéale du foie, laquelle avait été détachée par le sang qui s'était épanché au-dessous d'elle.

Un fait plus ancien, puisqu'il est de 1834, a été publié par le docteur Guérard jeune, médecin à Elberfeld. Le sang s'était aussi accumulé sous le péritoine, où il formait une vaste ampoule à droite du ligament suspenseur. Cette membrane s'étant rompue dans une grande étendue, on trouva 5 à 6 livres de sang noir, en partie fluide et en partie coagulé, qui remplissait les intervalles des intestins. La substance du foie elle-même était crevassée dans l'étendue de 1 pouce. Les veines sus-hépatiques ayant été examinées, on trouva que l'une d'elles, qui avait le volume d'un gros tuyau de plume, s'était crevée, et que son ouverture, longue de 1 pouce, correspondait à l'endroit de la rupture du foie. Deux cavités, contenant chacune de 1 once 1/2 à 2 onces de sang coagulé, s'étendaient, en outre, de la veine ouverte dans l'intérieur du foie.

Enfin, le docteur Heyfelder (de Stuttgart), dans ses *Etudes médicales*, rapporte une autopsie où l'on voyait, sur la face convexe du lobe droit du foie, une déchirure très béante, par laquelle on pénétrait dans une cavité pleine de sang et de l'étendue du poing. Cette cavité communiquait à la veine porte par une sorte de canal.

Dans son observation, M. Guibout dit que l'on trouvait dans l'excavation sanguine les orifices béants des vaisseaux hépatiques, sans désigner lesquels. On a vu, dans les faits que je viens d'énumérer, que l'on avait constaté que le sang provenait tantôt des veines portes et tantôt des vaisseaux sus-hépatiques.

Dans l'observation de M. Rayer, comme dans celle de M. Guibout, on voit le duodénum communiquant avec la cavité hémorrhagique. — M. Louis, dans le fait qu'il a publié, soupçonne seulement une communication de ce genre. Le jeune étudiant, dont il donne l'histoire avec un très grand soin, avait perdu par les selles 9 à 10 livres de sang, et à son autopsie on n'avait trouvé entre les foyers sanguins du foie et les voies digestives aucune communication. M. Louis, cependant, malgré la rigueur bien connue de sa logique, pense que, bien qu'il n'ait pas trouvé de communication entre le foyer sanguin, les vaisseaux du foie et les conduits biliaires, cette double communication avait existé. « Le caillot de sang prouvait l'une, dit-il, et l'évacuation du même fluide par les selles indiquait l'autre, aucune des lésions de l'intestin ne pouvant expliquer une aussi grande perte de sang. »

Dans les réflexions que présente M. Guibout à la suite de son observation, il pense, avec M. Barth, que l'altération dont il s'agit était un kyste, probablement hydatique ; mais il reconnaît, dit-il, une nouvelle anomalie, puisque la poche membraneuse du kyste n'existait que d'un côté, sa cavité se trouvant creusée directement dans l'épaisseur même du foie. J'avoue que je ne vois, pour mon compte, rien qui puisse se rapporter à un kyste hydatique. La seule particularité qui s'y rattacherait est l'enveloppe membraneuse de la partie inférieure du foyer, laquelle adhérait au duodénum. Mais n'était-ce pas là l'enveloppe du foie, qui dans le cours de la maladie se serait épaissie ? Car cette maladie datait de trois mois ; le malade, en effet, avait séjourné un mois à l'hôpital, et deux mois auparavant se plaignait d'une douleur fixe à la région épigastrique. Je ne puis donc voir dans cette altération qu'un cas de foyer hémorrhagique, semblable presque en tout point à ceux avec lesquels je l'ai comparé, et s'ouvrant dans le duodénum, comme dans l'observation de M. Rayer.

Après avoir énuméré les faits relatifs aux hémorrhagies qui ont leur origine dans le parenchyme même du foie, je vous citerai un autre cas où l'épanchement sanguin prenait sa source en dehors de ce viscère, mais dans un vaisseau lui appartenant essentiellement, dans tronc de la veine porte. Nous le devons à Vesale, et

---

opérations sur les dents. L'aspect de ces produits, exécutés sur des modèles un peu anciens, prouve cependant que la chirurgie portugaise est secondée par d'habiles ouvriers couteliers.

Dans notre prochain feuilleton, nous nous occuperons des appareils pour le redressement des difformités, des bandages, des lits mécaniques, et de quelques instruments spéciaux.

MARC SÉE.

— Les journaux de médecine de la Grande-Bretagne organisent l'agitation pour obtenir des modifications au VACCINATION-BILL. La principale modification demandée est que le soin des vaccinations publiques soit confié au Conseil de santé, et non aux *Poor-Law Guardians*, sorte de conseil auquel est remise l'exécution de la loi des pauvres, et qui est accusé de favoriser l'extension de la petite vérole en ne répandant pas assez la pratique de la vaccine.

— M. Bartlett, connu surtout par son *Traité du typhus et de la fièvre typhoïde*, vient de mourir à Smithfield (Rhode-Island).

— HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. BECQUEREL, agrégé de la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera des conférences cliniques audit hôpital le lundi 12 novembre, à neuf heures du matin, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Il y sera traité de toutes les applications de la chimie pathologique à la médecine clinique.

— M. G. Dumont, depuis longtemps médecin-adjoint de l'hospice des Quinze-Vingts, a été nommé médecin en chef de cet établissement, en remplacement de M. Andrieux. M. le docteur A. Mayer a été nommé médecin-adjoint en remplacement de M. G. Dumont.

— Les juges du concours pour les prix des internes sont MM. Louis, Léger, X. Richard, Broca, Michon, *titulaires ; suppléants*, MM. Legendre et Marjolin.

c'est le seul cas de ce genre que je connaisse. Ce célèbre anatomiste rapporte qu'un jurisconsulte éminent, dont la santé était depuis longtemps fort languissante, se plaignit, en soupant, d'une grande défaillance, et, la respiration lui ayant manqué, mourut deux heures après. Tout le sang du corps, encore chaud, était épanché dans le péritoine, par la *rupture de ce tronc de la veine porte*. Le foie était blanc, et sa surface remplie de tubercules ; sa partie postérieure, à laquelle la veine est attachée, était ramollie.

Je vais maintenant passer en revue les diverses circonstances et les manifestations symptomatiques constatées dans les observations que j'ai citées ; on verra les analogies qu'elles présentent avec celle de notre savant confrère.

Ces hémorrhagies se sont manifestées chez 5 hommes (2 de soixante ans, 1 de quarante-cinq, 1 de trente et un, et 1 jeune homme de vingt-deux ans) et chez 3 femmes (de trente-cinq, trente-huit et cinquante-six ans).

Chez la dame de cinquante-six ans de l'observation de M. Rayer, il existait une ancienne affection gastro-intestinale. Après un léger écart de régime, elle éprouva une colique subite, une grande anxiété, des sueurs froides, un évanouissement, et elle mourut, après avoir eu des selles abondantes de sang liquide et de caillots. — Dans l'observation de M. Louis, le jeune étudiant était nouvellement arrivé à Paris ; il avait eu plusieurs fois de longues diarrhées ; il lui survint des douleurs dans l'hypochondre droit et un ictère. Il avait perdu par les selles 9 à 10 livres de sang ; par suite ses traits s'étaient profondément altérés. Cependant, il sembla un moment en convalescence ; mais, à bout de ressources et contraint d'entrer à l'hôpital, il s'affaiblit progressivement, et mourut après deux mois environ de maladie. — Dans les observations de MM Brierre et Abercrombie, la parturition paraît avoir joué un rôle dans le développement de la maladie. Dans le premier cas, nous voyons une femme de trente-huit ans, accouchée depuis onze mois, et qui depuis a dépéri, éprouvant de la dyspnée, des hémoptysies, ayant cessé d'avoir ses menstrues qui avaient reparu après la couche, sans manifester, du reste, de symptômes prononcés dans l'hypochondre droit. Dans le second cas, une femme de trente-cinq ans, qui avait habité l'Inde, est arrivée au terme de sa grossesse ; elle éprouve des douleurs vives à l'épigastre, des vomissements, des éructations. Peu de jours après, elle accouche ; mais bientôt elle est prise d'un grand malaise, d'une sueur froide, d'oppression, de vomissements ; son pouls est misérable. Des boissons excitantes la raniment ; cependant la fièvre et le délire surviennent, et deux jours après la malade succombe.

La mort est presque instantanée dans les trois autres faits, dus à MM. Andral, Guérard et Heyfelder. L'administrateur des monnaies, dont parle le premier observateur, n'avait éprouvé que du malaise et quelques douleurs abdominales. Le stucateur de M. Guérard était convalescent du typhus, et succomba après quelques coliques et un violent ténesme. Et l'homme de soixante ans, qui est le sujet de l'observation de M. Heyfelder, était hémorrhoïdaire, et du reste bien portant : en revenant de la promenade, il éprouve une défaillance et meurt subitement.

De tous ces symptômes, messieurs, je rapprocherai ceux que vous avez vus dans l'observation qui vous a été lue par M. le docteur Guibout : Un journalier vigoureux, âgé de trente et un ans, avait depuis deux mois, à l'épigastre, une douleur fixe que la pression augmentait. Survient ensuite une diarrhée de quelques jours. Le 19 janvier, il entre à l'hôpital. Le 10 février, vomissements et selles de matières noirâtres, et le 17, vomissement de 2 litres de sang liquide, rutilant, projeté avec violence, et mort peu après.

Les symptômes, dans les observations des auteurs, ne sont sans doute pas comparables en tous points, et il en est de même, du reste, dans la plupart des maladies ; mais dans un certain nombre, comme dans celle de M. Guibout, nous trouvons des douleurs dans l'hypochondre droit, datant d'un certain temps ; d'autres fois, c'est de peu de jours ; et dans presque toutes, comme dans celle de notre collègue, une mort assez subite survient avec les signes des épanchements intérieurs. — On a vu les lésions correspondant à ces symptômes, c'est-à-dire une collection de sang plus ou moins considérable dans le parenchyme du foie, au moyen de la rupture de vaisseaux capillaires ou d'un certain volume, et l'épanchement de ce sang soit dans le péritoine, soit dans l'intestin. Lorsque le sang ne s'échappe pas du foie, il subit diverses altérations, et ce n'est alors que par épuisement que le malade succombe.

D'après cette analyse et ces comparaisons, ne vous paraît-il pas évident, messieurs, que, dans l'observation de notre collègue, il s'agissait d'une hémorrhagie hépatique, et non d'un kyste hydatique. Sans doute cette observation est remarquable et mérite d'être consignée dans les annales de la science et surtout dans celles de l'hépatologie ; mais elle n'est pas unique en son genre, et elle trouve surtout son analogue dans le cas publié dans les *Archives* par M. Rayer.

Permettez-moi maintenant de vous présenter quelques considérations sur la nature et les causes des hémorrhagies hépatiques. Je dirai aussi quelques mots du rôle que joue le foie dans d'autres hémorrhagies.

Le foie, en raison de sa grande vascularité, est très exposé aux congestions sanguines. Ses vaisseaux, malgré leur structure solide et élastique, peuvent quelquefois être distendus au point de se rompre. Mais ces ruptures se produisent plus particulièrement par suite des altérations qui se développent, soit dans le sang du foie, soit dans le tissu de ce viscère. Mille causes, en effet, peuvent agir de manière à les produire, au milieu de l'immense et incessant travail qu'il opère. On sait à présent, d'après les découvertes de M. Claude Bernard, que les sucs alimentaires (à l'exception des matières grasses qui passent par les vaisseaux chylifères), absorbés par le système veineux mésaraïque, subissent dans le foie une élaboration particulière qui transforme l'albumine en fibrine, et d'où résulte aussi la formation de matière sucrée, de graisse, de bile et de divers sels ; ce qui fait aisément comprendre comment la nature de ces sucs, si elle vient à être altérée par des aliments de mauvaise qualité, trop restreints ou trop abondants, peut déterminer des altérations plus ou moins graves dans les autres parties liquides et solides de cet organe. Les boissons alcooliques surtout ont sur ces liquides et ces solides la plus fâcheuse influence ; elles coagulent les premiers et finissent par amener dans les seconds l'atrophie spéciale connue sous le nom de cirrhose. De tout cela résulte une disposition à la friabilité du foie.

Il est une circonstance qui, dans la vie des femmes, joue un rôle souvent très funeste : c'est la parturition. Quand elles ont en elles quelque mauvais levain, quand elles éprouvent quelque commotion morale ou quelque affection grave, il n'est pas rare de voir leur nutrition entravée, et l'organe, si essentiel à cet égard, éprouver de profondes altérations. Aussi dans les observations que j'ai passées en revue, dans celles de M. Brierre et du docteur Abercrombie, voyons-nous que l'hémorrhagie du foie s'est montrée à la suite des couches.

Une autre cause encore plus puissante se trouve dans la viciation de l'air que l'on respire. Dans certains climats chauds et humides, dans les pays intertropicaux, dans ceux particulièrement où règnent des effluves marécageux délétères, on voit le foie se ramollir comme la rate, et donner lieu à des suintements de sang dans le péritoine et dans les voies digestives. On trouve, dans l'ouvrage de James Johnson intitulé : *De l'influence des climats intertropicaux sur la santé des Européens*, une observation remarquable entre toutes, où l'on voit ce viscère converti en un véritable caillot, retenu à peine dans la maille la plus fragile. Je rappellerai que la malade du docteur Abercrombie, que je viens de citer, avait habité les Indes pendant plusieurs années.

Puisque j'ai comparé, sous le rapport hémorrhagique, le foie à la rate, je me permettrai de placer ici un épisode relatif à un fait bien extraordinaire que j'ai communiqué, il y a quelques années, à la Société du premier arrondissement, et qui a été inséré dans un de ses comptes rendus. Il prouvera l'influence d'un climat chaud et malsain sur les gros organes parenchymateux de l'abdomen. Bien qu'il ait été contredit et presque tourné en ridicule dans son explication par le rédacteur de la *Revue thérapeutique du Midi*, je maintiens pourtant cette explication. Vous allez en juger.

Un capitaine du génie, âgé de cinquante ans, avait habité dès sa

jeunesse et presque constamment nos colonies, Cayenne, le Sénégal, la Martinique, et avait payé son tribut aux maladies endémiques de ces parages, dysentérie, fièvre jaune et fièvres intermittentes. Par suite de ces dernières, il portait une énorme tuméfaction de la rate. En congé à Paris, il fut pris, le 28 mai 1851, d'un vomissement de sang subit, et rejeta en moins d'une heure une quantité de sang évaluée à 6 à 7 livres au moins. Ce sang se composait de caillots noirâtres et d'une partie liquide assez rouge et recouverte d'écume. Comme vous le pensez bien, à mon arrivée auprès du malade je lui trouvai les traits décomposés, les extrémités froides, et le pouls filiforme. Mais sa rate avait disparu, et l'on en sentait seulement, sous les fausses côtes, des parties assez dures et inégales.

La réaction, toutefois, s'établit sans accidents, et vers le sixième jour on put donner quelques légers aliments. Déjà la rate reprenait du volume, et ses inégalités étaient descendues des fausses côtes au niveau de l'ombilic.

A la fin du mois d'août, je rencontrai le capitaine à l'hôpital militaire de Vichy. Sa rate était revenue à ses anciennes dimensions, et son état général était assez satisfaisant.

Un vomissement semblable avait eu lieu en mer en 1849 ; une ascite et un œdème presque général en avaient été la suite. Depuis le vomissement dont j'ai été témoin, un troisième a eu lieu à Moulins, où le malade était employé dans son grade, et enfin il a été emporté par un quatrième.

Sans doute l'autopsie, si elle avait pu être faite, serait venue confirmer complétement le diagnostic. En son absence, il me paraît cependant impossible de ne pas admettre que le sang qui produisait la tuméfaction de la rate s'était directement fait jour dans l'estomac. Il me paraîtrait puéril d'invoquer l'intermédiaire de ces petits rameaux artériels et veineux renfermés dans l'épiploon gastro-splénique, et connus sous le nom de *vaisseaux courts*. Je crois bien plus probable que la rate, gonflée depuis longtemps et altérée dans sa substance, avait dû contracter des adhérences avec l'estomac, et qu'une perforation établie à plusieurs reprises avait fait communiquer ces organes ensemble.

Je m'appuie, du reste, dans cette explication, sur une autopsie rapportée dans l'excellent ouvrage de Bailly (de Blois) sur les fièvres intermittentes des environs de Rome : « La membrane extérieure de la rate, dit cet auteur, était adhérente au côlon transverse ; elle ressemblait à une vessie vide, et la substance de ce viscère s'était échappée par un trou qui existait au centre de son adhérence avec le côlon. »

Je reviens maintenant aux altérations hépatiques. Il me reste à examiner comment elles peuvent occasionner elles-mêmes des hémorrhagies ailleurs que dans le foie. — Il y a d'abord des hémorrhagies intestinales dont la cause est en quelque sorte mécanique ; car lorsque les vaisseaux du foie sont obstrués et ne livrent plus qu'incomplétement passage au sang de la veine porte, on comprend que celui-ci, s'accumulant dans les vaisseaux mésaraïques, suinte à la surface intestinale. Ce genre d'hémorrhagie est, en effet, très commun, et a été constaté un grand nombre de fois, soit que la lésion existe dans le tissu du foie lui-même, soit qu'elle ait son origine dans les vaisseaux portes. — Mais il y a de plus une cause qu'on peut appeler générale. Le foie, ne faisant plus qu'une fibrine imparfaite, contribue à mettre le sang de tout le corps dans les conditions les plus propres à son extravasation. Pour qu'il circule convenablement, il a besoin de toutes ses qualités plastiques, qualités qu'il doit à cet élément et dont il se trouve en partie privé. Aussi, comme le fait observer M. Monneret dans un très bon mémoire inséré l'an dernier dans les *Archives générales de médecine*, on peut expliquer aujourd'hui de cette manière, avec une grande apparence d'exactitude, ces hémorrhagies multiples par les fosses nasales, les gencives, les voies digestives, la vessie, ces ecchymoses sous-cutanées, si fréquentes dans les affections hépatiques. J'en ai en ce moment sous les yeux un exemple remarquable chez la petite nièce d'un de nos confrères. Atteinte depuis plusieurs années d'un engorgement considérable du foie et de la rate, avec ictère verdâtre, ses gencives sont souvent saignantes, les épistaxis sont fréquentes ; des selles parfois noirâtres attestent un suintement sanguin sur la muqueuse intestinale ; la peau, enfin, est recouverte d'ecchymoses qui deviennent plus apparentes à chaque recrudescence de la maladie.

M. Monneret, qui s'occupe aussi des affections du foie, et qui, chef d'un service d'hôpital et doué d'un excellent esprit, peut faire journellement un grand nombre de remarques, a constaté trois cas d'épistaxis dans la congestion hépatique, un cas d'hémorrhagies multiples dans l'hépatite aiguë, deux cas dans l'ictère grave (lequel ne paraît être autre chose que la cirrhose aiguë), un cas d'hémorrhagies des gencives, et un cas d'hématémèse dans la cirrhose, etc. Ces faits ne sont pas les seuls qu'il ait rencontrés, et il ne les mentionne que comme des exemples. Pour lui, beaucoup d'autres hémorrhagies reconnaîtraient la même cause, telles que l'apoplexie pulmonaire et même l'hémoptysie, car, dans ces cas, le foie est souvent congestionné, volumineux, et même, dans la dernière affection, passé à l'état gras. Les épistaxis, qui accompagnent si fréquemment les maladies du cœur, seraient dues, en grande partie, aux congestions hépatiques, qui sont une suite habituelle de ces maladies et qui mettent un obstacle à la composition normale du sang.

M. Monneret, imbu de cette pensée, la pousse peut-être un peu trop loin, en supposant que les épistaxis, les ecchymoses, l'exhalation de sang par la muqueuse de la bouche ou la surface des vésicatoires, qu'on observe chez un grand nombre de sujets atteints de pyohémie et vers la fin des fièvres et des métro péritonites puerpérales, dans les suppurations viscérales, les dysentéries, etc., annoncent presque à coup sûr que le foie est congestionné ou même qu'il suppure. Malgré mes tendances hépatologiques, je ne suivrai pas sur ce terrain notre savant confrère. Le foie, sans doute, occupe dans la nutrition une place de premier ordre ; j'ai une trop grand confiance dans les recherches de M. Cl. Bernard pour n'être pas disposé à admettre que les altérations de cet organe doivent nuire à l'entretien du sang ; mais je pense, en même temps, qu'il ne faut rien exagérer, et que, de même que la nature a des ressources nombreuses pour se réparer, elle a aussi, dans les autres organes, des causes d'hémorrhagie et de destruction.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

PHYSIOLOGIE. — *Remarques sur le Mémoire de M. Lehmann relatif à la recherche du sucre dans le sang de la veine porte*, par M. L. *Figuier*. (*Comm.* : MM. Dumas, Pelouze, Rayer.) (Voir la lettre de l'auteur, publiée dans notre dernier numéro (44), page 779, TRAVAUX ORIGINAUX.

CHIMIE APPLIQUÉE. — *Nouvelles recherches sur les Eaux minérales des Pyrénées*, par M. *Filhol*. Ce Mémoire est le complément du travail que l'auteur a communiqué à l'Académie en 1852. Le nouveau Mémoire est divisé en cinq parties. Dans la première partie, M. Filhol décrit un nouveau procédé dont il s'est servi pour analyser ces eaux sulfureuses, dont la température est égale ou supérieure à 75 degrés, et dans lesquelles la coloration bleue de l'iodure de l'amidon ne pourrait pas se produire.

Ce procédé, qui n'est en quelque sorte que la sulfhydrométrie renversée, consiste à prendre une solution titrée d'iodure d'amidon soluble, et à verser goutte à goutte, au moyen d'une burette graduée, l'eau minérale dont on veut connaître la richesse en sulfure dans un volume déterminé de cette solution, jusqu'au moment où elle est entièrement décolorée.

La deuxième partie est consacrée à la description de l'analyse des atmosphères sulfureuses des salles d'inhalation du Vernet, d'Amélie-les-Bains, d'Ax, de Saint-Sauveur et de Bagnères-de-Luchon.

Dans la troisième partie de son Mémoire, l'auteur s'occupe de l'alcalinité comparée des eaux sulfureuses de toute la chaîne, et il établit que les eaux des Pyrénées orientales sont, en général, plus riches en carbonate de soude que les autres.

La quatrième partie renferme quelques observations sur les propriétés de la *barégine*.

Enfin, l'auteur a rapporté, dans la cinquième partie, l'analyse complète

des eaux de Saint-Sauveur, d'Ax et d'Ussat. Ces analyses ont été exécutées sur les lieux. (*Comm.* : MM. Balard, Bussy, Rayer.)

MÉDECINE. — M. *Vinci* adresse un Mémoire sur les avantages de l'application du chloroforme comme agent anesthésique à la pratique de la lithotritie chez les enfants. (*Comm.* : MM. Flourens, Velpeau, Civiale.)

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a.* Une relation d'épidémie cholérique récente dans l'arrondissement de Bayonne, par M. *Sylvain Boussoutrot*, élève en médecine. — *b.* Un rapport contenant les observations de M. le docteur *Cazenave* sur la marche du choléra dans l'asile d'aliénés des Basses-Pyrénées. (*Commission du choléra*)

2° Communications de : — *a.* Feu le docteur *Alexandre Fourcault*, qui lègue à l'Académie la nue propriété de douze actions du chemin de fer de Strasbourg, dans le but de fonder un prix perpétuel à décerner, tous les cinq ans, à celui qui aura trouvé le moyen de prévenir ou de guérir par de puissantes modifications de l'hygiène et de la médecine une maladie réputée incurable, comme la rage, la phthisie tuberculeuse, le cancer et le crétinisme. Dans le cas où, pendant cette période de cinq ans, aucun ouvrage n'aurait été jugé digne de cette récompense, le prix sera décerné à l'auteur de la découverte la plus importante en physiologie expérimentale. — *b.* M. le docteur *Lasserre* (note sur un insecte peu connu, dont la piqûre aurait occasionné la mort de plusieurs personnes). (*Comm.* : M. Duméril.) — *c.* M. *Pichery* (Lettre sur un appareil gymnastique de son invention). (*Commission déjà nommée.*)

M. *Velpeau*, au nom de M. le docteur *Chauffard*, d'Avignon, fait hommage à l'Académie de la traduction des *Instituts de médecine pratique* de Borsieri.

M. *Malgaigne* dépose sur le bureau un Mémoire de M. le docteur *Neucourt*, ayant pour titre : *Traitement du panaris par les caustiques.* (*Comm.* : MM. Velpeau, Malgaigne, Robert.)

M. le *Président* annonce que MM. *Goyrand* (d'Aix) et *Rigal* (de Gaillac), membres correspondants, assistent à la séance.

Discussion sur le séton.

M. *Bouvier* reconnaît qu'il a eu tort, dans sa réplique à M. Malgaigne, d'accuser son honorable adversaire d'avoir pris part à la rédaction du discours inséré dans certains organes de la Presse parisienne ; il s'empresse de retirer ce soupçon. Mais il vient aussi, dans l'intérêt de la concorde, déclarer qu'il déserte la cause des Fyenus, des M.-A. Séverin et des Louis ; il consent à ne plus appeler *séton d'Hippocrate* l'opération pratiquée par le père de la médecine dans les cas de luxation du bras ; il retire le mot, mais il maintient plus que jamais la chose, à savoir, que le séton remonte à Hippocrate. Si la cautérisation hippocratique n'est pas un véritable séton, elle y ressemble beaucoup, c'est pourquoi il l'appellera désormais *cautérisation sétoïde* : c'est l'enfance du séton.

M. *Bouley* (d'Alfort) vient s'unir aux amis du séton pour la justification de cet exutoire. Humoriste par nécessité, la médecine vétérinaire pousse l'usage du séton jusqu'à l'abus. Pourtant l'orateur ne saurait méconnaître les importants services rendus par cette opération.

M. Malgaigne a parlé de prétendus sétons *intelligents* ; M. Bouley pourrait plus à propos les qualifier d'*intelligibles* : car souvent, en vétérinaire, dans les cas douteux et obscurs, l'application d'un séton est une précieuse ressource, un excellent moyen de *diagnose*. Grâce au séton, plus d'une maladie est jugée : c'est aussi un auxiliaire puissant dans le *pronostic*.

A-t-on affaire à une maladie aiguë et susceptible de guérison, le séton s'irrite et fait naître autour de lui une tumeur phlegmoneuse. La maladie, au contraire, est-elle au-dessus de l'art, tend-elle vers une terminaison fatale, sa suppuration artificielle se tarit, le séton se dessèche.

Souvent, encore, le séton décèle certaines dispositions acquises de l'organisme, comme la saturation mercurielle ; il met en relief les diathèses, les tendances fâcheuses de l'économie, les prédispositions latentes ; c'est donc un très bon moyen pour *tâter* la constitution médicale des animaux.

En vétérinaire, c'est aussi un fait d'observation, que lorsqu'un séton a perdu son efficacité et épuisé son action médicatrice, il se tarit de lui-même ; les ironies de M. Malgaigne à l'endroit des sétons *intelligents* seraient donc fort déplacées si elles s'adressaient aux sétons des vétérinaires.

Puis M. Bouley énumère les maladies nombreuses dans lesquelles le séton paraît être d'une efficacité incontestable. Il triomphe promptement de ces claudications occultes des chevaux dont on ne connaît encore bien ni la nature ni la cause, mais qui résistent à tous les autres traitements avec une opiniâtreté inouïe. On guérit des tumeurs synoviales énormes en les traversant d'un séton à leur base. Les affections catarrhales les plus invétérées cèdent à l'application d'un vaste séton dans la région du cou. Les engorgements œdémateux, l'anasarque, se dissipent assez rapidement sous l'influence d'un ou de plusieurs sétons. Diverses maladies des yeux guérissent aussi après l'application d'un séton dans le voisinage de l'organe malade. Le catarrhe auriculaire des chiens cède au séton placé derrière les oreilles. La plupart des maladies de la peau, les dartres, l'eczéma, la gourme, disparaissent après l'application de sétons plus ou moins nombreux, sans qu'on puisse redouter l'invasion de foyers métastatiques dans les ganglions ou dans les organes internes.

Dans la péripneumonie épizootique des vaches, le séton est d'une grande utilité au début de l'affection ; appliqué pendant la période d'incubation, il parvient le plus souvent à juguler le mal.

Quel est le mode d'action du séton ? Le séton est certainement un moyen de stimulation énergique, c'est aussi un fondant, un résolutif puissant. Il agit par l'irritation qu'il détermine dans le lieu où on l'applique, par l'excitation générale qu'il peut éveiller dans l'économie ; mais il est surtout efficace par les soustractions continuelles qu'il fait à la masse des humeurs.

En vétérinaire, on applique d'immenses sétons, des sétons d'un mètre, un mètre et demi quelquefois. Souvent on voit des chevaux qui portent sur eux trois ou quatre mètres de sétons.

M. Bouley a mesuré tout récemment, sur un cheval, la quantité de pus que pourrait fournir un séton d'un demi-mètre dans un temps donné. Il en a retiré 48 grammes de pus en vingt-quatre heures. Six sétons de cinquante centimètres chacun produiraient donc par jour un total de 288 grammes de pus : soit 1728 grammes, s'ils restaient appliqués pendant six jours, ce qui est le terme ordinaire.

M. Bouley répète, en terminant, que l'expérience de tous les jours apprend qu'en vétérinaire, le séton est d'une excellente pratique et d'une efficacité qu'on ne saurait nier.

M. *Renault* (d'Alfort) s'était proposé de prendre la parole, s'imaginant d'abord que, dans cette discussion sur le séton, il s'agirait surtout d'une question de médecine opératoire. Mais la question s'étant considérablement agrandie depuis le début, l'honorable orateur demande à l'Académie qu'il lui soit permis d'ajourner pour une autre occasion les observations qu'il avait à présenter.

Lectures et Mémoires.

M. le docteur *Aran* donne lecture d'une *observation de péricardite avec épanchement, traitée avec succès par la ponction et l'injection iodée.* En faisant connaître à l'Académie un fait jusqu'à présent unique dans la science, l'auteur se propose de démontrer que la ponction et l'injection du péricarde, regardées comme des opérations hasardeuses, téméraires, remplies d'incertitudes et de périls, pouvaient être pratiquées, au contraire (avec les précautions fournies par l'expérience), non-seulement sans danger, mais encore avec autant de simplicité et de facilité que les ponctions du thorax et de l'abdomen.

Observation. — Jeune homme de vingt-trois à vingt-quatre ans, fondeur en métaux ; constitution chétive. Pleurésie du côté gauche avec épanchement abondant, à la fin de l'année 1854. Un mois après la guérison, douleur vers la troisième ou quatrième fausse côte gauche, avec un peu d'oppression et quelques palpitations de cœur en travaillant. Ces symptômes se dissipent d'eux-mêmes pendant la belle saison. Vers le milieu de juillet dernier, fièvre céphalique, courbature, et surtout douleur au-dessous du mamelon gauche ; palpitations de cœur et dyspnée.

27 juillet, symptômes manifestes de péricardite ; appareil fébrile intense ; douleurs lancinantes dans le quatrième et cinquième espace intercostal gauche en avant, augmentant par la pression ; sensibilité également très vive à l'épigastre sous la pression de la main ; matité précordiale considérablement augmentée, mesurant 12 centimètres verticalement, et 14 centimètres transversalement ; impulsion de cœur très difficile à percevoir ; bruits de cœur sourds et éloignés. Une diarrhée qui datait de huit jours et l'état douteux de la poitrine font renoncer à l'idée d'une émission sanguine générale. Six ventouses scarifiées furent appliquées le premier jour ; les jours suivants, calomel à petites doses à l'intérieur ; frictions mercurielles sur la région antérieure de la poitrine dans le but de hâter la salivation ; application successive de deux larges vésicatoires volants sur la région précordiale. Augmentation de l'épanchement, et trois jours après, pouls faible, irrégulier, inégal et extrêmement fréquent.

Le 7 août, aggravation des symptômes généraux et des signes locaux; le malade est menacé de suffocation. L'étendue de la matité précordiale est augmentée de 2 centimètres dans le sens transversal; silence complet des bruits du cœur intérieurement; absence d'impulsion; refoulement du foie de haut en bas à gauche et sur la ligne médiane.

L'insuccès des traitements divers pratiqués jusqu'alors sur ce malade décide M. Aran à recourir à la ponction du péricarde. Après avoir rejeté les procédés de Riolan et Larrey, l'auteur adopte le manuel opératoire faussement attribué à Sénac, et qui consiste à pénétrer à travers le quatrième ou le cinquième espace intercostal, presque dans la cavité du péricarde, au moyen d'un trocart capillaire substitué au trocart ordinaire, afin d'écarter les craintes d'une perforation des parois cardiaques et d'une hémorrhagie mortelle dans le péricarde. L'auteur prit encore les précautions suivantes: « La circonférence du péricarde fut circonscrite par une série de lignes concentriques de percussion, aboutissant vers le cœur des divers points de la poitrine; et, la forme de la matité dessinée avec soin, je cherchai, dit M. Aran, avec l'oreille, à limiter la zone dans laquelle le silence des bruits du cœur était complet, celle où l'on commençait à les percevoir, et celle où on les entendait d'une manière très nette. Complétement éteints dans la partie inférieure de la matité, reparaissant, mais sourds et éloignés, dans le quatrième espace intercostal en dedans du mamelon, les bruits du cœur laissaient donc une zone assez étendue dans laquelle on pouvait plonger le trocart d'avant en arrière, sans courir le risque d'intéresser le cœur. Pour plus de sûreté, je choisis dans le cinquième espace intercostal, à 2 ou 3 centimètres de la limite extrême de la matité, un point au niveau duquel j'incisai la peau avec une lancette, et, enfonçant lentement le trocart de dehors en dedans et un peu de bas en haut, j'arrivai, en deux temps, après avoir retiré le stylet intérieur une première fois sans voir sortir de liquide, j'arrivai, dis-je, dans le péricarde, et l'écoulement saccadé du liquide dans les premiers instants ne me laissa aucun doute à cet égard.....

» 850 grammes d'une sérosité rougeâtre, transparente, furent retirés par le trocart. Le liquide coula d'abord par jets saccadés, puis en bavant; mais le malade aidait à évacuer le liquide par des efforts qu'il prolongeait autant que possible, tant le soulagement était marqué.

» La percussion suivait l'abaissement de la matité à mesure que le liquide coulait, et l'auscultation faisait percevoir les battements du cœur de plus en plus nets, sans frottement; le pouls lui-même devenait plus plein, plus régulier et moins fréquent; de 120 pulsations, il était descendu à 96 par minute.....

» Fort des succès que j'avais obtenus dans la pleurésie, je pratiquai avec précaution, chez ce malade, une injection iodée composée de: Eau distillée et teinture d'iode, āā 50 grammes; iodure de potassium, 1 gramme..... Contre toute attente, l'injection ne fut pas même sentie. Après l'avoir gardée quelques instants dans le péricarde, je laissai sortir quelques grammes de liquide, et je fermai la plaie avec des compresses graduées et un bandage de corps..... »

Le 19 août, douze jours après la première ponction, M. Aran se vit obligé d'en pratiquer une seconde. Il donna issue ainsi à 1350 grammes d'un liquide verdâtre, fortement albumineux, rappelant beaucoup la bile par sa coloration. Cette fois, l'injection, qui contenait 4 grammes d'iodure de potassium, fut laissée presque en totalité dans le péricarde. Les efforts qu'avait faits le malade pendant l'évacuation du liquide morbide avaient déterminé l'entrée d'une certaine quantité d'air dans la cavité séreuse; de là le bruit de gargouillement ou de clapotement signalé par M. Bricheteau à l'ausculation, et à la percussion une sonorité tympanique dans la région précordiale. Ces phénomènes disparurent en quelques heures; mais l'épanchement avait commencé à se reproduire dès le soir même de l'opération. Jusqu'au 21 août, matité croissante; le 22 elle reste stationnaire, et à partir du 23 elle commence à diminuer transversalement et par en bas. Bientôt les bruits commencèrent à être perçus, quoique faibles, à la pointe du cœur, et, à dater du 28 août, la matité ne dépassait pas la ligne médiane en dedans, le mamelon en dehors, la troisième côte supérieurement.

Mais à mesure que les accidents paraissaient se calmer du côté du cœur, les signes d'une tuberculisation pulmonaire devenaient de plus en plus évidents, principalement dans le poumon gauche, vers lequel des signes de phlegmasie avaient été notés dans les premiers temps.

Vers la fin de septembre, œdème des membres inférieurs qui ne tarde pas à se généraliser.

Vésicatoires volants en très grand nombre sur la poitrine; bains de vapeur.

Depuis la fin d'octobre, disparition de l'œdème; retour des forces et de l'appétit; amendement des symptômes thoraciques et de l'état général.

M. Aran espère que ce fait, destiné à établir l'innocuité des injections iodées dans le péricarde, encouragera les médecins à pratiquer une opération appelée à sauver la vie de malades presque inévitablement voués sans elle à une mort prochaine.

En descendant de la tribune, M. Aran présente à l'Académie le jeune homme qui fait le sujet de son observation.

Ordre du jour de la séance du 19 octobre 1855.

Épidémie. — *M. Barth*, au nom de la commission des épidémies et au nom de la commission du choléra, dont il est le secrétaire, vient lire le rapport annuel sur les épidémies pour l'année 1854.

Après quelques considérations générales sur la physionomie qu'a présentée en France le génie épidémique pendant l'année qui vient de s'écouler, et sur le caractère spécial que lui a donné l'invasion du choléra, M. Barth annonce que la commission a reçu cent quinze documents d'origine, de nature et de valeur diverses. Il regrette que la France entière n'ait pas répondu à l'appel du Gouvernement et à celui de l'Académie: trente-deux départements seulement se sont rendus à cette double invitation; ce qui est insuffisant pour donner une idée complète de l'état sanitaire de la France.

M. Barth partage en trois catégories les documents communiqués: 1° les mémoires et les rapports des médecins d'épidémies; 2° les travaux des conseils d'hygiène; 3° les états dressés par l'administration départementale.

Après avoir fait ressortir l'importance relative et absolue de chacune de ces classes de documents, M. Barth entre dans l'examen des mémoires spéciaux.

Il signale successivement: un mémoire sur la grippe; un travail sur l'angine scarlatineuse; une note sur la diphthérite épidémique; un rapport sur la fièvre puerpérale; deux autres sur la suette miliaire; trois sur la dysentérie; plusieurs travaux sur la rougeole; six mémoires sur la scarlatine, avec une mention spéciale pour les travaux de M. le docteur Lecadre. M. le rapporteur s'étend plus longuement sur la variole épidémique, et il se plaît à constater, d'après le rapport des médecins d'épidémies, que cette affreuse maladie a surtout sévi sur les sujets non vaccinés; que, chez eux, elle revêtait un caractère de malignité fort rare chez les sujets vaccinés, et que c'est surtout chez les malades de la première catégorie qu'elle arrivait à une terminaison funeste.

(La suite de cette lecture est remise à une prochaine séance.)

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

Société de chirurgie de Paris.

Discussion sur le chancre induré et l'unicité de la syphilis.

Dans la séance du 29 août dernier, M. Cullerier donna lecture à la Société de chirurgie d'un rapport très remarquable sur un mémoire de M. Hammer, de Mannheim, relatif à un nouveau mode de traitement du chancre. Ce rapport, dont les conclusions ne soulevèrent aucune objection en ce qui touchait le travail de M. Hammer, fut le point de départ d'une discussion générale des principaux points de doctrine qui divisent encore aujourd'hui les syphiliographes, discussion à laquelle prirent part, outre le rapporteur, MM. Ricord, Vidal, Robert et Huguier. Nous allons faire connaître d'une manière succincte, d'après les comptes rendus de la *Gazette des hôpitaux*, les principales opinions émises par ces divers orateurs.

M. *Cullerier* reste fermement attaché à la doctrine d'un virus unique; il n'admet pas, comme l'ont fait récemment MM. Bassereau et Clerc, l'existence de deux espèces d'ulcérations primitives, dont l'une produirait l'infection générale, tandis que l'autre resterait toujours locale, toutes deux étant d'ailleurs contagieuses, et se transmettant constamment avec leurs caractères particuliers. M. Cullerier ne reconnaît qu'un seul virus, dont les effets sont variables suivant les idiosyncrasies des individus sur lesquels il est implanté. Le pus d'un chancre simple peut produire un chancre induré, et réciproquement; l'observation clinique et les expériences des syphilisateurs ont depuis longtemps démontré qu'il en est ainsi. L'induration, pour M. Cullerier, est un signe certain de syphilis constitutionnelle; mais elle ne constitue pas, à son avis, un syphilomètre, comme dit M. Ricord, c'est-à-dire un symptôme dont le degré de développement donne la mesure des accidents qui apparaîtront ultérieurement, si aucun traitement n'intervient. M. Cullerier ne croit pas non plus que le chancre induré soit l'antécédent obligé de la vérole constitutionnelle; celle-ci peut se montrer à la suite d'un chancre simple, comme cela a lieu si souvent à l'hôpital de Lourcine. En l'absence de l'induration, M. Cullerier regarde les ganglions engorgés comme un signe certain d'infection, mais alors que ces ganglions eux-mêmes font défaut, il croit encore l'infection possible.

M. *Ricord* dit qu'il a renoncé, dans ses cliniques, aux mots chancre induré, chancre non induré, qu'il a remplacés par ceux de chancre infec-

tant ou non infectant. Tous les chancres n'infectent pas, cela est reconnu de tout le monde ; il était donc bon, dit-il, d'avoir un signe qui permît de reconnaître les chancres infectants de ceux qui ne le sont pas. Or, l'induration, bien et dûment constatée, est un signe pathognomonique de l'infection générale, et l'adénopathie symptomatique peut seule éclairer le clinicien, quand l'induration fait défaut, ou, plus souvent semble faire défaut. M. Ricord admet que, exceptionnellement, un chancre non induré peut donner naissance à la syphilis constitutionnelle. Il soutient que l'intensité de l'induration est dans un rapport constant avec la violence des accidents consécutifs. Une première infection de l'économie s'oppose à une seconde, tant que dure l'influence de la première ; il en est ici comme dans la variole, la vaccine ; mais, de même que pour ces maladies, il peut y avoir des exceptions, qui prouveraient qu'on se débarrasse du virus syphilitique Quant à la doctrine de l'unicité du virus, qu'il a longtemps soutenue, M. Ricord, en présence de certains faits, a conçu des doutes qui se sont produits au jour dans ses leçons et dans ses écrits, et qui ne lui permettent pas aujourd'hui de se prononcer d'une manière absolue. Il a vu presque toujours des accidents semblables chez l'individu infectant et l'individu infecté ; à son tour, il invoque en sa faveur les résultats des inoculations.

M. *Huguier* croit à un seul virus, et admet que certains individus sont réfractaires à l'infection générale.

M. *Robert* n'est point édifié complétement sur la valeur de l'engorgement ganglionnaire ; il demande si une infection est indispensable pour le produire.

M. *Vidal* soutient que tous les chancres sont plus ou moins indurés, et que tous peuvent avoir des rapports avec la vérole ; entre le chancre qui ressemble à l'ulcération de l'herpès, et celui dont la base est comme la moitié d'un pois sec, il y a toutes les transitions possibles, qu'on peut observer quelquefois chez un même individu. M. Diday, dit-il, cite un client qui a eu d'abord un chancre très induré, puis un autre moins induré, un troisième, enfin, qui l'était moins encore. La difficulté, dans certains cas, de distinguer l'induration, est encore une preuve qui diminue la valeur séméiologique de ce symptôme ; cette difficulté est telle, que M. Ricord se trouve en désaccord avec un de ses bons élèves, M. Bassereau, quand il s'agit de décider si certains chancres de la vulve sont indurés ou non. L'induration du chancre, quand elle est considérable, est la vérole elle-même, et ne l'annonce pas simplement ; M. Vidal appellerait volontiers le chancre fortement induré *chancre infecté*, plutôt que *chancre infectant*. M. Vidal est d'avis que le même sujet peut être infecté deux fois, et contracter chaque fois des accidents constitutionnels ; il cite à l'appui de cette opinion ces paroles de M. Diday, extraites de la *Gazette hebdomadaire* : « Il m'est parfaitement démontré que certains sujets » n'ayant eu qu'une syphilis constitutionnelle peu intense, peuvent prendre, » dans un coït ultérieur, un véritable *chancre induré*. »

La vérole peut s'observer après toutes les formes de chancres, mais elle n'est immanquable, fatale qu'après le chancre fortement induré, parce que ce chancre est lui-même une des manifestations de la vérole.

Quant à la question du double virus, M. Vidal réfute les faits de M. Clerc, et conteste la valeur de ses observations. M. Clerc admet des chancroïdes et des chancres : le chancroïde serait produit par un virus syphilitique, qui, semé sur un vérolé, aurait perdu la propriété de produire la vérole ; il resterait toujours local. Le virus qui n'a pas subi cette modification produirait des chancres vrais, infectants. Par la contagion, ces deux chancres se reproduiraient dans leur variété. M. Clerc appuie cette doctrine sur ce qu'il appelle des *faits* : or, prenez le premier de ces faits, qui doit prouver que deux sujets qui ont été confrontés, ont eu le même chancre ; on trouve, dans l'observation, que l'homme avait un chancre induré, mais que la femme s'est refusée à tout examen direct ; ce qui n'empêche pas que l'observation se termine par cette déclaration : Que les deux sujets avaient eu un chancre infectant ; et l'on ajoute, *en même temps*. Et cela parce que la femme avait une roséole. Comme la roséole ne pourrait survenir qu'à la suite d'un chancre induré, on admet le chancre qu'on n'a pas constaté : c'est prouver ce qui est en question par la question. D'ailleurs, la difficulté de diagnostiquer l'induration, caractère essentiel du vrai chancre, et qui le différencierait du chancroïde, a conduit M. Clerc à des erreurs sérieuses. M. Vidal dit avoir vu des accidents secondaires sur des malades auxquels M. Clerc n'avait trouvé que des chancroïdes, et auxquels, par conséquent, il avait refusé le mercure. Il cite le fait d'un étudiant en médecine qui portait un chancre à la verge déclaré simple chancroïde par M. Clerc : ce malheureux jeune homme a une vérole qui dure depuis six mois. M. Vidal termine par ces deux conclusions : 1° Il n'y a pas deux espèces de chancres ; 2° rien ne prouve encore qu'il y a deux virus.

M. *Diday* vient d'adresser, à propos de cette discussion, la lettre suivante à M. le président de la Société de chirurgie :

« Monsieur le président, veuillez me permettre de donner, sur l'importante question du double virus syphilitique, récemment discutée au sein de la Société, une explication personnelle d'abord, puis un document clinique.

» Dans la séance du 19 septembre, M. Vidal, voulant prouver qu'un homme peut avoir deux fois la vérole, a cité ces paroles de moi : « Il » m'est pratiquement démontré que certains sujets n'ayant eu qu'une syphi- » lis constitutionnelle peu intense, peuvent prendre, dans un coït ultérieur, » un véritable chancre induré. »

» Deux honorables collègues se sont accordés pour infirmer la valeur de mon observation, et pour l'attribuer à une erreur de diagnostic de ma part. Selon eux, dans les cas que j'ai vus, il n'y aurait pas eu deux ou trois chancres indurés, épuisant successivement la réceptivité syphilitique de l'individu. Le premier seul aurait eu ce caractère ; et, dans les suivants, il ne se serait agi que de fausses indurations, dont l'apparence trompeuse provenait de ce que les derniers ulcères développés *au même lieu* qu'avait occupé le premier, avaient exhumé l'induration plastique précédemment laissée par celui-ci.

» La version de mes honorables critiques est fort vraisemblable, sans doute. Mais, pour qu'elle fût vraie, il faudrait une condition : c'est que les chancres successifs de mes sujets *eussent effectivement siégé au même lieu*. Or, il n'en est rien. Et je cherche vainement où ils ont pu trouver, dans mon texte, un motif de penser le contraire.

» L'article même d'où l'on a détaché la phrase ci-dessus, suffit pour prouver que cette cause d'erreur, depuis longtemps, ne m'est point inconnue. Car j'y détaille tout au long l'histoire d'un malade chez qui un chancre récent prit l'aspect induré, parce qu'il existait exactement à la même place qu'avait occupée un ancien chancre induré. Et je rappelais à ce propos cette conclusion, émise par moi, il y a déjà dix-huit mois, dans le même journal : « qu'un chancre, sans être induré par son origine, mais reposant sur une base autrefois indurée, peut mentir une induration de source nouvelle, même aux yeux de l'observateur le plus exercé. »

» On trouvera donc, dans l'article même dont il s'agit, la preuve que cette cause de méprise ne m'a point échappé. Car, ce n'est qu'après avoir discuté ce qui s'y rapporte, que, passant à l'appréciation d'un autre genre d'erreur dans ce diagnostic, j'ai signalé, à son tour, non plus la fausse induration, pour cause d'*identité de siége*, mais l'induration complémentaire pour cause de *saturation syphilitique incomplète*.

» Cette dernière question est la seule que j'aie voulu agiter dans la phrase rappelée par M. Vidal ; question capitale en pathogénie syphilitique, et qui, résolue dans le sens que je lui donne, aurait peut-être l'avantage indirect de ménager, entre les partisans et les adversaires de l'*unicité*, une de ces conciliations vainement cherchées sur un autre théâtre, où l'honneur reste sauf de part et d'autre. En considérant l'induration à sa juste valeur, comme le prélude de la vérole, non comme la vérole elle-même, on ne s'étonnerait plus de voir successivement chez le même individu deux chancres indurés. On accepterait, dans les deux camps, soit les faits de vérole constitutionnelle survenant quelques années après un chancre induré qu'aucun symptôme constitutionnel n'avait alors suivi, soit ceux où, *vice versâ*, un vrai chancre induré paraît quelque temps après une syphilis constitutionnelle réelle, mais très ancienne, ou de moyenne intensité. L'induration, ainsi que je l'ai dit, n'étant qu'un prélude, il serait tout rationnel de ne point voir en elle, quand elle a existé seule, un tribut assez largement payé par l'individu à la diathèse, pour le dispenser ultérieurement d'un second. Et, selon les sages paroles de M. Ricord, on n'admettrait plus, comme contraires au dogme de l'*unicité*, que des faits où, après une première infection constitutionnelle, on verrait une autre infection apparaissant avec toutes les phases successives de la vérole fournissant, pour la seconde fois, toutes ses étapes.

» Ce n'est pas ici le lieu d'énoncer, même sommairement, les considérations de pathogénie humaine et comparée qui légitiment cette manière de voir. Je demande seulement la permission de communiquer à la Société l'un des faits qui m'ont conduit à l'admettre.

» M. F., âgé de quarante ans, a eu, en octobre 1845, un chancre situé vers le filet ; ce chancre, après un mois, se cicatrisa, laissant à sa place une dureté. De la liqueur de Van-Swieten fut administrée pendant la durée de cet accident primitif. Deux mois après, apparut une éruption roséolique sur tout le corps, et un mal à la gorge, ainsi qu'au fondement, accompagné d'alopécie et de croûtes du cuir chevelu. M. Baumès traita ces accidents par des pilules mercurielles. Mais les restes de cette affection constitutionnelle ne disparurent que dans le cours de l'année suivante (1846) par l'usage des eaux de Canterets.

» Le 18 janvier 1855, M. F. contracta un nouveau chancre, vers la partie supérieure et gauche du fourreau de la verge (1). Au bout de quatre jours, je le cautérisai avec l'acide nitrique monohydraté. Mais il persista

(1) La femme n'a pu être examinée.

néanmoins avec les caractères chancreux ; et l'induration notable qui se dessina à sa base, vers la fin du premier septénaire, me fit comprendre pourquoi la cautérisation, qui m'avait semblé opportune et bien indiquée, était restée impuissante.

» L'induration acquit peu à peu des caractères assez accentués, malgré la simplicité des moyens topiques mis en usage (vin aromatique, solution légère de nitrate d'argent, jus de citron étendu d'eau, solution fort peu concentrée de sublimé). Le chancre, d'ailleurs persistant et s'étendant, au bout de deux mois, j'appelai en consultation mon judicieux collègue, M. Rodet, qui constata, avec moi, la nature de cette induration. Un traitement spécifique fut jugé nécessaire pour agir sur cette induration qui mettait obstacle à la guérison. Il n'y avait pas d'engorgement des ganglions inguinaux.

» Après avoir pris, pendant dix jours, deux pilules par jour avec 3 centigrammes de proto-iodure de mercure dans chaque, l'induration diminua ; des bourgeons charnus de bonne nature remplacèrent l'aspect défavorable qu'offrait jusque-là la surface virulente ; et le chancre, pansé avec une légère solution de chlorure de zinc, dont l'influence parut contribuer efficacement au succès, fut guéri en quinze à dix-huit jours. Dès que j'eus vu la dureté diminuer et le chancre prendre une meilleure apparence, je suspendis l'usage des pilules, dont le malade ne prit pas, en tout, plus de vingt. Aujourd'hui, la cicatrice est parfaitement souple.

» Durant les derniers jours, un engorgement douloureux se forma dans l'aine gauche. Il s'abcéda ; j'incisai la collection purulente. Mais l'ouverture ne devint point chancreuse et se ferma promptement.

» J'ai depuis lors suivi mon malade à plusieurs reprises et avec le plus vif intérêt. Malgré plusieurs voyages à longue distance, et à des latitudes fort différentes, malgré une saison à des eaux thermales sulfureuses, prises dans le seul but de hâter quelque manifestation diathésique, si elle devait apparaître, aucun symptôme constitutionnel ne s'est montré. Il y a aujourd'hui neuf mois que le chancre a été contracté, laps de temps bien suffisant pour m'autoriser à dire que la première vérole, n'ayant pas exempté ce malade d'un chancre induré, l'a du moins exempté des accidents constitutionnels.

» Agréez, etc. »

Société de médecine du département de la Seine.

Rectification du compte rendu de la séance du 3 *août* 1855.

M. *Sperino* demande quelques rectifications au compte rendu de l'exposition de ses idées à propos de la syphilisation. Il n'a opéré que sur deux individus et non sur sept de nouvelles inoculations, dans le but de réprimer des traces de syphilis constitutionnelle qui s'étaient manifestées après la syphilisation. M. Sperino n'affirme point que toutes les filles syphilisées sont restées rebelles à toute nouvelle infection. Seulement, sur les soixante-deux syphilisés en 1851, 1852 et 1853, il n'a point encore jusqu'à ce jour constaté de nouvelles infections. Enfin, M. Sperino doute qu'il ait été aussi explicite qu'on le lui fait dire, à propos de l'approbation donnée par deux médecins de Lyon aux doctrines de la syphilisation. Cette approbation ne doit s'entendre que de leur foi en l'observation spéciale des faits, et non quant à l'ensemble des doctrines de la syphilisation.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 9 NOVEMBRE.

Discussion sur la grenouillette.
Communication de M. Bourguignon.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Influence que certains états morbides peuvent exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire, par le docteur GUYTON (d'Autun).

On sait que, dans ces derniers temps, l'action suspensive de la grossesse sur la phthisie pulmonaire a été formellement contestée, et que même quelques observateurs inclinent à penser que cette dernière maladie est plutôt précipitée dans sa marche par l'état de gestation. M. Guyton exprime à ce sujet un doute que nous partageons ; et, n'ayant pas apparemment à sa disposition des faits susceptibles de motiver ce doute, il essaie au moins de montrer, par deux observations, que la marche de la phthisie pulmonaire peut être entravée par d'autres états morbides. Mais les opinions qu'il émet tout d'abord relativement à la distinction des espèces pathologiques, quoique n'étant pas tout à fait dénuées de fondement, font tort à la démonstration de sa thèse, par l'extension abusive qu'il leur donne. Sans doute il y a des affections chroniques du poumon, autres que la tuberculisation, qui amènent le dépérissement, la consomption, et sont conséquemment, au sens étymologique, des *phthisies* (de φθίνω, dépérir). Sans doute encore il y a des maladies intestinales ou autres, fort différentes de la dothiénentérie, qui se traduisent par des symptômes typhoïques ; mais cela n'empêche pas qu'il y ait une phthisie particulièrement caractérisée par des tubercules et une affection typhoïde caractérisée par la dothiénentérie. Dès lors, si l'on prend la précaution de spécifier les variétés, toutes les écoles, toutes les doctrines, peuvent s'entendre sur les termes de questions telles que celle-ci : la phthisie tuberculeuse peut-elle être influencée dans sa marche par l'existence d'une grossesse ? ou bien : l'existence d'une grave maladie chronique, telle que la phthisie tuberculeuse, préserve-t-elle de la fièvre dothiénentérique ? Or, M. Guyton ne se préoccupe pas assez de cette précision des termes, et ses deux observations sont relatées comme s'il s'agissait d'établir qu'une affection lente quelconque de la poitrine peut être influencée par un état pathologique quelconque. Ainsi, dans le premier cas, où la phthisie est censée avoir été enrayée par une *fièvre typhoïde*, celle-ci n'est représentée que par quelques symptômes qu'il est fort ordinaire de rencontrer dans la phthisie tuberculeuse sans la moindre trace de fièvre typhoïde ; la suspension de la maladie pulmonaire ne se rapporte pas à la lésion du parenchyme, mais uniquement aux signes fonctionnels ; en sorte que l'importance de l'observation paraît se réduire au silence momentané de quelques troubles symptomatiques, toux, catarrhe, sueurs, sous l'influence d'une perturbation cérébrale, ce qu'il n'est pas rare d'observer, et ce qui n'est pas en question. Bien plus, la phthisie tuberculeuse elle-même ne pourrait pas être rigoureusement déduite de la description des symptômes, et, le sujet étant mort, l'autopsie n'a pas été faite. Dans le second cas, l'existence de la phthisie n'est qu'indiquée : ce n'est encore qu'aux signes fonctionnels que se rapporte l'amélioration, et cette amélioration momentanée a succédé à des vomissements. Or il est connu qu'on en obtient souvent de semblables par l'administration de l'émétique à petites doses, et l'action expulsive du vomissement ne peut être alors comparée à celle d'un travail organique tel que la grossesse ou une fièvre typhoïde.

Voici, du reste, textuellement, les deux observations de l'auteur.

OBS. I. — Une jeune personne de vingt ans, devenue phthisique à la suite d'une pneumonie latente, était arrivée au deuxième degré de la maladie. En proie à une toux continuelle et à une fièvre lente hectique, elle expectorait des crachats *verdâtres, diffluents, d'une odeur fétide, et se précipitant au fond de l'eau.* Elle se plaignait d'une douleur sourde et permanente, s'étendant du sternum aux deux épaules. La respiration était gênée, surtout dans la position horizontale. La malade avait beaucoup maigri, présentait la coloration vive et circonscrite des pommettes, et commençait à avoir des sueurs nocturnes. L'examen stéthoscopique mettait hors de doute l'existence de plusieurs foyers purulents dans l'un et l'autre poumon.

Cette maladie, rebelle à tout traitement, s'acheminait rapidement vers une terminaison funeste, lorsque tout à coup, sans motif appréciable, la fièvre consomptive perdit son type rémittent, devint continue, et s'accompagna des symptômes typhiques les plus prononcés : *agitation générale, délire continuel, soubresauts des tendons, sécheresse et rétraction de la langue, météorisme de l'abdomen, évacuations involontaires, carphologie.* Cet état dura trois semaines entières, et, pendant tout le temps que durèrent les symptômes cérébraux, ceux qui caractérisaient la maladie de poitrine ne se montrèrent pas. Il y eut suspension absolue de la toux, des crachats et des sueurs nocturnes. *L'auscultation faisait reconnaître encore l'état réel des poumons ;* mais il n'existait plus de signes généraux. L'affection cérébrale n'en permettait plus la manifestation ; elle avait appelé à elle toutes les forces vitales, et, sous cette influence perturbatrice, la phthisie était restée stationnaire. La fièvre typhoïde, après avoir parcouru ses périodes et conduit la malade aux portes du tombeau, perdit peu à peu de son intensité. A mesure que l'état nerveux s'améliorait et que le cer-

veau se débarrassait, on voyait renaître la toux, l'oppression et les sueurs; la phthisie reprenait son cours ordinaire, qui ne fut pas interrompu cette fois. Bientôt survint une infiltration générale, et un léger délire précéda la mort de vingt-quatre heures.

Obs. II. — Une autre jeune personne du même âge, phthisique par cause d'hérédité, était également parvenue au deuxième degré, et présentait la même série de symptômes. La maladie avait commencé par l'hémoptysie; et, conformément à l'aphorisme d'Hippocrate, au crachement de sang avait succédé le crachement de pus. Rien ne semblait pouvoir arrêter la marche de cette affection, quand survint une vive irritation du foie et de l'estomac. La sécrétion du foie augmenta considérablement, et chaque jour, pendant plus de six semaines, il y eut vomissement régulier d'une grande quantité de bile poisseuse, tantôt jaune comme de l'ocre, et tantôt porracée. Les fonctions digestives furent profondément lésées, et la malade rejetait la nourriture et les boissons à mesure qu'elle les prenait. Ces nouveaux accidents furent suivis d'une modification remarquable de la première maladie. La toux perdit de sa fréquence; les crachats devinrent muqueux, blancs, globuleux, et ne continrent plus de matière tuberculeuse. Les sueurs colliquatives diminuèrent; la respiration fut plus naturelle; en un mot, la phthisie s'améliora d'une manière incontestable. Ce mieux, si désirable sous plusieurs rapports, était contre-balancé par la perte rapide des forces, que causait l'absence totale de nutrition. Il fallut bientôt recourir à l'emploi des opiacés à l'intérieur et des puissants dérivatifs au dehors, pour calmer l'irritation gastro-hépatique; et à peine a-t-on réussi, que la phthisie, momentanément suspendue, reparut avec d'autant plus de violence, qu'un corps exténué par une longue abstinence ne pouvait plus lui opposer de résistance. (*Revue thérapeutique du Midi*, t. IX, n° 3.)

Sur l'action des alcalins comme antipléthoriques, par le docteur Guignard.

En 1854, M. le docteur Édouard Carrière publia une brochure intitulée : *Du traitement rationnel de la congestion et de l'apoplexie par les alcalins*, dans laquelle il chercha à démontrer, par des considérations physiologiques et par une observation pleine d'intérêt, que la tendance à la congestion et à l'apoplexie cérébrales résulte surtout d'une diminution dans l'alcalinité naturelle du sang — diminution consécutive elle-même le plus souvent à l'abus de la nourriture animale — et que le meilleur remède contre la congestion et contre le retour de l'hémorrhagie consiste dans l'usage intérieur des alcalins, principalement du bicarbonate de soude. Cette vue est légitimée par les progrès de la chimie physiologique. M. Mialhe a démontré directement que les alcalins jouissent à un haut degré de la propriété de fluidifier le sérum du sang, et fait ainsi disparaître l'excès de plasticité qu'amène constamment dans ce liquide la diminution de l'alcalinité. M. Poiseuille a établi, de plus, un fait qui donne un nouveau degré de solidité à l'opinion de M. Carrière : c'est que les composés rangés par M. Mialhe parmi les fluidifiants, tels que l'acétate d'ammoniaque, l'iodure de potassium, activent notablement la circulation capillaire.

Nous ne parlons pas ici de la phlegmasie, déjà traitée par le bicarbonate de soude avant et depuis la brochure de M. Carrière (Lemaire, *Bulletin général de thérapeutique*, t. XLV, p. 181, et *Union médicale*, 1854, n° 73), ni de l'angine couenneuse, contre laquelle on a essayé récemment de ressusciter la médication alcaline, mais seulement de l'espèce de pléthore qui se lie à un trop grand épaississement du fluide sanguin. C'est, en effet, de cette affection qu'il s'agit uniquement dans la note communiquée par M. Guignard à la *Société de médecine de Poitiers* (séance du mois d'août 1854). L'auteur rapporte en peu de mots l'histoire d'un homme de tempérament apoplectique, chez lequel les saignées et les purgatifs ne pouvaient faire disparaître l'imminence habituelle de congestion cérébrale, et qui a été fort soulagé par l'administration journalière de 50 centigrammes de bicarbonate de soude. Il assure, en outre, que, chez d'autres sujets également prédisposés aux congestions sanguines, le même traitement a permis de diminuer le nombre des saignées qu'on avait coutume de pratiquer.

Ces faits ne suffisent pas pour juger définitivement la question telle que la posent les auteurs, à savoir l'influence directe des alcalins sur la congestion cérébrale. Quand on se rappelle que cette congestion et l'apoplexie elle-même se lient souvent à des troubles gastriques, et que ces troubles, dans bien des cas, n'ont pas de meilleur remède que les alcalins, ainsi que M. Carrière le remarque avec insistance, on se demande si ce n'est pas par voie indirecte, c'est-à-dire en restituant les fonctions de l'estomac et indépendamment de toute action fluidifiante, que les alcalins font disparaître les accidents cérébraux. L'avenir éclaircira ce doute. Mais on peut dire en toute assurance que si l'action des alcalins sur la circulation de l'encéphale est directe, elle a lieu par le mécanisme qu'indique M. Carrière, et non, comme le suppose M. Guignard, en dissolvant, ou en empêchant de se former, les *principes crétacés* des parois artérielles. Nous croyons, avec un des membres de la Société, M. Pingault, que cette interprétation manque absolument de vraisemblance; et il suffit d'ailleurs, pour montrer combien elle est peu applicable dans l'espèce, de rappeler que le sujet sur lequel l'effet anticongestif des alcalins a été le plus prononcé (observation de M. Carrière) était un jeune homme. Il est fâcheux que M. Guignard n'ait pas indiqué l'âge des malades dont il a rappelé l'histoire. (*Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, 2e série, n° 24, 1855.)

Rupture de l'utérus; gastrotomie suivie de succès pour la seconde fois sur une femme qui avait subi antérieurement l'opération césarienne, par le dr Wieckel (de Gummersbach).

Dans le numéro de mars (n° 9) de la présente année, nous avons entretenu nos lecteurs de la première opération; seulement, nous relevons deux erreurs typographiques qui se sont glissées dans ce premier article : Au lieu du docteur Winckel, c'est le docteur Wieckel, et d'A. Lieper, c'est Sieper qu'il faut lire.

Cette rectification faite, passons aux détails.

Obs. — La femme A. Sieper, d'Ohl, non loin de Gummersbach, avait subi heureusement, pour la seconde fois, l'opération de la gastrotomie le 24 août 1854, à la suite d'une rupture de l'utérus, avec passage de l'œuf entier dans l'abdomen. Dans le courant de janvier de la présente année, le mari de cette dame vint me trouver, dit l'auteur, pour me prier d'administrer un médicament abortif à sa femme, qui se trouvait de nouveau enceinte. A la suite de mon refus, il alla trouver mon collègue Wiefel, qui comme moi le renvoya.

Le 13 avril 1855, je fus appelé à la hâte, dans la soirée, auprès de la femme Sieper, qui se trouvait dans de violentes douleurs. A mon arrivée, elle m'apprit que la veille, en voulant soulever un poids très lourd, elle avait éprouvé une violente douleur dans le ventre; qu'ayant été voir une sage-femme, cette dernière l'avait renvoyée, en lui disant que ce qu'elle éprouvait n'était rien. Je diagnostiquai *de visu* une nouvelle rupture, ce dont la palpation ne tarda pas à me convaincre; car on sentait distinctement, à travers les parois amincies de l'abdomen, les parties d'un fœtus. Comme la nuit était très avancée, je voulus attendre jusqu'au lendemain matin, et je fis prévenir mon collègue Wiefel, qui m'avait assisté dans les deux opérations précédentes. Le 14 avril, à sept heures du matin, nous trouvâmes la malade dans un état assez satisfaisant : elle avait dormi un peu. On disposa de nouveau la malade; elle fut chloroformisée, et je n'eus besoin que de faire une incision cutanée; car, comme nous l'avons déjà indiqué dans l'observation publiée en mars 1855, elle portait une forte hernie abdominale. Je n'eus besoin que d'agrandir un peu en haut et en bas, et je pus extraire facilement un fœtus. La poche était rompue. Enlevant le peu de caillots de sang qui se trouvaient dans l'abdomen, la femme, pansée selon l'art, fut rapportée dans son lit.

Il n'y eut aucune suite fâcheuse; la plaie se réunit par première intention, et le 19 avril, cinq jours après l'opération, au moment d'enlever les ligatures, la plaie était cicatrisée. Le fœtus était du sexe féminin, bien constitué, pouvant avoir environ cinq mois et demi. Le cordon et le placenta normaux et sains. Les lochies s'établirent régulièrement, et l'opérée vaqua, quinze jours après cette troisième gastrotomie, aux affaires de sa maison. (*Medicinische Zeitung*, 1855, août, n° 34.)

Recherches sur l'albuminurie des femmes enceintes, pendant le travail et les suites des couches, par le docteur G. Langheinrich.

M. Scanzoni, et avec lui M. Mayer, ont émis l'opinion que l'albuminurie survenant pendant le travail et après la délivrance est due à la compression opérée sur les reins par l'utérus gravide, vio-

lemment repoussé d'avant en arrière, à la suite des contractions des muscles abdominaux. M. Frerichs, et récemment M. Seyfert (*Wien. Wochenschrift*, n° 12), ayant repoussé cette explication, M. Langheinrich, interne à la Maternité de Würzburg, a examiné l'urine de plusieurs femmes pendant le travail, et a souvent (une fois sur quatre) trouvé l'albumine chez les primipares, chez les femmes dont l'accouchement a été pénible et lent, ou qui ont réclamé une opération obstétricale. Les urines, obtenues par le cathétérisme, ne présentaient aucune trace d'albumine avant le travail, et cette substance disparaissait trois ou quatre jours après la délivrance. Il a aussi rencontré deux fois les cylindres fibrineux. Ces recherches concordent avec celles de M. L. Mayer (*Diss. inaug.*), qui, sur 76 femmes (2 pendant le travail ou à la suite de couches), trouva 31 fois l'albumine dans les urines. M. Langheinreich conclut donc en faveur de l'opinion de M. Scanzoni, et regarde l'albuminurie qui accompagne l'éclampsie, les convulsions puerpérales, les accouchements laborieux, comme résultant des troubles *momentanés* apportés dans la circulation rénale, et disparaissant dès que ces causes passagères cessent d'agir. La grossesse et l'accouchement exercent une action mécanique sur la circulation des reins, et ces derniers sécrètent alors des urines albumineuses, sans présenter pour cela aucune des altérations anatomiques de la maladie de Bright. (*Scanzoni's Beiträge zur Gynäk.*)

Procédé pour la désarticulation de l'épaule et de la hanche par une seule incision, par M. Larghy.

Suivant les traces de Vermandois et de Vhyte, l'auteur s'attache à arriver sur la capsule articulaire et à détacher la tête osseuse de sa cavité, sans faire aux parties molles qui la recouvrent plus d'une incision.

Pour l'épaule, il fait parcourir à l'instrument tranchant la ligne qui sépare le faisceau moyen du deltoïde d'avec le faisceau antérieur. Cette ligne interdeltoïdienne, que l'on reconnaît aisément sur le vivant, correspond à la coulisse bicipitale de l'humérus. L'incision étant faite, en ayant soin de ménager le ligament coraco-claviculaire, l'aide porte l'extrémité inférieure du bras en arrière, ce qui fait saillir la tête en avant et permet de couper sur elle la capsule et le tendon du biceps. Puis il porte le membre dans la rotation en dehors, pour laisser couper le tendon du sous-scapulaire (celui du sus-épineux a pu être divisé du premier trait). La rotation en dedans, effectuée en dernier lieu, facilite la section du sous-épineux et du petit rond. Les parties correspondantes de la capsule ont été divisées chemin faisant. La tête sort alors aisément au dehors, et il ne reste plus qu'à couper la partie postérieure de cette même capsule.

Cette opération, que M. Larghi a pratiquée sur le vivant, s'exécute avec beaucoup de rapidité ; ce qui tient à ce que la ligne interdeltoïdienne correspond plus exactement au centre de l'articulation que l'interstice situé entre le deltoïde et le grand pectoral, choisi par quelques chirurgiens pour y pratiquer cette même incision.

Quant à la hanche, on procède par une longue incision qui part du sommet de la ligne âpre du fémur, passe sur le milieu du grand trochanter, et se prolonge, en suivant la même direction, en haut et au-dessus de cette apophyse.

Cette incision divise selon sa longueur le muscle grand fessier, analogue, à la hanche, du deltoïde. Du premier coup, l'opérateur peut couper l'insertion du carré crural, et celle des muscles psoas et iliaque. Puis, en renversant le fémur en dehors, il divise le jumeau inférieur, le tendon de l'obturateur, le jumeau supérieur et l'extrémité inférieure du petit fessier. Quant au grand fessier, c'est justement pour pouvoir atteindre et détacher son insertion au fémur que l'incision des téguments a été prolongée aussi bas. En même temps, on a soin d'inciser aussi dans tout son contour la capsule articulaire.

Pour achever de faire sortir la tête, il ne reste plus qu'à diviser le bourrelet cotyloïdien sur sa partie postérieure, qui est la plus saillante. En même temps, l'aide, en exagérant la rotation du membre en dehors, détermine la rupture du ligament interarticulaire, et, dès lors, la désarticulation est achevée.

Avec ce procédé, on peut, pour l'épaule comme pour la hanche, se borner, suivant le cas, à désarticuler l'extrémité supérieure de l'os, afin de la reséquer, ou déterminer l'ablation du membre en totalité. (*Giornale delle scienze mediche di Torino*, juillet 1855, p. 337.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien, traduites sur les textes imprimés et manuscrits, par le docteur Ch. Daremberg. Tome I[er], Paris, chez J.-B. Baillière, libraire.

M. Daremberg a entrepris la publication des *Œuvres anatomiques, physiologiques et médicales de Galien*. C'est là sans doute un excellent projet, qui ne peut rencontrer que des approbateurs ; car rien n'est plus utile que de rappeler aux sources et à la tradition notre art, qui semble parfois flotter à la dérive. Toutefois, nous ne pouvons nous empêcher de regretter vivement que l'auteur se soit borné à nous donner une traduction pure et simple : il eût été éminemment utile de faire une révision complète du texte grec, à l'aide d'une collation exacte de tous les manuscrits et des diverses éditions imprimées. Cette noble et laborieuse entreprise était digne d'exciter l'ambition de M. Daremberg ; et la difficulté même aurait dû être pour lui un attrait de plus. L'expérience apprend qu'il est impossible de donner une traduction exacte et fidèle d'un auteur grec ancien, sans avoir préalablement reconstitué son texte, comme M. Littré l'a fait pour Hippocrate, comme MM. Bussemaker et Daremberg l'ont fait pour Oribase, et enfin comme l'auteur de cet article l'a fait lui-même pour la chirurgie de Paul d'Égine. A la vérité, c'est un travail long, pénible et difficile ; mais aussi ce travail a le mérite d'être définitif, et par cela même plein de satisfaction pour celui qui a eu le courage de le mener à bonne fin. Comment n'a-t-il pas tenté un homme comme M. Daremberg, depuis longtemps livré exclusivement aux travaux d'érudition, et qui n'a pas l'excuse de préoccupations impérieuses en dehors de ces études?

Nous sommes d'autant plus autorisé à exprimer ce regret, que M. Daremberg, dans sa préface, se propose le savant éditeur d'Hippocrate pour modèle : « Déjà, dit-il, M. Littré a fait revivre Hippocrate ; marchant de loin sur ses traces, et le prenant toujours pour guide, je veux faire revivre Galien, le plus illustre médecin de l'antiquité après Hippocrate. » Voilà qui est très bien et c'est une noble émulation ; mais alors il fallait suivre le guide jusqu'au bout, et faire pour Galien ce qu'il a fait pour Hippocrate, c'est-à-dire donner d'abord un bon texte de l'auteur pour en faire ensuite une bonne traduction.

Cette absence du texte grec, objet des regrets que nous venons d'exprimer, a un autre inconvénient sérieux : c'est de mettre la traduction presque entièrement au-dessus des atteintes de l'examen critique. Car, comment pouvoir comparer l'auteur et le traducteur, si on ne les a pas tous les deux en même temps sous les yeux ? Comment apprécier les changements que notre honorable confrère a fait subir aux textes imprimés, si l'on n'a pas en regard ces différents textes, ainsi que les variantes données par les manuscrits ? Tout le monde comprend qu'il y a là une impossibilité matérielle qui paralyse toute critique ; et c'est ce qui fait que nous sommes réduit à signaler seulement au public médical la traduction de M. Daremberg, sans pouvoir la recommander autrement que par la bonne renommée de son auteur. Cependant, nous reviendrons plus tard sur cet ouvrage, lorsque notre savant collègue aura publié la dissertation qu'il promet, et à laquelle il renvoie souvent dans le cours de ce volume, dissertation à la fois biographique, littéraire et scientifique sur Galien. Aujourd'hui nous nous contenterons d'une courte appréciation sur le médecin de Pergame.

Lors même que Galien ne serait pas, de son propre fonds et par lui-même, la plus grande figure médicale de l'antiquité, après Hippocrate, il n'en serait pas moins digne d'occuper l'attention des hommes instruits et des médecins sérieux de tous les pays, par

l'immense influence qu'ont eue ses écrits depuis sa mort jusqu'au XVIIIe siècle. En effet, la célébrité de ses ouvrages date de leur apparition même. Le plus grand nombre des écrivains grecs qui ont laissé des livres de médecine après lui se sont contentés de le copier, la plupart du temps, mot à mot, en l'abrégeant. Traduites en langue sémitique, ses œuvres ont été l'objet d'une espèce de culte pour les écrivains arabes pendant toute la période de leur gloire littéraire. Il régna sur le moyen âge médical, comme Aristote sur le moyen âge philosophique, et ses idées arrivèrent en Europe par la même voie que celles du chef de l'école péripatéticienne. Lorsque vint la réaction contre les Arabes, vers l'époque de la renaissance, l'autorité de Galien ne fut pas encore renversée complétement : ses ouvrages furent étudiés, non plus dans les commentateurs, mais dans leur langue propre ; et il fallut, pour détruire, ou plutôt pour modifier son système, les grandes découvertes anatomiques et physiologiques des XVIe et XVIIe siècles.

Galien méritait-il cette confiance illimitée, et l'on peut dire aveugle, que lui ont accordée les médecins de tous les pays pendant plus de douze cents ans ? Certes, son immense érudition dans toutes les branches des connaissances humaines, son esprit droit, sa haute intelligence, son jugement exquis, ses grandes qualités d'exposition peuvent facilement expliquer l'enthousiasme et la vénération dont il a été l'objet, et sont toujours dignes d'exciter l'admiration des hommes. En outre, ses écrits, malgré de nombreuses erreurs et quelques défauts, marquent son époque comme une des plus belles de l'histoire médicale. Dans un temps d'anarchie philosophique, il imprima aux études une direction excellente. Il donna une vigoureuse impulsion aux recherches anatomiques et physiologiques, base de toute bonne médecine. Si ses successeurs n'ont pas réalisé tous les progrès que ses travaux devaient faire espérer, il ne faut s'en prendre qu'aux malheurs des guerres d'invasion et aux bouleversements continuels auxquels la civilisation romaine fut en butte. Au moment où il parut, la médecine était dans un chaos doctrinal déplorable. Chaque médecin, empirique, méthodiste, dogmatique, pneumatiste, etc., se livrait à de vaines discussions, à de frivoles subtilités, à de creuses théories, qui paralysaient tout esprit d'observation, et d'où résultait une pratique pleine de présomptions et de témérités. Aussi, une de ses plus grandes gloires est d'avoir rappelé la science dans les voies et dans la méthode mises en honneur par Hippocrate et depuis longtemps oubliées. Assurément, en voilà plus qu'il ne faut pour captiver l'attention, pour commander le respect et l'estime, et pour entourer un nom de la plus belle auréole de gloire. Mais, au milieu de tant de qualités éclatantes, il faut bien avouer qu'il se trouve quelques taches.

Quoique Galien ait fait un écrit pour prouver que le bon médecin doit être philosophe, cependant ses doctrines sous ce rapport se ressentent de l'époque de transition où il a vécu. Déjà le christianisme commençait à faire ressentir sa puissante influence : la philosophie grecque était dénaturée par des éléments étrangers qui la faisaient dévier de sa méthode primitive. Dans ce conflit entre les doctrines anciennes et les doctrines nouvelles, il n'est pas étonnant que Galien ait eu des principes indécis et qu'il n'ait pas su prendre nettement son parti. Aussi ses idées philosophiques résultent d'une espèce d'éclectisme, où cependant l'influence platonicienne est clairement dominante. On ne peut méconnaître également qu'Aristote ait été pour lui un initiateur puissant, surtout dans la manière d'étudier et de présenter les phénomènes naturels. En somme, l'indécision et le manque de netteté de sa philosophie semblent être plutôt la faute de son temps que celle de son esprit.

Il s'élève souvent dans ses écrits jusqu'à la véritable éloquence ; mais, souvent aussi, il se laisse aller à la subtilité des distinctions, à une pointilleuse dialectique et à des détails puérils. Certainement, c'est surtout par ces défauts qu'il sut plaire aux Arabes. La mâle raison et la noble simplicité d'Hippocrate ne pouvaient séduire ces peuples, chez lesquels a toujours dominé l'imagination. Au contraire, Galien, rhéteur subtil, écrivain abondant et même prolixe, excita leur enthousiasme et captiva complétement leur esprit. Au point de vue de l'art, cette prolixité et cette abondance de détails sont des défauts qu'il serait impossible de justifier ; mais nous aurions bien mauvaise grâce à venir les lui reprocher, car ils ont eu pour nous les plus heureuses conséquences. En effet, cette exposition souvent minutieuse et cet éparpillement de petites digressions, dont la lecture est parfois fatigante, nous ont donné les moyens de connaître un grand nombre de particularités intéressantes de l'histoire générale et de la vie privée des anciens que nous aurions toujours ignorées sans cette circonstance. Aussi, ce ne sont pas les médecins seulement à qui la lecture des œuvres de Galien est profitable ; tous les hommes voués à l'érudition et désireux de bien étudier l'antiquité, sont obligés d'y avoir constamment recours ; ses livres sont une source intarissable de notions plus ou moins précises, mais indispensables pour l'étude de la philologie, de la science historique et de l'archéologie.

Il y a bien encore quelques remarques critiques à faire sur Galien. Ainsi, il a plus d'éclat que de vraie grandeur, plus de désir de briller que de bon goût : il est prétentieux et vaniteux à l'excès, quelquefois trop crédule et sans aucun ménagement pour ses adversaires. Deux actes de faiblesse, dont l'un surtout est impardonnable dans un médecin, ont entaché sa vie et son caractère : à Pergame, il a quitté le poste qu'on lui avait confié, pour fuir devant une émeute ; à Rome, il a fui devant la peste ; déplorables exemples qui, heureusement, ont été rarement imités !

Ainsi qu'on vient de le voir, avec quelques défauts, Galien avait les plus brillantes qualités. En rassemblant dans un cadre complet toute la doctrine médicale, il sut imprimer à cet ensemble systématique formé d'idées choisies parmi les meilleures dans tous les écrits de ses devanciers, un cachet d'unité qui révèle une grande puissance d'intelligence et une hauteur de vues extrêmement remarquable. La base de ce système repose sur quelques lois générales faciles à saisir, et propres, par leur simplicité, à séduire les esprits. Malgré l'impossibilité de faire entrer tous les faits médicaux dans ces lits de Procruste qu'on appelle systèmes, il n'en est pas moins vrai que l'esprit humain est toujours disposé à accepter ces théories unitaires qui expliquent d'une manière simple et facile la plupart des phénomènes observés. Ce fait psychologique est général, et nous en avons été témoin naguère, quand Brown et Broussais sont venus entraîner les générations médicales contemporaines dans les excès de leurs doctrines. Il n'est donc pas difficile de comprendre l'influence considérable et l'immense autorité que Galien a fait peser sur la médecine pendant si longtemps, lorsque surtout on ajoute que cette influence et cette autorité trouvaient un accès facile dans des esprits déjà façonnés à cette espèce de servitude par les lois théocratiques et autocratiques qui régissaient alors les peuples civilisés.

Galien, cependant, a fini par tomber dans un discrédit et dans un abandon à peu près universels ; c'est, du reste, ce qui arrive presque toujours après un engouement exagéré comme celui dont il a été l'objet pendant tant de siècles. Mais ce discrédit, il faut se hâter de le dire, a été aussi exagéré que l'avait été son autorité ; et le temps est venu de le classer comme il le mérite. Ceux qui prétendent qu'il n'y a rien de bon à prendre dans les auteurs anciens, sont tout aussi injustes que ceux qui jadis voulaient y trouver toute la science. Il est impossible à un médecin de lire le *Traité des airs, des eaux et des lieux* d'Hippocrate, ou le *Traité de l'usage des parties* de Galien, sans être enorgueilli pour notre science d'avoir de pareils ancêtres. Cette lecture est plus propre à mûrir l'expérience et à tenir en éveil la réflexion et l'esprit d'observation, que beaucoup d'études en honneur aujourd'hui et qui paraissent avoir un but plus immédiatement pratique.

Sans doute Hippocrate et Galien n'indiquent pas les moyens thérapeutiques propres à être appliqués à un cas spécial de pathologie ; et si c'est là le but essentiel du praticien, il n'a pas besoin d'aller chercher la science ailleurs que dans les formulaires dont fourmille notre littérature médicale actuelle. Mais si l'on veut connaître les bases inébranlables de l'art médical, les lois générales suivant lesquelles se développent les maladies et se modifient les constitutions, ce sont les pères de la médecine qu'il faut étudier avant tout. C'est faute de ce haut et fécond enseignement que les études d'anatomie pathologique et la précision des procédés de diagnostic si fort en honneur aujourd'hui, ont conduit tant de médecins aux angoisses du doute, aux irrésolutions et aux découragements du scep-

ticisme. Et ici qu'on ne se méprenne pas sur le sens de nos paroles : à Dieu ne plaise que nous voulions répudier les immortels travaux de Morgagni et de Laënnec ! Nous n'attaquons que l'indifférence et le mépris que beaucoup d'élèves de ces grands hommes ont affectés envers les œuvres des anciens.

Nous le disons avec une profonde conviction, même au point de vue purement pratique, les maîtres de la science antique ont été beaucoup trop délaissés. Un médecin nourri de leurs écrits sera toujours moins embarrassé devant une maladie complexe et difficile que celui qui aura borné ses études à la contemplation du cadavre.

Nous ne pousserons pas plus loin aujourd'hui cet examen et cette appréciation de Galien : la suite de l'ouvrage de M. Daremberg nous fournira l'occasion de reprendre ce sujet d'une manière moins générale.

Dr René Briau.

Manuel d'accouchement, par Antoine-Frédéric Hohl, professeur d'accouchement à l'Université de Halle ; grand in-8 de 1139 pages, avec 76 planches. Leipzig, 1855. W. Engelmann.

Ce livre, malgré son titre, n'a rien de commun, on le pense bien, avec ces déplorables manuels commis, non pour faire conquérir, mais pour surprendre des épreuves universitaires. C'est un traité théorique et pratique complet de l'art des accouchements, dans lequel l'expérience du professeur et celle du praticien se prêtent un mutuel appui et concourent dans de justes proportions à l'accomplissement de l'œuvre. On se sent bien disposé en faveur d'une entreprise dont l'auteur apprécie justement l'importance et les difficultés ; et l'on aime entendre M. Hohl dire, dès la première page, qu'il s'est attaché à éviter deux reproches : le premier, d'avoir publié un livre dès le début de sa carrière pratique ; le second, de l'avoir terminé trop tôt, bien que commencé vers la fin de cette carrière. Aussi, dans toutes les parties de l'ouvrage, l'érudition, qui marche de pair avec la pratique, est-elle tempérée et interprétée par une critique autorisée d'une expérience personnelle sûre et étendue. La quantité presque infinie de matériaux empruntés à des sources si diverses, bien possédés et mis à leur place, n'embarrasse pas la marche, et ne donne pas à certaines parties une étendue disproportionnée. Aucune disproportion ne se fait même sentir dans les sujets élucidés à d'autres époques par l'auteur. Ses monographies, même celle sur l'auscultation obstétricale, qui lui fait si justement tant d'honneur, ne débordent pas en pléthores locales. Le mérite, plus rare et d'une difficulté plus grande qu'on ne croit généralement, de puiser aux sources originales et de les indiquer avec précision, est un des caractères de la littérature scientifique allemande. Ce goût de l'érudition, il est vrai, ne s'arrête pas toujours à temps, et, dans un ouvrage didactique, on arrive facilement à la confusion, pour n'avoir rien voulu négliger. Ce reproche, qu'on fait souvent aux livres allemands, ne nous semble pas applicable à celui du savant professeur d'accouchement à l'Université de Halle. Au reste, l'ordre qu'il a suivi dans la distribution des matières, est, à quelque chose près, le même que celui de nos propres traités. Il en diffère pourtant sur quelques points que je vais soumettre au jugement du lecteur.

L'introduction, ou la première partie, outre le bassin normal et vicié, renferme des considérations sur la femme, l'exploration obstétricale, les instruments et des généralités sur les opérations obstétricales. Ce qu'il peut y avoir d'utile à dire sur la femme en général me semble trouver bien plus naturellement sa place en tête des articles *Fécondation* ou *Génération*. L'intention très logique de ne présenter au lecteur que des choses définies, et le besoin qui se reproduit à chaque instant de parler diagnostic et opérations à mesure qu'on avance, semblent légitimer la place donnée à l'exploration et à des généralités sur les opérations. Cette marche est certainement la plus fructueuse, la seule bonne dans l'enseignement clinique, où l'on n'a pas seulement à mentionner le résultat du diagnostic, mais à l'établir et à le faire établir au fur et à mesure des occasions, à poser les indications des opérations, mais à les faire devant les élèves. Nous comprenons encore qu'on suive la même marche dans l'enseignement oral ; mais dans un traité didactique elle me semble inutile et défectueuse. Il est impossible de supposer au lecteur, même à l'étudiant, s'il n'aborde l'étude des accouchements qu'à son heure, l'absence de notions élémentaires sur le diagnostic et les diverses opérations, et il n'y a pas le moindre inconvénient à poser des indications, etc., qui présupposent le diagnostic et le mode opératoire connus, tandis qu'on ne peut posséder pleinement les éléments de l'exploration obstétricale qu'après l'étude approfondie des phénomènes de la grossesse, dont elle doit être le couronnement, comme l'obstétrique opératoire est le couronnement de la dystocie. Qu'on ne s'exagère pas, du reste, la portée de ces remarques critiques : il ne s'agit, au fond, que d'éviter quelques répétitions, et de ne pas traiter deux fois le même sujet d'une manière élémentaire d'abord, puis d'une manière scientifique et pratique. Passons à l'autre point.

Une innovation dont le regrettable Dugès avait donné l'exemple parmi nous dans son *Manuel d'obstétrique*, et qui mérite d'être approuvée et encouragée, c'est d'avoir intercalé des questions de médecine légale dans les chapitres qui donnent lieu à l'application des lois. Aucune des branches de la médecine n'est formée de parties plus dissemblables et plus étrangères les unes aux autres que la médecine légale, et les médecins légistes de profession ne connaissent guère d'une manière pratique qu'une ou deux de ces branches. Aussi, ce défaut de connaissances pratiques sur des parties importantes, qui se trahit déjà dans les expositions théoriques les mieux soignées, est saisissant dans les applications. Il est de l'intérêt bien entendu de la médecine comme de la bonne administration de la justice, que des questions d'une pratique toute spéciale soient résolues par des hommes spéciaux ; et les accoucheurs, aussi bien que les aliénistes, doivent revendiquer la médecine légale qui ressort directement de leurs spécialités.

Nous nous sommes borné à signaler les traits généraux de l'ouvrage que nous recommandons à l'attention publique. Si l'espace nous le permettait, il nous serait facile, entrant dans les détails, de faire ressortir le mérite d'une foule de solutions théoriques et pratiques confirmant ou rectifiant les doctrines communes. Mais ce sont des fruits qui ne peuvent être recueillis que par la lecture même de l'ouvrage. Malheureusement, il ne peut avoir qu'un bien petit nombre de lecteurs en France. Tentera-t-il un traducteur ? Nous le désirons plus que nous ne l'espérons. Cette tâche ingrate mériterait à toute sorte de titre des encouragements qui ne lui font que trop défaut, et que nous verrions sans déplaisir s'étendre jusque sur les éditeurs. Parmi ceux-ci, quelques-uns ont justement le droit de revendiquer leur part d'honneur dans ce qui s'est fait jusqu'ici. Au contact des travailleurs de la pensée, ils ont brûlé de la même ardeur scientifique. Dès l'origine de l'imprimerie, les bons ouvrages ont trouvé des hommes qui en ont fait de beaux livres en plusieurs langues ; et une juste renommée a consacré leurs noms populaires et si chers aux véritables amis des livres. Sans doute, cette noble tradition d'honneur et de désintéressement, affaiblie mais non détruite, a sa part de gloire à revendiquer dans ces belles traductions des classiques grecs et latins qui se poursuivent de nos jours avec une louable persévérance, et qui relient plus étroitement l'antiquité aux études modernes, dans cette large initiation à l'anatomie et à la physiologie allemande, qui est venue faire circuler comme une vie nouvelle dans notre anatomie et notre physiologie. Malheureusement, un mélange impur a pris place à côté des nobles travaux, et il est pénible d'avoir à se demander si celui à qui revient la plus belle part ne la doit pas en expiation de la lourde et malsaine bibliothèque homœopathique qu'il a sur la conscience.

Dr Morpain.

VI.

VARIÉTÉS.

Inauguration de l'École préparatoire des sciences et des lettres de Nantes et rentrée de l'École de médecine. — Cette cérémonie vient d'avoir lieu dans le grand amphithéâtre de l'École des sciences, en présence de Mgr l'évêque, de M. le maire de Nantes, de M. le recteur de la

circonscription académique, MM. les inspecteurs d'Académie de Nantes et d'Angers, et MM. les directeurs des Écoles des sciences et de médecine. Une prière en latin a été récitée par Mgr Jacquemet, et des discours ont été prononcés par M. le recteur, M. le maire, et M. Achille Comte, directeur de l'École des sciences.

La seconde partie de la cérémonie a été consacrée à la rentrée de l'École de médecine de Nantes. « M. le docteur Sallion, dit le *Courrier de Nantes*, a prononcé un discours où il a reproduit les théories du *vitalisme* et do l'*organicisme*, et a conclu à l'*éclectisme*. » Après quoi les prix ont été distribués. Les lauréats sont : MM. Cuépin, Dufil, Jouon, Fillodeau, Thoinnet, Combeau, *pour la médecine;* et MM. Ribourt et Benier (Alphonse) *pour la pharmacie.*

— Par décret du 31 octobre, l'Empereur a confirmé les nominations faites à titre provisoire, dans la Légion d'honneur, par le maréchal commandant en chef l'armée d'Orient, en faveur des médecins militaires dont les noms suivent, qui se sont distingués à la prise de Sébastopol ou pendant le siége.

Officiers. — MM. les médecins principaux Malapert, Thomas, Méry, Cazalas, et les médecins majors Bourguillion, Leuret, Pastureau, Caumont.

Chevaliers. — MM. les médecins majors Carreau, Cuvillon, Moussu, Larivière, Verjus, Verdier, Didiot, Forcioli, Basselet, Pilet, Chaufour, Mérimée, et les médecins aides-majors Olhier, Tédeschi, Vernay, Cillin, Chevassu, Nuzillat, Maugis, Mignot, Savaëte, Riolacci, Dubosq, Darcy, Corne, Mouret, Herbecq, Coinard, Rollet, Renard, Bertrand, Frison, Goureau, Courbet, Gronnier, Cueury, Daga, Chapuy, Ditz, Dexpers, Rueff, Driart, Perrin, Poignet, Thomas.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Allg. Medicinische Central-Zeitung. — N°s 41 à 65. — 51. Guérison de l'emphysème vésiculaire des poumons par la gymnastique, par *Eulenberg*. — 52. Collodion corrosif, par *Macke*. — Maladies qui règnent en Crimée. — 53. Remarques sur quelques maladies do l'appareil lacrymal, par *Rau*. — Tumeur congénitale couverte de poils nombreux, située sur la limite de la cornée, par *Græfe*. — 59. État physiologique et pathologique des organes génitaux chez les Arabes. — 61. Nouveau traitement du prolapsus utérin, par *Schieffer*. — Exanthèmes aigus chez les Arabes.

Œsterreichische Zeitschrift fuer practische Heilkunde. — N°s 24 à 33. — 24. Moyens do prévenir les effets funestes des vapeurs de phosphore dans les fabriques d'allumettes chimiques (suite), par *Lorinser*. — 25. Programme du congrès scientifique et médical de Vienne en 1855. — 27 Mélange réfrigérant composé do glace et de sel de cuisine comme anesthésique local dans les opérations chirurgicales, par *Schneller*. — 28. Terminaison favorable et rare d'une plaie pénétrante do l'abdomen, par *Schneller*. — 30. Sur le choléra épidémique des enfants dans le premier âge de la vie, par *Schneller*. — 31. Inhalation de chloroforme dans un but médical, par *Helm*. — 32. Des concrétions ossouses dans les poumons, par *Nusser*.

Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie. — Août 1855. Rapports sur différentes maisons d'aliénés.

Archiv f. physiologische Heilkunde, de Vierordt. — Juin 1855. Sur le typhus abdominal, par le professeur *Thierfelder*. — Contribution à l'étude des mouvements respiratoires, par *Vierordt* et *Ludwig*. — Sur le traitement de la fissure à l'anus, par *Passavant*. — Kystes dans la muqueuse de la cavité utérine, par *E. Wagner*.

Deutsche Klinik. — N°s 26 à 35. — 27. Démonstration expérimentale de l'influence motrice du nerf grand sympathique sur les muscles volontaires, par *Remak*. — Sur la compensation centrale des effets du grand sympathique, par *le même*. — Sur l'état des muscles de l'iris sous l'influence d'une lumière tombant obliquement sur la rétine. — Sur la structure des colonnes grises de la moelle épinière des mammifères, par *le même*. — Observations qui démontrent l'action bienfaisante antispasmodique et anesthésique du chloroforme, par le professeur *Malmsten*. — 28. Observations cliniques sur le méningite cérébrale, par *Ritter v. Rittershain*. — Clinique chirurgicale du professeur *Langenbeck*: fracture oblique du fémur; raccourcissement de deux pouces; division violente du cal; guérison avec raccourcissement d'un quart de pouce. — 29. Liaison étiologique entre l'urémie et l'éclampsie des femmes enceintes et en couches, par le professeur *Litzmann*. — 30. Contribution à l'histoire de l'épisiorraphie, et considérations sur la méthode du docteur *Hüchler* pour guérir le prolapsus utérin par l'épisiorraphie, par *Simon*. — Appréciation de la myotomie sous-conjonctivale, par *Wolf*. — 34. Deux cas d'atrophie du tissu cellulaire et de la peau, par *Friedler*. — 25. Contribution à la physiologie de l'organe de l'ouïe, par *Kramer*. — Leucine et tyrosine dans le corps vivant, par *Virchow*. — Sur le pus de couleur rouge, par le professeur *Zeis*.

Deutsche Zeitschrift f. d. Staatsarzneikunde. — T. V, 2e cah. Examen médico-légal des crétins, par *Roesch*.

Medicinische Zeitung. — N°s 26 à 31. — 26. Moyens de prévenir les dangers de la circoncision, par *Kirchstein*. — 27. Imperforation de l'hymen, par *Haffner*. — 28. Remarques médicales et statistiques sur les deux capitales de la Russie. — 30. Grossesse *sine immissione membri*, par *Kirchstein*. — Inhalations de nitrate d'argent fondu dans la laryngite et l'enrouement, par *Stumpf*. — 31. Symptômes rage par suite d'influences psychiques, par *Posner*. — 31. Inhalations de chloroforme dans la pneumonie et la bronchite, par *Richter*. — 34. Nouveau mode de traitement du choléra, par *Hildebrand*. — Opération césarienne pratiquée pour la t[...] sième fois avec succès, par *Wiechel*. — Manière de conserver les sangsues. 35. Abcès urineux, par *Winkel*. — Plique polonaise, par *Fritsch*.

Monatsschrift f. Geburtskunde und Frauenkrankheiten. — Juillet. Sur la [...]mation des monstres, par *Ritgen*. — Réflexions sur la médecine légale des acc[...]chements, par *Siebold*. — Do la sécrétion muqueuse du vagin et du col do l'uté[...] par *Kœlliker* et *Scanzoni*. — Août. Statistique des opérations obstétricales du gra[...] duché de Nassau, par *Ricker*. — Considérations sur la statistique obstétricale, *Gustave Veit*, professeur à Rostock. — Recueil bibliographique. — Deuxi[...] partie sur la pathologie des déviations utérines, par *Scanzoni*.

Verhandlungen der physicalisch-medicinischen Gesellschaft in Wuerzburg. VIe vol., 1er cahier. Recherches sur l'influence qu'exerce la circulation sanguine les mouvements de l'iris et de certaines autres parties de la tête, par *Kussm*[...] — Moyen mécanique pour remplacer l'effet médical des sangsues (avec planche), par *Pfnor*. — Rapport sur les sangsues artificielles inventées W. Pfnor, de Dormstadt, par *Textor*. — Sur un cas d'hypertrophie de la lan[...] par *le même*. — Sur la vitalité et le développement des spermatozoaires, par *K*[...]*liker*. — Des kystes hydatiques multiloculaires et ulcératifs du foie, par *Virch*[...]

La Cronica de los Hospitales. — N° 18. Clinique médico-chirurgicale. — crose des os du tarse et de l'extrémité inférieure des os de la jambe; mort, *M. O.* — Sur la carie du tibia, des phalanges et sur le panaris, par *P.-T. I*[...]*tañon*. — Sur l'origine et le traitement des fièvres intermittentes, par *D.-P.*[...] *pina y Martinez*.

Bulletino delle scienze mediche (Bologno). Janvier 1855. — De la teigne, *Gamberini*. — Responsabilité des actes dans la monomanie, par *Bonucci*. — T[...]tement du choléra par l'hydrogène sulfuré, par *G. Besi*.

Gazzetta dell' Associazione medica degli Stati Sardi. — N°s 38. Cho[...] dans l'armée sarde en Crimée, par *Ravelli*. — 39. Pneumonie et ses signes lo[...] à ses diverses périodes, par *Nicolis Ignazio*. — 40. Observation d'anévrysm[...] l'aorte ventrale, par *Uberti Antonio*.

Gazzetta medica italiana (Toscano). — N°s 39. Injections comme moyen c[...]tif des tumeurs érectiles, par *G. Tempesti*. — 40. Calomel contre le choléra, *Bargellini*. — Choléra de Vignola, par *L. Tosi*.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — N° 40. Choléra du Piémont, par *G*[...] *Seraflno*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Accademia medico-chirur[...] (Torino). — 15 septembre. Choléra de Givasso, par *Pavesio*. — Opérations s[...] périostales et sous-capsulaires: guérison des maladies des os par le nitrate d'arg[...] par *Larghi*.

Il Progresso (Genova). — Septembre. Sur la prothèse de l'extrémité inférieure, *P. Arata*.

Livres nouveaux.

De la monomanie considérée sous le rapport psychologique, médical et légal, par M[...] docteur *C. Pinel*. Brochure in-8 de 86 pages. Paris, Labé.

Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies; recherches sur leur [...]ture, leur forme et leur traitement, par le docteur *Raoul Leroy* (d'Étiolles). 1 in-8 de VIII—326 pages. Paris, Victor Masson. 3 fr[...]

Instituts de médecine pratique de Jean-Baptiste Borsieri de Kanifeld, tradui[...] accompagnés d'une étude comparée du génie antique, et de l'idée moderne en [...]decine, par le docteur *Paul-Émile Chauffard*. 2 volumes grand in-8e, c[...]nant: tome Ier, de 640 pages, *Des fièvres*; tome IIe, de 540 pages, *Des mal*[...] *exanthématiques fébriles*. 1[...]

Recherches physiologiques sur la vie et la mort, par *F.-X. Bichat*. Nouvell[...]tion ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une notice sur la vie et les tr[...] de Bichat, et suivie de notes, par le docteur *Cerise*. 1 vol. gr. in-18 de XXXI—[...] pages. Paris, Victor Masson. 3 f[...]

Système de gymnastique de chambre, médicale et hygiénique, ou représentati[...] description de mouvements gymnastiques n'exigeant aucun appareil ni aide et [...]vant s'exécuter en tout temps et en tout lieu à l'usage des deux sexes et pour les âges, suivie d'applications à diverses affections, par le docteur *D.-G.-M. S*[...]*ber*, de Leipzig, médecin et chirurgien, directeur de l'Institut orthopédique et [...]dico-gymnastique, à Leipzig, traduit de l'allemand par H. Van Oordt. 1 vol. in-[...] 84 pages avec 45 figures. Paris, Victor Masson. 2 f[...]

Die Nervenwirkungen der Heilmittel (Les effets des médicaments sur les n[...] par *J. Hoppe*. 1er cahier. In-8. Leipzig, Bethmann.

Das Fieber, sein Wesen und seine Behandlung (La fièvre, sa nature et son t[...]ment), par *G. Duvernoy*. In-8. Stuttgart, Ebner et Seubert. 6[...]

Elemente der Psychiatrik (Éléments de psychiatrie), par *D.-G. Kieser*. In-8. Weber.

Grundzuege der medicinischen Acustik (Principes d'acoustique médicale) *A. Geiger*. In-8. Würzbourg, Halm.

Handbuch der physiologischen Arzneiwirkungslehre (Manuel de pharmac[...]mique physiologique), par *C. Kissel*. In-8. Tubingue, Laupp.

Ueber den Verlauf des Typhus unter dem Einflusse einer methodischen[...] lation (Sur la marche du typhus sous l'influence d'une ventilation méthodi[...] *L. Stromeyer*. Hannovre, Hahn.

Le Rédacteur en chef: A. Dechambre

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger,
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 16 NOVEMBRE 1855. — N° 46.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

— Par arrêté en date du 8 novembre, S. Exc. M. le Ministre de l'instruction publique a remis au lundi 19 du courant la séance de rentrée de la Faculté qui devait avoir lieu le jeudi 15.

— Par arrêté en date du 5 novembre 1855, M. LEDIEU, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras, est nommé de nouveau directeur de ladite École.

— Par arrêté, en date du 10 novembre 1855, un congé d'un an est accordé à M. DASSONNEVILLE, professeur de chimie et de pharmacie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Arras.

M. GOSSART, pharmacien de première classe, est chargé de suppléer M. Dassonneville pendant toute la durée du congé qui lui est accordé.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 12 novembre 1855, M. LESPÉS, docteur ès sciences, est nommé préparateur d'histoire naturelle à la Faculté des sciences de Bordeaux, en remplacement de M. Delbos, appelé à d'autres fonctions.

M. MICÉ, licencié ès sciences physiques, est nommé chef des travaux de physique et de chimie pour le service de l'enseignement des sciences appliquées dans la même Faculté.

CIRCULAIRE A MM. LES PRÉFETS.

Exercice légal de la médecine et de la pharmacie.

Monsieur le préfet, la session d'examens ouverte pendant le mois de septembre dernier, devant les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, aux termes du règlement du 23 décembre 1854, pour la réception des officiers de santé, des pharmaciens, herboristes et sages-femmes de 2e classe, est close aujourd'hui dans tous les départements. Cette session, complétée, d'ailleurs, par celles qui ont eu lieu pendant tout le cours de l'année devant les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie, a offert à tous les candidats qui se proposent d'exercer la médecine ou la pharmacie le moyen d'obtenir un titre régulier, quel que fût d'ailleurs le point de la France où ils pussent désirer s'établir.

Je ne doute pas que, conformément aux instructions contenues dans ma circulaire du 2 février dernier, vous ne vous soyez empressé de prendre les mesures nécessaires pour amener enfin la régularité la plus complète dans la position de tous les praticiens de votre département. Aucune autorisation provisoire ne saurait plus être accordée, pour quelque motif que ce soit. Tout praticien doit être muni d'un diplôme, et tout diplôme, pour être valable, doit spécifier expressément le département pour lequel il a été conféré. Si, par la circulaire précitée, j'ai cru devoir vous autoriser transitoirement, pour ménager des droits acquis et dignes d'intérêt, à valider des diplômes où cette condition essentielle avait été négligée, cette

FEUILLETON.

Exposition universelle.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE, BANDAGES, ETC.

Suite. — Voir les numéros 42 et 45, tome II.

Nous devons aujourd'hui passer en revue les bandages, les appareils orthopédiques et les lits mécaniques. Les objets de cette catégorie, les bandages surtout, sont innombrables au Palais de l'industrie, et notre embarras serait grand s'il nous fallait seulement énumérer les avantages prétendus de tous ceux qui ont été exposés ; car il n'en est pas un qui, à entendre son inventeur, n'ait été reconnu supérieur à tous les autres. A ces inventeurs, il en est dont les pompeuses réclames en faveur de produits médiocres pourraient servir de modèle aux plus hardis dentistes. On ne pourrait les signaler que pour les flétrir. Que dire, par exemple, du *bandage scientifique* du docteur Fournier (de Lempdes), permettant au praticien de *guérir et de contenir toutes sortes de hernies, quels que soient leur ancienneté, leur volume, leur gravité, et même leurs adhérences ;* du bandage *imperceptible pour hernies imperceptibles*, du même auteur ? Était-il nécessaire, pour mettre le visiteur à même de juger en connaissance de cause, que le docteur Fournier exposât, à côté de pareils trésors, sa *thèse pour sa candidature à l'Institut en remplacement du baron Larrey ?* Nous n'avons fait cette citation textuelle que pour donner à nos lecteurs un spécimen des procédés que certains industriels ne craignent pas de mettre en usage pour capter la faveur du public. Heureusement tous les bandagistes n'ont pas suivi cette voie : il en est quelques-uns qui se font remarquer par une véritable supériorité de fabrication et par l'invention de modifications ingénieuses et utiles.

Nous n'insisterons pas ici sur le mérite des bandages et appareils exposés par MM. Charrière, Mathieu et Lüer ; ces objets, qui ne paraissent que comme accessoires dans leurs vitrines, sont fabriqués par eux avec la même perfection et le même soin qu'ils apportent dans la confection de leurs instruments de chirurgie. Nous attirerons cependant l'attention sur une ceinture orthopédique à action continue de M. Charrière, sur son appareil pour le torticolis, sur le pied artificiel qu'il a exécuté d'après les idées de M. de Beaufort, et enfin sur un corset orthopédique de M. Mathieu, dans lequel des bandes élastiques remplacent heureusement les autres moyens de redresser les courbures anormales.

Parmi les bandagistes proprement dits, nous citerons en première ligne

mesure transitoire a cessé d'être applicable dès que les praticiens ont pu être appelés devant les jurys d'examens pour conquérir un nouveau litre. Il ne sera donc admis, désormais, aucune exception aux prescriptions des lois du 21 germinal et du 19 ventôse an XI, et du décret du 22 août 1854, sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie, dont l'application rigoureuse est confiée à votre vigilante sollicitude pour les intérêts si précieux de la santé publique.

Recevez, monsieur le préfet, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. FORTOUL.

Fait à Paris, le 8 novembre 1855.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 15 novembre 1855.

LES EXUTOIRES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Par quel côté aborder l'étonnant discours de M. Malgaigne? Sur quel point s'arrêter dans ce spirituel débordement d'une verve intarissable? Où est le fond réel de l'idée? Où est l'argumentation? Où le sérieux se distingue-t-il du plaisant dans cette fantaisie dont l'auteur s'amusait presque autant que l'Académie, et que lui-même coupait d'éclats de rire involontaires? M. Malgaigne avait annoncé un discours en deux points. Il devait démontrer d'abord que la révulsion des anciens ne ressemble en rien à la révulsion des modernes, et en second lieu que les modernes *n'ont pas de doctrine* en matière de révulsion. Ces deux assertions nous avaient paru, au simple énoncé, quelque peu contradictoires; car si les modernes n'ont pas de doctrine, on ne voit pas comment celle des anciens pourrait différer de la leur, non plus qu'y ressembler. Cependant il fallait voir la démonstration; mais qu'a fait l'orateur? Il a exposé d'abord les principes de la révulsion et de la dérivation d'après Hippocrate et Galien, et puis... il a salué la Compagnie. Les curieux ont été bien attrapés; mais, comme nous sommes du nombre, nous prendrons la liberté de nous en venger en disant que ce discours, si remarquable à de certains égards, si entraînant, n'est après tout qu'un syllogisme amputé de sa *mineure* et de sa *conséquence*.

Les anciens n'entendaient pas la révulsion comme nous, cela est vrai ; mais c'est qu'ils entendaient autrement que nous la pathologie tout entière. L'idée de détourner le mal, de le faire passer d'une partie sur une autre moins importante, de l'expulser du corps, est aussi ancienne que la médecine. Revêtant, dans la série des âges, la livrée des doctrines régnantes, tour à tour humorale, solidiste, mécanicienne, etc., elle a diversement théorisé ses procédés thérapeutiques et s'est proposé des fins différentes. L'humorisme lui imposait surtout des procédés d'*évacuation;* il fallait donner issue à la matière peccante, et en même temps barrer les voies qu'on supposait conduire à la partie malade. Sous l'empire du solidisme, elle visait à la *substitution;* il s'agissait de remplacer, en quelque sorte, une maladie par une autre, un travail morbide par un autre plus actif ou mieux placé, l'irritation par une autre irritation. Quand les vaisseaux s'obstruaient, que les bouches absorbantes se fermaient, il fallait bien dégorger la partie, soit par *dérivation*, soit par *déplétion* directe. Ce sont là des transformations successives, des moments d'une même idée. L'idée mère ne s'est jamais perdue ; et non-seulement elle a subsisté, mais elle est restée et *elle est encore* une des bases les plus larges et les plus solides, peut-être, de la thérapeutique. Il y a plus : la révulsion, la dérivation, la déplétion, représentent, dans les variantes de la pratique contemporaine, des vues fort analogues à celles de la médecine antique, et les motifs des dissidences n'ont pas changé essentiellement. Où cela est-il écrit ? demandera M. Malgaigne. Et nous serions tenté de lui répondre : Que nous importe? Car c'est son tort de vouloir réduire toute la doctrine et toute la pratique d'un temps à quelques lignes d'un auteur. Hippocrate n'a qu'un court aphorisme sur la révulsion; donc la révulsion était encore dans les langes. Galien s'y étend longuement, ainsi que sur la dérivation : ce n'est qu'un commentaire d'Hippocrate. Les lois de la révulsion et de la dérivation sont passées sous silence dans certains traités classiques; c'est qu'on n'en connaît rien, ou qu'on n'y croit pas. Eh bien ! ce procédé historique n'a qu'un faux-semblant d'exactitude. Il y a grande apparence que les commères ont inventé la révulsion avant Hippocrate. Galien ne faisait que résumer, en les imprégnant de son génie propre, les idées dominantes de son temps; et de nos jours, la doctrine de la révulsion pourrait se déduire aisément de la pratique universelle, puisqu'elle s'applique *quotidiennement*, pour employer un mot qui a joué un rôle dans la discussion. Il ne faut pas faire aussi bon marché de la tradition. La tradition atteste la perpétuité de la médication révulsive; c'est presque en attester l'efficacité; et, pour nous, le résultat d'une observation séculaire, c'est-à-dire de milliers d'observations,

M. Béchard, dont les bandages herniaires, simples et élégants, présentent une finesse qui permet de les dissimuler sous les vêtements.

Plusieurs fabricants ont exposé des bandages dont la pelote est rendue mobile de différentes manières sur le ressort. Ainsi M. Pouillet se sert de pelotes dont on peut varier à volonté le degré d'inclinaison. M. Bertschinger (Suisse) a obtenu le même effet au moyen d'une crémaillère. M. Biondetti (de Turin) a disposé la pelote de ses bandages de manière à rendre possibles l'allongement ou le raccourcissement du collet qui la supporte. Toutes ces modifications nous paraissent sans intérêt, attendu que le bandage qui maintient convenablement une hernie est toujours le même pour chaque individu. M. Wikham a imaginé un instrument pour mesurer la force des bandages ; cette évaluation, qui peut intéresser le bandagiste lui-même, est complétement inutile au point de vue du malade, car la puissance que doit posséder un bandage dépend toujours de conditions individuelles difficiles à apprécier, et ne peut être précisée que par une série de tâtonnements.

Quant aux pelotes elles-mêmes, elles ont été faites de substances très diverses : on a employé la laine, le crin, l'ivoire, le liége; pour leur donner de l'élasticité, on a placé dans leur intérieur un ressort en boudin, on les a distendues par de l'air, et enfin, dans ces derniers temps, on les a faites de caoutchouc. Les pelotes élastiques n'ont pas les qualités qu'on est tenté de leur attribuer au premier abord ; elles peuvent avoir des avantages quand il s'agit de hernies très faciles à maintenir; mais dans tous les autres cas, les pelotes dures sont indispensables. Les pelotes de caoutchouc ont, en outre, l'inconvénient de se ramollir considérablement à la chaleur du corps, et de perdre ainsi en grande partie leur pouvoir contentif. Les bandages à régulateur de MM. Biondetti, qui permettent, d'après ce que nous avons pu voir, d'augmenter ou de diminuer à volonté la convexité de la pelote, nous paraissent une modification dénuée d'intérêt pratique, en raison des motifs indiqués plus haut.

Si nous avons trouvé peu d'innovations, et d'innovations heureuses surtout, dans la fabrication des bandages herniaires, les ceintures hypogastriques nous montrent une uniformité bien plus grande encore : c'est partout le même mécanisme, avec de simples variétés d'ornementation et d'exécution. Il n'en est pas de même des appareils, exposés en grand nombre, pour le redressement des difformités de la taille et des pieds. Voici ce que nous avons observé à cet égard. Les corsets mécaniques ordinaires, ou ceintures à inclinaison, se composent : 1° d'une ceinture qui se fixe solidement sur le bassin ; 2° d'une tige métallique médiane, s'élevant de la partie postérieure de la ceinture, susceptible de recevoir divers de-

est préférable à ces calculs numériques par lesquels on voudrait prouver qu'on ne guérit pas dans un cas, parce qu'on a échoué dans un autre, et qu'on n'éteint pas une lumière en soufflant dessus, parce qu'on n'y réussit pas à tout coup. Mais on a beau dire, la doctrine de la révulsion et de la dérivation est formulée en maint endroit. M. Malgaigne en sait quelque chose, puisqu'il a cité les cinq préceptes de Barthez. Il les a cités pour faire rire l'Académie, et l'Académie a ri en effet. Mais rire n'est pas prouver ; rire de Barthez n'est digne, ni de l'Académie, ni de M. Malgaigne, ni surtout de Barthez lui-même.

Sous les formes de langage propres au milieu médical, qu'est-ce, en réalité, que cette si plaisante *épispase* de Montpellier, dont F. Bérard, M. Lordat et les esprits les plus distingués de l'École se sont faits les commentateurs? Que signifie-t-elle en thérapeutique? Elle signifie qu'une partie du corps étant dans un état fluxionnaire, il convient, tantôt de produire une *révulsion* plus ou moins loin de la partie malade, à l'aide de sinapismes, pédiluves, vésicatoires, cautères, purgatifs, etc.; tantôt de provoquer une *dérivation*, en appliquant les moyens *attractifs*, notamment les soustractions sanguines locales près de la partie malade, ou une *évacuation* directe, en les appliquant sur l'organe fluxionné ; tantôt enfin de ramener la fluxion d'une partie actuellement affectée sur une autre qui l'était auparavant. Si M. Malgaigne veut consulter un bon exposé de ces doctrines, il n'a qu'à ouvrir une thèse de concours pour l'agrégation, publiée cette année même par M. Louis Saurel, rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. A Paris, les exposés dogmatiques sont d'un goût moins général; mais on en trouve suffisamment pour constater la permanence de la doctrine, ne serait-ce que dans les dictionnaires, spécialement dans le *Grand dictionnaire des sciences médicales*, que nous soupçonnons fort l'orateur d'avoir parcouru. Et en dehors des dictionnaires, est-ce que les traités de pathologie ne recommandent pas perpétuellement l'emploi des moyens *révulsifs?* Est-ce que la presse médicale ne cherche pas de temps à autre à établir les règles de la médication? témoin un article récent de M. Mattei dans la *Gazette des hôpitaux*. Est-ce que les oculistes, qui ne veulent pas du séton, ne purgent pas pour *révulser* l'ophthalmie, ne posent pas des sangsues aux tempes pour la *dériver*, ne rappellent pas une affection herpétique dont la disparition a coïncidé avec l'explosion de la maladie oculaire? Ils préfèrent un mode de révulsion ou de dérivation à un autre, voilà tout ; mais la révulsion et la dérivation, ils l'admettent et l'appliquent parfaitement. Et M. Malgaigne lui-même a-t-il une pratique bien différente de celle-là, et, si elle en diffère, y aurait-il indiscrétion à demander en quoi elle consiste?

Notez qu'il ne s'agit pas, pour le moment, de décider si tous les préceptes de Barthez et de F. Bérard sont également fondés, ni si ceux de la médecine parisienne sont rigoureusement conformes à ceux de Montpellier. Il est certain que les deux écoles, ne se faisant pas la même idée de l'origine et de la cause efficiente des maladies, peuvent et doivent interpréter différemment le phénomène de la révulsion; mais toutes deux se rencontrent dans l'intention commune de produire un mouvement pathologique qui en domine un autre et le suspende. Qu'on attaque les doctrines, qu'on les déclare insuffisantes ou fausses, qu'on combatte celle du Nord par celle du Midi, c'est le droit de M. Malgaigne; mais il n'est pas autorisé à dire qu'elles n'existent pas.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU SIÉGE RÉEL ET PRIMITIF DES VARICES DU MEMBRE INFÉRIEUR, par le docteur Ar. VERNEUIL, agrégé de la Faculté (1).

Je me propose de soumettre à l'Académie un court chapitre extrait de recherches entreprises depuis longtemps sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie du système veineux. Ce chapitre a trait à un point de l'anatomie pathologique des varices. C'est à l'amphithéâtre et à l'hôpital que je l'ai écrit; j'espère qu'à ce double titre il sera l'objet de votre bienveillance.

C'est en étudiant plus complétement qu'on ne l'avait fait jusqu'ici la longue histoire de la cure radicale de la phlébectasie que j'ai été conduit à étudier de nouveau les lésions anatomiques qui la caractérisent (2). J'avais été frappé de la divergence extrême des opinions sur les causes, le mécanisme et jusqu'au siége des varices. J'avais vu les uns, comme Everard Home, Rima (de Venise), MM. Regnoli et Ranzi, attribuer principalement leur apparition à un mouvement rétrograde, à une sorte de reflux du sang veineux, favorisé plus ou moins par une insuffisance valvulaire ou un obstacle dû aux an-

(1) Les points principaux de ce travail ont été lus à l'Académie de médecine ; mais on trouvera ici des développements plus étendus et la discussion des propositions énoncées d'une manière sommaire dans la communication académique.

(2) *Des varices et de leur traitement* (Revue de thérapeutique médico-chirurgicale de Martin-Lauzer. 1854-1855).

grés d'inclinaison, et destinée à servir de point d'appui à des courroies qui entourent la poitrine en passant sur les convexités pathologiques. Ces courroies, en général, produisent une gêne de la respiration qui les rend souvent difficiles à supporter; elles exercent chez les jeunes personnes, si fréquemment affectées de déviations de la taille, une compression pénible sur les seins. Ce sont ces inconvénients qu'on a cherché à éviter dans la disposition suivante : de la tige spinale partent des plaques métalliques susceptibles de tourner autour d'elle, et exerçant sur la convexité des courbures à redresser, au moyen d'une crémaillère, une pression directe. Trois corsets conçus dans ces vues, et très analogues quant à l'exécution, ont été exposés par MM. Béchard, Biondetti père et fils, et Bonnels.

Le docteur Langgard (Hambourg), dont tous les visiteurs ont admiré les beaux appareils orthopédiques, après beaucoup d'essais ayant pour but essentiel de remédier à la torsion sur son axe que subit la colonne vertébrale lorsqu'elle se déforme, est arrivé à un mécanisme peu différent du précédent; il y a ajouté une pelote destinée à réduire graduellement la subluxation de la clavicule qui accompagne souvent ces lésions. L'appareil du docteur Langgard, qui dirige avec beaucoup de succès un établissement près de Hambourg, remplit parfaitement toutes les indications; sa bonne exécution et sa légèreté le recommandent encore à l'intérêt des praticiens. M. Biondetti (de Turin) a formé la tige d'acier de ses corsets de plusieurs pièces articulées les unes sur les autres, ce qui permet de lui donner divers degrés de courbure.

En même temps qu'on repousse les convexités thoraciques, et que, par là, on agit sur la torsion de la colonne au niveau des courbures, on cherche généralement à relever l'épaule devenue la plus déclive par le fait de l'inclinaison, et cela au moyen d'une tige latérale qui, prenant son point fixe en bas, sur la ceinture pelvienne, se termine en haut par un croissant qui repousse l'aisselle. Les appareils construits d'après ce système seulement peuvent suffire dans certaines déviations légères. Ils n'agissent, il est vrai, que sur l'*inclinaison*; mais le retour de la colonne à la rectitude, ou mieux, son inclinaison en sens inverse de la difformité, fait disparaître à la longue les courbures qui n'étaient que consécutives, et qui n'avaient lieu que pour balancer l'effet de l'inclinaison vicieuse et ramener le corps à la position d'équilibre.

Quant aux lits orthopédiques, ceux dits *à extension* et qui agissaient sur la colonne par traction directe, on y a renoncé presque universellement. M. Jules Guérin redresse les courbures par un appareil à extension sigmoïde ; M. Valérius a imaginé un corset-lit, appareil parfaitement rembourré, qui embrasse les trois quarts de la circonférence du

neaux aponévrotiques; les autres invoquer surtout, avec les anciens, Boyer, et plus récemment M. Herapath (de Bristol), un obstacle à la circulation en retour.

Tandis que certains auteurs accordaient beaucoup d'importance aux causes mécaniques, d'autres, comme Chaussier, Delpech, Bordeu, niaient presque complétement cette influence, mise en doute également par M. Briquet.

Il était facile de constater encore que la plupart des chirurgiens, même ceux qui ont traité souvent la phlébectasie, n'abordaient point ces questions fondamentales et se contentaient d'énumérer avec plus ou moins de concision, la banale série des causes déterminantes et prédisposantes, et d'invoquer vaguement la pesanteur ou des dispositions anatomiques équivoques sans chercher même à préciser leur véritable action.

On comprend combien il importe de connaître l'origine, le siége, les causes, les lésions d'une maladie, pour en tenter la cure. Comment saisir, en effet, les indications thérapeutiques, comment choisir et appliquer convenablement les méthodes et les procédés en l'absence de ces données préliminaires? Aussi, comme on le comprendra, tout a été livré au hasard, et c'est à peine si j'ai pu remarquer qu'un chirurgien, inventeur de telle ou telle opération, se soit jamais préoccupé de savoir si sa pratique convenait à tous les cas, et si la méthode de son voisin ne trouverait pas son utilité dans telle ou telle circonstance.

Qu'arrivait-il alors? c'est que les résultats les plus dissemblables étaient fournis par le même procédé appliqué à tous les cas indistinctement. Étant donnés trois malades traités par la ligature, la cautérisation, les épingles, ou tout autre procédé, on pouvait observer chez l'un une insuffisance complète de l'opération, chez l'autre un bon résultat au moins temporaire, chez le troisième une aggravation très notable et très prompte du mal.

Ces contradictions, ces divergences, ne s'observent pas seulement dans les résultats opératoires, mais bien, on ne peut le dissimuler, dans l'histoire entière de la maladie. Une blessure accidentelle de la saphène interne peut amener la dilatation des veines sous-cutanées; une section de la même veine, faite par le chirurgien, peut guérir cette dilatation. Tandis que les veines deviennent parfois variqueuses à la suite d'un érysipèle, d'une phlébite, d'un phlegmon, ou de toute autre inflammation superficielle ou profonde, les varices doivent parfois leur guérison à une phlébite, à une inflammation, provoquées ou spontanées. On accuse la compression de la veine saphène de produire les varices: Colles (de Dublin) les guérit en comprimant cette même veine au pli de l'aine.

Il y a des malades qui portent des varices énormes sans s'en apercevoir; d'autres, avec quelques vaisseaux serpentins sous-cutanés presque insignifiants, sont presque condamnés au repos. La marche aggrave les douleurs et la gêne dans les mouvements chez beaucoup de malades; j'ai trouvé ou recueilli, pour ma part, des observations où tout le contraire avait lieu; c'était la station prolongée ou la position assise qui était insupportables, la marche seule amenant du soulagement.

Tel malade a de l'œdème, tel autre des ulcères, tel autre enfin des hémorrhagies; d'autres sujets n'éprouvent jamais ces accidents quoique chez eux les dilatations veineuses soient au moins aussi développées. De telle sorte qu'il n'est peut-être pas une seule maladie qui présente plus de variétés, plus de contrastes, plus de dispositions dissemblables et contradictoires. Or, il est évident que toutes ces différences ont des causes, et l'on est en droit de s'étonner que la presque totalité de ces différences soient restées absolument sans explication.

Malgré cette diversité, n'est-il pas aussi surprenant de voir le grand chapitre des varices des membres inférieurs écrit d'une seule pièce, sans divisions secondaires, sans formation de catégories, de genres et d'espèces? Comme essais de ce genre, je ne connais guère que la distinction classique des varices de la jambe en celles de la saphène interne et celles de la saphène externe, et l'établissement de variétés anatomiques établies sur ce que les vaisseaux sont uniformément élargis, serpentins ou dilatés latéralement.

Depuis la remarquable thèse de M. Briquet, qui date de plus de trente ans (1823) et si l'on en excepte quelques travaux de MM. Andral, Huguier et Laugier, il n'y a pas eu un seul travail d'anatomie pathologique sur le sujet présent, pas une discussion complète, pas un renseignement nouveau; il semble qu'on ait cru que le dernier mot était dit.

On s'explique jusqu'à un certain point comment on a négligé de disséquer complétement les varices. Quand celles-ci sont peu développées elles déterminent peu de gêne, et les chirurgiens ne s'en occupent pas. Quand elles sont plus considérables, elles font saillie sous la peau, et dès lors on croit pouvoir les étudier suffisamment à travers le tégument, et il semble que l'exploration à l'œil instruit aussi bien que le scalpel; ce qui est une erreur.

J'ai donc eu la curiosité de voir ce qui se passait réellement sous cette peau, et j'ai disséqué des varices. J'ai examiné tous les cas qui se sont présentés à moi aussi bien quand le membre était tout couvert de bosselures que lorsqu'il présentait à peine quelques vaisseaux anormaux. Je puis même dire que l'étude de ces cas légers m'a plus appris sur le mécanisme de la formation et sur l'origine du mal que les cas les plus compliqués.

J'ai eu ensuite l'idée bien naturelle d'étudier comparativement les veines profondes et j'ai recueilli sur ce point des documents intéressants. Il est bien entendu que j'avais préalablement examiné attentivement la disposition normale des vaisseaux superficiels et profonds. Ce qui m'a convaincu que l'étude de ces derniers, même à l'état normal, était loin d'être faite sur divers points.

J'ai employé pour ces recherches tous les procédés d'amphithéâtre et en particulier les injections solidifiables les plus variées, faites de haut en bas, de bas en haut, des veines superficielles aux veines profondes, et réciproquement, afin de bien constater les dis-

---

tronc du malade, et dont les diverses parties reçoivent des inclinaisons variées par le moyen de vis de rappel. Le tabouret mécanique de M. Poullien agit comme un lit à extension: c'est un tabouret ordinaire muni de deux montants qui repoussent les épaules en haut.

On trouve au Palais de l'exposition de nombreux appareils pour les pieds bots. A juger d'après les moules en plâtre qu'il a exposés, M. Clere, directeur de l'établissement orthopédique de Dijon, paraît obtenir de très bons résultats en se servant d'un appareil assez compliqué et à brisures multiples. Mais il faut rappeler ici, d'une manière générale, que, dans le traitement des pieds bots, surtout, une bonne partie du succès doit être rapportée aux soins attentifs qu'on prodigue au patient, à la surveillance active à laquelle on soumet le membre malade, à la manière dont on sait dissiper les moindres rougeurs, qui se reproduisent inévitablement sous l'influence de la pression. En prenant toutes les précautions convenables, il est possible d'arriver à de bons résultats, même avec des appareils fort imparfaits. Nous nous souviendrons toujours d'avoir vu, au début de nos études médicales, un modeste praticien de la province procurer des guérisons surprenantes, et cela en n'employant qu'un mécanisme fort simple; mais il appliquait toujours lui-même ses appareils; il les défaisait souvent deux, trois fois par jour; il pratiquait, à la semelle de cuir qu'il employait, un trou correspondant aux points où la peau comprimée menaçait de s'enflammer, et les soustrayait ainsi à toute pression, jusqu'à ce qu'ils fussent revenus à l'état normal, et ainsi de suite.

La vitrine de M. Langgard nous présente deux appareils, l'un pour pieds bots équins, l'autre pour pieds varus, qui ne laissent rien à désirer. Le dernier, qui exigeait le plus de complications, consiste en une bottine munie en dedans d'une crémaillère produisant les mouvements d'extension et de flexion du pied. En arrière, une vis sans fin fait tourner le pied autour de son axe longitudinal; une autre vis produit l'abaissement du talon; en dehors, enfin, une pelote destinée à exercer sur le pied une pression directe dont l'intensité peut être graduée. Cet appareil est d'une exécution très remarquable, et, malgré les mouvements variés dont il est susceptible, il est d'une grande légèreté.

Nous regrettons vivement que M. Kjölstad (de Christiania) ne nous ait pas envoyé l'appareil au moyen duquel ont été obtenus les beaux résultats reproduits dans des pièces en plâtre que nous avons trouvées dans l'Annexe des machines.

Les membres artificiels sont arrivés, de nos jours, à un grand degré de perfection; il suffit, pour s'en assurer, d'examiner ceux qui ont été exposés par MM. Charrière, Bonnels, Grossmuth (Angleterre), Angiolini et

positions de l'appareil valvulaire et des nombreux canaux anastomotiques.

J'en suis arrivé à ma vingt et unième dissection complète de membres variqueux ; j'y ai consacré plus de six mois d'un travail assidu. Je le dis pour indiquer que les résultats que j'annonce ne peuvent être considérés comme exceptionnels et dus au hasard, et que toute la réflexion nécessaire y a présidé.

Ces résultats ont une apparence très paradoxale ; ils prouvent le contraire de tout ce qui a été admis jusqu'à présent. J'en ai été tellement surpris à l'origine, que j'ai cru tout d'abord à des écarts insolites de la règle commune ; depuis, ils se sont constamment vérifiés. Mais j'ai pris soin de les faire constater jour par jour par les anatomistes compétents et les chirurgiens distingués qui hantent l'école pratique ; je citerai entre autres MM. Malgaigne, Denonvilliers, Jarjavay, Robin, Gosselin, Führer, agrégé d'Iéna, Broca, Follin, Houël, Denucé, Foucher, Trélat, Boullard, Rouget, plusieurs internes distingués, etc., etc. Les pièces fraîches ont été présentées, pour la plupart, à la Société de biologie. Enfin, un grand nombre d'entre elles sont conservées et déposées au musée Dupuytren, où chacun pourra les voir et où j'en ferai volontiers la démonstration.

On pourra par là juger de l'authenticité et de la valeur des faits que j'avance.

Ce travail est surtout destiné à établir le siége anatomique primitif et réel des varices des membres inférieurs ; il comprendra trois propositions fondamentales que je vais d'abord énoncer :

1° Les varices des membres inférieurs n'affectent aucune prédilection pour le côté gauche.

2° Elles ne débutent jamais, lorsqu'elles sont spontanées, par le tronc de la saphène interne, mais bien par les branches secondaires et anastomotiques. La saphène elle-même reste souvent normale, plus souvent encore s'atrophie au moins à la jambe, quand le membre tout entier est couvert de dilatations veineuses.

3° Loin d'être rares, les varices profondes sont plus communes que les varices sous-cutanées.

Voici ce que la dissection pure et simple démontre tout d'abord ; mais on ne peut s'empêcher d'en tirer immédiatement les corollaires suivants quand on a les pièces sous les yeux.

1° Le siége primitif réel de la phlébectasie réside dans les veines profondes. C'est sur elles d'abord que porte la dilatation par des raisons que l'anatomie et la physiologie rendent péremptoires ; de là elle se propage dans les veines sous-cutanées.

Cette propagation se fait par les diverses espèces de voies anastomotiques étendues des veines superficielles aux veines profondes.

2° Les veines intramusculaires, l'anneau du soléaire et les anneaux aponévrotiques musculaires jouent un rôle initial considérable dans la production de la maladie.

3° En second lieu prend place l'insuffisance valvulaire dont l'importance est également très majeure.

Ces dernières propositions, quoique entièrement liées aux précédentes, ont un rapport direct avec l'étiologie ; elles ne seron donc point développées dans cet article.

1° De la prétendue fréquence des varices du côté gauche.

La plupart des auteurs modernes admettent que les varices siégent beaucoup plus fréquemment à la jambe gauche qu'à la jambe droite. Il n'est pas facile de savoir précisément à qui l'on doit attribuer la naturalisation dans la science de cette assertion manifestement erronée. J'ai lu un bon nombre d'auteurs du siècle dernier sans l'y trouver mentionnée. Mais dans tous les cas, elle a cours, et il est piquant qu'on ait cru en trouver une explication très satisfaisante dans l'anatomie elle-même.

Voici comment, je le suppose, l'erreur a pris naissance. Il paraît que Pouteau (1) avait constaté la plus grande fréquence des ulcères de la jambe du côté gauche ; Richerand partageait cet avis, que viennent encore confirmer les statistiques de Parent-Duchâtelet, de Blandin, d'A. Bérard et de M. Philippe Boyer (2).

Il paraît de plus que Pouteau avait attribué le fait à la compression exercée sur la veine iliaque gauche par l'S iliaque du côlon distendue souvent par des matières fécales endurcies. Richerand, à la vérité, rejetait l'explication de Pouteau et lui en substituait une autre tout aussi hypothétique : c'était la débilité comparative du membre gauche (3).

Il y avait donc un fait vrai et des interprétations douteuses. La théorie de la compression exercée par l'S iliaque fit son chemin. Les vaisseaux spermatiques du côté gauche passent également par là et sont soumis à cette funeste influence qui « doit, à la vérité, d'après Richerand, rendre plus fréquents les varicocèles, cirsocèles, hydrocèles, sarcocèles du côté gauche. » Le varicocèle est certainement très commun à gauche, mais la prédominance des autres maladies organiques du scrotum pour ce même côté n'est guère prouvée, la compression des vaisseaux spermatiques ne l'est nullement. Voici donc encore un fait vrai, puis des rapprochements contestables et une théorie tout à fait gratuite.

Le varicocèle et les varices des jambes ont des analogies incon-

(1) Par suite d'une bien regrettable coutume, les auteurs citent à chaque instant, sans indiquer les sources bibliographiques. Chacun a reproduit l'opinion de Pouteau sans dire où il l'avait prise. Je n'ai pas eu le courage, à la vérité, de relire les quatre volumes des *Œuvres de Pouteau* pour y rechercher le passage en question ; mais j'ai cependant consacré un jour entier à les feuilleter sans être assez heureux pour le trouver. Même insuccès pour constater le rôle que Pouteau faisait jouer à l'S iliaque. Lisfranc, de son côté, réclame la priorité pour cette idée malencontreuse, et Blandin la lui conteste sans preuve. Dupuytren invoquait la même cause s'il ne la revendiquait pas. C'est un dédale dont on ne peut sortir, et qui n'est pas de nature à nous rendre confiants dans l'érudition de nos prédécesseurs. (Voir Lisfranc, *Clinique de la Pitié*, t. Ier, p. 508 ; Blandin, *Dictionnaire en quinze volumes*, article ULCÈRES ; Dupuytren, *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 250.)

(2) Voir Sappey, *De l'ulcération et des ulcères*, thèse de concours. Paris, 1847, p. 19. Philippe Boyer, *Traitement des ulcères de la jambe* (*Gazette médicale de Paris*, 1841 ; *Compendium de chirurgie*, t. Ier, p. 562).

(3) *Nosographie chirurgicale*, t. Ier, p. 127.

Mori (Toscane), Biondetti (Piémont), Pfister (Prusse), Bertschiger, Cansolles (Espagne). Quelques-uns d'entre eux présentent à la fois un mécanisme fort ingénieux et une grande légèreté qui n'ôte rien à la solidité.

M. Blanc (de Lyon) est le mécanicien ingénieux qui a fabriqué, sur les indications de M. Bonnet, les machines destinées à combattre les fausses ankyloses et les rétractions musculaires. Ces machines sont simples et bien appropriées au but que se proposait l'éminent chirurgien de Lyon.

Les appareils de caoutchouc vulcanisé de M. Galante, fabriqués d'après les idées de M. Gariel, méritent une mention spéciale : ce sont des suspensoirs, des pessaires à air, des bas élastiques.

N'oublions pas M. Lasserre, ce fabricant consciencieux, connu de tous les chirurgiens pour l'excellence de ses sondes, bougies et autres instruments de gomme élastique. Avouons toutefois que l'Angleterre nous offre, sous ce rapport, des produits qui les valent au moins : ce sont les sondes en gomme et en huile de lin desséchée exposées par M. Walsh, et admirables de perfection.

Ce serait presque de l'ingratitude que de passer sous silence l'irrigateur du docteur Éguisier, qui rend tant de services au médecin et au malade, et qui, aujourd'hui, a complétement détrôné tous les autres appareils en usage avant lui.

Quelque lecteur nous saura gré, peut-être, de lui signaler un petit meuble qui nous a paru appelé à un grand succès : c'est un petit clysopompe de voyage, du volume d'une tabatière, imaginé par M. Thier, et dont le prix ne dépasse pas 10 francs.

Le nombre des lits mécaniques *pour malades* est assez considérable à l'Exposition. Le plus simple, sans contredit, est celui de M. Gros-Vivant (de Dijon) que nous avons vu employer avec beaucoup d'avantage à l'Hôtel-Dieu : il consiste en un châssis de bois garni de sangles, qu'on applique sur un lit ordinaire, et qu'on soulève au moyen de cordages partant des quatre coins du châssis pour se réfléchir sur une poulie placée au plafond.

L'Espagne nous a envoyé un modèle de lit mécanique également assez simple, en ce sens qu'il est disposé de manière à s'adapter à un lit ordinaire. C'est une espèce de cadre ou de charpente de fer dont on entoure ce dernier, et qui est destinée à donner des points fixes aux cordages qui servent à soulever le malade.

Le *lit à eau* du docteur Arnott consiste en une caisse rectangulaire de bois, remplie d'eau, et sur laquelle flotte, séparé par une toile imperméable non tendue, un simple sommier qui reçoit le malade : on comprend aisément que nul autre système ne remplit aussi bien la condition

testables; il s'agit de lésions analogues dans deux parties d'un même système; les rapprocher plus intimement par leurs causes était tentant. On n'y manqua pas; et d'ailleurs, comme les varices et les ulcères des jambes ont des rapports intimes de cause à effet, il fut facile d'avancer, sans se donner la peine d'y regarder, que puisque le varicocèle et les ulcères étaient plus communs à gauche qu'à droite; puisqu'ils étaient causés par l'S iliaque du côlon, les varices des jambes devaient reconnaître la même cause et, par conséquent, être beaucoup plus communes à gauche; car elles avaient des affinités avec le varicocèle; car elles coïncidaient souvent avec des ulcères; car la veine iliaque gauche était, elle aussi, comprimée. C'est sans doute ce qui fait que Dupuytren, qui a probablement contribué pour sa part à propager l'erreur, se contente de dire: « La fréquence des varices et des ulcères variqueux à la jambe gauche a été souvent constatée » (1).

Comme il suffisait de compter pour voir que tout ceci était inexact, on peut affirmer que les auteurs que je viens de citer n'ont jamais eu l'idée de compter sur un nombre de variqueux donné combien l'étaient à droite et combien à gauche; on a préféré construire avec de minces matériaux un grand échafaudage; on décore du nom d'esprits élevés et ingénieux ceux qui se servent de ce procédé scientifique (2).

En 1823, M. Briquet, dans un travail très justement estimé, avait réfuté, par l'observation et le raisonnement, l'assertion en litige. D'accord avec Bordeu, Chaussier, Béclard, Delpech, Samuel Cooper, il trouvait qu'on avait fait la part trop large aux causes mécaniques de la phlébectasie, et il cherchait ailleurs les véritables causes du mal (3). Voici ce qu'on lit à la page 16 de sa thèse: « La maladie affecte le plus souvent les deux jambes, mais habituellement à un degré inégal; d'autres fois il n'y a qu'un seul membre qui soit variqueux; sur les cas que j'ai notés, je trouve que la phlébectasie est seule ou bien plus considérable (4), 15 fois à droite, 13 fois à gauche. »

Malgré cette réfutation si catégorique, déduite non pas du raisonnement, mais de l'observation directe, on continue, comme devant, à répéter que les varices sont plus communes à gauche. Je ne reviendrais pas sur cette erreur si elle était radicalement détruite; mais je vois bien qu'il faut appuyer l'opinion si exacte de M. Briquet avec des chiffres plus nombreux et des arguments nouveaux et décisifs.

(1) *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 250.

(2) Je ne parle pas ici des rapports entre la veine iliaque primitive gauche et l'artère du même nom, cause également invoquée dans le même but. J'y reviendrai en parlant de l'étiologie des varices.

(3) *De la phlébectasie*, thèse de Paris, 1823. L'auteur s'élève contre les causes mécaniques admises à son époque. Il les rejette pour la plupart; il a raison. Cependant j'espère démontrer que ces causes mécaniques existent, mais seulement dans un tout autre point que dans l'abdomen, et qu'elles agissent tout différemment que l'S iliaque du côlon ou les artères iliaques.

(4) Ce mot « bien plus considérable » implique que les deux membres étaient atteints, ce qui diminue encore la proportion des varices unilatérales.

J'ai colligé 100 observations prises au hasard (1) dans les auteurs, et voici le résultat:

Varices doubles	. . . .	30 fois.
Varices unilatérales à droite	. . .	36
— — à gauche	. . .	34

Voici un premier document que tout le monde aurait pu recueillir, et qui à lui seul suffirait pour démontrer ce qu'il faut penser de la prédilection des varices pour le côté gauche et des fameuses causes mécaniques qui ont joui d'une si grande faveur.

J'ai recueilli 12 observations sur le vivant. Chez 8 sujets les varices étaient doubles; des 4 autres 3 avaient des varices unilatérales à droite, 1 seul n'en portait qu'à gauche.

J'ai disséqué avec soin les varices sur 13 sujets; 9 d'entre eux en portaient aux deux membres, 4 semblaient n'en avoir que d'un côté; deux fois c'était à droite, deux fois à gauche (2).

Lorsque les varices sont doubles, elles sont souvent inégalement développées. L'avantage n'est pas encore pour le côté gauche. Je n'ai pas un nombre de chiffres assez considérable pour conclure très sûrement (3); mais j'invoque ce fait incontestable que, lorsque des varices siégent aux deux membres, elles s'accroissent surtout du côté qui agit le plus, on pourrait croire que si les causes mécaniques qui siégent dans l'abdomen n'engendrent pas elles-mêmes les varices à gauche, au moins elles tendent à augmenter la gêne de ce côté et accroissent la maladie; il n'en est rien. L'apparition plus ou moins précoce, le développement plus ou moins rapide des varices sur l'un des membres chez les sujets où la phlebectasie est double est soumis à d'autres influences.

Les chiffres que je viens de fournir, pris dans les auteurs, et même ceux que j'ai fournis, ne méritent qu'une confiance relative, et ils sont encore imparfaits, comme je vais chercher à le démontrer.

Il résulte, en effet, des recherches de M. Briquet et des miennes que la phlébectasie atteint le plus ordinairement les deux membres; la proportion des varices doubles aux varices unilatérales, dans le tableau des observations prises dans les auteurs n'est cependant que de 30/100 (4).

Dans les 20 observations que j'ai recueillies, j'ai trouvé une proportion beaucoup plus notable, à savoir, 12 sur 20 ou 60 pour

(1) J'ai pris ces faits dans Everard Home, Brodie, Daval, les *Mémoires* de MM. Desgranges et Valette de Lyon, puis çà et là dans les recueils. J'aurais pu les multiplier beaucoup, mais je me suis abstenu, car ils ne traduisent pas encore la vérité, par des raisons que je donnerai plus loin. J'ai préféré m'en tenir à un compte rond qui déjà frappe l'esprit.

(2) En réunissant mes 25 observations, j'arrive au résultat suivant: Varices doubles, 17; droite, 5; gauche, 3. Mais là encore n'est pas la vérité.

Si maintenant je réunis les varices unilatérales de tous ces tableaux, j'en compte 106 cas, dont 56 à droite, 50 à gauche.

(3) Sur dix-huit cas de varices doubles où le développement inégal a été noté, je trouve que douze fois la prédominance était pour le côté droit. Il y a déjà là quelque chose de frappant.

(4) Il est fâcheux que M. Briquet n'ait pas donné de chiffres précis, et qu'il se soit contenté de dire que la maladie *affecte le plus souvent les deux côtés*.

---

de répartir également sur tous les points de la base de sustentation la pression produite par le poids du malade.

Le lit de M. Damoiseau (d'Alençon) est fait d'après un mécanisme analogue à celui de M. *Gros*. Il a l'avantage de ne point nécessiter un point fixe au plafond, étant muni de quatre colonnes surmontées de poulies de renvoi; en tournant une seule manivelle, on enlève le malade. Ce lit peut servir aussi à pratiquer l'extension continue dans les cas de fracture. M. Bressant Gallard (d'Amboise) so souvenant de la manière dont on décharge les bâtiments dans nos ports, a imaginé d'appliquer les mêmes moyens au soulagement des malades; à cet effet, il a adapté à son lit mécanique une véritable grue, facile à mouvoir sur ses tourillons, et grâce à laquelle rien n'est plus aisé que de soulever un malade, de le sortir de son lit, pour le déposer sur un fauteuil, dans un bain, ou sur un autre lit.

M. Hammer, de Vienne (Autriche), a exposé deux lits à extension faits avec un grand luxe, et qui pourraient donner de bons résultats; mais leur complication et leur prix élevé empêcheront qu'on les emploie souvent. Nous avons examiné avec plus de plaisir un lit à opérations en fonte, du même fabricant, dont l'élégance, la bonne disposition et la solidité, sont de nature à contenter les plus difficiles; malheureusement ce lit est marqué 400 florins.

Quelques mots enfin, avant de terminer, sur l'appareil de M. Tabarié pour administrer des bains d'air comprimé. C'est une espèce de guérite de métal, agréablement décorée à l'intérieur, dans laquelle le malade trouve un excellent fauteuil, et peut se livrer commodément à la lecture, pendant qu'au dehors on s'occupe de le guérir. L'air est refoulé dans l'appareil par une pompe aspirante et foulante. Toutes les dispositions sont prises pour assurer à cet air un renouvellement convenable, pour en mesurer exactement la pression, et pour en modifier la température suivant les circonstances ou les goûts du malade. Nous rendrons compte prochainement des résultats que M. Tabarié a déjà obtenus au moyen de cet appareil.

Marc Sée.

100. Ce désaccord est facile à expliquer. Dans un bon nombre d'observations que j'ai colligées dans les auteurs, on ne s'occupe que du traitement et l'on se contente de signaler le membre sur lequel on a opéré, le membre, par conséquent, sur lequel la phlébectasie était très manifeste, sans prendre soin de dire si des varices légères existaient du côté opposé. Il y a là une négligence d'observation dans laquelle tout le premier je suis tombé à l'origine de mes recherches et de mes dissections. Lorsque je trouvais à l'amphithéâtre un sujet affecté de varices, je me contentais de prendre le membre qui paraissait atteint, et je n'examinais pas l'autre jambe. Or, je notais les varices tantôt à droite, tantôt à gauche. Depuis j'ai procédé d'une autre manière, et je ne négligeai plus le double examen. Or, dans six observations consécutives, j'ai trouvé des varices aux deux membres. Dans deux cas, elles étaient également prononcées à droite et à gauche ; dans deux autres cas, le membre droit était plus affecté ; dans les deux derniers, enfin, le côté gauche était de beaucoup le plus avancé. Le résultat sur ces deux sujets a une importance beaucoup plus considérable que les précédents, et voici pourquoi. Avant la dissection et avant l'injection, un seul membre paraissait affecté : c'était le gauche. Si je m'étais contenté d'examiner superficiellement, j'aurais compté ces deux faits à l'appui de l'opinion vulgaire. Mais l'injection m'a montré : 1° que les membres droits offraient déjà quelques vestiges de dilatation sous-cutanée ; 2° qu'ils étaient — et j'appelle sur ce point l'attention — qu'ils étaient déjà affectés de varices profondes à un degré aussi avancé que les membres du côté opposé.

La phlébectasie était donc manifestement double ; seulement, comme cela est fort commun, elle était inégalement développée ; elle était plus développée à gauche et portait à la fois sur les veines superficielles et sur les veines profondes ; à droite, ces dernières étaient fort dilatées ; les premières, au contraire, commençaient seulement, et dans des points circonscrits, à devenir variqueuses. L'altération y était même si peu développée que sans l'injection elle aurait pu passer inaperçue. Il en eût été de même sur le vivant si une couche de tissu cellulo-graisseux avait masqué l'exploration des vaisseaux superficiels.

On sait que dans les maladies qui affectent spontanément les organes symétriques, il est rare que les deux côtés soient pris en même temps et au même degré. Je n'ai qu'à citer pour exemple la cataracte, les hernies ; les varices sont dans le même cas. Il ne faut donc pas se hâter de conclure à la prédilection que le mal affecte pour un côté avant d'avoir examiné attentivement l'autre, et, avant de chercher des causes prédisposantes plus ou moins équivoques, il convient de savoir si le côté sain, lors du premier examen, ne sera pas envahi plus tard.

On peut, en effet, en lisant quelques observations de varices publiées ou en en recueillant de nouvelles, mais sur des sujets qui portent la maladie depuis de longues années, s'assurer que l'envahissement des deux membres a eu lieu, à des époques très diverses : chez un certain nombre d'individus, les varices existaient d'un seul côté, à droite ou à gauche, depuis plusieurs années, quand l'autre membre a été envahi. Il en est de même du développement ultérieur quand les deux membres sont affectés ; tantôt les progrès sont plus manifestes d'un côté, tantôt de l'autre. On a vu, par les chiffres précédemment cités, que sur 18 observations de phlébectasie double, avec développement inégal, 12 fois la prédominance était pour le côté droit, 6 fois seulement pour le côté gauche. Les nombres seraient certainement plus forts si l'on avait exactement noté tous les cas de varices doubles.

Je crois pouvoir affirmer que lorsqu'on a cherché à apprécier le côté où la phlébectasie se montrait le plus souvent, on n'a pas fait entrer en ligne de compte la donnée fondamentale que j'établis.

Le résultat des chiffres précédents est encore frappé de stérilité par ce fait que je mets en lumière, en vertu duquel les veines profondes peuvent être variqueuses sans que les superficielles le soient.

Je suppose donc qu'un malade soit affecté de varices spontanées et superficielles du côté droit seulement : il est possible que du côté gauche les veines profondes soient déjà dilatées, ou le deviennent bientôt. Je crois donc qu'ici encore j'apporte un élément nouveau dans la discussion du siége primitif de la phlébectasie.

Je dois signaler encore une autre circonstance qui frappe de nullité les statistiques qu'on établirait aujourd'hui sur les faits publiés : La dilatation des veines peut être spontanée ; mais dans un certain nombre de cas elle succède aussi à des lésions purement accidentelles ; une plaie de la saphène, une tumeur de la cuisse, une luxation du genou, une phlébite suite de contusions ou survenue spontanément, des ulcères, etc., sont autant de causes qui peuvent devenir l'occasion d'une dilatation veineuse d'abord circonscrite et qui, avec le temps, peut envahir une grande étendue du membre ; il existe un nombre assez notable de cas de ce genre. Il est bien évident que ces lésions, tout à fait fortuites, peuvent porter aussi bien sur un membre que sur l'autre ; il est clair aussi que les causes prédisposantes générales qu'on invoque en faveur du côté gauche, par exemple, n'ont rien à faire ici, et que c'est uniquement le côté où portera la blessure ou la contusion qui sera plus tard le siége des varices. Or, avant de ranger un fait dans le tableau statistique, il faudra, de toute nécessité, tenir compte de la cause déterminante ; si, sur un relevé de 20 cas de phlébectasie du côté gauche, il y a cinq cas, je suppose, qui ont succédé à des lésions traumatiques ou à des phlébites ou à des ulcères, ces cinq cas ne prouveraient rien pour établir la prédisposition des varices pour le côté gauche.

Comme beaucoup d'observations restent muettes sur l'étiologie de la maladie, on doit toujours songer à la possibilité d'un début accidentel et, par conséquent, être très réservé dans les corollaires tirés des chiffres. En compulsant ceux des faits où les varices n'affectaient qu'un seul côté, j'ai constaté que souvent on notait le point de départ traumatique, et que, sous ce rapport nouveau, il n'y avait point de prédilection marquée pour le côté gauche.

En voyant, du reste, le rôle important qu'on a fait jouer à des compressions imaginaires, je n'ai pu m'empêcher de penser à tout ce qu'on avait invoqué pour expliquer la fréquence des hernies à droite jusqu'au moment où, séparant les hernies suite d'effort des hernies spontanées, on a prouvé que celles-ci siégeaient ordinairement sur les deux côtés, sinon sur un plus grand nombre d'ouvertures abdominales, ce qui indiquait clairement que la seule chose qui, en telle occurrence, distinguait le côté droit consistait dans une dilatation un peu plus précoce et plus prononcée des anneaux.

En résumé, les varices accidentelles occupent ordinairement un seul membre, mais sans plus de prédilection que les lésions traumatiques ne sauraient en affecter pour le côté droit ou pour le côté gauche.

Les varices spontanées atteignent, dans la presque totalité des cas, les deux membres abdominaux, mais ordinairement à des époques inégales et à divers degrés. Peut-être deviennent-elles apparentes du côté gauche d'une manière un peu précoce ; mais, au bout d'un certain temps, quand les deux membres sont envahis, c'est surtout le côté droit qui présente les veines les plus développées. Cela a une raison que je ne me propose pas d'étudier ici.

La discussion qui précède me paraît donc justifier ma première proposition avec les développements suivants :

1° Les varices spontanées n'offrent aucune prédilection pour le côté gauche.

2° Elles portent, dans la majorité des cas, sur les deux membres à la fois.

3° Elles n'y apparaissent pas toujours simultanément, mais s'y trouvent le plus souvent lorsque le mal remonte à une époque assez éloignée.

4° Elles peuvent n'exister d'un côté qu'à l'état latent (varices profondes), tandis qu'elles seront déjà bien visibles de l'autre (varices superficielles).

5° Les varices accidentelles sont ordinairement unilatérales ; le côté qu'elles occupent est ordinairement subordonné au lieu d'application de la cause fortuite qui les a engendrées.

(La suite prochainement.)

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

L'utilité des exutoires à action prolongée est mise en cause à l'Académie de médecine, et à peu près entièrement contestée par quelques orateurs ; et chose remarquable, alors qu'il s'agit d'une médication si communément employée, les faits probants semblent manquer. Permettez-moi de vous apporter, en faveur des longues suppurations, toute une série d'observations presque identiques. C'est plus qu'une statistique, car tous les faits, sans exception, ont témoigné en faveur de la même médication, uniformément employée sur des sujets, il est vrai, placés dans des conditions pareilles d'âge, de sexe, de genre de vie et d'affection.

En 1851, 1852, 1853 surtout, un grand nombre de militaires s'arrêtaient à l'hôpital d'Avignon, revenant d'Afrique, et renvoyés en France pour y trouver la guérison de fièvres intermittentes rebelles, déclarées depuis quinze mois au moins. Tous présentaient à peu près le même tableau morbide : face pâle, terreuse, légèrement bouffie; peau du corps d'un blanc mat, plombée, molle et sèche, ne paraissant contenir en circulation que des sucs aqueux; les yeux un peu fixes et ternes ; lèvres décolorées; bouche sèche et comme sablonneuse, au sentiment du malade ; langue d'ailleurs humide et blanche ; pouls petit, un peu rapide et régulier; ventre tuméfié, renfermant ordinairement un peu de sérosité épanchée ; enflure médiocre du bas de la jambe et des pieds; enfin, dans l'hypochondre et le flanc gauches, une rate énorme, soulevant et distendant souvent la peau, paraissant atteindre et même dépasser quelquefois le volume d'une tête d'enfant de deux ans. On la limitait parfaitement, au toucher, sur son bord interne et inférieur ; la percussion nous donnait ses limites supérieures; il était ainsi facile de la circonscrire par un trait de plume, ce que nous fîmes surtout lorsque nous eûmes reconnu la médication locale qui convenait à cet état. Tous ces soldats nous racontaient à peu près la même histoire : depuis un an, ou plus, les accès de fièvre, soit quotidienne, soit tierce, ne les avaient, pour ainsi dire, plus quittés ; ils obtenaient par le sulfate de quinine un répit qui variait de dix à quinze jours, ou vingt jours au plus, mais rarement ce dernier terme ; et puis la fièvre revenait aussi forte ; encore du sulfate de quinine, et ainsi de suite, en sorte que la plupart avaient consommé des doses énormes de ce fébrifuge.

Je crus qu'une médication tonique, basée principalement sur le fer et l'extrait de quinquina, l'usage abondant du lait, une bonne alimentation, le long repos au lit, et surtout le changement de climat, la soustraction de ces malades aux causes morbifiques d'Afrique, suffiraient pour m'assurer contre le retour si fréquent de ces fièvres, et qu'une amélioration dans l'état général des malades se manifesterait promptement.

Il n'en fut rien ; la fièvre revint avec la même opiniâtreté. J'employai plusieurs médications ; j'essayai surtout le quinquina jaune en poudre, après m'être assuré de sa bonté; je l'administrai suivant la pratique du siècle passé, à la dose d'une once, et allai en décroissant pendant huit jours.

Rien n'y fit ; la fièvre ne céda pas pour plus de temps, la rate conserva le même volume, l'aspect général resta aussi profondément anémique et altéré.

Après avoir suffisamment temporisé sans meilleur résultat, je pensai que l'affection de la rate était la cause principale de ces retours de fièvre, qu'elle entretenait l'anémie extrême de ces malades, qu'elle dominait enfin tous les autres symptômes et les médications employées, et que, centre de l'appel morbide, c'estâ elle qu'il fallait m'adrseer.

Produit de la fièvre, l'engorgement hypertrophique de la rate était devenu, à son tour, cause de la fièvre. Mes raisonnements à ce sujet auraient donc à pou près satisfait M. Piorry ; j'espère que la pratique à laquelle je me décidai aurait aussi obtenu son approbation. Je limitai le contour de ces rates, et, avec la plume, fixai la place de trois, quatre ou cinq cautères, suivant les cas, en recommandant toujours qu'ils fussent larges et profonds.

Le résultat dépassa mon attente ; je le résume en peu de mots :

Dès que la suppuration commença à être établie, l'aspect des malades changea ; les yeux reprirent de l'expression et de l'éclat ; la peau recouvra peu à peu la teinte brune et colorée de nos soldats ; l'appétit se réveilla vivement ; l'envie de fumer reparut; la fièvre s'éloigna de plus en plus. En même temps que les accès se faisaient très rares, chacun était très notablement diminué, si bien même que plusieurs malades refusaient d'y voir un véritable retour de fièvre ; une faible dose de sulfate de quinine l'enrayait solidement. Enfin, après un ou deux légers retours, la guérison définitive paraissait établie, et des malades quittèrent l'hôpital sans avoir eu de nouveaux accès depuis trois mois. La rate diminua progressivement de volume, et quelquefois même avait entièrement repris après deux ou trois mois son volume et sa position normales. J'employai dès lors cette pratique sur tous les militaires qui revenaient d'Afrique dans l'état que j'ai décrit ci-dessus, et l'amélioration, à part de légères différences, se manifesta de même franche et rapide chez tous. Lorsque l'état général, moins gravement dessiné, et la rate moins volumineuse, me laissaient espérer qu'un vif coup de fouet suffirait à ranimer les forces et à échauffer la tuméfaction splénique, j'appliquai sur toute la région correspondante au viscère engorgé un très large vésicatoire ; je fis saupoudrer, avec un gramme de sulfate de quinine, le premier pansement qui fut appliqué ainsi sur le derme dénudé. Le résultat fut souvent décisif, et la résolution prompte dans l'hypochondre gauche.

Tous ces faits furent très saillants, et frappèrent fortement les internes de service. L'un d'eux, M. Mazel, en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de Montpellier, et a donné dans tous leurs détails un grand nombre d'observations relatives à cette méthode de traiter les fièvres intermittentes rebelles, avec cachexie, engorgement persistant de la rate. Il qualifie cette méthode de nouvelle, quoique je doute qu'il fût fondé à le faire.

Ces faits ne sont-ils pas confirmatifs de la médication par les exutoires ? Ces résultats peuvent-ils être contestés ? Vous en jugerez, cher confrère ; pour moi, acteur et spectateur attentif, j'affirme avec conviction que la guérison, dans ces cas, ne peut être attribuée à d'autres causes qu'à la médication dérivative employée. Je ne pense pas même qu'aucun autre traitement eût pu remplacer celui-là dans son efficacité.

Il y aurait bien des réflexions à faire à l'occasion de ces faits cliniques ; on en pourrait certainement déduire des indications et des règles d'emploi, relatives aux longues suppurations comme méthode thérapeutique ; mais mon but aujourd'hui n'est autre que de vous apporter, dans une courte note, un témoignage de la puissance de ces agents médicateurs.

Agréez, mon cher et honoré confrère, l'assurance, etc.,

Em. Chauffard,
Médecin de l'hôpital d'Avignon.

Observations physiologiques sur la voix humaine.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Monsieur le Rédacteur,

La traduction française du mémoire de M. Garcia (*Proceedings of the Royal Society*, t. VII, n° 13) n'ayant été tirée qu'à un très petit nombre d'exemplaires, permettez-moi d'en signaler ici les points principaux aux lecteurs de la *Gazette hebdomadaire*.

Ce n'est pas la première fois que M. Garcia soulève des questions intéressantes sur la physiologie de la voix. Déjà, en 1841, cet éminent professeur de chant fit à l'Institut plusieurs communications, qui furent l'objet d'un rapport très favorable.

Les nouvelles observations de M. Garcia, faites directement sur le larynx humain, viennent de jeter une vive lumière sur les parties les plus difficiles de l'histoire de la phonation.

M. Garcia a la faculté de supporter, dans le pharynx et à l'isthme du gosier, le contact prolongé de corps étrangers, sans que cela provoque chez lui des efforts de vomissement. Il a donc pu, en portant un miroir dans le pharynx, l'y maintenir de manière à recevoir l'image de la glotte, qu'il éclaire au moyen d'un second miroir placé extérieurement.

Lorsque M. Garcia se fait observer par une autre personne, il emploie un miroir réflecteur percé d'une petite ouverture, suffisante pour que l'œil de l'observateur, sans gêner les effets lumineux, puisse suivre les phénomènes laryngiens reflétés sur le miroir placé dans le pharynx.

A l'aide de cet appareil fort simple, M. Garcia a pu contempler tous les phénomènes laryngiens, et varier les expériences de manière à atteindre une grande certitude dans les résultats.

Sans reproduire ici l'ensemble des observations qu'il a faites, j'en citerai une que j'ai du reste vérifiée moi-même sur le larynx de M. Garcia, et qui est relative aux changements de registre.

Lorsque j'appelai l'attention sur les replis supérieurs de la glotte, il y a quelques années, je fus surtout déterminé à leur donner une grande importance, par la considération spéciale des oiseaux, chez lesquels les replis acquièrent un grand développement. J'avais, depuis, reconnu que les replis inférieurs sont, pour chaque registre, les organes essentiels. Or, les observations directes sur le larynx humain ne laissent plus aucun doute à cet égard. Les replis supérieurs ont une influence incontestable sur le timbre. Mais le changement des registres tient à des modifications caractéristiques dans le jeu des replis inférieurs. Ceux-ci, en effet, pour la production des sons, se rapprochent de deux manières.

En prenant deux cas bien tranchés, celui de l'émission de la note $^{do}_{3}$ en registre dit de poitrine, et celui de la note $^{do}_{4}$ en registre de tête, on voit la glotte passer par deux états bien différents. Dans le premier, les replis se regardent par leur face inférieure, et vibrent dans toute leur profondeur ; dans le second, les replis ne se regardent que par le bord, tandis que, sur les côtés, les replis relâchés sont légèrement soulevés par la poussée de l'air.

Ces deux états, si distincts de tous les intermédiaires, permettent immédiatement d'apprécier toutes les différences dans la nature des sons, et je renvoie d'ailleurs au mémoire de M. Garcia pour toutes les autres observations. Je terminerai, néanmoins, par une citation relative à l'anatomie des muscles thyro-aryténoïdiens et crico-aryténoïdiens latéraux, qui, en rectifiant la description de ces muscles, vient expliquer d'une manière très nette les phénomènes relatifs aux changements de registre et aux modifications des tons.

Voici la description que donne M. Garcia.

« Si l'on détache une des moitiés du cartilage thyroïde, on découvre une large surface musculaire à fibres obliques qui remplit tout l'espace compris entre l'aryténoïde et le thyroïde. A la partie supérieure se trouve le muscle assez grêle qui correspond aux ligaments vocaux supérieurs. Après l'avoir enlevé, toutes les fibres que présente la surface musculaire semblent partir de deux centres opposés : la face antérieure de l'aryténoïde et l'angle rentrant du thyroïde. Ces centres, placés aux extrémités d'une diagonale, envoient leurs fibres les unes vers les autres, parallèlement.

» Celles qui partent de la face antérieure de l'aryténoïde descendent obliquement ; les plus extérieures vont s'insérer au bord du cricoïde qu'elles recouvrent sur le côté, dans sa moitié postérieure ; les plus internes, à la membrane vocale (1) qu'elles recouvrent sur tous les points, hors la partie crico-thyroïdienne.

» Les fibres qui partent de l'angle rentrant du thyroïde remontent, les unes obliquement du thyroïde au sommet de l'aryténoïde ; les autres vont, en divergeant, former les parois des ventricules, et souvent même se perdre dans les replis aryténo-épiglottiques et jusque sous l'épiglotte (2). Si l'on enlève toute la surface musculaire par couches successives du dehors au dedans, on arrive à un faisceau épais de fibres tout à fait horizontales qui doublent la face externe du ligament vocal et qui se rendent de l'apophyse antérieure de l'aryténoïde à l'angle rentrant du thyroïde (3). Ce faisceau est recouvert, à sa moitié postérieure, par le muscle crico-aryténoïdien latéral, et, à sa moitié antérieure, par les fibres divergentes qui partent du thyroïde. Si on l'enlève à son tour par couches successives, on voit que les fibres n'en sont pas toutes de même longueur ; les longues disparaissent d'abord et sont suivies de fibres toujours plus courtes à mesure qu'elles forment des couches plus internes, mais qui toutes partent de la cavité antérieure de l'aryténoïde et vont successivement se terminer à des points plus éloignés du ligament vocal, suivant qu'elles sont plus longues ; d'où il résulte que ce faisceau horizontal est plus épais à l'arrière qu'à l'avant.

» Ainsi donc, le ligament vocal et la membrane qui lui fait suite, lieux où s'engendrent les sons vocaux de toute nature, sont sous l'action directe des fibres qui partent de la cavité antérieure de l'aryténoïde : le ligament, sous l'action du faisceau horizontal ; la membrane, sous celle des fibres obliques. Les fibres divergentes qui partent du thyroïde, n'ayant d'action que sur les tendons vocaux supérieurs et sur les replis, paraissent ne devoir modifier que les timbres et le volume de la voix.

» L'arrangement remarquable que présentent les fibres que nous venons d'examiner nous permet déjà d'expliquer un fait fondamental, l'élévation de la voix. Les fibres du faisceau horizontal, étant superposées par couches verticales de plus en plus longues, au fur et à mesure qu'elles sont plus extérieures, étendent graduellement leur action à des portions plus antérieures des bords de la glotte, diminuent la longueur de sa partie vibrante et en accroissent la tension et la rapidité des mouvements. Le muscle crico-aryténoïdien latéral, par une disposition analogue de ses fibres, tend et soulève la membrane vocale dans des parties aussi de plus en plus antérieures, amincit les ligaments au moment où ils se mettent en contact, et par suite augmente leur mobilité.

» Nous verrons plus loin que le mouvement de rotation que les fibres externes du muscle crico-aryténoïdien latéral impriment à l'aryténoïde en donnant de la profondeur aux membranes vocales, présente un obstacle à l'entier développement de ces procédés et occasionne la production du registre de poitrine.

» Le muscle crico-thyroïdien est au contraire un auxiliaire puissant pour l'élévation de la voix. Ce muscle, qui fait à la fois descendre le thyroïde vers le cricoïde et le porte un peu en avant, détermine une tension mécanique non-seulement du tendon vocal, mais encore de la membrane entière. Le rapprochement des cartilages, dont on peut se rendre compte par le toucher, devient surtout prononcé lorsque la glotte interligamenteuse produit seule les sons ; ce qui a lieu, comme nous l'avons vu, à partir des notes $^{do}_{3}$ #, $^{ré}_{3}$, pour le registre de poitrine, et une octave au-dessus pour celui de tête ; avec cette différence pourtant que ce dernier détermine un rapprochement plus vif et plus complet.

» Voyons maintenant ce que les sensations éprouvées à l'organe peuvent nous apprendre. Lorsqu'on émet un son de poitrine, la moindre attention fait distinguer à la partie postérieure de la glotte un *pincement* qui est d'autant plus vigoureux que les notes produites sont plus élevées. Le pincement semble être formé par des *surfaces étendues*, et peut devenir très pénible, tandis que les sons de fausset, fussent-ils plus élevés que ceux de poitrine, font éprouver, par comparaison, un grand soulagement à la même place, et les surfaces de contact semblent s'être *amincies*.

Si nous rapprochons ces sensations des diverses remarques que nous a fournies en dernier lieu l'examen des muscles, nous pourrons déterminer le mécanisme particulier à chaque registre. En effet, après que les muscles aryténoïdiens ont réuni les cartilages aryténoïdes et fermé la glotte, la voix prendra deux caractères bien différents ; je dis plus, elle s'établira dans des régions fort éloignées l'une de l'autre, et fera entendre le registre de poitrine, celui de fausset ou celui de tête, suivant que les fibres externes du muscle crico-aryténoïdien latéral rempliront un rôle actif, ou qu'elles resteront à l'état passif. Le muscle crico-aryténoïdien latéral, dont les fibres aboutissent d'un côté à la membrane vocale et de l'autre au cricoïde, remplit deux fonctions distinctes : par la première, comme nous l'avons vu, il soulève et amincit la membrane vocale ; par la seconde, il imprime au cartilage un mouvement de rotation qui amène les apophyses à un contact profond.

» Or, ce contact profond des apophyses, qui persiste lors même qu'elles ne sont plus engagées dans les pulsations et que celles-ci s'accomplissent exclusivement par les tendons, donne aux membranes vocales une tension profonde qui en élargit la surface de contact, et, comme conséquence nécessaire, augmente la résistance qu'elles opposent à l'air. C'est à l'étendue de cette résistance que nous attribuons l'ampleur et la puissance que possède en particulier le registre de poitrine, comme aussi la profondeur du diapason qui le caractérise. L'effet de cette résistance est tel que les battements de la glotte cessent de se produire, même dans les voix de ténor les plus élevées, au moins une octave au-dessous des notes de tête des soprani ordinaires.

» Lorsque, au contraire, les fibres externes du muscle crico-aryténoïdien latéral demeurent à l'état passif, on produit le registre de fausset. Les lèvres de la glotte, que tendent les fibres horizontales, s'entrechoquent par des bords formés à la fois des ligaments et des apophyses, et offrent peu de résistance à l'air. De là proviennent la grande perte de cet agent et la mollesse ordinaire des sons qu'elles font entendre.

(1) Pour plus de clarté, nous désignerons sous le nom de *membrane vocale* la partie de la membrane qui va du bas du ligament vocal au bord du cartilage cricoïde, c'est-à-dire les ligaments crico-thyroïdiens latéraux.

(2) Ces fibres font partie du muscle thyro-aryténoïdien. On pourrait se demander si ce nom est bien approprié. Assez souvent un faisceau de forme conique part du bord inférieur et latéral du thyroïde, et se porte aux ligaments crico-thyroïdiens latéraux. L'action de ce faisceau, semblable à celle des fibres internes du crico-aryténoïdien latéral, contribue à tendre les ligaments auxquels il aboutit.

(3) Autre portion du muscle thyro-aryténoïdien.

» Mais aussitôt que l'on arrive aux sons $do_4\#$, $ré_4$, les battements s'exécutent exclusivement par les ligaments, et l'on passe au registre de *tête*. Il est certain, comme on peut l'en inférer du mouvement des lèvres de la glotte, qu'alors la membrane vocale est soulevée et amincie, et par conséquent que les fibres internes qui s'y rattachent se contractent ; mais nous croyons que les fibres externes, qui pourraient faire obstacle à ce mouvement, restent dans l'inaction. Alors aussi a lieu la tension très prononcée qu'opère sur les ligaments vocaux le muscle crico-thyroïdien, et qui ajoute un surcroît de rapidité à leurs mouvements.

» Ainsi donc, sous l'empire du registre de poitrine, les ligaments vocaux sont tendus et entrent en contact dans toute la profondeur de l'apophyse antérieure de l'aryténoïde, tandis que, sous l'influence du registre de fausset, ce sont les bords seuls de ces ligaments qui se tendent et se touchent (1). »

Tels sont les points principaux du mémoire de M. Garcia, dont la lecture est d'ailleurs indispensable aux personnes qui s'intéressent à ces questions. A. SECOND.

NOTE. Il faudrait lire et méditer le mémoire tout entier de M. Garcia pour pouvoir saisir et apprécier l'ensemble des notions qu'une étude anatomique aussi approfondie lui a révélées.

Quant à l'ingénieuse expérience par laquelle il a pu *voir* la glotte en fonction, j'espère bien, à mon tour, être prochainement en mesure de la répéter moi-même.

Mais, en attendant, je me bornerai à faire observer que, de l'aveu même de M. Garcia, — à l'autorité duquel M. Segond paraît s'en référer, — les cordes vocales inférieures sont les organes essentiels de la production de l'un et de l'autre registre, les cordes supérieures n'ayant d'influence que sur le timbre, et peut-être sur le volume du son.

Quoique le sujet demande à être éclairé par des expériences plutôt que par des interprétations de texte, je voudrais qu'il me fût encore permis de constater que, d'après M. Garcia, les ligaments vocaux vibrent dans toute leur profondeur, lorsqu'on chante en voix de poitrine ; tandis que, pendant un son de fausset, ces mêmes replis ont leurs côtés relâchés et ne sont tendus que par leurs bords.

Ainsi donc : génération des divers registres, des sons vocaux de toute nature dans un seul et même lieu ; puis, durant le fausset, tension particulière, et pas de vibration signalée des bords des cordes vocales, telles sont les données acquises à la physiologie par suite des nouvelles recherches de M. Garcia.

Y a-t-il dans ces faits quelque chose qui empêche d'admettre la théorie dans laquelle le mécanisme du fausset est ainsi expliqué : « Pour donner les sons de fausset, la glotte se place dans un état tel, que les cordes vocales ne puissent plus vibrer à la manière d'une anche ; elles représentent alors l'ouverture d'une flûte, et c'est l'air qui vibre en se brisant contre elles. » Loin de démentir cette théorie, les faits rapportés par M. Garcia nous semblent, au contraire, en les tenant pour exacts, lui prêter un appui des plus solides.

P. DIDAY.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

CHIMIE ET ZOOLOGIE. — *Recherches sur la composition des muscles dans la série des animaux*, par MM. *Valenciennes* et *Fremy*. — Après avoir constaté l'existence de la *créatine*, découverte par M. Chevreul, celle de l'acide *inosique* et de la *créatinine*, signalée par M. Liebig, les auteurs du mémoire insistent sur la présence d'un *phosphate acide de potasse* ($KO, 2HO, PhO^5$), qui donne aux muscles leur acidité, et sur celle d'un acide azoté et phosphoré analogue à l'*acide oléo-phosphorique* de la substance cérébrale, et qui, comme cet acide, produit aussi, en se combinant avec la soude, la matière grasse phosphorée du tissu musculaire. Enfin, ils se sont assurés que la substance des mollusques était identique avec la *taurine*, découverte par Gmélin dans la bile des vertébrés ; d'où il résulterait que la *taurine* ne prend pas toujours naissance dans le foie, et qu'elle est peut-être beaucoup plus abondante dans l'organisation animale qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent.

ÉCONOMIE DOMESTIQUE ET HYGIÈNE. — *Analyses comparatives des viandes salées d'Amérique*, par M. *Girardin*, de Rouen. — Des faits et des observations consignés dans son Mémoire, l'auteur tire les conclusions suivantes :

« 1° Le bœuf salé d'Amérique, bien que plus riche en azote et en acide phosphorique que la viande de boucherie à 75 pour 100 d'eau, et bien qu'offrant une quantité presque double de ces principes pour le même prix, constitue néanmoins un aliment beaucoup moins succulent, agréable et savoureux, et, par ces motifs, il ne peut fournir une aussi bonne alimentation que la viande fraîche.

» 2° Le lard salé d'Amérique est bien inférieur, sous tous les rapports, au lard du pays, et son usage entraîne une perte notable pour le consommateur.

3° Nos populations ont renoncé à l'emploi des viandes salées d'Amérique, non par suite de préjugés, d'idées fausses ou de caprice irréfléchi, mais à la suite d'une expérimentation de plusieurs mois et par des motifs sérieux que nous approuvons.

» 4° Il est utile de porter ces faits à la connaissance des spéculateurs, afin qu'ils avisent aux moyens de nous procurer les viandes d'Amérique sous un autre état et dans des conditions meilleures, qui permettent de les substituer à la viande de boucherie, dont la cherté toujours croissante menace de jeter la perturbation dans le régime alimentaire de la population des villes et des classes ouvrières. »

CHIRURGIE. — Lettre de M. *Bonnet* à M. *Velpeau*, en lui adressant, pour le présenter à l'Académie, un mémoire sur l'hydrophthalmie et son traitement par l'injection iodée, mémoire rédigé par M. Chavanne. — Dans cette lettre, M. Bonnet annonce qu'il a fait jusqu'à présent deux applications de l'injection iodée dans l'hydrophthalmie.

La première ne produisit aucun résultat favorable, à cause d'une mélanose cancéreuse latente au début, et manifeste plus tard.

Dans le second cas, qui était simple, le résultat a été parfaitement semblable à celui que l'on observe dans l'hydrocèle : à une inflammation de quelques jours a succédé un état stationnaire, puis une atrophie graduelle de l'œil, qui, au bout de cinq mois, était réduit à un noyau opaque et enfoncé dans l'orbite.

Le liquide, qui distend l'œil et en augmente le volume, est séreux, et il s'écoule à travers un très petit trocart aussi aisément que celui de l'hydrocèle. Comme ce dernier, il contient de l'albumine, et se coagule par les acides et la chaleur : caractères chimiques qui le séparent de l'humeur vitrée, qui contient, d'après Berzelius, moins de deux millièmes d'albumine, et que la chaleur ne rend pas opaque.

Ces faits démontrent que l'hydrophthalmie est bien une sécrétion séreuse remplaçant les liquides normaux de l'œil. Semblable aux hydropisies locales des autres parties du corps, elle réclame dès lors les mêmes traitements.

M. *Cloquet* présente au nom de M. *Decaisne*, chirurgien militaire belge, un exemplaire de l'ouvrage qu'il vient de publier *sur les moyens d'éviter les amputations et les résections osseuses*. L'auteur s'élève avec raison contre la conduite de certains chirurgiens qui ne s'attachent qu'à la maladie locale et au manuel opératoire, sans tenir compte du diagnostic général, des complications diverses, des contre-indications, et qui opèrent dans des cas où ils auraient dû s'en abstenir.

M. Decaisne indique et précise les nombreux moyens hygiéniques, pharmaceutiques et topiques, qu'on doit mettre en usage, pour éviter d'en venir à de si graves opérations, qu'on doit employer seulement lorsqu'il s'agit de sauver la vie du malade, et que toutes les ressources de l'art ont été épuisées.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics transmet à l'Académie :

— Deux recettes propres à guérir le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*)

2. Communications de : — *a*, M. le docteur *Barret*, de Carpentras

(1) J. Müller (*Manuel de physiologie*, 2e édit., t. II, p. 181) dit que « la différence essentielle des deux registres consiste en ce que les bords des cordes vocales vibrent seuls dans les sons de fausset, tandis que, dans ceux de poitrine, les cordes vocales exécutent des vibrations vives, à grandes excursions. » Si l'on admettait la théorie des vibrations, ce serait, d'après nos observations, tout le contraire qu'il faudrait dire ; mais le savant professeur, qui la croit seule vraie, considère les sons vocaux comme émanant des vibrations que les vibrations communiquent à l'air, et repousse l'opinion qui les fait naître des interruptions que l'air éprouve à la sortie de la glotte.

(Note sur les modifications à introduire dans la statistique nécrologique). (*Comm.:* MM. Ferrus, Blache, Guérard, *rapporteur.*) — *b.* Tableaux des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département de l'Yonne. (*Commission de vaccine.*)

— M. *Larrey* dépose sur le bureau une *monographie sur l'amputation de la cuisse dans l'articulation ilio-fémorale*, par M. le docteur *William Cox*, de Birmingham.

— M. *Bouvier* demande la parole à l'occasion du procès-verbal. L'orateur, en lisant le discours de M. Malgaigne, inséré au *Bulletin de l'Académie*, a vu avec plaisir que son honorable contradicteur, reconnaissant sans doute que le feu de l'improvisation l'avait emporté au delà de la vérité, était rentré dans le droit chemin, et renonçait à soutenir que le grand principe de la *révulsion* fût inconnu des anciens. Après cette rétractation de M. Malgaigne, il s'agira donc désormais de débattre cette unique question : La révulsion, telle que l'employaient les anciens, est-elle comparable à la révulsion telle qu'on l'entend aujourd'hui ?

Lectures et Mémoires.

M. le docteur *Villeneuve*, de Marseille, donne lecture d'un mémoire sur l'*avortement provoqué*. Après avoir réfuté la doctrine exposée devant l'Académie par M. *Leménant des Chênais*, l'auteur termine son travail par les conclusions suivantes : — 1° L'avortement est l'expulsion d'un fœtus non viable (*ejectio præmatura fœtus*) et nullement un accouchement avant terme. — 2° Il y a deux sortes d'avortements : l'avortement direct et l'avortement indirect. — 3° L'avortement est direct, lorsque, sans accident compromettant immédiatement la vie de la mère et de l'enfant, on se permet de le pratiquer, comme, par exemple, dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin, dans le seul but d'éviter à la mère les chances de l'opération césarienne. — 4° L'avortement indirect est moins le fait de l'art que celui de l'accident qui le nécessite, puisque ce dernier a déjà compromis les deux existences, que l'on peut dire avec raison que, dans ce cas, l'art n'intervient que pour terminer, de la manière la moins funeste possible, une œuvre commencée par la nature et qui se terminerait inévitablement d'une manière fatale pour la mère et l'enfant, si cette intervention n'avait pas lieu. — 5° L'avortement indirect, quand il n'est pratiqué ni trop tôt, ni trop tard, peut avoir le double avantage de sauver la vie de la mère et de donner à l'enfant toute la somme de bien qu'il peut recevoir. — 6° L'avortement direct est un fœticide aussi réel que celui qui est dû à la céphalotomie, à la céphalotripsie ou à l'embryotomie pratiquées sur un enfant vivant. — 7° Les insuccès constamment observés depuis plus de cinquante à Paris ne sauraient imposer au monde médical, pour règle obligatoire, la pratique de l'avortement provoqué à la place de l'opération césarienne, et que, par conséquent, il s'agit bien plutôt de rechercher les causes des insuccès si constants à Paris, que d'imposer à la science obstétricale, dans toutes les localités et sous toutes les latitudes, l'obligation du fœticide dans les cas de rétrécissements extrêmes du bassin, où l'opération césarienne sauve bien plus souvent la mère et l'enfant qu'elle ne sacrifie la mère à l'enfant, quand elle est pratiquée dans un milieu plus favorable que celui de la ville de Paris. (*Commission déjà nommée* pour l'examen du mémoire de M. Leménant des Chênais.)

Discussion sur le séton.

M. *Malgaigne* déclare qu'il n'aurait pas pris une troisième fois la parole, si MM. Bouvier et Bouley n'étaient pas venus ajouter au débat deux éléments nouveaux, la théorie de la révulsion et quelques faits de leur pratique.

Les concessions de M. Bouvier le dispensent de revenir sur l'histoire du séton. Il fera seulement remarquer que son honorable adversaire, pour explorer un pays inconnu, a choisi de mauvais guides; ce sont les auteurs qui lui ont fait croire à l'efficacité des *crins de cheval* et des *soies de porc*. Enfin M. Bouvier refuse de se rendre aux raisons de M. Malgaigne sur le prétendu livre de Rhazès, et il se déclare prêt à croire M. Daremberg sur parole! *Credat Judæus Apella ! Non ego...*

« J'avais dit, continue M. Malgaigne, que les anciens ignoraient la révulsion... Et voilà que M. Bouvier, dans son amour pour la prosopopée, évoque, pour me jeter un démenti, les ombres d'Hippocrate, de Celse, d'Arétée et de Galien. Qu'ont répondu ces héros de la médecine antique? Je l'ignore, mais je doute que M. Bouvier ait bien compris leur langage.

« Parce qu'il a trouvé les mots *antispasis* et *parocheteusis* cent, deux cents, trois cents fois dans quelques aphorismes d'Hippocrate; parce qu'il a lu trente fois les mots *revulsio* et *revellere* dans quelques pages de Galien, il s'écrie que les anciens ont établi sur la *révulsion* et la *dérivation* des principes qui vivent encore partout dans nos livres et dans notre pratique. C'est ce que je nie encore formellement.

Pour le besoin de votre cause, vous avez tourmenté, interprété à votre gré le fameux aphorisme d'Hippocrate, *duobus doloribus*, etc... Mais en traduisant le mot *doloribus* (ou, suivant d'autres, *laboribus*) par *travail intime*, au lieu de le traduire par *douleurs*, vous avez fait un contre-sens, vous avez faussé la pensée d'Hippocrate. Partout, dans cet auteur, πόνος signifie douleur. Où donc pourrait-on trouver une trace unique de la révulsion dans Hippocrate? — Peut-être dans le livre *des humeurs*, ouvrage obscur, indigeste et certainement apocryphe.

Hippocrate a observé les *crises*, dites-vous ; il les a étudiées, et de là à les imiter, il n'y a qu'un pas D'accord! Mais ce pas, l'a-t-il fait? Nullement. Souvent encore, Hippocrate indique les *révulsifs*, mais sans interpréter leur mode d'action... Il est vrai que M. Bouvier l'interprète pour lui. Et dès lors, ce n'est plus M. Bouvier qui suit les principes d'Hippocrate, mais bien Hippocrate qui suit les doctrines de M. Bouvier.

Ailleurs, dit M. Bouvier, Hippocrate est très explicite sur l'action des révulsifs. Lorsque les règles sont trop abondantes, il veut qu'on applique des ventouses sur les mamelles... Dans le but, ajoute Galien, de produire une révulsion de l'utérus vers le haut. Est-ce Hippocrate ou Galien qui explique ici la manière d'agir des ventouses?

M. Bouvier prétend aussi que Celse a fait de la révulsion, et que si nous avons pris le change, c'est que dans son langage cicéronien, cet auteur repousse le mot *revellere* pour se servir du mot *evocare*. Écoutez Celse lui-même, et dites-moi s'il soupçonnait la méthode révulsive : « Tout remède, dit-il, a pour but de retrancher ou d'ajouter, d'*attirer* ou de réprimer (*aut evocat, aut reprimit*), de rafraîchir ou d'échauffer, d'affermir ou de relâcher. » Or dans ces remèdes *attractifs* ou *répercussifs*, y a-t-il l'ombre de révulsion? Une seule phrase de Celse pourrait se rapporter à la révulsion, et cette phrase est un arrêt de condamnation. Celse veut qu'on saigne le plus près du mal, et se moque de ceux qui saignent *le plus loin possible*, croyant détourner la course de la matière, *averti materiæ cursum*.

Il est vrai qu'il conseille l'emploi des cautères dans la coxalgie. Mais dans quel but? Pour attirer la matière en dehors... et il veut qu'on laisse l'exutoire tant qu'il y a de la matière à soustraire. Il finit enfin par ce mot que je livre aux méditations de M. Bouvier : « Les médecins semblent employer tous ces moyens bien plutôt d'après une idée qu'ils s'en forment que pour en avoir vérifié l'effet par l'expérience. »

Galien, le premier, paraît avoir imaginé une doctrine sur la révulsion. Mais quelle doctrine! « *Dériver*, dit-il, c'est évacuer près de la partie malade; *révulser*, c'est agir non-seulement loin de la partie, mais dans des lieux opposés, car la révulsion se fait vers les parties contraires, c'est-à-dire suivant la longueur du corps, *en haut et en bas;* selon la largeur, *à droite et à gauche;* selon l'épaisseur, *en avant et en arrière...* » Plus loin, il veut que ce soit en ligne directe, κατίξιν.

Et quels sont ses révulsifs? — La saignée, les ventouses, les purgatifs, les émétiques, la ligature des membres, les topiques âcres... Nulle part le séton, nulle part les exutoires!

Plus loin, nous trouvons Galien en contradiction avec lui-même; il recommande de saigner à droite pour les maladies du côté droit et *vice versâ*; de saigner au bras pour les affections du haut, et au pied pour les lésions du bas.

Certes, si c'est là une doctrine, il faut convenir qu'elle est bien obscure. Ajoutons avec Watts qu'elle est inconséquente, et disons avec M. Daremberg : « En résumé, et c'est là une fâcheuse conclusion, nos explications un peu longues n'ont pas suffi à dissiper toutes les obscurités qui planent *sur le sens même* et la définition des mots et *sur la doctrine* que ces mots représentent. »

Je dirai plus : il n'y a là ni doctrine ni principes scientifiques ; c'est un jeu de l'imagination, c'est le rêve d'une nuit contredit et effacé par le rêve de la nuit suivante.

Comme Celse, comme Galien, Paul d'Égine n'appliquait des exutoires, des *fonticules*, des petites fontaines (*fontanellæ*), que pour faire écouler au dehors la matière vicieuse qui corrompait l'économie.

Plus tard, les *Arabes*, grands admirateurs des Grecs, marchent sur leurs traces, et les *Arabistes* au XVIe siècle ne font que copier leurs devanciers. On pratique des saignées spoliatives, révulsives et dérivatives; les exutoires sont appliqués tantôt comme évacuants, tantôt comme révulsifs. On commençait à élever l'échafaudage d'une doctrine ; on avait établi des distinctions, et tenté de mettre de l'ordre et de l'harmonie dans les idées reçues, quand la découverte de la circulation vint tout culbuter et tout jeter pêle-mêle.

Mais voici venir Barthez qui cherche à débrouiller le chaos, à dissiper la confusion et à exhumer les anciennes doctrines ensevelies depuis longtemps dans les ténèbres de l'oubli.

Barthez reprend les vieilles théories, les pare d'un ajustement moderne, et formule dans cinq principes le nouveau code de la révulsion.

(Après plusieurs citations de Barthez où M. Malgaigne fait ressortir tout ce qu'il y a de confus, de ténébreux et presque d'absurde, l'orateur s'écrie :) Voilà pourtant les billevesées devant lesquelles se prosterne Montpellier!... S'il suffit à cette école d'être creux pour être jugé profond, Barthez assurément ne laisse rien à désirer! Et Montpellier, fier de

pareilles doctrines, accuse Paris de n'avoir pas de principes ! C'est vrai, messieurs, en matière de révulsion, nous n'avons pas de principes ! Mais ne vaut-il pas mieux s'en passer que d'adopter ceux de Barthez ?

M. Bouvier rejette la théorie des anciens sur les humeurs et la pituite. Il a raison, mais il y substitue les doctrines modernes de la dérivation sanguine et de l'irritation, et il ajoute qu'un jour peut-être on rira aussi de cette explication comme nous rions aujourd'hui de l'explication de Celse et de Galien. Eh bien ! que M. Bouvier me permette de prendre les devants.

Tout ce qui a été dit jusqu'à présent sur la révulsion n'est qu'un rêve, qu'une pure fiction. Aucune des doctrines émises jusqu'à ce jour ne porte le cachet de la vérité scientifique, pas plus les doctrines anciennes que les doctrines modernes, pas plus celles de Montpellier que celles de Paris. En médecine, l'observation doit précéder le dogme ; l'expérience doit devancer la théorie et lui servir de piédestal. Est-ce là ce qu'on a fait ? Jamais pour la révulsion.

En vain M. Bouvier en appelle-t-il à Blanchard, à Mauchart, à tous les théologiens du séton. Qu'a-t-il besoin d'aller remuer la boue de la littérature médicale ? Si nous savions encore subir, en médecine, le joug de l'autorité, je me serais prosterné devant celle de M. Velpeau. Mais non ! aujourd'hui nous ne devons plus jurer sur la parole du maître. Dans les sciences, le seul maître dont nous devions reconnaître l'autorité, c'est l'observation, c'est l'expérience. Mais j'entends M. Bouvier me dire : Pourquoi repoussez-vous les observations d'Ambr.Paré, des deux Fabrice, de Gleize et d'autres sur l'efficacité du séton ! — Pourquoi ? C'est que ce sont des faits incomplets, des observations mal faites, et que je n'ajoute foi qu'à tout ce qui porte le cachet de la vérité !

Les faits mêmes que M. Bouley est venu apporter à cette tribune en faveur du séton peuvent-ils servir beaucoup à la cause de cet exutoire? Je ne le crois pas ; et voici mes raisons : Peut-on conclure de l'efficacité de ces énormes sétons de 3 mètres, que l'on applique sur le cheval, à l'efficacité du séton relativement si exigu chez l'homme? Les sétons de M. Bouley guérissent beaucoup trop ; et il faut bien qu'il en soit ainsi, puisqu'il en applique partout et toujours.

Puis, d'où viennent les sétons des vétérinaires? De la médecine humaine qui n'a rien formulé encore d'exact ni de précis à ce sujet. Enfin, M. Renaud, que j'ai interrogé là-dessus, n'est pas de l'avis de M. Bouley, et croit peu à l'utilité des sétons.

Que reste-t-il alors ? Les observations de M. Bouvier ? Je pourrais bien demander d'abord à mon honorable adversaire si, avant l'application des sétons, on avait bien essayé le traitement convenable ; si l'on ne s'est pas un peu hâté de recourir à cet exutoire ; si la guérison est arrivée *par* le séton ou *malgré* le séton? Mais j'aime mieux laisser à d'autres le soin de poser ces questions à M. Bouvier. Discutons plutôt ses observations.

M. Bouvier nous a dit qu'il avait guéri quatre malades sur sept. Chose remarquable ; les trois malades non guéris sont précisément ceux qui donnaient les plus belles espérances ! Le 9 octobre, on constate une amélioration notable dans les yeux de Jeanne Fatel, de Louis Hélie et de Leroy ; le 30 octobre, l'état des yeux des mêmes malades est redevenu le même qu'au début, ou il est devenu pire encore !

Voyons maintenant les malades guéris.

Marie Cornu entre le 27 septembre et on lui applique un séton le 2 octobre, après avoir vainement tenté, dit-on, tous les autres moyens de traitement ! N'a-t-on pas été trop pressé d'appliquer le séton ?

Jules Laribe est presque aveugle à son entrée ; maintenant ses cornées n'offrent plus qu'une teinte opaline, et la vue est excellente. Je doute qu'on ait une vue excellente avec des cornées opalines !

Campin présente un staphylôme récent ; et, grâce au séton, le staphylôme disparaît et fait place à une tache légère sans saillie.

Élisabeth Champenois a gardé une première fois un séton à la nuque pendant trois ans ; un second séton pendant trois mois, sans pouvoir être guérie ; il est vrai que c'étaient de *gros sétons*. En septembre, M. Bouvier lui applique son *petit séton*, et en trois semaines la malade est guérie ! Il me semble bien que, dans ce dernier exemple, le séton compte au moins deux échecs pour un succès.

Ce qui fait, au total, non plus quatre succès sur *sept*, mais sur *neuf* sétons.

M. Bouvier prédit qu'il en sera du séton comme du café, et de Racine, qu'il survivra à mes attaques. Je ne voudrais pas imposer de bornes à la crédulité humaine : il est possible que le séton ait encore quelques années à vivre. Mais s'il m'était permis de rapporter ici l'opinion de plusieurs de mes collègues de la Faculté, je pourrais montrer dans quel discrédit le séton est tombé dans la pratique et dans l'opinion des cliniciens. Je ne désespère pas de voir, un jour, le séton proscrit comme ses frères, le *cautère*, que M. Jolly a stigmatisé, et le *moxa*, auquel M. Bouvier lui-même a renoncé.

Fort de son orthodoxie, M. Bouvier traitera mes doctrines de paradoxes. Et n'est-ce pas ainsi que l'on a salué toutes les idées nouvelles à leur entrée dans le monde? Le paradoxe, appuyé sur les faits, c'est la vérité luttant contre l'erreur. Il est temps de briser cette prétendue orthodoxie qui nous rattache servilement aux vieilles doctrines. La médecine des anciens, c'est la science au berceau : comme tout ce qui naît, elle est grossière, informe, incertaine et obscure. C'est à nous de dissiper ces ténèbres, et de régénérer la science par une saine observation. La présente discussion, c'est une semence jetée sur une terre féconde : laissez-la germer ; et bientôt, je l'espère, viendra la moisson.

Jeunes gens qui m'écoutez, ne jurez ni sur la parole de M. Bouvier, ni sur celle de M. Malgaigne. Allez dans les hôpitaux ; fréquentez les services où l'on applique encore des sétons et ceux où on les a proscrits ; observez, comparez et jugez.

La séance est levée à cinq heures.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Observations sur l'arc sénile, ou dégénération graisseuse de la cornée, par M. Edw. Canton.

Déjà, dans un précédent travail, dont, en 1854, la *Gazette hebdomadaire* fit mention, M. Edw. Canton avait signalé la remarquable coïncidence qui existe entre le développement de l'arc sénile de la cornée et l'invasion de la graisse dans les tissus du cœur. Mais ce fait, quoique appuyé sur de nombreuses observations, avait en lui quelque chose de singulier, d'inexplicable, d'arbitraire, pour ainsi dire, qui, sans autoriser à le nier, jetait un certain discrédit sur sa valeur séméiologique. Pourquoi, en effet, pouvait-on justement se demander, ce rapport entre deux organes aussi séparés par leur structure et leurs attributions que par leur siége topographique ? Et quelles conclusions tirer de cette coexistence fortuite, entre deux lésions que rien ne semble rapprocher ?

Aujourd'hui, fondé sur de nouvelles recherches qu'il dit avoir *commencées durant la vie et terminées à l'amphithéâtre*, l'auteur a constaté que lorsque, avec les progrès de l'âge, l'arc sénile se développe, il y a également dégénération graisseuse plus ou moins avancée d'une grande partie des tissus de l'économie. Il a reconnu, avec le microscope, cet état dans le foie, les reins, plusieurs muscles, les os, les artères, les cartilages du larynx et des côtes, etc. En un mot, il fait de la présence de l'arc sénile le signe de l'invasion adipeuse dans l'organisme du vieillard.

Il y a cependant des restrictions à cette loi générale, car il existe des cas où l'arc s'observe sans que la santé générale soit encore compromise, et d'autres cas où il résulte de causes purement locales, telles qu'une inflammation de la choroïde, ou de quelques membranes de l'œil. Mais, en général, la relation existe, telle que M. Canton l'a formulée, entre les deux phénomènes.

L'état d'infiltration graisseuse auquel il fait allusion, se traduit par les altérations suivantes, plus ou moins prononcées : langueur, inaptitude au mouvement, assoupissement continuel, rêvasserie, sommeil non réparateur, lassitude par le moindre exercice, soupirs involontaires, expression soucieuse de la face, aspect terne des yeux, faiblesse ou irrégularité du pouls, palpitation, suffocation, inappétence, chute des cheveux ou calvitie prématurée, langueur des facultés intellectuelles, dégoût pour les occupations habituelles de la vie.

On comprend toute l'importance d'un signe physique aisément appréciable, qui, se manifestant au début de ces changements légers et souvent inaperçus, permet de les rapporter à leur véritable cause et de lutter de bonne heure contre la modification morbide dont ils sont l'expression symptomatique. L'arc sénile a, sous ce rapport, une valeur que M. Canton a judicieusement fait ressortir. Tout, d'ailleurs, ne se borne pas à ces perturbations lentes et peu marquées. Souvent, une maladie plus grave, l'apoplexie, le ramollissement du cerveau, trouvent dans cette disposition de l'économie des conditions préparatrices, et il n'est pas indifférent au praticien d'être en possession d'un signe capable de lui signaler de bonne heure le péril. (*The Lancet*, 28 juillet 1855, p. 73.)

Amputation dans l'articulation fémorale, faite avec succès pour une tumeur maligne du fémur, par M. Tatum.

Lorsqu'une amputation est indiquée par l'existence d'un ostéosarcome, la règle est de trancher le membre, au moins dans l'articulation à laquelle concourt l'os affecté. L'exécution de ce précepte augmente, à la vérité, le danger de l'opération ; mais comme elle lui permet seule d'atteindre son but essentiel, il n'est licite en aucun cas de s'y soustraire. L'amputation coxo-fémorale n'admet pas plus que les autres d'exception, et s'il fallait le prouver de nouveau, nous ne saurions choisir une meilleure occasion que celle-ci, puisque l'auteur nous y fournit à la fois l'exemple d'un échec suivant l'inobservation de cette règle, et d'un succès remarquable dû à son application.

Le premier fait, raconté en quelques lignes, appartient à M. Prescott Hervett. Ce chirurgien, pour sauver quelques centimètres de tissus, fit l'amputation du fémur immédiatement au-dessous des trochanters (1) dans un cas de cancer du fémur. Tout marcha favorablement durant quelques mois ; mais la lésion se reproduisit dans le moignon, et l'opéré succomba aux progrès effrayants de cette récidive.

Quoiqu'on se soit un peu hâté, ce nous semble, de la publier, l'observation de M. Tatum offre au moins l'exemple d'un succès immédiat très remarquable.

Obs. — Il s'agit d'un jeune homme de dix-sept ans, de faible et chétive constitution, qui entra à l'hôpital Saint-Georges, portant au-dessus du genou gauche une tumeur développée depuis près de six mois, dans laquelle on reconnut les caractères d'une dégénérescence cancéreuse du fémur, propagée aux parties molles.

La vie étant compromise par le développement incessant de cette masse morbide, M. Tatum pratiqua l'amputation coxo-fémorale le 4 juillet 1855. Il tailla un vaste lambeau antérieur, et un postérieur beaucoup plus petit, ayant remarqué que le poids du lambeau postérieur, quand on lui donne trop de volume, favorise sa chute en bas et contrarie la réunion.

Des précautions minutieuses furent prises pour épargner la perte de sang. Des aides étaient chargés d'appliquer et de maintenir des éponges sèches sur les parties, à mesure que le couteau les traversait.

Cinq jours après l'opération, on reconnut, après avoir enlevé les points de suture, qu'une grande partie de la plaie était réunie par première intention. Les ligatures seules conduisaient au dehors une certaine quantité de suppuration ; mais elle diminua graduellement à mesure que les fils tombèrent, et il put quitter l'hôpital au bout de quatre semaines. (*Med. Times and Gazette*, 18 août 1855, p. 158.)

Anévrysme de l'aorte s'élevant jusque dans la région du cou et s'accompagnant d'une contraction de la pupille du côté malade, par le docteur W.-T. Gairdner.

Les effets de la section simultanée des nerfs pneumogastrique et grand sympathique avaient déjà été indiqués, il y a plus d'un siècle, par Petit (*Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, année 1727), comme amenant une rétraction de la pupille du côté correspondant. D'autres expériences de Cruickshank et Dupuy donnèrent les mêmes résultats. Le docteur John Reid (*Edinb. med. and surg. Journ.*, janv. 1841) eut l'honneur de déterminer d'une manière exacte la cause du rétrécissement de la pupille : c'était à la section du grand sympathique qu'elle devait être rapportée. Dans un autre mémoire, le docteur J. Reid nous faisait connaître un fait de tumeur enveloppant la carotide droite, le pneumogastrique, les tissus environnants, et probablement aussi le nerf grand sympathique. Dans ce cas, la pupille du côté correspondant à la tumeur était beaucoup plus étroite que celle du côté opposé. C'est un fait analogue que M. Gairdner publie aujourd'hui dans le *Journal d'Edimbourg*. La physiologie n'était pas, il faut le dire, demeurée stationnaire après les travaux de Reid. MM. Valentin, Budge, Waller et C. Bernard avaient successivement apporté, par leurs expériences, une précision plus grande dans la détermination de ce point scientifique. On sait aujourd'hui que l'irritation du grand sympathique au cou produit la dilatation de la pupille, tandis que la section du nerf occasionne au contraire un rétrécissement plus ou moins prolongé de l'ouverture pupillaire.

(1) Il faut ajouter que son avis personnel était contraire à ce parti, qui fut adopté en consultation. (N. du R.)

M. Gairdner n'a vu dans aucun auteur la contraction de la pupille indiquée comme un des symptômes que l'on peut rencontrer dans l'anévrysme de l'aorte ; cependant ce phénomène existait chez un malade dont l'histoire est rapportée dans la dernière édition du *Traité des maladies des poumons et du cœur* (Diseases of the Lungs and Heart, p. 759), de M. Walshe.

Voici, en résumé, l'observation telle que nous la transmet l'honorable médecin de l'infirmerie royale d'Édimbourg.

Obs. — Un homme de quarante ans, après avoir fait un violent effort musculaire, éprouve une vive douleur dans les membres supérieurs, et, pendant *quelque temps*, perd l'usage de la vue. La douleur persiste pendant longtemps dans le bras gauche. Un an après l'accident, cette douleur s'étend jusqu'à l'extrémité des doigts de la main gauche. Dans l'automne de 1854, le malade fut examiné, pour la première fois, par M. Gairdner. Depuis un an il était survenu de la dyspnée ; on reconnaissait un anévrysme volumineux à la base du côté gauche du col, s'élevant surtout au-dessus de la clavicule. L'auscultation ne faisait reconnaître aucun bruit anormal ; seulement, par la main, on constatait l'existence d'une double impulsion avec frémissement intense ; la circulation, sans être interrompue dans la sous-clavière ou la carotide, était cependant plus faible du côté malade. Jamais il n'y eut d'œdème de la face ; le bras était le siége de fourmillements ; la face et le cou étaient chauds, sans que le côté gauche du visage fût anormalement coloré. On observa, dès le début de la maladie, une différence dans le diamètre des deux pupilles, celle du côté gauche étant toujours plus étroite. On crut remarquer une ou deux fois une légère congestion de la conjonctive gauche. Les deux pupilles se dilataient et se resserraient sous l'influence de la lumière ; mais celle du côté gauche demeurait toujours plus rétrécie que la droite. En décembre 1854, on instilla dans l'œil une solution d'atropine ; la pupille gauche se dilatait, mais jamais complétement ; la dilatation ne se produisait en général que trois quarts d'heure après l'application du médicament. Ce n'était qu'au bout de quelques jours que l'inégalité habituelle des pupilles reparaissait.

Malgré des déplétions sanguines locales et générales, l'emploi topique des réfrigérants et un régime peu nutritif, la tumeur s'accrut rapidement. Le malade succomba à la suite d'une hémorrhagie produite par rupture du sac anévrysmal dans l'œsophage.

L'anévrysme naissait de la crosse de l'aorte, s'étendant un peu sur la carotide gauche ; il s'élevait le long du col, et était en rapport avec les cinquième, sixième et septième vertèbres cervicales (les deux dernières usées au niveau de leur corps), et la première et deuxième dorsales ; il était en contact en avant avec la veine jugulaire, le pneumogastrique ; en dedans, avec le rachis et l'œsophage. Au niveau de la septième vertèbre cervicale, on remarquait, dans une étendue de plus d'un pouce, une résorption du tissu osseux du rachis, qui mettait la paroi du sac en contact avec la dure-mère rachidienne. L'anévrysme exerçait une pression sur les branches antérieures d'un certain nombre de nerfs cervicaux, sur les branches qu'ils fournissent au grand sympathique, enfin, sur cette partie de la moelle qui, suivant Budge et Waller, présiderait au mouvement de l'iris.

— Ce fait, dont la physiologie fournit aujourd'hui l'interprétation, ajoute un nouveau symptôme à ceux que l'on attribue ordinairement à l'anévrysme de l'aorte. (*Edinburgh Med. Journal*, n° 11, 1855, p. 143.)

Statistique de la population de l'empire russe ; accroissement de la population ; fécondité remarquable des femmes.

Nous empruntons à un journal allemand les résultats statistiques suivants, intéressants surtout relativement à la durée moyenne de la vie en Russie et à l'accroissement de la population. Sur une population de 67 millions, en l'année 1853, on compte 2,782,636 naissances, et 1,950,132 décès. Parmi ces décès, 26,200 seulement eurent lieu au delà de 50 ans, 2,181 au-dessus de 90 ans, et 130 au-dessus de 100 ans ; 7 de 125 à 130 ans ; et, dans l'exarchie de Pskow, un homme atteignit l'âge de 145 ans.

L'auteur du même article relate quelques faits extraordinaires de fécondité des femmes russes. Ces faits sont tellement merveilleux,

qu'ils pourraient inspirer beaucoup de doute, s'ils n'étaient accompagnés d'autant de détails. On lit dans le *Magasin d'histoire naturelle, de physique et de Chimie* de Moscou (4e partie, p. 80 et 81), le fait suivant : Le 21 mars 1755, on présenta à l'impératrice de Russie le paysan Kirilow avec sa femme. Ce paysan s'était marié pour la deuxième fois à l'âge de 70 ans. Sa première femme était accouchée 21 fois : 4 fois de 4 enfants en même temps, 7 fois de 3 enfants, et 10 fois de jumeaux ; en tout 57 enfants, qui tous vécurent. La deuxième femme était déjà accouchée 7 fois : 1 fois de 3 enfants à la fois, et 6 fois de jumeaux ; en tout 15 enfants également vivants. Ce patriarche russe avait donc, à cette époque, 72 enfants vivants. Cette fécondité étonnante a été observée dans d'autres cas en Russie. Ainsi, la paysanne Gastorowa, du village de Dolgom, situé dans le cercle de Jeletz, gouvernement d'Orel, accoucha, le 1er mars 1854, de 5 enfants, 2 garçons et 3 filles, qui moururent tous le même jour. Dans le cercle de Tschernojarsk, à Torgowa, la femme d'un Kalmouk nommé Stepanida, accoucha de 4 garçons vivants, dont l'un mourut le lendemain. Dans le village d'Iwokina, dans le cercle de Tolma, gouvernement de Wologda, la paysanne Awdotja Koronewa accoucha, le 26 mai 1854, de 4 enfants qui tous demeurèrent en vie. En novembre 1854, une autre femme, dans le gouvernement de Wladimir, accoucha de 4 enfants.

Là ne s'arrêtent pas les exemples que publie le journal allemand; ceux que nous venons de citer suffisent pour donner une idée de la fréquence de ces faits extraordinaires. (*Preuss. Medic. Vereins. Zeit.*, 1855, n° 28, p. 132.)

Traitement de la fièvre intermittente au moyen de la décoction de feuilles d'olivier, par le dr SPENCER WELLS.

Ce nouveau mode de traitement a été communiqué à la Société médicale de Smyrne, par M. Spencer Wells, médecin de l'hôpital anglais de cette ville. Les feuilles d'olivier sont données sous forme d'une décoction de 60 grammes dans 1 litre d'eau chaude. Le médecin anglais cite trois observations à l'appui. L'administration de la décoction de feuilles d'olivier a suffi dans tous les cas pour couper la fièvre au plus après un accès. Ce moyen, très simple et peu dispendieux, mérite, sans aucun doute, d'être soumis à une expérimentation plus prolongée ; mais tout fait présumer que les feuilles d'olivier n'ont d'autre vertu antipériodique que celle qui appartient à la plupart des plantes amères et astringentes. (*Med. Times and Gazette*, 1855, n° 267, p. 247.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Maladies de l'enfance ; erreurs générales sur leurs causes et sur leur traitement ; instructions élémentaires ; règles hygiéniques, par le docteur BERGERET, médecin en chef de l'hôpital d'Arbois. 1855, Paris, J.-B. BAILLIÈRE.

Il est probable que, sans l'ignorance profonde que les personnes étrangères à la médecine professent à l'endroit de tout ce qui touche à notre science et à notre art, les charlatans, les rebouteurs, les somnambules et compagnie, n'auraient pas à leur discrétion toute cette population d'imbéciles et de gens d'esprit qui sont leur proie commune. L'histoire naturelle de l'homme n'a pas encore pris rang parmi les connaissances nécessaires à l'éducation. Cela viendra sans doute ; car si l'on proclame que l'étude des mathématiques est utile, même en dehors de toute application directe, pour régulariser l'esprit et assurer le jugement, on ne manquera pas de s'apercevoir qu'une étude un peu précise de la constitution et des fonctions de l'organisme ne serait pas moins propre à rectifier une foule d'erreurs fâcheuses et à procurer une série de notions utiles, ne fût-ce qu'à un point de vue purement spéculatif et philosophique.

Les ouvrages adressés par les médecins aux gens du monde ont donc leur raison d'être, et pourraient rendre de grands services à tout le monde, aux hommes de l'art comme au public non médical. Seulement, il faut prendre garde et au sujet que l'on traite et aux lecteurs auxquels on a affaire.

Ce n'est pas la médecine que les gens du monde ont besoin de savoir ; c'est sur l'anatomie, la physiologie et l'hygiène qu'il convient de les éclairer. Les ouvrages de médecine qu'on leur adresse ne sont bons que pour les hypochondriaques, c'est-à-dire pour faire des hypochondriaques ; et si nous en exceptons quelques formules très simples qui peuvent trouver d'utiles applications dans la campagne, en voyage, à bord des navires, nous n'hésiterons pas à proscrire tout essai d'initiation du public aux choses médicales proprement dites.

Le petit livre de M. Bergeret est sur la limite des choses permises sur ce terrain délicat, *inter fas et nefas*. Adressé aux gens du monde plutôt qu'aux médecins, bien qu'il y ait un grand nombre de ces derniers qui puissent y puiser de très excellentes choses, ce n'est guère, malgré son titre, qu'un ouvrage sur l'hygiène de l'enfance. On y trouvera, relativement à l'allaitement, au sevrage, à l'alimentation de la première et de la seconde enfance, à l'influence de l'hérédité, du froid, du défaut d'air, de lumière et de mouvement, etc., sur les maladies de l'enfance, une étude très pratique, très sage, et, encore une fois, propre à être consultée avec autant de fruit par les gens de l'art que par les mères de famille.

Mais il y a aussi, dans ce livre, une partie médicale que nous trouvons de trop, parce que, ou quoique, elle s'adresse plus spécialement aux médecins eux-mêmes. L'auteur prétend réformer « deux erreurs capitales : *les vers et les dents.* » Il n'entend pas par là que les enfants n'ont ni dents ni vers, mais qu'on a tort d'attribuer aux dents ou aux vers la moindre part dans les maladies de l'enfance. Sans doute, lorsqu'il combat la tendance à attribuer soit à la présence de vers dans le canal intestinal, soit à l'évolution dentaire, la généralité des maladies des enfants, tendance qui a longtemps dominé la médecine elle-même, comme elle règne encore tyranniquement dans le monde, il a raison, et il lui est facile de faire justice d'un grand nombre d'exagérations ridicules et d'erreurs. Mais il n'est pas un médecin instruit qui ne sache aujourd'hui, tout comme M. Bergeret, que les dents et les vers ne constituent pas toute la pathologie de l'enfance, et quand M. Bergeret vient proclamer à son tour « l'entière innocuité des vers et des dents, » il ne fait que substituer une exagération à une autre.

En dehors des simples jeux d'esprit, il faut se garder du paradoxe, en médecine surtout. Cependant, comme M. Bergeret apporte plus d'une observation intéressante à l'appui de celui qu'il soutient, nous l'engageons à donner à ses recherches sur ce sujet une forme un peu plus sévère et plus réservée, et à porter sa thèse sur un terrain plus exclusivement médical. Il est certainement en mesure d'apporter, sur ce point important de pathologie, qu'il a spécialement étudié, un grand nombre d'observations nouvelles et intéressantes.

DURAND-FARDEL.

Traité de pathologie et de thérapeutique, publié sous la direction de M. R. VIRCHOW. — **Maladies des vaisseaux**, par M. LEBERT. Vol. V, livr. 2, 1855. Erlangen, F. Enke.

Nous avons rendu compte l'année dernière, dans la *Gazette hebdomadaire* (vol. 1er, n° 41, p. 682) du premier volume de cet important ouvrage, contenant des chapitres dus à MM. Virchow, J. Vogel et Stiebel ; cette publication s'augmente aujourd'hui d'un nouveau fascicule composé par le professeur Lebert, de Zurich. Notre savant confrère a donné dans ce fascicule, outre un résumé complet des travaux connus dans la science, l'analyse de ses propres travaux, et consigné des résultats pour la plupart inédits. L'analyse statistique est la voie suivie par M. Lebert dans cette nouvelle publication ; c'était la statistique qui l'avait conduit déjà antérieurement aux résultats intéressants que nous avons appris à

connaître dans sa *Physiologie pathologique* et dans ses *Traités des maladies scrofuleuses, tuberculeuses et cancéreuses*.

Depuis quelques années, les maladies des vaisseaux et surtout des artères ont vivement occupé l'attention des savants allemands; les descriptions dogmatiques, toutes théoriques et d'imagination, admises comme articles de foi par les générations successives de médecins, ont été attaquées dans leur base; et, à défaut d'une bonne description et d'une opinion positive sur l'artérite, nous sommes au moins arrivés à savoir tout ce qu'il y a d'hypothétique dans les idées anciennes. Déjà dans ce journal, à propos du dernier ouvrage de M. Rokitansky, nous avons montré comment l'injection de la membrane interne ne se retrouvait que dans les livres et non sur le cadavre. M. Lebert fait consister le début de l'artérite dans une injection de la tunique celluleuse externe; les autres cellules ne seraient atteintes que secondairement. Nous ne rappellerons pas ici les opinions de MM. Rokitansky et Virchow, nous les avons exposées ailleurs; nous dirons seulement que M. Wedl, dans son *Traité d'histologie pathologique*, partage complétement l'opinion du célèbre professeur de Würzbourg. M. Lebert révoque en doute plusieurs observations de MM. Andral, Rokitansky, Spengler, qui ont cru trouver des abcès dans l'épaisseur des tuniques de l'aorte. Les faits d'artérite cités par M. Bizot ne lui paraissent pas plus devoir être reconnus comme des exemples de phlegmasie des artères. L'auteur montre, après l'exposé anatomique, le doute qui règne encore sur les symptômes morbides qu'on doit rattacher à l'artérite.

La dilatation des artères est étudiée avec beaucoup de détails, tant dans les troncs volumineux que dans les vaisseaux moins considérables; on pourra lire avec fruit les auteurs que cite M. Lebert, par exemple le mémoire publié par M. Virchow dans ses *Archives d'anatomie pathologique*, et où cet auteur démontre que les petites artères peuvent offrir toutes les lésions que l'on retrouve sur les troncs les plus volumineux. La symptomatologie des anévrysmes aortiques a été traitée avec beaucoup de soin; nous regrettons seulement que l'auteur n'ait pas indiqué plus nettement les conditions si nombreuses qui peuvent faire varier la nature, l'intensité et l'étendue des bruits anévrysmatiques. Les recueils périodiques anglais et français contiennent à cet égard de précieux renseignements. Nous devons citer comme très intéressant ce qui a trait à la thérapeutique des anévrysmes de l'aorte; l'auteur y vante beaucoup, avec les auteurs allemands, l'utilité des préparations saturnines, qui jouissent outre-Rhin d'une grande réputation antihémorrhagique. A côté de ces chapitres se rangent d'autres descriptions neuves et intéressantes des anévrysmes des artères cérébrales, de l'anévrysme disséquant, etc.

L'oblitération des artères est un autre point de la science sur lequel nous possédons depuis quelques années de beaux travaux. A côté de ceux plus anciens de MM. Barth, Boehdalesk, Rokitansky, nous devons citer un mémoire de M. Lebert sur le rétrécissement de l'aorte, publié dans les *Archives d'anatomie pathologique* de M. Virchow; l'auteur a reproduit dans son nouveau traité la plupart des résultats consignés dans son mémoire. A côté de l'influence déjà connue du travail de l'oblitération du canal artériel comme cause de rétrécissement de l'aorte, il faut citer une autre cause moins connue, celle que M. Virchow a décrite le premier, et qu'il nomme l'*embolie*. Notre confrère allemand a démontré que des caillots formés dans un point du système circulatoire, dans le cœur, par exemple, pouvaient être fractionnés, détachés, entraînés par le torrent circulatoire et aller s'arrêter dans des canaux d'un calibre moins considérable. Telle est fréquemment la cause des gangrènes des membres inférieurs, des apoplexies ou des ramollissements du cerveau qui se rencontrent chez des malades atteints d'affections organiques du cœur. M. Virchow avait publié il y a longtemps les premiers éléments de sa théorie; mais l'exposé complet de la doctrine de l'embolie se trouve dans un mémoire que renferme le premier volume de ses *Archives*. Nous avons cru devoir insister sur cette question qui ne nous est connue en France que par la contrefaçon anglaise, et qui est cependant d'origine allemande. M. Virchow a, du reste, soutenu à cet égard une polémique assez vive avec M. Bennett.

L'étude de la phlébite, de l'infection purulente, fournit à l'auteur de longs développements, dont nous connaissons déjà une partie par le mémoire qu'il a publié sur l'inflammation dans le *Recueil de la Société de biologie* de Paris. Nous n'avons pas besoin de dire que M. Lebert rejette l'inflammation et l'injection primitive de la membrane interne des veines; la phlegmasie débute en réalité par la tunique celluleuse externe et ne pénètre que consécutivement les tuniques sous-jacentes; il n'est pas vrai non plus, comme le veut M. Cruveilhier, que la coagulation du sang dans un vaisseau soit toujours l'effet d'une phlegmasie antérieure. Les dilatations des veines, les hémorrhagies sont le sujet d'une véritable monographie. Nous regrettons de n'avoir pas trouvé exposées les idées originales de l'auteur sur les phlébolithes; ces idées, encore inédites, seront sans doute discutées dans le *Traité d'anatomie pathologique*, dont le premier fascicule doit paraître prochainement.

Le présent fascicule se termine par une étude brève, mais complète des maladies des vaisseaux lymphatiques. Nous aurions voulu nous étendre sur des détails intéressants qui concernent les varices lymphatiques; l'espace ne nous permet que d'indiquer ce paragraphe du travail de M. Lebert.

Nous devons exprimer, en terminant, le regret que M. Lebert n'ait pas publié ce travail en français; la plupart de nos ouvrages sur les maladies des vaisseaux datent de longues années et n'ont pu mettre à profit les recherches modernes, sources auxquelles l'auteur a largement et judicieusement puisé.

LEUDET.

VII.

VARIÉTÉS.

— Par un décret impérial, en date du 10 novembre 1855, ont été promus ou nommés, à la suite des concours ouverts dans les ports, savoir :

Au grade de chirurgien-professeur : le chirurgien de 1re classe Drouet.

Au grade de chirurgien de 1re classe : les chirurgiens de 2e classe Battarel, Berchon, Le Coat-Kernoter, Kerhuel, Vincent, Thèze.

Au grade de chirurgien de 2e classe : les chirurgiens de 3e classe Courbon, Uerland, Coignet, Aze, Lota, Autric, Julien, Guillabert, Madon, Pinel, Savatier, Manès, Dumay, Brion, Martialis, Bourse, Hombron, Gestin, Touchard.

Au grade de chirurgien de 3e classe : les étudiants et chirurgiens auxiliaires Laurent, Bernard, Amalbert, Jaspard, Alphand, Roustan, Cras, Foucheraud, Deschiens, Le Cerf, Jaquolot, Lelez, Delpench, Blanchard, Richaud, Laplace, Cotino, Grand, Hugues, Doublet, Merlaux dit *Ponty*, Rabaud.

Au grade de pharmacien de 1re classe : le pharmacien de 2e classe Décugis.

Au grade de pharmacien de 2e classe : les pharmaciens de 3e classe Martin, Baudet, Roux.

Au grade de pharmacien de 3e classe : les étudiants Nédélec, Garnault, Imbourg.

— *Reconnaissance des Arabes envers les médecins*. Dans un article du *Bulletin de l'Algérie* (1er numéro, novembre 1855), M. le docteur Berthérand raconte plusieurs faits propres à mettre en relief la gratitude des Arabes envers les *toubibes* français. Nous en extrayons le passage suivant :

« En 1848, les chirurgiens de l'*Asmodée* donnèrent leurs soins aux compagnons de captivité d'Abd-el-Kader, dont quelques-uns étaient blessés. L'émir les remercia par la lettre suivante :

» Louanges à Dieu seul et unique !

» Cet écrit, de la part d'Abd-el-Kader-ben-Mahhi-Eddine, est adressé » aux chirurgiens français. Que Dieu les favorise de sa bonté et les con- » tente, ainsi qu'ils le méritent ! Vous avez agi avec bonté envers mes » compagnons qui sont blessés. Que Dieu vous accorde sa grâce et vous » récompense ! Il est puissant en toutes choses. »

COURS DE L'ÉCOLE PRATIQUE POUR LE SERVICE D'HIVER 1855-1856.

OBJET DES COURS.	PROFESSEURS.	DATE de l'ouverture.	JOURS ET HEURES.	AMPHITHÉÂTRES.	OBJET DES COURS.	PROFESSEURS.	DATE de l'ouverture.	JOURS ET HEURES.	AMPHITHÉÂTRES.
	MM.			Nos		MM.			N
Médecine opér. des voies urinaires.	Caudmont.	5 décembre	Lundi, mercredi et vendredi, à midi.	2	Anatomie descriptive et physiologique.	Dupré.	12 novembre	Tous les jours à 1 heure, dimanche excepté.	
Maladies des voies urinaires.	Phillips.	4 décembre	Mardi, jeudi et samedi, à 3 heures.	2	Mécanique chirurgicale.	Dupré.	7 janv. 1856	Tous les jours à 6 heures du soir.	
Pathologie chirurgicole.	Paul Broca.	16 novembro	Lundi, mercredi ot vendredi, à 7 heures du s.	3	Chirurgie et opérations.	Bouchet.	27 novembre	Mardi, jeudi et samedi, de 3 à 4 heures.	
Pathologie médicale.	Empis.	13 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à 11 heures.	1	Pathologie ext. et médecine opératoire.	Fano.	3 novembre	Tous les jours à midi, dimanche excepté.	
Médecino opératoire (syphilisation.	Auzias-Turenne	6 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à midi.	1	Médecino opératoire.	Chossaignac.	8 novembre	Jeudi, à 4 heures.	
Anotomio descriptive.	L. Hirschfeld.	12 novembre	Tous les jours à midi et à 3 heures.	0	Accouchements.	Desrivières.	19 novembro	Lundi, mercrodi ot vondredi, à 7 heures du s.	
Pathologio interne.	P.-H. Lefebvre.	4 décembre	Mardi, jeudi et samedi, à 7 heures du soir.	1	Syphiliographie.	Clerc.	20 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à 1 heuro.	
Physiologie.	Martin-Magron.	8 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à midi.	3	Pathologie ext. et médecine opératoire.	Duchaussoy.	4 décembre	Mardi, jeudi et samedi, à 2 heures.	
Physiologie.	Brown-Séquard	16 novembre	Lundi, mercredi et vendredi, à 11 heures.	3	Physiologie.	J. Béclard.	17 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à 3 heures.	
Moladies de la peau.	Chausit.	17 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à 4 houres.	2	Eaux minérales.	Durand-Fardel.	7 février.	Mardi, jeudi et samedi, à 3 heures.	
Chirurgio.	Rambaud.	3 décembre	Lundi, mercredi et vendredi, à 7 heures du s.	2	Accouchements.	Pajot.	novembre		
Thérapeutiqno générale ot appliquée.	F.-A. Aron.	13 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à 7 heures du soir.	3	Cours particulier d'opérations.	Bumay.	12 novembre	Tous les jours,	
Pathologie interne.	Hardy.	26 novembre	Lundi, mercredi et vendredi, à 3 heures.	3	Chirurgie.	Foucher.	6 novembre	Mardi, jeudi et samedi, à 7 heures du soir.	
Maladies des yeux.	Coursserant.	26 novembre	Lundi et vendredi, à 6 heures du soir.	2	Anatomie et physiologie élémentaire.	Batuilhé.	8 novembre	Tous les juurs, ò 3 et à 5 heures.	

Certifié conformo à l'ordre réglé par le sort.

Le Président de la Commission déléguée,
J. BÉCLARD.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Bulletin de la société méoicale des hôpitaux de Paris. — N° 16. Fièvre typhoïde chez un enfant de 7 mois, par *Hérard*. — Contracture des extrémités, par *Rabaud*. — Laryngito chronique ulcéreuse simple, par *Bouchut*. — Érysipèle chez les nouveau-nés, par *Hervieux*. — Kyste hydatique du foie, ouvert dans la veine cave, par *Hérard*. — Antagonisme entre la fièvre typhoïde et les maladies graves, par *Thirial*. — Hémorrhagio rachidienne, par *Boscredon*. — Indurution de la moelle, par *Laboulbène*.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 octobre. Lactate de zinc dans l'épilopsie, par *Herpin*. — Injection de la liqueur iodo-tannique dans les varices, par *Desgranges*. — Grands boins sinapisés contre le choléra, par *Baudon*.

Journal de pharmacie et de chimie. — Octobre. Assainissement de Paris, par *Doudel*.

Recueil de médecine vétérinaire. — Septembre. Castration du cheval par la cautérisation, par *Huart*. — *Idem*, par *Petitclerc*. — Hernie ventale étranglée, par *M. Imbert*. — Des mémoires sur la boiterie, par *Festal* et *Viardot*. — Rupture de lo tunique abdominale, par suite de météorisation, chez une vache pleine, par *Delplanque*.

Répertoire de pharmacie. — Octobre.

Revue médicale française et étrangère. — 15 Octobre. Circulation chez l'homme et les animaux, par *Joire*. — Eaux sulfureuses dans les affections pulmonaires, par *Fabas*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 19. Chancre primitif du frein de la verge, par *Diday*.

Gazette médicale de Toulouse. — Septembre. Tamponnement et accouchement forcé dans le cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, par *Dunal*. — Étranglement interne promptement mortel chez un aliéné, par *Delaye*. — Diverses opérations chirurgicales, par *Dieulafoy*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 7. Emploi extérieur de la moutarde noire, par *Chrestien*. — Abcès énorme de l'ovaire druit; guérison, par *Artaud*. — Belladone contre l'iléus, par *Fiessinger*.

Annales de médecine vétérinaire (Bruxelles). — Août et Septembre. Teinture d'ornica dans la contusion du sabot, par *Demaret*. — Traitement du renversement du rectum, par excision, par *Delorme*. — Déformation de la trachée, par *Goubaux*. — Phlébite suppurative de la jugulaire, par *Rey*. — Altérations des dents, par *Lafosse*. — Ruptures de l'azygos et du cœur, par contre-coup, par *Gamgee*. — Docu relatifs à l'inoculation de la péripneumonie.

Annales médicales de la Flanore occioentale. — 5e livraison. — De lo pneu aiguë, par *Macario*. — Choléra à Clermont-Ferrand en 1854, par *Imbert-beyre*.

Archives delges de médecine militaire. — Juillot et Août. Malodies régna l'hôpital d'Anvers, par *Gouzée*. — Choléra à bord de deux navires en septen octobre 1854, par *Celarier*. — Électricité cuntre les fièvros intermittent *Kums*.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — N° 9 R sur un mémoire relatif à l'état de nos connaissances sur le lait, por *Marten* Discussion sur l'hématocèle ou kystes sauguins du cou. — Discussion sur le s les causes des maladies les plus ordinaires du cœur, par *Graux*.

Presse ménicale Belge. — N° 43. Bandages amidonné et plâtré, par *Germa* Chirurgie conservatrice, par *Boens*.

Association Medical Journal. — Nos 95. Accidents propres aux charbonnie *G. Mallell*. — Embryotomio dans lo présentation des extrémités inférieur *Swayne*. — Nouvelle forme de membrano artificielle du tympan, por *T. Wes* — 96. Rupture du cercle pupillaire de l'iris, par *White-Cooper*. — Mal Bright, par *C.-R. Jordan*.

Dublin Medical Press. — Nos 875. Sur la paralysie temporairo, par *H. T* — 876.

Medical Times and Gazette. — Nos 276. Épithélium des cellules des po humains, par *T. Williams*. — Choléra de Londres en 1854, par *O. M'Willi* 277. Phlegmasie du col utérin, par *Bigby*. — Traitement des maladies de l par *T. Hunt*. — Nouvelle forme de membrane artificielle du tympa *T. Westropp*.

The Lancet. — Nos 15. Diverses formes de paralysie, par *Marshall Hall*. — M des Européens (suite), par *J.-R. Martin*. — Sur l'arc sénile, par *E. Can* Mort subite dans le truvail, par *G. Roper*. — Cas do scarlatine anomale, par *W ris*. — 16. Chloroforme dans les opérations chirurgicales, par *Snow*. — l des nerfs moteurs dans les affections révulsives, par *H. Jones*. — Maladies d culations, par *Duncan*. — Maladies de la surface interne de l'utérus, par *Cu* — Enfants jumeaux chez une femme atteinte d'ascite, par *O'Reilly*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMB

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

et les Départements. Un an, 24 fr. ·ois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 23 NOVEMBRE 1855. N° 47.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Caen.

NAPOLÉON,

...r la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français, ... tous présents et à venir, salut :

...ur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département ...truction publique et des cultes ;

...u les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841, ...ives aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

...u l'ordonnance du 14 février 1841, qui constitue l'École préparatoire ...édecine et de pharmacie de Caen ;

...u la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en ... du 11 juillet 1854 ;

...u la délibération du Conseil général du département du Calvados en ... du 7 septembre 1855 ;

...vons décrété et décrétons ce qui suit :

...rt. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen ...réorganisée de la manière suivante :

...enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne ;
A la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et de physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

FEUILLETON.

Exposition universelle.

...NSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE, BANDAGES, ETC.

Suite et fin. — Voir les numéros 42, 45 et 46, tome II.

...our compléter la revue des objets qui, à l'Exposition universelle, inté...ent particulièrement les sciences médicales, il nous reste à parler des ...s et des yeux artificiels, des préparations anatomiques et d'un petit ...bre d'instruments de physiologie.

...a *prothèse dentaire*, il faut l'avouer, est arrivée de nos jours à un haut ...é de perfection. Non-seulement on est parvenu à fabriquer des pièces ...icielles qui imitent à s'y tromper les dents naturelles; mais encore les ...ens par lesquels on adapte et fixe ces pièces aux mâchoires plus ... moins dégarnies, ont été singulièrement perfectionnés. L'hip...tame a été longtemps la seule substance usitée dans la confec... des dents. Dans ces dernières années, on a réussi à lever la plupart ... obstacles à l'emploi des pâtes minérales durcies par la cuisson. C'est ... Didier, dont les travaux ont reçu l'approbation de l'Académie de médecine, chose très rare en pareille matière, que revient en partie l'honneur de ce succès. Pourquoi M. Didier a-t-il eu l'idée d'exposer un modèle de son atelier, où quatre bons-hommes sont censés occupés à fabriquer des dents en pâte *minéro-adamantine?* Il nous semble que M. Didier, dont les dents ont un mérite réel, aurait pu, sans dommage, renoncer à ce reste d'une habitude générale de ses confrères, qu'on voit exposer à leur porte des préparations anatomiques, des sculptures en hippopotame ou des moules en plâtre, propres, tout au plus, à témoigner de l'état de fortune de celui qui les a commandés. Parmi les fabricants qui se font remarquer par la beauté et la parfaite exécution de leurs dents artificielles, il faut citer encore M. Lhôpital, madame veuve Bidart, MM. Jones, Withe et Mac Curdy (de Philadelphie), M. Kingsly (de New-York), MM. Ash et fils (de Londres), M. de Ploeg (de Bruxelles).

Quant aux dentistes proprement dits, qui se donnent plus spécialement la mission de poser les dents artificielles, nous devons une mention au docteur Devillemur, que la mort vient d'enlever au milieu de ses essais sur la gutta-percha. Déjà M. Devillemur avait employé cette substance pour remplacer les gencives et pour obturer les perforations de la voûte palatine. M. Gillet (de Marseille) paraît se livrer avec un grand succès à l'étude de la pathologie dentaire. Dans un superbe tableau, il nous fait

Art. 4. Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen :

Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 19 novembre 1855.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu le décret impérial en date du 19 novembre 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Lechevallier.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Leroy.
Clinique externe. — M. Lepreste.
Pathologie interne. — M. Maheut.
Clinique interne. — M. Vastel.
Accouchements, maladies des femmes et des enfants. — M. Lebidois.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Lecœur.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Lepetit.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique interne. — M. Faucon.
Anatomie et physiologie. — M. Roulland.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléants :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Chancerel.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchements, de maladies des femmes et des enfants. — M. Denis.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Liégard.
Pour les chaires de sciences accessoires. — M. Détaux.

Art. 4. Est nommé chef des travaux anatomiques, M. Liégard.

Art. 5. Est nommé directeur de l'École, M. Vastel, professeur de clinique interne.

Art. 6. M. le recteur de l'Académie de Caen est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 21 novembre 1855. H. Fortoul.

— Par décret impérial en date du 19 novembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Delcasso, professeur et doyen de la faculté des lettres de Strasbourg, a été nommé recteur de l'académie de Strasbourg, en remplacement de M. Rinn, décédé.

— Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, en date du 13 novembre 1855, M. Bruckner, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie à l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Mulhouse.

M. Ruck, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de physique et d'histoire naturelle à la même École.

— Par arrêté, en date du 19 novembre 1855, sont nommés à la Faculté de médecine de Strasbourg :

Aide clinique (internat des hôpitaux), M. Fritz.
Aide de botanique, M. Liétard.

— Par arrêtés, en date du 16 novembre 1855, M. Farnet est nommé préparateur de physique à la Faculté des sciences de Marseille, en remplacement de M. Tougras.

M. Moinoux est nommé préparateur de chimie à la même Faculté.

— Par arrêté, en date du 19 novembre 1855, M. Cazeneuve, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé de nouveau directeur de ladite École.

— Par arrêtés, en date du 21 novembre 1855, M. Lavalle, professeur d'histoire naturelle et de matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé directeur de ladite école en remplacement de M. Salgues.

M. Salgues, professeur de clinique interne à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé directeur honoraire de ladite école.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE SOLENNELLE DE LA RENTRÉE, ET DE LA DISTRIBUTION DES PRIX.

Les professeurs et agrégés, en costume, se rendent, à une heure précise, dans le grand amphithéâtre décoré pour cette cérémonie.

Trois banquettes ont été réservées pour une députation de l'Académie de médecine, pour MM. les professeurs du Val-de-Grâce, pour les agrégés libres de la Faculté. Le reste était occupé par les étudiants.

M. le doyen monte au bureau, assisté des deux assesseurs, et il déclare que la séance est ouverte.

M. le professeur Malgaigne, chargé du discours d'usage, a pris pour sujet de ce discours l'éloge du professeur Roux.

Après ce discours, prononcé au milieu de la plus religieuse attention, et interrompu souvent par les applaudissements de l'auditoire, M. Gavarret, l'un des assesseurs, proclame les prix et récompenses dans l'ordre suivant.

Prix de l'Ecole pratique.

La Faculté, sur la proposition du jury des concours, a, dans sa séance du 25 octobre 1855, décerné les prix dans l'ordre suivant :

---

voir des dents affectées de monstruosité, étouffées par le tartre, *nécrosées*, en proie à la carie humide, couvertes d'ecchymoses, de kystes. Au centre de ce petit musée d'anatomie pathologique trône une énorme mâchoire, deux fois grandeur naturelle, dont nous avons en vain cherché l'application et le but.

Les instruments pour l'extraction des dents ont subi quelques modifications qui ne manquent pas d'intérêt. Nous ne parlerons pas des diverses espèces de clefs imaginées depuis la clef de Garengeot; mais nous dirons un mot de celle qu'a exposée M. Knocke, mécanicien à Munich, et qui, d'ailleurs ressemble fort à celle de M. Désirabode. C'est une espèce de pince, à branches non entrecroisées, dont l'une porte à son extrémité deux crochets mobiles destinés à saisir la dent d'avant en arrière. Ces deux crochets sont entourés par l'anneau qui termine l'autre branche et qui les serre contre la dent lorsqu'on appuie sur les manches de l'instrument. La dent ainsi fixée est extraite directement par un mouvement de levier qui prend son point d'appui sur une dent voisine.

Mais un grand nombre de dentistes ont une certaine tendance à renoncer à l'usage de toute espèce de clef, et à ne se servir plus que de daviers. A ceux-là nous signalerons des daviers d'origine américaine, disposés de façon à s'adapter exactement à la forme de la dent : il faut, par conséquent, presque autant de daviers qu'il y a de dents à chaque mâchoire. Ces daviers, qu'on trouvera chez M. Mathieu, ont reçu l'approbation générale des dentistes. Les daviers de M. J. Young sont exécutés d'après les mêmes idées, mais avec moins de bonheur : leurs mors coudés sont trop longs, et dès lors trop élastiques pour que la dent puisse être saisie solidement, sans risque d'être écrasée.

Les *yeux artificiels*, qu'on fabrique aujourd'hui, ne sont pas moins bien exécutés que les dents, et l'on ne saurait trop admirer les produits de cette nature exposés par MM. Desjardins, Boissonneau fils, pour la France; par M. Grossmuth, pour le Royaume-Uni. Les maladies des yeux ont été reproduites par les mêmes procédés, moins heureusement peut-être; les pièces de M. Boissonneau méritent cependant de fixer l'attention des chirurgiens. M. Letho, qui s'est appliqué spécialement à reproduire les yeux d'une grande partie de la série animale, a porté cette imitation aussi loin que possible.

Passons maintenant aux *préparations anatomiques*. En tête de celles qui sont destinées à rappeler à l'élève les détails de l'organisation normale, il faut placer incontestablement les pièces que fabrique M. Auzoux sous le titre d'*anatomie élastique*, c'est-à-dire qui se démontent. Depuis longues années, cet habile préparateur consacre tous ses efforts à rendre

Il n'y a pas lieu de donner le grand prix.

Le 1er prix, *médaille d'argent*, a été délivré *ex æquo* :

A M. Bonfils (Adolphe-Émile), né le 8 septembre 1831, à Boissy-Saint-Léger ;

A M. Guyon (Félix), né le 31 juillet 1831, à l'île Bourbon.

Le 2e prix a été délivré à M. Isambert (Émile), né le 22 juillet 1827, à Auteuil.

Une *mention honorable* a été accordée à M. Fayel.

Prix Corvisart.

Médaille d'or. — M. Duriaux (François-Frédéric), né le 23 avril 1830 à Dunkerque.

Mention honorable. — M. Bouvyer (Jules), né à Dreux.

Prix Montyon.

Médaille d'or. — M. Charrier (Amédée), né le 5 janvier 1827, à Paris.

PROGRAMME DES PRIX POUR 1856.

Prix fondé par Montyon.

Il y aura, tous les ans, un concours pour un prix qui sera accordé à l'auteur du meilleur mémoire adressé à la Faculté de médecine de Paris, sur les maladies prédominantes dans l'année précédente, les caractères et les symptômes de ces maladies, les moyens de les guérir, etc.

Ce prix, consistant en *une médaille d'or*, sera décerné dans la séance publique de la Faculté.

Les mémoires pour le prix de 1856 ne seront pas reçus, passé le 31 juillet de la même année ; ils ne devront traiter que des maladies qui auront prédominé du 1er janvier 1855 au 1er janvier 1856.

Prix fondé par Corvisart.

La Faculté a arrêté, pour sujet du prix de clinique à décerner en 1856, la question suivante :

Déterminer, par des observations recueillies dans les cliniques de la Faculté, le degré d'utilité de la médication tonique.

Du 15 au 31 août 1856, chacun des concurrents remettra au Secrétariat de la Faculté :

1° Les observations recueillies au lit qui lui aura été désigné ;
2° La réponse à la question proposée.

Les élèves en médecine prenant inscription à la Faculté sont seuls admis à concourir pour le prix Corvisart.

La Faculté croit devoir rappeler aux concurrents que leur travail doit être restreint aux termes du programme, et qu'aucune recherche bibliographique de matière médicale ou de pathologie ne doit en faire partie.

Nota. Les noms des concurrents doivent être mis sous cachet.

Le Secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 20 au 21 novembre 1855.

298. Andruszewicz, Antoine-Jean, né à Przytyk (Pologne). [*De la présence du glycose dans l'économie animale à l'état normal.*]

299. Bastien, Jean-Baptiste, né à Hablainville (Meurthe). [*Kyste sanguin du pavillon de l'oreille gauche. — Hystérie chez l'homme; paralysie du chatouillement.*]

300. Cinthat, François-Frédéric, né à Chenouville (Eure-et-Loire). [*Relation d'une épidémie de scorbut, observée à l'hôpital du Gros-Caillou.*]

301. Couillault, Louis-Charles, né à Ouzilly (Vienne). [*De la symptomatologie organique générale de l'abdomen.*]

Le chiffre total des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 2 au 15 novembre 1855, est de 966.

L'année dernière, à la même époque, le chiffre était de 964.

Le nombre des premières inscriptions, cette année, est de 180. Il était l'année dernière de 151.

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
Amette.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 22 novembre 1855.

CURE DES HERNIES. — KYSTES DU FOIE. — LES EXUTOIRES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — OPINION DES JOURNAUX SUR LA QUESTION DES EXUTOIRES.

La *Société de médecine de Lyon* a consacré la séance du 22 octobre dernier à la discussion d'un rapport de M. le docteur Barrier sur un nouveau procédé pour la cure radicale de la hernie inguinale, imaginé par M. Valette, et que nous avons nous-même exposé et apprécié l'année dernière (Gaz. hebd., t. I, p. 773). Ce que nous disions alors, nous n'aurions qu'à le répéter aujourd'hui, s'il s'agissait seulement d'exprimer une opinion motivée — l'opération pratiquée par M. Valette nous paraît encore répondre rationnellement aux conditions de la cure radicale; — mais il est impossible de ne pas porter un examen sérieux sur la proscription absolue dont un chirurgien du plus haut mérite, M. Bonnet, a frappé et le procédé en discussion et tous ceux qui ont été

---

ses produits de plus en plus parfaits et à les tenir constamment au niveau de la science; et, sous ce rapport, M. Auzoux mérite les plus grands éloges. Nous regrettons cependant que les pièces du docteur Auzoux soient si souvent maniées par les élèves en médecine, qui trouvent en elles un moyen expéditif d'acquérir quelques notions superficielles pour répondre à un examen, et négligent par là même les dissections. Il est du reste peu d'expositions qui aient eu plus de succès et qui aient plus excité la curiosité du public que celles de M. Auzoux. Outre l'anatomie de l'homme, M. Auzoux a reproduit celle du cheval, du dindon, du boa constrictor, de la vipère, du hanneton, du colimaçon, du cerf-volant, etc.

Les préparations du docteur Thibert ont pour but de retracer aux yeux les caractères des lésions pathologiques; comme spécimens sont exposées des pièces figurant quelques maladies de la peau, une tumeur cancéreuse, l'anatomie d'un monstre double, des abcès métastatiques du foie, l'avant-bras d'un cholérique. Ces pièces sont fort bien exécutées : nous ferons observer seulement que les teintes en sont souvent exagérées, et que certains détails de peinture y sont faits trop grossièrement.

Les pièces naturelles de M. Vasseur l'emportent bien certainement sur toutes les autres de même genre. Ses os sont d'une blancheur éclatante, ses squelettes sont articulés avec beaucoup d'élégance ; ses pieds, ses mains, ses préparations de l'oreille, son système dentaire de l'homme, sont de toute beauté. Nous avons été beaucoup moins émerveillé par ses préparations de cire et par ses crânes, où les vaisseaux et nerfs sont représentés artificiellement.

M. Guérin nous montre également des pièces naturelles d'ostéologie humaine et d'anatomie comparée. Toutes sont remarquables par la blancheur des os, par l'adresse avec laquelle les divers os ont été désarticulés, puis fixés à distance au moyen de lames de cuivre. Mais, de même que M. Vasseur, M. Guérin a été beaucoup moins heureux quand il a voulu reproduire les parties molles par des préparations artificielles. L'histoire naturelle est représentée, dans la vitrine de M. Guérin, par plusieurs oiseaux, une langouste, un homard, des squelettes de crapauds et de serpents très bien préparés.

M. Talrich a exposé des objets de plâtre et de cire, faits dans le goût des têtes qui parent les boutiques des coiffeurs. Nous avons reconnu un cerveau, un œil considérablement grossi, un poulet, des préparations du cou et de la face, la représentation d'une opération de cataracte.

L'exposition anglaise est riche en pièces anatomiques de cire. Nous citerons d'abord celles du collége de Londres, qui figurent l'herpès zoster, l'ichthyose des membres supérieurs, des ulcères et des cicatrices de l'esto-

imaginés dans le même but. L'autorité de M. Bonnet nous impose; mais la réflexion nous rassure.

L'argument capital de notre confrère est celui-ci: Dans l'état physiologique, la paroi postérieure du canal inguinal s'applique contre la paroi antérieure d'autant plus exactement que celle-ci est plus fortement pressée par le paquet intestinal. « La résistance se proportionne ainsi à l'effort et augmente avec lui (*Gaz. méd. de Lyon*, n° 21, p. 390). » Quand il existe une hernie, le canal inguinal est converti en un véritable trou; le moyen de résistance est donc annulé, et aucune opération n'a pu encore le rétablir. Bref, « tant que les chirurgiens n'auront pas résolu le problème du rétablissement intégral du canal, ils s'obstineront en vain à la poursuite de la cure radicale des hernies (*ibid.*). » N'est-ce pas beaucoup exiger? La chirurgie est-elle réellement tenue à la restitution d'états physiologiques ; et même, dans l'espèce, sont-ce bien là les termes de la question pratique? Le canal n'est pas détruit dans tous les cas de hernie, et M. Bonnet ne peut contester, ne conteste pas, qu'une adhésion des deux parois ou l'oblitération permanente du canal, si l'on peut obtenir l'une ou l'autre, n'assure la guérison définitive. Mais supposons que le canal ait disparu et qu'il existe, à sa place, un trou. Quelle est matériellement l'indication à remplir? C'est de faire que cette ouverture anormale soit fermée aux intestins. La question du moyen est ici secondaire; tout moyen sera bon, qui réussira ; et de ce que, dans l'état physiologique, la disposition du canal forme un obstacle naturel à la sortie des viscères, il ne s'ensuit pas du tout que cet obstacle soit le plus solide de tous, et doive nécessairement servir de modèle à l'invention chirurgicale. La preuve, c'est qu'il ne s'oppose pas à la formation des hernies. S'il laisse les hernies se *produire*, vraisemblablement l'imitation qu'on en pourra faire un jour les laissera quelquefois se *reproduire*, ou c'est que la nature n'aura pas été fidèlement imitée et qu'on aura oblitéré le nouveau canal. Quoi qu'on en dise, il ne s'agit, pour la cure radicale de la hernie, que de *boucher un trou*. Quand M. Bonnet a fait cette tentative qu'il rappelle lui-même et qui consistait dans l'implantation d'épingles au-devant de l'anneau, ce n'est pas de chercher à boucher le trou que M. Malgaigne lui reprochait, mais bien de *mettre la pièce* au dehors; et l'on conçoit, en effet, que cette pièce soit aisément repoussée par le paquet engagé dans l'anneau. Or l'oblitération de l'ouverture est-elle possible? C'est tout ce qui est en question.

A cet égard, nous souscrivons aux réserves faites par M. Barrier. Il est incontestable que la méthode de M. Gerdy, dont le procédé de M. Valette dérive directement, aussi bien que ceux de MM. Sotteau, Wurtzer, Maisonneuve, a produit des guérisons durables. Il n'y a pas longtemps que M. Gerdy lui-même a dressé à cet égard une statistique qui ne permet guère le doute. La guérison radicale aura lieu toutes les fois que, par un procédé quelconque, on parviendra à fixer dans l'anneau un bouchon que de solides adhérences empêchent de descendre, ou à faire adhérer les parois du sac entre elles et le sac lui-même avec le canal. Il paraît indubitable aujourd'hui que M. Jobert a obtenu par l'injection de liqueurs iodées dans le sac des guérisons datant déjà de plus de dix-huit mois, en réalisant sans doute cette double oblitération du sac et du canal que nous avons toujours imposée à son procédé comme condition d'efficacité (GAZ. HEBD., t. II, p. 753 et 773).

Nous ne nous arrêtons ici qu'aux principes. Loin de nous de conseiller l'opération pour toutes les hernies! Les services rendus par de bons moyens de contention sont trop évidents et trop faciles à obtenir pour que nous nous montrions aussi amateurs du bistouri et du caustique. Nous laissons également, quant à présent, la question élevée entre MM. Barrier, Bonnet et Diday relativement aux chances d'érysipèle à la suite des cautérisations. La hernie inguinale est curable sans restitution artificielle du canal, voilà tout ce que nous voulions établir.

— A l'occasion de notre dernier article sur le cas d'hydatides présumées intra-thoraciques (*Gaz. hebd.*, n° 45, p. 794), dont l'histoire a été communiquée à l'Académie de médecine par l'honorable M. Vigla, quelques personnes nous ont demandé comment, dans l'hypothèse — probable suivant nous — où les hydatides, bien que remontant jusqu'au deuxième espace intercostal, auraient appartenu au foie, la perforation du diaphragme, nécessairement amenée par une aussi forte ascension du kyste, ne se serait pas traduite par des troubles fonctionnels particuliers. Cette question conduit directement à celle du mode de communication de l'abdomen avec le thorax dans les cas de kystes considérables du foie; car ici la symptomatologie s'éclaire directement de l'anatomie pathologique. Or, nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée du mode de communication dont il s'agit, que d'en emprunter l'exposé à une observation de MM. Boinet et Mesnet, consignée dans l'ouvrage dont nous rendons compte aujourd'hui même (voir à la *Bibliographie*) et qui déjà avait été plus longuement rapportée dans la *Revue médicale* (numéro

---

mac, l'hépatisation du foie, le carcinome de cet organe, des dépôts granuleux sur la plèvre, des tubercules miliaires du poumon, une tumeur de la main et un anévrysme de l'artère sous-clavière. Toutes ces pièces sont très bien faites, et donnent une bonne idée des maladies qu'elles rappellent, en tant que la vue peut suffire à cette connaissance.

Une autre série de pièces artificielles d'anatomie pathologique a été exposée par l'hôpital de Guy. Elle n'est pas moins remarquable que la précédente.

M. P. Zeiller (de Munich) a envoyé à l'Exposition un grand nombre de préparations de cire, dont quelques-unes sont très bien faites. Son cerveau humain, qui se démonte en huit pièces pour montrer la structure intérieure de l'organe, est bien inférieur, pour la fidélité, aux préparations analogues de M. Auzoux. Deux oreilles de grandeurs différentes, dont l'une avec des dimensions gigantesques, deux yeux, dont l'un du volume d'une tête d'enfant, et un cœur dont les cavités peuvent être examinées par des ouvertures pratiquées dans leurs parois, nous ont paru mieux exécutés. Il y a en outre quatre crânes de races différentes, revêtus, d'un côté, de leurs parties molles.

Madame Fanny Zeiller (de Munich) expose une série d'œufs ouverts à différentes époques de l'incubation. Ces préparations peuvent très bien, en l'absence de pièces naturelles, donner quelques notions sur le développement du poulet.

Le docteur Ange Maestri (de Pavie) a figuré, dans de bonnes pièces en cire, avec un grossissement de 300 fois, les cryptogames qui forment l'élément essentiel de la maladie de la vigne ; l'anatomie de la couleuvre et de la vipère (une pièce spéciale donne les détails de l'appareil sécréteur du venin), et enfin, le développement et les maladies des vers à soie.

A la suite de ces produits se placent naturellement les préparations microscopiques de M. Bourgogne, de M. Topping, et les injections de M. Hett (de Londres), qui ont fait l'admiration de tous les anatomistes.

Les belles *planches* dans lesquelles M. Émile Beau a reproduit, avec une exactitude parfaite, les moindres détails de l'organisation, sont trop bien connues et appréciées pour qu'il soit nécessaire d'en faire ici l'éloge. Nous mentionnerons simplement celles qui représentent les lymphatiques du pied, de la main et du sein, de grandeur naturelle, et qui sont magnifiques d'exécution. M. Émile Beau nous montre aussi quelques essais de chromo-lithographie, où l'on voit figurés le foie et les éléments qui le composent, les intestins. Cette voie nouvelle promet les plus heureux résultats, et déjà on s'y est engagé à l'étranger. On trouve en effet, dans l'exposition de la Prusse, de magnifiques planches où sont reproduits, par la litho-

du 15 février 1853). Il s'agit d'un énorme kyste, également hydatique, du foie, traité par l'injection iodée. Le malade ayant succombé, on a constaté, au milieu de particularités très intéressantes, mais étrangères à notre sujet, la disposition suivante.

« La membrane qui tapissait le kyste (où l'injection avait pénétré), disent MM. Boinet et Mesnet, détachée presque dans toute sa circonférence, était en voie d'élimination : deux points seulement la retenaient adhérente. Par sa partie supérieure, le kyste que nous décrivons communiquait avec un autre, plus spacieux que lui, occupant presque tout le lobe droit du foie, remontant jusqu'à la surface de l'organe, la dépassant même, *car nous avons pu le suivre jusque dans le tissu du poumon droit*, que nous avons déjà indiqué comme étant, par sa base, adhérent à la face convexe du foie ; *de telle sorte qu'il avait été impossible de les séparer*. Il est certain que, en ce point, il nous a été impossible de trouver la limite naturelle que forme le diaphragme ; *le muscle avait disparu, et le tissu même du poumon, recouvert d'une membrane mince, grisâtre, baignée de pus, formait la limite la plus reculée de cette vaste poche hydatique*. Ainsi, la poche dans laquelle l'injection avait été faite semblait, par l'intermédiaire d'une seconde, communiquer avec le poumon. Cette disposition serait, du reste, assez bien d'accord avec certains phénomènes éprouvés par le malade, tels que le goût de l'iode lui venant quelquefois à la bouche, à la suite de la toux, et l'expectoration de matières iodées, nous disait-il, sans jamais avoir pu nous les montrer. »

On voit par cette description que le diaphragme ne se perfore pas dans le sens strict du mot, mais qu'il s'atrophie, devient de plus en plus celluleux, et finit par disparaître, sous l'influence de la pression continue à laquelle il est soumis. Dès lors, on comprend que ce qui reste du muscle, trouvant un point d'appui sur les organes mêmes avec lesquels il se confond, peut se contracter et continuer tant bien que mal ses fonctions.

— La discussion sur les exutoires se continue à l'Académie de médecine. M. Bouvier a repris encore une fois la question au point de vue historique (1); mais, comme l'a dit M. Malgaigne, ce n'est plus maintenant à la tribune, c'est dans les bibliothèques, que chacun doit aller former son opinion. M. H. Bouley a pris à cœur, trop à cœur, les plaisanteries de M. Malgaigne, et lui a décoché, sous prétexte de discours, une vive admonestation. M. Bouillaud prendra la parole dans la prochaine séance. *Si fortè virum quem...*

A. Dechambre.

(1) Voir page 843 les observations d'ophthalmie rapportées par M. Bouvier.

Opinion des journaux sur la question des exutoires.

Il n'est pas indifférent de noter que la presse médicale est unanime, dans ses nuances diverses, pour repousser les décourageantes opinions de M. Malgaigne en matière de révulsion et de dérivation.

La *Gazette des hôpitaux*, par la plume de M. Brochin, loue M. Bouvier d'avoir vengé la médecine ancienne, « en développant cette antique doctrine de la révulsion et de la dérivation, qui, aux interprétations théoriques près, est encore vivace aujourd'hui et constitue un des points fondamentaux de la médecine pratique. » La *Gazette* se déclare prête à montrer l'inanité des arguments de M. Malgaigne, dissimulée sous « un éblouissant mirage oratoire. »

Dans la *Gazette médicale de Paris*, M. J. Guérin maintient tout à la fois la pérennité de l'idée de révulsion et de dérivation, et l'efficacité des exutoires appliqués selon l'indication.

« Au fond de tout cela, qu'y a-t-il? Il y a cette vérité que la discussion actuelle a tenté de faire disparaître sous de brillants paradoxes, que la théorie des exutoires a varié avec le temps et les idées, mais que le fait de son efficacité s'est maintenu à travers toutes les divagations et toutes les contradictions des écoles. Ces deux ordres de faits sont très différents, et c'est pour ne les avoir pas séparés et distingués, qu'on est parvenu à jeter sur l'autorité de la tradition du fait le ridicule de l'excentricité et de la variabilité des doctrines. »

M. Latour, dans l'*Union médicale*, n'a pas pris encore de position bien arrêtée. Il se plaint des négations *tristes et stériles*, et fait *ses plus explicites réserves sur l'ensemble philosophique* du dernier discours de M. Malgaigne. En attendant, il écrit :

A voir l'insouciance avec laquelle M. Malgaigne les brave (les dangers de l'oubli de la tradition), on se demande si c'est par inconscience ou par courage. Et, par exemple, c'est comme en jouant et sous les formes les plus aimables, les plus spirituelles, mais les moins sérieuses, que, hier, M. Malgaigne semblait s'amuser et s'amusait, en effet, à jeter le ridicule et le sarcasme sur l'autorité, sur la tradition en médecine, sur le dogme hippocratique, auquel il ne croit pas, sur les théories galéniques dont il n'a pas fait un équitable départ, sur l'école de Montpellier, pour laquelle il a été d'une sévérité excessive, sur Barthez, à l'occasion duquel, en détachant de son œuvre quelques propositions isolées de leur développement, M. Malgaigne a usé d'un procédé de critique qui ne manque jamais son effet, mais qui nous paraît peu digne de son talent distingué.

M. Marchal (de Calvi) a commencé dans la *France médicale* un travail dont il n'a paru encore qu'une très faible partie, mais qui ne conclura certainement pas contre la révulsion, ou, tout au moins, contre la dérivation.

La *Revue médicale*, où M. Sales-Girons tient la plume, s'efforce de montrer, et avec raison, que l'humorisme tout entier est en cause devant l'Académie. « *Dépuration* et *dérivation*, voilà les deux grands mots exprimant les deux grandes choses de la théra-

chromo-lithographie, les œufs des oiseaux européens, peints par Julius Badeker; ce bel ouvrage est publié par M. Iserlohn.

Sous le titre : *Physiological Diagrams*, MM. Day et fils, de Londres, ont exposé une série de 9 planches lithographiées et enluminées pour l'étude des éléments de l'anatomie dans les écoles publiques. Les dimensions énormes avec lesquelles y sont figorés les principaux organes et tissus de notre corps rendent ces planches très utiles pour les démonstrations publiques.

Une des applications les plus heureuses qu'on ait faites en photographie, dans ces derniers temps, c'est celle qui consiste à reproduire par le daguerréotype les caractères de l'organisation animale, grossis ou non par le microscope. C'est à M. Louis Rousseau que nous devons, en France, les premiers essais de ce genre, auxquels est réservé un bel avenir. Les dessins exposés par M. Rousseau se rapportent à l'histoire naturelle de l'homme et des animaux ; ils nous montrent différentes races humaines, la race mongolique, représentée par la Vénus hottentote, un Hottentot Boschisman et un Chinois de Shanghai ; la race caucasique, figurée par deux crânes d'enfants de six mois ; l'organisation des spongiaires, des ascarides, le système dentaire du lion à différents âges, les dents de la première et de la seconde dentition du taureau. Déjà on a fait ailleurs des tentatives analogues : c'est ainsi que MM. Bertsch et Kingsley ont figuré la structure microscopique des insectes, que M. Diamond a fixé les caractères de la physionomie dans les maladies mentales, et que M. de Montizon a fait le portrait exact de plusieurs animaux du musée anatomique de Londres. M. Bernond (de Florence) a exposé également des photographies d'animaux vivants.

Un grand nombre d'*appareils électro-magnétiques* figurent au palais de l'Industrie : il nous serait impossible de faire connaître le mécanisme de chacun d'eux ; nos lecteurs connaissent ceux de MM. Breton et Duchenne (de Boulogne), qui sont encore les plus fréquemment employés en France.

M. Gibson a exposé son *spiromètre*, instrument destiné à mesurer la quantité d'air introduite dans le poumon ; il l'a accompagné d'une série de photographies représentant les changements que subit la poitrine dans l'inspiration et l'expiration. M. Geissler (d'Amsterdam) nous montre un appareil de son invention, servant à évaluer la quantité d'humidité contenue dans l'atmosphère d'une salle ; cette évaluation se fait d'après l'augmentation de poids éprouvée par l'acide sulfurique à travers lequel on fait passer une certaine quantité de l'air qu'on examine.

Nous ne saurions mieux terminer cette revue qu'en disant un mot des

peutique, depuis l'origine de notre science jusqu'au XIXe siècle, qui prétend à la légère avoir changé tout cela. »

Enfin, nous recevons à l'instant la *Revue thérapeutique du Midi*, où M. L. Saurel félicite M. Bouvier d'avoir donné ce qu'il avait promis, c'est-à-dire « d'avoir rétabli la vérité scientifique, la vérité historique et la vérité pratique. »

A. D.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'ÉLÉMENT NÉVROSE ET DE L'ASTHME EN PARTICULIER, par le professeur Forget (de Strasbourg).

Il est à remarquer que, depuis peu d'années, une notable modification s'est opérée en France dans la manière d'envisager les faits médicaux. Il n'y a pas dix ans que certaines affections étaient généralement considérées comme des faits concrets, des maladies de toutes pièces, susceptibles tout au plus de quelques variations insignifiantes dans les traits de leur physionomie, et dont surtout on recherchait le remède absolu avec une ardeur passionnée. Il suffit de rappeler la fièvre typhoïde, le rhumatisme, la phthisie, etc., etc. Le mot *élément* était à peu près étranger à la langue médicale, et la chose était considérée comme le produit imaginaire d'une école alors assez dédaignée.... Maintenant il n'en est plus ainsi : l'esprit d'analyse s'infiltre insensiblement, et les représentants les plus actifs du mouvement scientifique paraissent vouloir se rallier, du moins en pratique, à la maxime de Bacon : « Au lieu d'abstraire la nature, il vaut mieux la disséquer. » Me permettra-t-on de croire que je ne suis pas tout à fait étranger à cette petite révolution, et que mes prédications réitérées en faveur de la doctrine des *éléments positifs* ont insensiblement familiarisé les esprits avec ce nouveau point de vue ? Le silence des écrivains à mon endroit rend cette supposition quelque peu téméraire, j'en conviens ; mais il est tant d'idées, surtout parmi les plus rationnelles, qui entrent dans nos esprits à notre insu, par pure réminiscence, et que, de bonne foi, nous croyons avoir spontanément conçues ! Sans compter ceux qui, comme Basile, trouvent que ce qui est bon à prendre est bon à garder. Quoi qu'il en soit, le fait existe, et prouve que, du moins, nous avons été bon prophète.

Ce petit préambule nous est dicté par certains travaux tout récents, où la doctrine des éléments, telle que nous la concevons, est acceptée et appliquée dans sa véritable compréhension. Nous laissons au lecteur le soin de nommer les nouveaux adeptes, de peur que les intéressés ne viennent nous dire encore que pareille idée est si naturelle, qu'elle leur paraît être du domaine public ; ce qui, pour le dire en passant, est le meilleur éloge qu'on en puisse faire. Mais, comme il importe à la science qu'on ne s'égare pas dans cette voie nouvelle, force nous est aujourd'hui de prendre à partie un auteur distingué qui, tout dernièrement, a fait évoluer les éléments à sa manière au sujet d'une grave affection, l'asthme, dont la pathogénie aurait été mal comprise jusqu'à lui (1).

En 1847, il y a neuf ans, j'ai publié dans la *Gazette médicale de Paris*, sous le titre de *Recherches cliniques sur les névroses*, le commencement d'un grand travail auquel je n'ai pu donner suite. J'ai seulement traité de l'*hystérie* au point de vue de la doctrine des éléments, et ma pensée fondamentale est que les *névroses en général* et l'hystérie en particulier *sont l'expression d'une sensibilité spéciale du système nerveux, qui peut exister seule, ou se produire à l'occasion de causes très variées*. Bref, la névrose est un *élément* à part. « L'hystérie, disions-nous, est un fait, aussi bien que le délire, les convulsions, l'état typhoïde, et constitue une affection déterminée, au même titre que l'épilepsie, par exemple. Voudrait-on bien nous dire quelle est l'essence de l'épilepsie ? C'est un état nerveux, ayant sa physionomie propre, voilà ce que nous en savons. »

Nous posons en loi que « la diathèse nerveuse, ou névropathie, est une condition essentielle et nécessaire de la manifestation de la névrose, même lorsque celle-ci est secondaire ; » et comme corollaires thérapeutiques, nous statuons que « le traitement de la névrose consiste 1° dans l'élimination des complications, lorsqu'il en existe ; 2° dans l'administration des moyens dirigés contre l'état nerveux lui-même. — Il n'existe point de remèdes *nervins* absolus. »

Ceci, comme on le voit, diffère sensiblement des idées scolastiques en vertu desquelles on cherche à rattacher les névroses diverses à des lésions que l'on place quelquefois en dehors du système nerveux lui-même : ainsi, l'hystérie aux lésions de la matrice ou de l'ovaire, l'épilepsie aux lésions des enveloppes spinales, l'asthme à l'emphysème ou à la bronchite, etc. Seulement, notre doctrine accueille ces dernières causes en tant que provocatrices possibles des manifestations de la diathèse nerveuse, de la névrose, en un mot, qui peut être suscitée par elles, mais qui peut exister sans elles.

Ces principes posés, lorsque nous en fussions venu à l'histoire particulière de l'asthme, nous aurions dit : L'asthme est une névrose *sui generis* ; cette névrose peut exister indépendamment de lésions organiques appréciables ; mais elle se manifeste souvent à l'occasion de la bronchite capillaire chronique, de l'emphysème, etc., lesquels, d'autre part, peuvent très bien exister sans elle, ce qui prouve invinciblement que l'asthme est une diathèse spéciale, indépendante, dont la coexistence est nécessaire pour expliquer sa coïncidence avec la bronchite, l'emphysème, etc.

(1) Le parti pris par nous de taire généralement les noms propres, nous a fait accuser, par un journaliste de Montpellier, de manquer de franchise ; avec un peu plus d'élévation de caractère, notre critique aurait senti que notre intention est de faire comprendre par là que nous ne voulons connaître que des faits et des idées.

recherches physiologiques du professeur Boeck (de Christiania). Cet habile et ingénieux expérimentateur a étudié, avec une patience et un dévouement au-dessus de tout éloge, les principaux phénomènes de la *contractilité musculaire* : ainsi, M. Boeck a mesuré avec une précision mathématique le temps qui s'écoule entre l'application de l'irritant et la contraction, la durée de cette contraction pour un irritant déterminé ; il a déterminé la marche progressive de la contraction, et la manière dont le muscle revient à l'état de repos, l'influence des irritations répétées, du repos, des divers agents physiques et chimiques sur la contractilité. Voici quelles sont les dispositions fondamentales de l'appareil qui lui a servi pour résoudre ces problèmes intéressants et une foule d'autres. Un cylindre de cuivre, couvert de papier noirci, reçoit l'impulsion d'un mouvement d'horlogerie qui le fait tourner sur son axe ; le muscle sur lequel porte l'expérimentation, est suspendu par une de ses extrémités à un crochet près de ce cylindre ; l'autre extrémité du muscle supporte une lamelle de verre terminée par une pointe recourbée qui touche au papier noirci et y trace une ligne très fine. Le muscle étant au repos, cette ligne est régulièrement circulaire ; mais chaque fois qu'il survient une contraction, sous l'influence d'un courant galvanique, par exemple, la pointe de verre s'élève pour retomber lorsque la contraction a cessé ; la trace qu'elle a laissée sur le papier donne une idée aussi exacte que possible de toutes les circonstances de la contraction et du relâchement musculaires. Comme on connaît d'avance la longueur de la circonférence du cylindre et le temps que met ce dernier à faire une révolution complète, rien n'est plus facile que de traduire ces lignes ondulées en secondes et fractions de secondes. M. Boeck a imaginé d'autres appareils, non moins ingénieux, pour apprécier exactement les qualités du pouls, les forces développées par chaque individu dans les mouvements respiratoires. Les résultats de toutes ces recherches intéressent au plus haut degré le physiologiste et le médecin, et nous espérons que M. le professeur Boeck ne tardera pas à les publier d'une manière plus complète que nous ne pourrions le faire d'après quelques notes recueillies pendant les expériences qu'il a bien voulu répéter devant nous.

Marc Sée.

— El Heraldo medico (le Héraut médical) cesse de paraître. Le directeur, qui est en même temps directeur et propriétaire d'El Leon Espanol (le Lion espagnol), annonce aux souscripteurs du journal médical qu'ils seront dédommagés par l'envoi de la feuille politique.

C'est ainsi que nous avons conçu et que nous concevons encore la doctrine des éléments positifs appliquée à l'histoire de l'asthme. On voit que ce système, simple expression des faits, est rationnel, et plus clair, je crois, que celui de l'auteur dont j'ai parlé, lequel, pourtant, admet, ainsi que nous, l'asthme en tant qu'élément essentiel. Si j'ai bien démêlé sa pensée, cet auteur considère l'asthme, la bronchite et l'emphysème comme trois éléments conjoints, émanant *synergiquement* d'une seule et même cause, l'excitation pulmonaire. Professant un dédain profond pour les théories organiciennes qui font dériver l'emphysème du catarrhe, et l'asthme de tous les deux, « il est impossible, dit-il, d'inventer une théorie plus grossière, moins physiologique, plus puérile, plus pauvrement fausse, plus chinoise (*sic*), plus digne des âges primitifs. » Quel atticisme! L'auteur admet pourtant des tempéraments, car nous lisons : « L'asthme est un état morbide actif, une affection primitive, indépendante *en soi* de toute cause mécanique, bien que les causes de ce genre puissent en favoriser le développement et le favorisent, l'*excitent* puissamment en effet. — L'indépendance où sont en eux-mêmes les trois éléments de l'asthme, n'empêche pas que ces trois affections, l'emphysème, le spasme et le catarrhe du poumon, ne soient liées entre elles par d'étroites sympathies. L'emphysème excite puissamment le spasme et en est une condition très active. Le spasme excite et favorise le développement de l'emphysème; le catarrhe, enfin, est une cause énergique stimulante du spasme et de l'emphysème.... »

Que veut donc l'auteur, en définitive? Le voici : « Nous rompons avec les liens physiques qu'on a grossièrement établis entre ces éléments; nous leur donnons de véritables relations, des relations physiologiques. » (*Union médicale*, 4 août 1855.) A la bonne heure! Mais l'excès en tout est un défaut : *In vitium ducit culpæ fuga*. Si vous bannissez entièrement la physique de la physiologie et de la pathologie, je crains fort qu'il n'en résulte quelque chose d'incomplet, de monstrueux, d'impossible. L'auteur dit quelque part, pour expliquer sa pensée, que l'obstacle mécanique à la circulation n'est pas la cause de l'anévrysme du cœur. Cette cause gît essentiellement dans les contractions de l'organe : c'est évident; mais l'auteur parviendra difficilement à rayer le rétrécissement valvulaire de l'étiologie de l'anévrysme; et, quant à reporter cette cause aux contractions du cœur, c'est dire tout simplement que, pour que l'anévrysme se forme, il faut que le cœur soit vivant. Les oracles du vitalisme ressemblent assez, parfois, aux axiomes de M. de la Palice. Toutes ces déclamations de l'ultra-vitalisme

> Ne sont que jeux de mots, qu'affectation pure,
> Et ce n'est point ainsi que parle la nature.

Sachons voir les choses avec calme, et reconnaissons ingénûment tout ce qui s'y trouve. On n'arrivera jamais à construire une physiologie et une pathologie sans physique et sans chimie : c'est à quoi l'on doit se résigner. Seulement on discutera longtemps, éternellement peut-être, sur la part relative de ces trois éléments : la force vitale, la physique et la chimie.

Comme expression de la synergie susdite, on conçoit *a priori* que les cellules pulmonaires se dilatent, s'*hypertrophient* sous l'influence de l'action exagérée du spasme respiratoire, comme le cœur sous l'influence des palpitations prolongées; on conçoit encore que les cellules distendues, tourmentées par le spasme, puissent être consécutivement affectées d'un certain degré d'irritation, de bronchite; mais ce sont là des inductions, contraires d'ailleurs à la filiation ordinaire des phénomènes tels qu'ils se présentent chaque jour. Mais j'oublie que ces explications sont encore trop mécaniques pour être acceptées par notre auteur. Voyons donc les faits.

Quiconque a quelque peu vieilli dans l'exercice de l'art a rencontré des individus en grand nombre, chez lesquels la succession des éléments de l'asthme s'est produite dans l'ordre classique, c'est-à-dire que ces individus ont commencé par être catarrheux, puis sont devenus emphysémateux, puis enfin asthmatiques. Il n'y a point ici d'erreur possible, car l'asthme est une affection assez flagrante pour qu'on ne puisse méconnaître l'époque de son invasion. Or, il faut admettre alors que, si le catarrhe et l'emphysème n'ont pas engendré nécessairement l'asthme, puisqu'ils peuvent exister sans lui, comme lui sans eux, au moins est-il impossible de soutenir que c'est l'asthme qui a produit ces lésions, ou qu'elles en sont *synergiquement* contemporaines.

J'ai constamment dans mes salles bon nombre de bronchites capillaires chroniques, avec ou sans emphysème, mais sans asthme.

L'asthme est assez rare, même parmi mes catarrheux.
L'emphysème sans catarrhe est très rare.
L'emphysème sans asthme est assez commun.
L'asthme sans emphysème ni catarrhe est extrêmement rare.
L'asthme existe quelquefois avec le catarrhe seul.
L'asthme avec emphysème seul est extrêmement rare.

Tout cela prouve bien, encore une fois, que ni le catarrhe ni l'emphysème n'engendrent nécessairement l'asthme; mais cela prouve aussi que l'asthme est presque toujours acccompagné de l'un ou de l'autre, ou bien de l'un et de l'autre. Cela prouve encore qu'il n'est pas exact de dire que le catarrhe, l'emphysème et l'asthme soient trois éléments nécessairement conjoints, *synergiques*, ces éléments pouvant exister isolément ou diversement combinés deux à deux : le catarrhe avec l'emphysème, ce qui est le plus commun; le catarrhe avec l'asthme, ce qui n'est pas très rare; l'emphysème avec l'asthme (sans catarrhe), ce qui est très rare.

Reste à déterminer l'influence de ces trois éléments les uns sur les autres. Eh bien! il est avéré pour tout praticien que le catarrhe est presque toujours le premier en date; que l'emphysème vient ensuite, comme conséquence, mécanique ou non, du catarrhe, et que l'asthme survient comme effet consécutif de l'un ou de tous les deux.

Je répète que l'asthme primitif est certainement très rare, malgré le savant plaidoyer de M. le docteur Lefèvre (de Rochefort), asthmatique lui-même, comme Floyer et autres monographes de l'asthme. Si l'on y regarde de près, on verra que ces auteurs ont peine à décliner le catarrhe comme cause et surtout comme élément concomitant, tous déclarant que la solution de l'accès est presque toujours accompagnée d'expectoration plus ou moins appréciable.

L'emphysème primitif est certainement très rare aussi, malgré les belles recherches de M. Louis, en tant que cet emphysème est bien caractérisé sur le vivant par la voussure, la sonorité exagérée, la sibilance ou la faiblesse notable du bruit respiratoire. Quant à l'emphysème cadavérique, il est un fait qui frappera tous les habitués d'amphithéâtre : c'est que l'emphysème sous-pleural, plus ou moins prononcé, est excessivement commun, même chez les sujets enlevés par des maladies étrangères à l'appareil respiratoire.

L'élément primitif ordinaire est certainement le catarrhe, ou mieux, la bronchite capillaire chronique.

Donc, ce qu'il y a de vrai, en définitive, c'est que, dès que l'asthme apparaît, il y a déjà le plus souvent catarrhe et emphysème à un degré quelconque; mais l'inverse n'est pas également vrai, à savoir, que le catarrhe et l'emphysème impliquent la coexistence de l'asthme. Il n'y a point simultanéité de production; donc l'idée de synergie est une conception paradoxale qui ne résiste pas plus à l'observation qu'à la logique.

Étant admise en principe l'individualité, l'indépendance possible, de l'élément névrose, nous ne serons plus guère embarrassés par les apparentes anomalies que pourra présenter la combinaison des divers éléments de l'asthme. En effet, la diathèse asthmatique étant donnée, on concevra que 1° cette diathèse prédomine sur les autres éléments, qu'elle leur soit d'ailleurs primitive ou secondaire; 2° la diathèse asthmatique ne coexiste pas toujours avec les éléments catarrhe et emphysème; 3° des causes autres que le catarrhe et l'emphysème peuvent provoquer les accès : ainsi le changement de lieu, les impressions morales, l'inspiration de certaines émanations, gaz, vapeurs ou poussières, etc. Cependant, même dans ces derniers cas, on peut, en y regardant de près, constater assez souvent l'intervention de l'élément congestion pulmonaire et la solution des accès par l'expectoration.

Relativement au catarrhe comme cause déterminante de l'asthme, il est une remarque importante à faire : c'est que toute espèce de catarrhe n'entraîne pas et n'aggrave pas nécessairement l'accès; il faut, pour cela, que la bronchite soit capillaire, occupant les

petites divisions. Donc, un catarrhe des grosses bronches pourra se produire sans engendrer et sans aggraver la dyspnée. Tous les asthmatiques ont remarqué que tous leurs rhumes ne provoquent pas et n'aggravent pas leurs accès.

Quant à l'expectoration critique ou finale des accès, on ne saurait nier qu'elle soulage presque toujours. Les asthmatiques ressentent comme une plénitude des bronches ; tous vous disent qu'ils seront mieux lorsqu'ils auront craché ; tous recherchent le mouvement, les distractions, certains stimulants, tels que le tabac, le café, sous prétexte que cela favorise l'expectoration. Lorsque les crachats ne les soulagent pas, c'est que probablement ceux-ci ne proviennent pas des petites bronches. En effet, les asthmatiques sentent très bien quels sont les crachats qui les soulagent : ce sont ceux qui paraissent provenir des profondeurs des poumons, ceux que les malades *arrachent* avec le plus de difficulté ; aussi a-t-on affecté aux crachats critiques des accès un aspect particulier, la forme vermiculaire que leur impriment les petites divisions de l'arbre pulmonaire.

Les vieillards catarrheux, emphysémateux et asthmatiques perdent quelquefois leur asthme, tout en conservant leur catarrhe et leur emphysème ; c'est que la diathèse asthmatique, l'élément névrose a disparu par les progrès de l'âge, qui n'a pas le même empire sur les deux autres éléments.

Tout cela, si je ne me trompe, est bien l'expression des faits courants, et ceux qui n'y concordent pas sont, numériquement, des exceptions. Pour sortir des généralités, je vais rapporter quelques observations particulières constituant comme des types des formes principales de l'affection asthmatique.

Obs. I. — *Asthme primitif héréditaire.* — Une femme de trente-six ans, de belle constitution, issue d'un père asthmatique, s'est mariée à seize ans, jouissant d'une santé parfaite. Elle a eu plusieurs enfants. Six ans après son mariage, sans habitude catarrhale antécédente, elle a été prise, sans cause connue, d'accès d'asthme qui successivement sont devenus plus fréquents et plus prolongés, ne durant guère plus de quelques heures, mais se produisant quelquefois plusieurs nuits de suite. Ces accès éclatent ordinairement à l'occasion de certaines excitations : bals, voyages fatigants, refroidissements, etc. Depuis lors, elle est assez sujette à s'enrhumer. La poitrine est en tout temps quelque peu sibilante à l'auscultation, sans toux ni crachats considérables ; la respiration est assez libre, mais l'essoufflement arrive facilement lors des exercices violents. Il n'y a pas d'emphysème appréciable à la percussion et à l'auscultation, à part ce quelque peu de sibilance. Les accès se produisent souvent sans rhume antécédent, et tous les rhumes ne sont pas suivis d'accès. Les accès se résolvent ordinairement sans expectoration notable, au dire de la malade. Rien du côté du cœur.

— Voilà un des asthmes les plus essentiels, les plus franchement primitifs que j'aie rencontrés. Néanmoins, on y voit la bronchite jouer un certain rôle ; mais la circonstance de l'hérédité, l'état non catarrheux avant l'invasion, et la solution des accès sans expectoration considérable, permettent de douter que la névrose soit ici consécutive au catarrhe non plus qu'à l'emphysème qu'on ne peut constater. La malade a des frères et des sœurs, plus jeunes qu'elle, il est vrai, qui ne présentent aucune lésion des voies respiratoires. Les adoucissants et les calmants, parfois une saignée, apportent du soulagement. La malade n'a pas remarqué que la gestation modifiât sensiblement son état. Les grossesses sont heureuses.

Obs. II. — *Asthme secondaire à un emphysème primitif et congénital.* — Un jeune homme de dix-huit ans, de constitution assez grêle et sèche, né de parents sains, mais dont une aïeule était asthmatique, est lui-même affecté d'asthme depuis l'âge de onze ans. Il dit que ses accès sont arrivés sans rhumes antécédents ; mais sa mère affirme qu'il tousse depuis sa première enfance. Aujourd'hui les accès sont fréquents et se déclarent irrégulièrement, aux intervalles de quelques jours à quelques semaines. Ils durent d'un à trois jours. Ces accès se produisent surtout à l'occasion des changements de température, en chaud comme en froid. Le malade dit positivement que le soulagement arrive lorsque l'expectoration se produit. Dans l'intervalle des accès, la respiration paraît libre, le sujet peut courir et monter sans beaucoup d'oppression. Cependant on perçoit un peu de sibilance thoracique en tout temps. A l'examen du thorax, on constate une voussure notable de la paroi antérieure gauche comparée à celle du côté droit. Les dépressions sus et sous-claviculaires sont effacées. La poitrine est très sonore à la percussion en haut et en avant, des deux côtés. Le bruit respiratoire est sibilant à droite et presque nul à gauche et en haut. Il y a légère cyanose des lèvres. Les veines du cou sont dilatées. Les bruits du cœur sont normaux ; le pouls est petit, peu résistant, à quatre-vingts pulsations par minute ; pendant les accès, il devient plus fréquent et irrégulier. Les saignées et les révulsifs n'apportent pas de notable soulagement. Nous espérons mieux des sédatifs que nous avons conseillés.

— Ici l'élément qui domine conjointement avec l'asthme est l'emphysème pulmonaire, si prononcé comparativement au peu d'intensité de l'élément catarrhe, que nous avons lieu de croire primitif et même congénital, l'asthme que nous lui attribuons datant lui-même de l'enfance. Et pourtant, il existe encore ici un léger degré de catarrhe, habituel depuis le jeune âge, dit la mère, se manifestant lors des crises, dit le malade, et que la sibilance permanente pourrait faire considérer comme habituel. Le cœur est affecté secondairement d'une dilatation passive des cavités droites.

Obs. III. — *Asthme avec catarrhe et emphysème, d'origine douteuse.* — Un homme de cinquante-six ans, père de la jeune dame de l'observation I, de forte constitution, né de parents sains, est asthmatique depuis l'âge de vingt-cinq ans. Il était sujet à s'enrhumer, mais non catarrheux, lorsque l'asthme s'est déclaré. Néanmoins, les accès se sont toujours terminés par l'expectoration, et se sont aggravés généralement par les rhumes intercurrents. Il est aujourd'hui constamment catarrheux, essoufflé ; la poitrine très bombée sous les clavicules ; l'extrême sonorité et la sibilance permanente accusent un emphysème prononcé. Les accès d'asthme sont fréquents, prolongés, intenses, et soumis aux variations de température du chaud au froid, du sec à l'humide. Pendant assez longtemps il ne pouvait sortir de Paris pour aller passer la nuit à sa campagne, dans la vallée de Montmorency, sans être pris, dans la nuit même, d'une attaque violente. Cette susceptibilité a cessé sans que l'habitude asthmatique ait diminué. Aujourd'hui, les accès sont provoqués par une foule de causes, à part le froid et l'humidité : fatigue, excès de chaleur, repas copieux, soirées dans le monde, etc. Le malade a fait dans sa vie cinq ou six pneumonies dont il a guéri facilement par la saignée et les antimoniaux, sans que la diathèse asthmatique en ait été modifiée. Il a éprouvé successivement des soulagements passagers de la saignée, de l'usage du café, du cigare, voire même du magnétisme animal, etc. Les progrès de l'âge ne paraissent pas amender son affection : la toux, les crachats, la dyspnée habituelle, paraissent même aller en s'aggravant ; mais il faut dire que le malade ne s'impose pas un régime et un traitement sévères.

— Voilà donc un asthme que l'on peut supposer primitif, mais qui se comporte absolument comme l'asthme secondaire au catarrhe et à l'emphysème, lesquels existent actuellement à un degré si prononcé qu'il serait difficile de les considérer comme purement concomitants.

Obs. IV. — *Asthme catarrhal et emphysémateux d'origine douteuse ; singularités dans les symptômes.* — Un homme de quarante-cinq ans est asthmatique depuis vingt ans ; il dit avoir été assez sujet à s'enrhumer lorsque les accès ont commencé. Il est actuellement catarrheux et emphysémateux. Il a généralement l'haleine courte, la respiration plus ou moins sibilante, une toux habituelle et des crachats assez abondants. Mais à certaines périodes il a la respiration assez libre pour pouvoir marcher, monter, sortir par tous les temps, sans oppression notable. Alors la toux est rare ainsi que l'expectoration ; la respiration n'est plus sifflante, mais la sibilance est toujours plus ou moins sensible à l'auscultation. Quelquefois un très léger rhume intercurrent occasionne une dyspnée intense ; d'autres fois, un rhume violent, accompagné de toux quinteuse et de crachats abondants, existe sans accroissement de dyspnée et sans attaques d'asthme. Toutes ces circonstances lui font douter que son asthme soit lié à son catarrhe, vu qu'il observe des accès se produisant sans catarrhe apparent, et *vice versâ.* Mais ces anomalies apparentes peuvent s'expliquer jusqu'à un certain point. Ainsi, j'ai lieu de supposer que chez lui la bronchite occupe tantôt les petites bronches et tantôt les grosses ; dans le premier cas, aggravation de l'asthme ; dans le second cas, bronchite sans augmentation de dyspnée. Cette supposition est cliniquement autorisée par les résultats de l'auscultation, qui nous montrent toujours la sibilance, indice de la bronchite capillaire, en rapport avec l'intensité de la dyspnée.

Quant aux résultats du traitement, ils sont à peu près négatifs, vu les inconséquences de régime du malade qui se conduit selon ses inspirations personnelles, comme tant d'autres malades du même genre.

Obs. V. — *Catarrhe suivi d'emphysème, permanent ; accès d'asthme légers et rares.* — Un homme de cinquante-cinq ans, primitivement de bonne constitution, sans mauvais antécédents de famille, est catarrheux depuis l'âge de trente-cinq ans. Pendant six ans, le catarrhe a existé seul, quinteux, presque continu, mais sans dyspnée notable, sans emphysème appréciable, et surtout sans asthme. Une nuit, après une promenade du soir dans les montagnes, le catarrhe existant à un degré modéré, il est pris d'une première attaque d'asthme qui se renouvelle la nuit suivante. Plusieurs années après, nouvelle attaque d'une nuit seulement ; en 1853, troisième attaque qui se renouvelle pendant trois nuits, cessant pendant

jour, comme précédemment. Chacune de ces attaques était accompagnée d'un sentiment profond de plénitude bronchique, et se résolvait par expectoration. Depuis lors, point d'attaques d'asthme, bien que le catarrhe soit continu, parfois très intense, et que la dyspnée soit permanente. L'emphysème, qui n'est devenu appréciable que depuis sept ou huit ans, a pris des proportions considérables : à gauche, il occupe le sommet du poumon ; à droite, c'est à la base et en avant qu'il est le plus prononcé. Là, le thorax fait une voussure qui dépasse de 2 centimètres le niveau du côté opposé. Le rebord des fausses côtes fait une saillie considérable, comme s'il était soulevé par le foie, qui, pourtant, n'est pas augmenté de volume. Lorsque le malade tousse ayant la main sur cette région, il éprouve une sensation de froissement différente de la vibration et de la crépitation. Ce froissement, que nous avons perçu, nous paraît dû probablement à des lobules emphysémateux occupant la superficie du poumon. Autre phénomène singulier : le malade ne perçoit plus les battements de son cœur, que la main ne rencontre pas dans le point normal, mais que l'auscultation permet de percevoir profondément. Le malade sent les battements du cœur *par derrière*, lorsqu'il est appuyé sur un corps résistant, comme sur le dossier d'un fauteuil. Il semble que le cœur soit refoulé en arrière par l'emphysème des bords antérieurs des poumons. Je connais un autre asthmatique présentant le même phénomène de *disposition* du cœur. Depuis douze ans, le malade éprouve annuellement plusieurs petites attaques d'hémoptysie constituées par quelques crachats plus ou moins sanguinolents, quelquefois par un peu de sang pur non rutilant, peu écumeux, variant d'un instant à deux ou quatre jours, se produisant surtout le matin, sans qu'alors le catarrhe et la dyspnée habituels soient plus considérables, bien que ces hémorrhagies aient quelquefois suivi certaines excitations, chaleur, fatigue ou excès de table. Le malade est hémorrhoïdaire depuis l'âge de vingt-deux ans. Les hémoptysies lui ont parfois semblé alterner avec les hémorrhoïdes tubéreuses ou fluentes ; mais quelquefois elles se sont produites en plein cours d'hémorrhoïdes. Pendant longtemps il s'est cru et on l'a cru tuberculeux ; mais les antécédents de famille, la bonne constitution, la conservation du teint et d'un certain embonpoint, l'ancienneté des accidents ont éloigné cette idée.

Le malade suit un régime rigoureux et s'est mis à l'usage exclusif de l'eau pour boisson, ayant souvent éprouvé qu'un peu de vin, de café ou de toute autre liqueur excitante aggrave sensiblement son état. Après avoir essayé de vingt remèdes plus ou moins rationnels, il a trouvé son palliatif presque infaillible dans le sirop d'acétate de morphine : une cuillerée à café, prise le soir en se couchant ou pendant les quintes nocturnes. Néanmoins, il est réveillé chaque nuit par le besoin de tousser, avec ou sans oppression non asthmatique, et est souvent obligé de se lever pour y mettre un terme. Alors l'expectoration devient facile, la respiration plus libre et le décubitus horizontal redevient possible. Il ne lui est arrivé qu'une ou deux fois fois d'être obligé de passer la nuit sur un fauteuil ; mais l'asthme ne fait plus d'apparition sous forme d'accès, bien que l'haleine soit habituellement courte, sans pourtant s'opposer sensiblement à la marche, à la parole, qui est libre, éclatante, et peut être soutenue pendant longtemps sans beaucoup de fatigue. Il a mesuré sa respiration au spiromètre, dans lequel il atteint à peine 15 degrés, la moyenne ordinaire étant de 45. La distraction, les voyages lui procurent du soulagement, à condition qu'il observera la sobriété et ne contractera pas de rhumes intercurrents.

— Voici l'asthme purement secondaire, mais rare et léger, malgré la continuité et la gravité du catarrhe et de l'emphysème. Nous nous demandons si ces attaques transitoires doivent être attribuées à ce que la diathèse asthmatique, l'élément nerveux est lui-même passager, ou plutôt à ce que la bronchite capillaire, à l'époque des attaques, a pénétré plus profondément que d'habitude. Toujours est-il que la respiration n'a jamais été plus sibilante que pendant ces attaques.

J'ai observé bon nombre de cas analogues au précédent ; mais les plus fréquents sont, de beaucoup, ceux où l'affection débute par le catarrhe, passe à l'emphysème, et arrive à l'asthme, qui désormais marche parallèlement ou proportionnellement aux deux autres éléments.

Maintenant, que le catarrhe engendre l'emphysème et tous les deux l'asthme consécutif, d'une manière mécanique ou *physiologique*, peu importe pour la pratique : il suffit de constater la filiation. Si pourtant il fallait se prononcer, j'inclinerais pour la production mécanique, qui n'exclut pas l'élément vital (car il faut vivre pour être malade), et qui accepte également la diathèse comme condition *sine qua non*. Ceci me paraît plus conciliant, plus raisonnable, que cette roideur hautaine du vitalisme pur, qui n'admet pas de composition.

Voilà, ce me semble, comment, à l'aide de la doctrine des éléments et des lumières empruntées à l'observation positive, on résout certains problèmes pathogéniques, selon les principes de la science courante, sans recourir au paradoxe et aux doctrines vaporeuses.

Il est bien entendu que nous distinguons l'asthme de la simple dyspnée, laquelle est plus ou moins continue, offrant des degrés en plus ou en moins, des exacerbations, mais non ces attaques subites, intenses, spasmodiques, en un mot, qui caractérisent l'asthme proprement dit. La dyspnée du catarrhe et de l'emphysème résulte évidemment de causes mécaniques ou organiques ; mais, bien que l'asthme suppose des causes plus intimes, plus subtiles, en quelque sorte, on ne saurait lui refuser certaines affinités avec la dyspnée, à laquelle il est si souvent associé.

On comprend également que nous ne parlons ici que de l'asthme *pulmonaire*, ayant ses causes présumées dans les poumons, et non de l'asthme *cardiaque*, dérivant d'une maladie du cœur, — quoique l'un et l'autre, une fois constitués, présentent beaucoup d'analogies, et que le catarrhe paraisse jouer aussi un rôle important dans la production, l'aggravation, l'entretien de l'asthme cardiaque.

De tout cela il résulte que le catarrhe occupe une grande place dans l'histoire de l'asthme, même primitif, auquel nous l'avons vu s'allier d'une manière plus ou moins patente. Cette expression d'un fait de simple observation entraîne d'importantes conséquences relativement à la thérapeutique. Dans l'asthme complet, comme on l'appelle, c'est-à-dire compliqué de catarrhe et d'emphysème, trois éléments au moins s'offrent à combattre. S'il est vrai que l'indication culminante découle, en théorie, de l'élément spécial névrose, il n'en est pas moins vrai qu'en pratique il en est tout autrement. En effet, le catarrhe et l'emphysème étant les causes souvent déterminantes et toujours aggravantes, sinon formelles, de la névrose, ce sera fréquemment en vain que l'on combattra directement celle-ci. L'indication préliminaire est évidemment de détruire ces causes déterminantes et aggravantes, c'est-à-dire de combattre avant tout le catarrhe et l'emphysème. L'expérience démontre effectivement qu'en s'occupant du catarrhe pour le guérir ou du moins le mitiger, pour prévenir ses retours ou ses exacerbations, on atténue indirectement et quelquefois on guérit l'asthme lui-même. Nous nous bornons à signaler cette indication capitale, ne pouvant entrer ici dans plus de détails.

Une seconde indication concernerait l'emphysème ; mais comme cette lésion organique est inamovible de sa nature, nous ne saurions espérer la guérir ; mais au moins devons-nous tenter de l'enrayer, en l'attaquant soit dans sa cause ordinaire, le catarrhe, soit dans son effet éventuel, la névrose.

L'indication de combattre directement et uniquement la névrose ne s'offre guère que dans l'asthme supposé primitif. On peut aussi la combattre concurremment avec l'élément catarrhe, à condition que l'on n'usera pas des moyens dits antispasmodiques de nature excitante et susceptibles d'aggraver la bronchite capillaire. C'est aux sédatifs *directs* que, dans la plupart des cas, il convient de s'adresser, c'est-à-dire aux narcotiques : le datura, la belladone, et surtout les opiacés. L'éther et le chloroforme eux-mêmes sont plus chanceux, quoique produisant parfois des résultats plus brillants, qui doivent se rencontrer surtout dans l'asthme primitif dit essentiel.

Nous passons sous silence d'autres éléments concomitants de l'asthme, tels que la pléthore, l'anémie, les affections secondaires du cœur, l'hystérie, etc., éléments dont l'énoncé suffit pour faire concevoir leur importance au point de vue thérapeutique.

Telle est, en résumé, la thérapeutique rationnelle et concordante avec l'observation, qui repose sur cette féconde doctrine des éléments, laquelle implique cet autre principe si lumineux : la distinction des médications en directes et indirectes. C'est pour ignorer ou méconnaître ces dogmes, que tous les jours on invente, ressuscite ou préconise des médications univoques, absolues, dont la fausseté ou du moins l'insuffisance ne tarde pas à se révéler en présence des faits, dont la variété de composition entraîne de nécessité la variation des méthodes thérapeutiques.

Conclusions. — 1° L'asthme est un élément spécial, ayant son

existence propre, comme toute névrose, même lorsqu'il se produit consécutivement à d'autres éléments, tels que le catarrhe et l'emphysème.

2° Les cas d'asthme primitif, essentiel comme on l'appelle, sont, sinon douteux, au moins assez rares.

3° Presque toujours, dès que l'asthme se dessine, on le trouve lié au catarrhe, parfois à l'emphysème, et souvent à tous les deux, sans que ces trois éléments soient nécessairement conjoints et résultants d'une même cause.

4° Dans la grande majorité des cas, le catarrhe, parfois l'emphysème et souvent tous les deux précèdent de longtemps l'apparition de l'asthme, de manière à rendre non douteux le caractère consécutif de ce dernier.

5° L'asthme est beaucoup plus rare que le catarrhe et l'emphysème, ce qui n'aurait pas lieu s'il y avait *synergie* entre ces trois éléments.

6° L'asthme une fois produit peut se manifester rarement, à de longs intervalles, ou même disparaître, le catarrhe et l'emphysème persistant; ce qui prouve bien la spécialité de l'élément asthme, mais non pas son entière indépendance à l'égard des autres éléments.

7° Les singularités apparentes qui peuvent exister dans les rapports de l'asthme avec le catarrhe et l'emphysème peuvent quelquefois trouver leur explication dans l'analyse clinique des faits, notamment dans le siége plus ou moins profond de la bronchite.

8° Ces singularités, et la plus frappante de toutes, l'intermittence de l'asthme, les lésions organiques étant permanentes, ne sont pas l'apanage exclusif de l'asthme, et se rencontrent dans toutes les névroses.

9° Les conséquences thérapeutiques de ces prémisses sont que l'asthme ne saurait être combattu toujours par les mêmes moyens; que l'application des prétendus spécifiques est le plus souvent rationnelle et illusoire; que chacun des éléments constituants du fait particulier réclame sa part de moyens curatifs, suivant sa prédominance ou son influence sur les autres éléments; qu'en combattant certains éléments conjoints, on parvient souvent à détruire l'élément névrose.

10° J'ajouterai, pour terminer, que, par une sorte de faveur providentielle, il existe un remède qui convient à chacun des éléments principaux : c'est l'opium que réclament également le catarrhe, l'emphysème et la névrose.

De la syphilide maculeuse du cou, par M. A. Pillon, interne de M. Cullerier à l'hôpital de Lourcine.

Il est une manifestation syphilitique des plus fréquentes, et, à mon sens, d'une importance véritable, qu'on ne trouve pas décrite dans les traités généralement en usage. Elle est si visible qu'elle n'a pu passer inaperçue; mais elle a été réunie à d'autres affections cutanées qui lui ressemblent, ou confondue avec quelques-unes qui en diffèrent notablement. Et pourtant son existence a une valeur, elle n'est pas seulement une curiosité pathologique, une minutie syphiliographique, mais par sa persistance remarquable, qui la fait survivre aux autres symptômes, elle peut servir à établir la nature véritable d'antécédents mal présentés ou niés par le malade.

A peu près dans tous les traités spéciaux il est question de taches syphilitiques, de macules ou éphélides syphilitiques; mais aucune des descriptions qu'on en donne ne convient exactement à ce dont il s'agit ici. J'espère le démontrer, et surtout assigner à cette variété la valeur pronostique qui me semble lui appartenir.

Après que la roséole syphilitique a parcouru ses phases; après qu'elle a pu exister, au cou comme ailleurs, avec les caractères que tout le monde lui connaît; quand elle a disparu de ce point et qu'elle commence à s'effacer ailleurs, sous l'influence du traitement ou par quelque autre cause; alors que plaques muqueuses, vulvaires ou amygdaliennes ont pu cesser d'exister; que les cheveux ne tombent plus, qu'il n'y a plus ni croûtes ni furfures du cuir chevelu, que les syphilides quelles qu'elles soient ont pu disparaître, que la peau commence à redevenir nette, il reste sur la peau de la région cervicale *quelque chose*, et ce *quelque chose* mérite à beaucoup d'égards une mention spéciale, et peut recevoir le nom de *syphilide maculeuse du cou.*

Il faut l'avoir vue une bonne fois, pour ne plus hésiter jamais à la reconnaître, et se convaincre, comme je l'ai fait, que, toujours absente chez les sujets indemnes de syphilis, elle est d'une fréquence extrême au moins chez les femmes qui sont en proie à la diathèse syphilitique, qu'elle est d'une ténacité, d'une persistance tout à fait remarquables, qu'elle est assez visible et assez significative pour permettre de faire au malade le tableau des accidents qu'il a éprouvés, en lui racontant tout simplement la succession habituelle des accidents de la syphilis.

L'époque de son apparition dans la série syphilitique peut être fixée au déclin de la roséole; l'accident avec lequel elle coïncide souvent est le *psoriasis des muqueuses.* Or on peut se rendre compte de cette fréquente association : le psoriasis des muqueuses est une des manifestations secondaires les plus tardives et les plus tenaces; s'il apparaît quelquefois en même temps que d'autres symptômes, il leur survit généralement fort longtemps, car il rivalise avec la syphilide du cou pour sa persistance et sa ténacité désespérantes. Les autres accidents ont eu déjà le temps de disparaître, que pendant des semaines encore il est fréquent de n'avoir sous les yeux d'autre manifestation que ces plaques blanchâtres et incessamment renouvelées de la langue, des replis gingivo-labiaux, de la face interne des joues, si différentes des plaques muqueuses de ces régions. Or la syphilide du cou est aussi un symptôme tardif, elle est aussi un symptôme tenace, et bien souvent tout a disparu, que psoriasis de la bouche et macules du cou restent les seuls témoins qui puissent trahir l'infection.

Un dessin bien exact donnerait tout au plus une idée satisfaisante de cette manifestation; à plus forte raison une simple description peut-elle y être impuissante. Tâchons donc qu'elle soit claire.

Sur la peau du cou, si blanche, si fine et exempte de poils chez la femme, la syphilide maculeuse du cou se présente sous forme de marbrures liées les unes aux autres, circonscrivant des espaces sains dont elles font ressortir la blancheur assez sensiblement pour permettre de croire, au premier abord, que ces espaces blancs sont le siége du mal, et leur donner l'apparence de plaques de vitiligo. Ces marbrures, sans saillie, ocrées ou de la couleur du café au lait, ne sont le siége d'aucune chaleur, d'aucun prurit, d'aucune démangeaison; les malades se doutent rarement qu'ils en sont porteurs. Aucune desquamation, aucune efflorescence n'existent à leur surface; leurs bords, inégaux et mal délimités, se fondent graduellement, en perdant leur teinte, avec les espaces intermédiaires sains. Se touchant et se confondant par d'autres points de leur contour, elles constituent une sorte de réseau qui emprisonne dans ses mailles les points plus blancs dont j'ai parlé; enfin, et presque constamment, elles entourent la totalité du cou pour l'enfermer dans un collier complet.

Ce n'est plus de la roséole, qui a souvent disparu depuis longtemps, et qui, lors même qu'elle subsisterait, pourrait en être différenciée. Celle-ci, en effet, possède une teinte toute différente, qui varie du rose pâle au rouge cuivreux foncé, dont les macules sont fréquemment arrondies ou à bords déchiquetés, qui sont toujours indépendantes et séparées, et n'excèdent pas en surface 8 à 10 millimètres (Bassereau).

Ce n'est pas une trace de roséole en voie de résolution, ou un exanthème maculeux modifié par le traitement mercuriel, puisque la roséole affecte rarement le cou, et que lorsqu'elle s'y présente, c'est seulement à la nuque, et toujours avec la forme papuleuse (Bassereau).

Ce n'est pas une roséole modifiée par l'exposition permanente à l'air libre, puisqu'il est d'observation que celle-ci affecte une préférence marquée pour les régions non découvertes, et que je répète que l'apparition de la syphilide du cou est subséquente à la

disparition de la roséole, que ces deux érythèmes n'existent presque jamais ensemble.

Ce n'est pas la *syphilis maculée*, dont la tache d'un rose pâle disparaît complètement sous la pression du doigt et ne se lie jamais à ses voisines (M. Rayer).

Ce n'est pas un simple résultat de l'exposition du cou à l'air libre, puisque je ne l'ai jamais rencontrée que chez des sujets syphilitiques; puisque chez nos femmes de la ville, la peau de la région cervicale est ordinairement fort blanche; puisque je suis autorisé par deux observations à avancer que la syphilide maculeuse doit aussi se présenter chez les hommes dont le col est garanti par la cravate, et que, si chez les femmes des campagnes, le grand air et l'insolation peuvent souvent donner à la peau du cou une teinte bronzée, cette teinte est toujours uniforme et ne ressemble en rien à la disposition marbrée sur laquelle j'ai insisté, et qu'enfin elle coïncide alors avec une coloration pareille des autres parties découvertes, face, front, bras, mains, etc.

Cela ne peut être assimilé à la syphilide exanthématique dite consécutive, qui, au dire de ceux qui l'ont décrite, se manifeste sur le tronc et les membres, quelquefois sur la face, quelquefois sur le front, mais dont les taches sont assez bien arrondies, d'une teinte cuivrée très foncée (Cazenave) et éparses, toujours indépendantes, et qui atteignent souvent la largeur d'un écu (Cazenave).

Ce n'est pas non plus la *syphilide pigmentaire* qu'a décrite M. Hardy dans ses précieuses leçons de l'hôpital Saint-Louis. Il suffit, en effet, de lire les quelques lignes qu'il consacre à cette variété dans le compte rendu de ses leçons publié par la *Gazette des hôpitaux* (1854) pour se convaincre que la description de la syphilide pigmentaire diffère sensiblement de celle de la syphilide maculeuse du cou, et qu'une différence notable de siége et de configuration rapproche la syphilide de M. Hardy des taches syphilitiques des auteurs, en laissant la syphilide du cou quelque chose de particulier.

Ce n'est pas non plus la tache syphilitique, telle que l'ont décrite les auteurs. D'abord celle-ci n'affecte pas la disposition marbrée ou en réseau; quoique analogue par sa couleur, elle est, le plus souvent, isolée et profondément découpée sur ses bords; et puis elle n'a pas pour le cou la même prédilection marquée et, on peut dire, exclusive. Mon bien excellent maître, M. Cullerier, a souvent constaté sur le cou nos groupes de macules, souvent aussi il a vu sur d'autres points du corps quelque chose d'analogue pour la couleur, mais il accorde une différence pour la disposition, la configuration. Il range ces dernières parmi les taches syphilitiques déjà décrites, et réserve les premières pour une syphilide spéciale au cou. Il admet la fréquence extrêmement remarquable de celles-ci (les taches du cou), la rareté relative de celles-là (les taches du corps).

La syphilide maculeuse du cou ne ressemble à aucune des variétés du pityriasis. Maladie essentiellement squameuse, véritable inflammation des couches superficielles du derme, le pityriasis offre les caractères différentiels les plus tranchés.

La *variété rubra* s'en distingue déjà par sa couleur rouge; elle forme des plaques larges et toujours continues, que revêtent des squames nombreuses dont la surface n'est jamais unie, qui fournit quelquefois une exhalation onctueuse.

La *variété versicolor*, qui dépose dans la peau une matière colorante jaune (Cazenave), aurait, pour un œil non exercé, une certaine analogie de couleur, mais une différence de forme impossible à confondre, une étendue bien plus restreinte, et surtout son exfoliation furfuracée continuelle.

Quant à la *variété nigra*, il suffit de mentionner sa couleur pour éloigner toute erreur.

J'ai insisté sur la couleur blanche des espaces de peau saine intermédiaires aux marbrures du cou, et j'ai dit que leur couleur tranchait tellement sur celle des stries ocrées, qu'on serait tenté de les prendre pour le siége du mal, et confondre les points plus sombres avec une coloration normale de la peau du cou. Cette disposition, ai-je dit, donne aux espaces sains l'apparence des plaques du vitiligo, mais l'apparence seulement, car en comparant la peau des épaules, de la racine des cheveux, etc., on acquiert tout de suite la certitude que la coloration ocreuse du cou n'est pas l'état normal. De plus, les plaques blanches d'apparence achrome n'ont pas la couleur d'un blanc laiteux qui appartient au vitiligo; elles ne sont pas disposées de la même façon; comme lui elles ne sont le siége ni de chaleur ni de démangeaison.

On connaît trop la forme spéciale, les macules isolées et souvent congénitales du *lentigo* pour jamais le confondre avec les marbrures en question.

Mais ce avec quoi la syphilide du cou a quelque ressemblance, c'est la *tache hépatique*, c'est l'*éphélide*, avec laquelle elle a dû bien souvent être confondue; toutefois, des différences bien notables existent encore ici. La tache d'éphélide est arrondie ou ovale, son contour est assez nettement accusé, sa couleur d'abord grisâtre, puis jaune et souvent safranée, n'est pas celle des marbrures du cou; le plus souvent isolée, elle se range autour de ses voisines pour former des groupes au milieu desquels deux ou trois taches plus étendues dominent toutes les autres; mais ces taches, discrètes, souvent éparses, toujours bien isolées, ne se confondent ni ne se réunissent par leurs bords, et puis leurs groupes ne font jamais le tour du cou comme les marbrures ci-dessus décrites, qui forment constamment un collier complet. L'éphélide peut affecter toutes les régions, tandis que les marbrures ne se rencontrent jamais qu'au cou, et seulement sur les sujets soumis à la diathèse syphilitique. Enfin une démangeaison constante, un prurit parfois des plus incommodes, est l'apanage le plus caractéristique de l'éphélide.

La syphilide maculeuse du cou doit donc être isolée de tout cela, et, une fois admise, elle n'est encore qu'un symptôme, mais un symptôme d'autant plus précieux qu'elle paraît et subsiste quand tous les autres font défaut. A ce point de vue, sa valeur est surtout rétrospective; mais, au point de vue du présent, elle peut encore donner la certitude que la diathèse n'est pas éteinte, que le traitement fait jusqu'alors est insuffisant, et permettre d'annoncer une récidive peu éloignée des accidents secondaires qui ont déjà paru. C'est ce que j'ai fait dans quatre ou cinq cas sur ce seul indice, et ce pronostic s'est vérifié. Sa durée si extraordinaire, et les cas de récidive qu'elle a promis sans tromper attestent encore de la nécessité d'un traitement très..... très long, prolongé pendant des mois, administré à de faibles doses et avec tous les ménagements possibles.

Pour ce qui est du pronostic propre de ce symptôme, on peut dire qu'avec le psoriasis des muqueuses, c'est une des manifestations syphilitiques les plus tenaces, mais qui n'incommode en aucune façon le sujet affecté.

Aucun traitement particulier ne peut lui être opposé. La syphilide maculeuse du cou s'effacera très lentement sous l'influence du traitement général, et je crois bien que sa persistance pourrait servir à mesurer l'intensité de la diathèse latente, et sa disparition indiquer le moment où le traitement a été suffisant, et autoriser le praticien à se *promettre tacitement* que des récidives sont moins probables.

Si je voulais m'en fier seulement à mes souvenirs, je pourrais rapporter un nombre très considérable de cas où cette syphilide s'est présentée à moi; si je voulais transcrire toutes mes observations, j'en pourrais donner plus de trente authentiques et complètes, mais je me contenterai d'en résumer trois, car toutes se ressemblent exactement, et trois suffiront pour fixer l'époque d'apparition et la durée de l'accident.

Obs. I. — N° 40, salle Sainte-Marie; Virginie D..., vingt et un ans, brossière.

J'ai eu la rare bonne fortune de conserver cette malade sous mes yeux pendant neuf mois, et aujourd'hui, 5 octobre, elle est encore dans nos salles. Cette fille a eu, en septembre 1854, deux chancres indurés des grandes lèvres dont elle donne une description satisfaisante. C'est vers la fin de décembre seulement que des plaques muqueuses vulvaires ont commencé à apparaître. En janvier, ces tubercules ont augmenté de nombre et de volume; il sont devenus douloureux. Elle se décide à entrer à l'hôpital le 25 janvier.

Quinze à vingt plaques muqueuses existent sur les grandes lèvres et dans les plis génito-cruraux; elles sont ulcérées, sécrétantes, doulou-

reuses — Dans les deux aines, pléiade ganglionnaire manifeste. — Roséole du ventre, des cuisses, des lombes et du dos. — Plaques muqueuses grisâtres et bien organisées des deux amygdales, du voile du palais, de ses piliers. — Cuir chevelu sain, propre, exempt de croûtes et de furfures. Les cheveux ne tombent pas très sensiblement. *Peau du cou fine, blanche, parfaitement exempte de taches ;* ganglions nombreux et assez développés dans les deux gouttières occipito-cervicales. — Cautérisation des plaques muqueuses, traitement par la liqueur de Van Swieten ; bains alcalins.

10 *mars.* — Les plaques vulvaires ont disparu ; des taches sombres et cuivrées les remplacent seulement. La gorge est encore malade ; la roséole persiste ; le cou est toujours blanc. — 1 pilule de proto-iodure au lieu de liqueur ; mêmes bains.

5 *avril.* — Tolérance mercurielle rare ; les gencives ne se sont pas prises un seul instant. La roséole a pâli notablement ; sa teinte a changé ; sur beaucoup de points ses macules sont devenues plus rares. La gorge est malade encore. Il existe sur le cou une teinte sombre, diffuse, mais non continue, au milieu de laquelle s'aperçoivent des espaces irréguliers bien plus blancs. Les cheveux tombent abondamment ; furfures nombreuses du cuir chevelu.

8 *mai.* — La roséole des cuisses et du tronc est aujourd'hui à peine sensible. Le cou s'est modifié, ses taches se sont liées entre elles ; leur teinte s'est accusée, elles sont bien plus manifestes. La gorge est guérie ; le traitement continue.

1er *juillet.*— La syphilide du cou est dans toute sa splendeur. Nous ne répéterons pas la description ci-dessus donnée ; c'est ce cas qui lui a servi de type. — Toujours des pilules.

Août. — Ce long traitement non interrompu a modifié l'économie ; toute manifestation a disparu ; pas de trace de roséole ; les ganglions inguinaux sont à peine sensibles ; gorge bien saine ; les cheveux ne tombent plus ; ganglions cervicaux très diminués, le plus gros égale à peine le volume d'un pois. Mais les taches du cou n'ont pas bougé ; nous gardons la malade. Le traitement continue.

5 *septembre.* — Nos marbrures du cou ont pâli ; leur teinte tranche moins sur celles des espaces blancs intermédiaires ; leur liaison est moins manifeste. Les ganglions cervicaux sont à peine perceptibles.

30 *septembre.* — Toujours des pilules. Il faut savoir que la teinte ocreuse du cou a existé pour la reconnaître ; elle s'efface de jour en jour. Les cheveux repoussent vigoureusement. Encore une quinzaine, et nous serons étonnés si le cou n'a pas recouvré sa blancheur primitive, en raison de progrès aussi sensibles vers ce résultat.

Obs. II. — N° 21, salle Saint-Louis. Augustine R..., vingt et un ans, lingère, entre le 29 mars.

Début il y a un an environ. Déjà deux séjours ici, la dernière fois pour des plaques muqueuses vulvaires. Renvoyée en apparence guérie vers la fin de décembre, rentre en récidive le 29 mars. Plaques muqueuses vulvaires ulcérées, sécrétantes ; ganglions nombreux dans les deux aines. Plaques grisâtres non équivoques des deux amygdales, tranchant sur une rougeur sombre et diffuse de l'isthme bucco-pharyngien. Roséole accusée sur le ventre et les cuisses. Ganglions cervicaux manifestes. Cuir chevelu sain ; les cheveux tombent un peu.— Traitement par les pilules fréquemment interrompu, en raison de phlogoses gingivales répétées ; bains alcalins. — Nous ne voyons rien sur le cou.

15 *mai.* — Plus de plaques vulvaires. Roséole disparue. La gorge encore malade. Marbrures sur le cou, qui se sont accusées plus rapidement que dans l'observation I.

12 *juin.* — La gorge est bien saine, le cuir chevelu aussi ; les cheveux ne tombent plus ; les ganglions cervicaux sont à peine sensibles. Une grande rapidité a présidé à un pareil changement. La syphilide du cou est des plus belles que nous ayons vues ; sa teinte est des plus caractéristiques, mais surtout les taches blanchâtres qui séparent les marbrures frappent tous ceux à qui nous la faisons examiner.

Juillet. — Même traitement. Même état du cou ; plaques psoriasiques de la langue, de la base des gencives, par instants aussi de la face interne des joues. La syphilide du cou est toujours pareille.

25 *septembre.* — Les macules du cou ont enfin pâli ; les espaces intermédiaires ne sont plus aussi visibles ; nous sommes évidemment arrivés au moment de leur résolution. Les plaques de psoriasis sont aussi moins nombreuses, leur étendue bien plus restreinte ; la guérison est presque complète de ce côté. — Le traitement continue. Encore quinze jours ou trois semaines, et nous serons, j'espère, en mesure de laisser croire à cette femme qu'elle est enfin débarrassée de l'ennemi qui l'a attaquée par trois fois.

Je compte que l'on ne s'étonnera pas de ne voir aucune de ces observations conduite jusqu'à parfaite guérison, si l'on considère que la plupart d'entre elles embrassent un espace d'un an et même dix-huit mois.

Voici enfin la troisième observation.

Obs. III. — N° V. Salle Saint-Louis. Flore F..., vingt ans, domestique, entre le 5 juillet.

Grande, blonde, à peau des plus blanches ; a eu des chancres sur lesquels nous sommes mal renseignés, vraisemblablement en avril ; des plaques muqueuses qui ont apparu dans les premiers jours de juin. Traitée aux frais de son maître par un médecin homœopathe.— A son entrée, vaginite intense ; écoulement muco-purulent abondant ; érosion du col, d'apparence simple ; ulcération plus profonde de l'intérieur de l'orifice, etc. Une vingtaine de plaques muqueuses, confluentes, ulcérées, sécrétantes sur toute la région vulvaire ; roséole peu accusée des seins, de l'épigastre, du ventre ; pléiade ganglionnaire des deux aines ; ganglions prémastoïdiens développés et répondant à des croûtes de la racine des cheveux ; plaques muqueuses manifestes sur les deux amygdales ; ganglions occipito-cervicaux des deux côtés. La peau du cou est parfaitement blanche, fine et saine. — Traitement par la liqueur ; bains alcalins.

25 *août.* — Toute manifestation a cessé. La malade veut sortir à toute force ; mais il reste sur le cou un collier complet de marbrures ocreuses, dont la couleur, dont la disposition ressemblent en tous points à la description ci-dessus donnée, avec cette particularité que c'est ici le cas où j'ai peut-être été le plus frappé du contraste existant entre la blancheur des espaces sains et le réseau café au lait. — La malade est retenue.

25 *septembre.* — Santé parfaite. Aucune manifestation syphilitique d'aucune espèce. La syphilide maculeuse du cou n'a pas bougé. — Le traitement continue.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Acoustique. — *Sur la théorie de la gamme et des accords*, par M. *Vincent.* — Par une série de démonstrations, l'auteur arrive à conclure que la gamme se compose de deux groupes de sons : quatre sons de rang impair, procédant, à partir de ut_1, en montant par tierces, dans cet ordre : majeure, mineure, majeure (ce sont : ut_1, *mi*, *sol*, *si*) ; puis quatre sons de rang pair, procédant, au contraire, à partir de ut_2, en descendant par tierces, dans cet ordre : mineure, majeure, mineure (ce sont ut_2, *la*, *fa*, *ré*) ; de sorte que, en définitive, toute la gamme sera fondée sur la considération de la consonnance de tierce.

Physique. — *Note sur une méthode nouvelle applicable à l'étude des mouvements vibratoires*, par M. *Lissajous.* — L'auteur fait connaître à l'Académie un procédé de son invention, qui permet d'apprécier par la vue, et sans le secours des oreilles, le nombre et l'étendue des oscillations d'un corps vibratoire en mouvement. (*Comm. :* MM. Pouillet, Babinet, de Senarmont.)

Anatomie. — *Sur la structure de la fibre nerveuse primitive*, par M. *Stilling*, de Cassel (communiqué par M. *Bernard*). D'après les observations de l'auteur, la fibre nerveuse primitive doit être considérée comme formée de deux parties, une partie périphérique et une partie centrale.

1° La partie périphérique (*enveloppe nerveuse et moelle nerveuse* des auteurs) est constituée par un enlacement de tubes de $\frac{1}{1500}$ à $\frac{1}{3000}$ de ligne de diamètre, dirigés dans tous les sens, s'anastomosant les uns avec les autres, de manière à former un véritable réseau. 2° La partie centrale (*cylindre d'axe*), peut être représentée par un cylindre composé au moins de trois couches emboîtées les unes dans les autres et concentriques ; de chacune d'elles part un grand nombre de petits tubes qui vont communiquer avec le réseau de la couche périphérique.

Ces tubes vont encore d'une fibre primitive à l'autre, de manière que le réseau d'une fibre primitive nerveuse communique avec le réseau d'une autre fibre nerveuse voisine.

Traitées par l'acide chromique, les trois couches concentriques de l'axe offrent une coloration différente : la couche centrale une couleur rouge, la couche moyenne une couleur bleuâtre, et la couche externe une couleur jaune orange.

M. *Stilling*, dans ses recherches microscopiques, rejetant les procédés de préparation ordinaire qui dilacèrent, qui écrasent et détruisent la fibre nerveuse primitive, fait usage d'une nouvelle méthode, qui consiste

à examiner des tranches longitudinales et transversales de tissu nerveux préalablement durci dans une dissolution d'acide chromique de 4 à 6 pour 100.

MÉDECINE. — *Sur la corrélation qui peut exister entre le diabète sucré et la tuberculisation pulmonaire*, par M. *Legrand*. — L'auteur rapporte l'observation d'un sujet diabétique, chez lequel il a découvert des signes de tubercules à l'état cru dans les poumons, bien que ce malade n'ait jamais craché de sang, qu'il ne s'enrhume que rarement, et qu'il n'offre jamais de mouvements fébriles. Suivant M. Legrand, c'est par suite de cet état, l'organe ne brûlant point entièrement le sucre fabriqué par le foie, qu'il en passe une partie dans les urines. De telle sorte que, dans certains cas, le diabète sucré deviendra un motif de soupçonner chez l'individu qui en sera atteint la présence de tubercules dans les poumons; le médecin se trouvera ainsi conduit à instituer de prime abord une médication mieux appropriée à la nature de la maladie principale, au lieu de ne s'adresser qu'au symptôme, ainsi qu'on l'a fait jusqu'à présent.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Une lettre par laquelle M. le docteur *Fiévet*, de Carlepont, fait connaître le mode de traitement qu'il emploie contre le choléra. (*Commission des remèdes secrets et nouveaux.*) — *b*. Un mémoire de M. le docteur *Grevin*, de Saint-Félix, sur la simplification des accouchements difficiles et les plus laborieux. (*Comm.:* MM. Cazeaux, Depaul, Moreau.) — *c*. Le tableau des vaccinations pratiquées, en 1854, dans la Corse. (*Commission de vaccine.*)

2° Communications de : — *a*. M. le docteur *Tigri*, de Sienne. (Lettre sur la *Diathèse inflammatoire.*) (*Comm.* : MM. Blache, Poiseuille.) — *b*. M. le docteur *Puech*, de Toulon (Note sur un monstre double). (*Comm* : MM. Depaul et Desportes.) — *c*. M. le docteur *Orange*, de Saint-Eugène, près d'Alger (Mémoire supplémentaire sur le traitement de la cholérine et du choléra). (*Comm.* : MM. Michel Lévy et Blache.) — *d*. M. le docteur *Bardinet*, de Limoges (Mémoire sur l'héméralopie observée en Limousin). (*Comm.* : MM. Cloquet et Robert.) — *e*. M. le docteur *Berend*, de Berlin (Note sur une méthode d'extension brusque appliquée à la guérison des difformités suites de la coxite rhumatismale). (*Comm.* : MM. Velpeau, Bouvier.)

M. *Gibert* fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, du premier volume des *Éléments de pathologie médicale*, ou *Précis de médecine théorique et pratique, écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique*, par M. Bayle, agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris.

— M. *Blache* dépose sur le bureau un mémoire de M. le docteur *Houdin* sur la *surdi-mutité*, qui renferme un examen critique et raisonné de la discussion académique de 1853.

— M. le secrétaire perpétuel donne lecture d'une lettre de M. Bernard Derosne, qui fait part à l'Académie du décès de son oncle, M. le docteur *Derosne*, membre résident.

Lectures et Mémoires.

HYDROTHÉRAPIE. — M. *Gibert* lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur *Gillebert d'Hercourt*, ex-directeur de l'établissement hydrothérapique de Lyon, sur les effets de l'*hydrothérapie dans le traitement de la surexcitabilité nerveuse*. Le terme un peu vague de *surexcitabilité nerveuse* est appliqué par l'auteur à certaines névroses générales que d'autres ont rattachées aux spasmes, aux vapeurs, à l'hypochondrie, etc.

Après avoir affirmé que pour beaucoup d'affections chroniques, telles que la cachexie syphilitique, les diathèses scrofuleuse, rhumatismale, goutteuse, la gastro-entéralgie, le diabète, etc., cette médication offre des ressources qu'on chercherait vainement ailleurs, M. Gibert donne de grands éloges à la sagacité avec laquelle l'auteur du mémoire a appliqué ces ressources aux affections nerveuses qui font l'objet de ce travail.

Parmi les observations rapportées par M. *Gillebert*, il en est deux fort remarquables dont M. le rapporteur donne une analyse succincte.

Dans la première, il s'agit d'un malade tombé par suite de fatigues intellectuelles et de chagrins violents dans un tel état de surexcitabilité et d'affaiblissement, qu'il ne pouvait plus ni marcher ni se tenir debout, sans être menacé de syncope, que la lecture, l'écriture, la conversation même, lui étaient devenues impossibles. Au bout de trois mois d'un traitement hydrothérapique borné à l'enveloppement humide suivi d'abord de frictions dans un bain frais, et plus tard de douches fraîches en poussière, le malade était rendu à la santé.

Un second sujet, jeune garçon, tombé dans un état de lypémanie hypochondriaque, auquel avaient été opposés, sans succès, divers traitements hygiéniques et médicamenteux, et notamment l'usage des bains de mer, fut soumis à une médication plus complexe. Outre la direction morale, la diététique et la gymnastique appropriées, on mit en usage les procédés hydrothérapiques suivants : 1° enveloppement dans la couverture de laine jusqu'à l'apparition de la sueur, suivi du grand bain froid; 2° une heure après ce dernier, bain de pieds froid de six minutes, lavement froid, le matin; 3° l'après-midi, douche en colonne, bain de siége froid de 15 minutes, ceinture mouillée abdominale, etc.

Généralement, dit M. Gibert, dans ces sortes de traitements, on trouve la réunion d'effets perturbateurs, révulsifs, fortifiants, sédatifs, avec ce renouvellement de la *crase humorale*, qu'entraînent l'abondance des excrétions et l'usage répété de l'eau pure en boisson, et ce rétablissement complet des fonctions de la peau que procure si difficilement tout autre mode de traitement.

Les conclusions du rapport sont : des remerciements à M. le docteur *Gillebert d'Hercourt*, au nom de la compagnie, et le renvoi de son mémoire au comité de publication, comme un document précieux pour la thérapeutique. (*Adopté.*)

APPAREILS. — M. *Rigal* (de Gaillac), membre correspondant, fait connaître à l'Académie les applications heureuses qu'il a faites à la chirurgie orthopédique de différents appareils de caoutchouc. Depuis quinze ans, ce chirurgien a eu plusieurs fois l'occasion de mettre en pratique les vues théoriques qu'il était venu exposer, en 1840, à cette même tribune. Ses appareils, qui ont pour but de suppléer, tantôt un muscle, tantôt un faisceau musculaire atrophiés ou paralysés, lui ont donné d'excellents résultats dans le traitement des différentes variétés de pied-bot. Il cite aussi un cas de paralysie musculaire de la jambe par suite de la section du nerf tibial antérieur, observé, par M. Astrié, dans le service de M. Lenoir, cas dans lequel l'appareil de caoutchouc permit au malade de se servir du membre paralysé et de marcher assez librement.

Discussion sur le séton.

M. *Bouvier*. « Nous avons un consul bienplaisant » disait Caton d'Utique à propos de Cicéron qui plaidait contre lui. Je pourrais en dire autant de M. Malgaigne, qui nous a fait entendre dans la dernière séance un discours moins sérieux qu'agréable.

Mon honorable contradicteur a si bien interverti nos rôles, que je dois tout d'abord les rétablir selon toute équité. Est-ce bien moi qui m'égare en aveugle dans des voies inconnues, moi qui ai cherché à ramener M. Malgaigne dans le chemin de la vérité historique, quand il s'est laissé emporter, par haine du séton, loin des bornes du vrai ? A M. Malgaigne les flots de verve railleuse, les heureuses saillies, les spirituels lazzis! A moi la douce tâche de le ramener parfois dans le sentier du vrai !

L'orateur reproche à M. Malgaigne l'insuffisance et la légèreté de ses recherches sur le livre *De sectoriis* attribué à Rhazès, sur l'auteur des gloses dites *des quatre maîtres*, etc... ; il persiste à soutenir que les mots *sectio*, *sectorium* et *seto*, sont synonymes dans les ouvrages de Rhazès, de Fiénus, de Séverin, de Glaudorp, de Lanfranc, etc.

M. Bouvier, reprochant aussi à M. Malgaigne d'avoir omis, pour le besoin de sa cause, les trois quarts des textes anciens relatifs à la révulsion, énumère les nombreux traités d'Hippocrate et de Galien, qui, outre le livre *Des humeurs*, parlent de la révulsion et de la dérivation. A propos de Galien, M. Malgaigne a fait dire à M. Daremberg tout autre chose que ce qu'il dit, et quant à Watts, il ne l'a pas lu du tout : c'est ce que prouve l'orateur par la lecture d'une note de M. Daremberg, et d'un extrait du livre de Watts.

Suivant M. Bouvier, Celse, quoi qu'en dise M. Malgaigne, connaissait la révulsion ; cet auteur donne la liste de plusieurs topiques destinés à éroder le corps pour tirer au dehors ce qui nuit, *quod mali est extrahunt;* il décrit aussi les maladies dans lesquelles ils doivent être employés. Celse admet aussi la saignée révulsive dans les cas d'hémorrhagie : il veut qu'on applique des ventouses sur le côté opposé au point malade. Enfin, M. Malgaigne a tort de dédaigner la citation de Pline, dont le langage, dans ce cas, ne fait que refléter la langue médicale d'alors.

Quelle thèse en définitive M. Malgaigne a-t-il soutenue? Dans une première phase de la discussion, M. Malgaigne a soutenu que les anciens n'avaient pas de révulsion. Dans une seconde phase, il fait volte-face, et il se borne à dire que la révulsion des anciens (il y en a donc une maintenant !) ne ressemble guère à la nôtre : enfin, dans une troisième phase, qui est celle-ci, c'est la doctrine de la révulsion qui est en jeu : les anciens n'en avaient pas, les modernes n'en ont pas davantage.

« J'ai donc à m'occuper, poursuit M. Bouvier, dans l'état actuel de la

discussion, des questions suivantes : — 1° Existe-t-il une doctrine, des principes de la révulsion, de la dérivation, dans la médecine antique? — 2° Jusqu'à quel point ces principes ressemblent-ils à ceux des modernes, si tant est qu'il en existe de nos jours ? — 3° Les exutoires, en particulier, ont-ils un but différent chez les anciens et chez les modernes ?

D'abord qu'est-ce qu'une doctrine? N'est-ce pas un ensemble de faits systématisés, c'est-à-dire rapprochés par un point commun, par un fait général, qui montre leur affinité, leur origine semblable?

Les idées des anciens sur la révulsion et la dérivation offrent-elles ce caractère d'ensemble, d'inductions des faits généralisés ?

Qui pourrait en douter?

Il se fait très fréquemment, dans le corps malade, des mouvements, des déplacements du mal ou de sa cause immédiate : on peut les provoquer dans le sens de la guérison : voilà le point de départ.

Les anciens en déduisent une méthode thérapeutique qu'ils appellent tantôt révulsion, tantôt dérivation.

L'observation leur apprend les rapports d'opposition réciproque qui se montrent en pathologie, en thérapeutique, entre les différentes parties du corps, les viscères, les tissus ; ils découvrent les relations mystérieuses de certains organes, et jusqu'à l'influence du voisinage : et de là ils formulent des règles, des principes, qui fixent l'application de la doctrine dans la pratique. Ils ne s'en tiennent pas à de simples généralités : mais ils exposent les détails de cette méthode à propos des maladies particulières de chaque organe : ils déterminent la nature des moyens propres à remplir les indications de la révulsion, de la dérivation; ils règlent le choix de ces moyens suivant toutes les circonstances générales et particulières qu'ils avaient signalées.

Il n'est pas exact d'avancer, comme le fait M. Malgaigne, que la médecine antique ne vit que des *évacuants* dans ses moyens de révulsion et de dérivation. Celse dit positivement que certains remèdes n'agissent pas d'une seule manière, mais sont utiles par deux effets qui ne se contrarient pas.

Les anciens n'ont eu qu'un tort; ç'a été de distinguer essentiellement la révulsion et la dérivation, qui sont aujourd'hui des mots à peu près équivalents.

Donc, les anciens avaient une doctrine, des principes, touchant la révulsion, la dérivation.

En abordant la solution de la deuxième question, M. Bouvier comble une lacune de deux cents ans laissée par M. Malgaigne entre Harvey et Barthez. Pendant cette longue période, en effet, la doctrine des anciens sur la révulsion ne demeura pas ensevelie dans l'oubli. On trouve depuis Fernel jusqu'à nos jours une suite non interrompue de partisans de ces méthodes curatives; Sennert, Rivière, Willis, Ruysch, Ettmüller, Stahl, Baglivi, dans le XVII^e siècle ; Morgagni, De Haën, Boerhaave, Van Swieten, Cullen, dans le XVIII^e.

M. Bouvier déplore qu'à propos de Barthez, M. Malgaigne ait voulu réveiller de vieilles rivalités entre l'école de Paris et celle de Montpellier. D'ailleurs le mémoire de Barthez *sur les fluxions* ne représente nullement les idées actuelles sur la révulsion, même pour l'école de Montpellier. Quoi qu'en dise M. Malgaigne, il y a une doctrine moderne de la révulsion. On en trouve le premier germe dans le *Traité de l'inflammation* de Hunter. Pinel, en collaboration avec M. Bricheteau, Broussais, Guersant, M. Roche, ont successivement perfectionné cette œuvre, couronnée par les monographies de MM. Sabatier, Cazenave et Marotte.

En quoi ces principes diffèrent-ils de ceux des anciens?

Il en diffèrent par le langage, par des rectifications, des additions dans les détails : voilà tout. Le fond en est le même.

Nous ignorons ce qui se passe au sein des organes dans le phénomène de la révulsion. Les anciens disent que la révulsion, la dérivation détournent, attirent au dehors le vice, *vitium*, ce qu'il y a de mauvais, *quod mali est*, ce qui produit la maladie (Hippocrate), les humeurs (Galien).

De nos jours on a chassé les humeurs : mais Broussais les a remplacées par l'*irritation;* ou bien on leur a substitué les mots *congestion*, *afflux*, *fluxion*.

M. Malgaigne rit de tout cela, sans songer que la doctrine de la révulsion n'est nullement attachée à ces explications empruntées aux idées dominantes de chaque époque. Ces idées spéculatives passent; les faits, leur expression pure, restent. Mes principes, dit M. Bouvier, ceux du moins dont je me fais le champion, ce sont les lois éternelles de la révulsion que nous tenons des anciens. L'interprétation de ces lois, je vous l'abandonne.

Ne demandez pas à ma doctrine de vous dire les causes premières ; ne lui demandez pas d'atteindre un point déterminé de la chaîne des phénomènes qu'elle embrasse. C'est même trop exiger d'elle.

Conclusion : il existe à Paris, comme à Montpellier, des principes, une doctrine de la révulsion, qui, s'ils ne sont pas identiques sur tous les points avec la doctrine des anciens, lui sont néanmoins redevables de ce qu'ils renferment de plus essentiel, de plus utile, de plus éminemment pratique.

Ce n'est donc pas une chimère que cette *grande idée* de la révulsion attribuée aux anciens ! Elle plane, depuis trente siècles, sur toute la pathologie et sur toute la thérapeutique. Supprimez cette idée, et la thérapeutique s'écroule par sa base.

Ce n'est là ni de la métaphore, ni de l'hyperbole. Qu'est-ce que nos prescriptions journalières pour déplacer, détourner, dériver la douleur, la congestion, l'irritation, la fluxion, le flux, l'inflammation, sinon l'emploi permanent de cette révulsion que nous a léguée la médecine antique? On ne prescrit pas un bain de pieds qu'on ne doive aux anciens !

Et quand M. Malgaigne proclame la cautérisation de l'hélix avec le fer rouge comme le moyen le plus puissant, le plus rapide et le plus merveilleux contre la sciatique, ne fait-il pas une ingénieuse application de ces paroles du livre *Des humeurs :* « Révulsion dans les affections du bas, vers le haut » ?

Troisième question. Les exutoires ont-ils un but différent chez les anciens et chez les modernes ?

Le feu possédait de nombreuses vertus aux yeux des anciens : il desséchait, fortifiait, resserrait. En détruisant les vaisseaux, il agissait par *interception*, comme on disait autrefois, c'est-à-dire qu'il interceptait le cours des humeurs qui se portaient aux parties malades. Ne pratiquons-nous pas cette interception aussi, mais avec des idées différentes, parce que nous connaissons les lois de la circulation ? Nous arrêtons, en effet, les progrès de l'ophthalmie par la cautérisation des vaisseaux dilatés qui entretiennent l'inflammation de la cornée.

D'après les anciens, le feu était encore un évacuant, par la suppuration qui le suit, tantôt un évacuant simple, tantôt un évacuant dérivatif, révulsif, comme dans la coxalgie, où Celse l'applique pour déplacer l'humeur qui cause la maladie.

On trouve également, dans plusieurs des écrits de Galien, la trace de l'action révulsive et dérivative que les anciens attribuaient au cautère actuel.

Paul d'Égine (chap. XLI, page 199, édition de M. Briau) décrit au long l'action dérivative des ventouses ; et, dès les premières pages de son livre, il parle de l'influence révulsive du feu.

Cœlius Aurelianus a conseillé depuis longtemps la cautérisation superficielle dans le traitement des névralgies ; et il la préconise spécialement dans la sciatique et les affections du psoas. N'était-ce pas encore de la révulsion ?

Donc, les anciens employaient le cautère actuel, les espèces d'exutoires qu'il produit, dans des intentions diverses, et pour satisfaire à un grand nombre d'indications, souvent aussi dans un but semblable à celui dans lequel nous l'employons encore aujourd'hui, lorsque nous voulons produire la dérivation, la révulsion.

Le séton, il est temps d'y revenir, n'était d'abord qu'un mode de cautérisation. Voilà comment, soit à l'état de *sétoïde*, soit à l'état de séton complet, soit enfin heureusement dépouillé, dans les temps modernes, de ce qui en ferait un cautère actuel, il a été regardé pendant des siècles, et est encore considéré comme un puissant agent de révulsion.

M. Bouvier reconnaît et proclame que l'approbation des siècles ne saurait fournir qu'une démonstration insuffisante de l'utilité des exutoires; il faut, à ce point de vue, de nouveaux faits, ou au moins la mise en œuvre des faits acquis. C'est dans ce sens que l'orateur a sollicité l'aide de son savant collègue, qu'il a fait à ses lumières un appel qu'il n'a pas compris en le qualifiant de *désespéré*.

M. Bouvier ne désespère pas du séton, ni des autres exutoires ; mais il demande qu'au milieu de ce conflit, des observations nouvelles surgissent, des observations exactes, faites sans prévention, sans partialité. Quoi qu'en dise M. Malgaigne, le séton n'est pas réduit à cette extrémité qu'on ne sache plus où le trouver. Aux témoignages, aux noms honorables invoqués par M. Malgaigne contre son usage dans la pratique, M. Bouvier pourrait opposer d'autres témoignages qui prouvent que le séton n'est nullement abandonné. L'orateur affirme qu'un médecin distingué de Rome lui assurait dernièrement encore que le séton n'avait jamais cessé d'être en honneur en Italie, bien que M. Malgaigne ait prétendu qu'on n'en faisait plus usage dans ce pays dès le temps de Dionis.

M. Bouvier termine en rectifiant quelques-unes des remarques critiques de son honorable contradicteur sur ses propres observations.

M. Malgaigne s'étonne que les trois malades non guéris soient ceux qui donnaient d'abord les plus belles espérances. Rien de plus commun que de pareils revirements chez les enfants, où la diathèse scrofuleuse, entre autres, se joue souvent de toutes nos prévisions.

Marie Cornu a été guérie trop vite pour les convictions de M. Malgaigne ; la malade ne s'en plaint pas.

Au sujet de *Larribe*, M. Bouvier nie avoir déclaré qu'avec des cornées troubles, on puisse jouir d'*une excellente vue*. L'observation porte : « la vision est à peu près normale. »

Campin n'a plus de staphylôme. Pourquoi M. Malgaigne met-il en doute ce résultat, qui a été constaté par plusieurs internes, très exercés à ce genre d'examen?

Quant à la fille Champenois, le nouveau séton ne lui a été appliqué qu'après avoir vainement tenté divers moyens très rationnels, et après avoir même essayé l'effet de la suppression de tout remède. Cette malade n'a pas encore de nouvelle rechute; elle porte un séton rédnit à un trajet très étroit, sec, indolent, jusqu'à un certain point comparable à l'ouverture du lobule de l'oreille destiné à supporter des boucles ou des anneaux.

— *M. Bouley* se plaint d'avoir été si bien enfariné par M Malgaigne, que son honorable collègue l'avait rendu méconnaissable pour lui-même. Il vient effacer la caricature et restituer ses véritables traits.

Il a avoué qu'on abusait des sétons en vétérinaire; mais il s'est bien gardé de dire, comme l'a prétendu M. Malgaigne, qu'il tombait aveuglément dans les excès communs, et qu'il appliquait un séton uniquement pour acquiescer aux fantaisies ridicules d'un client.

M. Bouley n'applique pas des sétons partout et toujours: c'est sur des faits bien complets, bien observés, que repose son sentiment à l'égard de l'efficacité de cet exutoire.

M. Malgaigne, pris d'une belle compassion pour les chevaux victimes du séton s'est écrié: Pauvres bêtes, à qui l'on inflige trois mètres de séton! Mais devant certaines opérations téméraires de la chirurgie humaine, M. Bouley ne pourrait-il pas s'écrier à son tour: Pauvres gens!

M. Malgaigne prétend que les vétérinaires sont encore dans l'âge naïf des croyances absurdes, des contes merveilleux. Mais il se trompe. Quand les vétérinaires placent des sétons, ils savent parfaitement ce qu'ils font, et ils y sont conduits par des raisons plus sérieuses que l'instinct de l'imitation. Ils sont poussés et guidés dans cette voie par les trois principes scientifiques suivants: 1° Étant donnée une douleur locale, il se fait dans l'économie une réaction générale proportionnelle à la souffrance qui la provoque. 2° *Duobus laboribus...*, etc., l'aphorisme d'Hippocrate, qui est la formule la plus simple et la plus précise de l'équilibration des activités organiques, du balancement des fonctions. 3° L'activité de l'absorption interstiticlle est toujours en raison inverse de l'activité de l'appareil circulatoire; c'est-à-dire que le pouvoir d'absorption augmente ou diminue, suivant que la tension du sang dans l'arbre circulatoire est diminuée ou accrue.

M. Bouley déclare, en terminant, qu'il n'accepte les railleries de M. Malgaigne que pour en rire avec lui, mais qu'il ne saurait leur accorder la valeur d'un argument sérieux contre les doctrines qu'il professe, doctrines qui ne sont nullement basées sur un empirisme d'emprunt, ni sur une pratique aveugle.

— M. *Malgaigne* retire de grand cœur les expressions de son discours qui ont pu soulever les susceptibilités de M. Bouley. Il n'a pas voulu rire de ses contradicteurs, mais des doctrines de la révulsion, qu'il ne saurait considérer comme sérieuses. Encore une fois, il convie M. Bouvier et M. Bouley à la vérification de ces *grands principes* anciens et modernes, au lit du malade, par l'expérience, dans une pratique saine et loyale.

Présentation. — M. le docteur *Duchenne* (de Boulogne) présente un malade privé de l'usage du pouce, par suite d'une atrophie musculaire progressive des muscles de l'éminence thénar, et auquel il a restitué l'énergie, l'intégrité et la précision des mouvements, au moyen d'un appareil de caoutchouc, qui supplée à l'insuffisance des muscles atrophiés. M. Duchenne entre dans quelques détails touchant le mécanisme de cet appareil, qui est basé sur les données de la physiologie expérimentale.

— M. *Rigal* réclame pour lui la priorité de l'idée de ces appareils de caoutchouc.

— La séance est levée à cinq heures.

— L'Académie se réunira extraordinairement, en *comité secret*, samedi 24 courant.

Société de médecine du département de la Seine.

Séance du 19 octobre 1855. — Présidence de M. Géry.

Méningite tuberculeuse.

M. *Duparcque* a la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance.

Les observations de guérison de méningite tuberculeuse, rapportées d'après M. Rilliet par notre honorable collègue M. Chausit, viennent confirmer l'opinion que j'ai émise en plusieurs circonstances sur ce qu'il y avait au moins d'exagéré dans celle généralement professée et admise, qui considère la méningite comme à peu près inévitablement incurable.

On a d'abord prétendu que, chez les enfants, les méningites étaient tuberculeuses dans la grande majorité des cas: vérité qui peut être plus ou moins absolue pour les cas qui ont été observés dans les hôpitaux, et qui ont servi de base aux modernes traités des maladies des enfants; erreur, en présence des faits que fournit la pratique particulière.

Quant à l'incurabilité de la méningite en général, on change de batterie; lorsqu'on cite des cas de guérison, on invoque alors des distinctions, ainsi que l'a fait M. Cazeaux, et l'on suppose qu'alors ce n'étaient pas des méningites tuberculeuses. Les observations de M. Rilliet viennent faire justice de cette fin de non-recevoir, et justifier les faits qui nous sont propres et qui témoignent de la curabilité possible même de cette espèce de méningite réputée incurable.

Reconnaissant, toutefois, que la méningite n'est pas, tant s'en faut, toujours tuberculeuse, nous remarquerons, en outre, qu'en dehors de cette forme, la maladie ne se présente pas toujours de la même manière, mais avec des formes, sous des aspects différents qu'il importe de distinguer, et de prendre particulièrement en considération pour les inductions thérapeutiques qui s'y rattachent.

Les différences portent sur les prodromes, la nature des symptômes initiaux, la marche de la maladie. Sous ces rapports, les cas de méningite ou fièvre cérébrale se divisent en plusieurs groupes très tranchés, et constituant comme autant d'espèces diverses.

1° *Forme inflammatoire aiguë.* — En tête, et comme base, se place la méningite essentielle aiguë, avec ses caractères et conditions de causes, de prodromes, de symptômes ressortant du type phlegmasique, dont les débuts plus ou moins brusques, sans précédents, surprennent les enfants au milieu de la plus belle santé, réduisent à néant la supposition de tubercules préexistants, que l'autopsie, il est vrai, décèle bien quelquefois alors, mais dans ces cas le doute est permis, et sur la nature tuberculeuse des granulations trouvées et sur leur origine, car il n'est pas prouvé que ces produits soient plutôt la cause que des effets de la maladie.

2° *Forme convulsive.* — Bien plus communément la fièvre cérébrale débute par des convulsions qui en précèdent, accompagnent ou déterminent l'explosion. C'est souvent ainsi que s'annonce et commence la méningite des jeunes enfants, particulièrement à l'époque ou à l'occasion du travail de la première dentition. L'invasion en est ordinairement subite. Tout à coup l'enfant, gai et dispos, tombe en convulsion; l'accès, après une durée plus ou moins longue, se calme et laisse de l'assoupissement, de l'hébétude. Après un temps variable, un second, un troisième accès et plus se reproduisent, de plus en plus violents et prolongés, et rapprochés; puis se dessinent les symptômes de la fièvre cérébrale. Comme dans la forme précédente, l'invasion, sans phénomènes pathologiques antécédents, ne permet guère de supposer, dans ces cas, l'existence préalable de granulations tuberculeuses.

Dans quelques cas plus rares, l'accès convulsif est violent; il se prolonge en prenant le caractère plutôt tonique que clonique, à marche continue progressive, ou ne présentant que de courtes rémissions. Dans cet état de perturbation profonde, la mort peut arriver en quelques heures. Nulles traces cadavériques.

3° *Forme fébrile rémittente.* Il faut une grande attention et une certaine habitude d'observation pour juger ces fièvres, en apparence continues, et qui en outre, par leurs phénomènes prodromiques et initiaux, en imposent facilement pour une fièvre typhoïde; mais à mesure que la maladie marche et approche du deuxième septénaire, d'une part les pseudo-signes typhoïdiens diminuent, ceux caractéristiques font défaut, tandis que les accidents encéphaliques prennent une allure plus tranchée et dessinent plus clairement le diagnostic méningitien.

Constamment, dans ces cas, il s'opère une rémission bien marquée de six à huit heures du matin, s'étendant les premiers jours jusque vers neuf heures, mais diminuant de durée à mesure que les exacerbations se fondent, que la maladie avance, et qu'elle prend décidément le caractère de fièvre cérébrale.

4° *Forme méningite suraiguë, foudroyante.* — Invasion brusque, marche rapide et parcourant en peu de jours, quelques heures même, toutes les périodes inflammatoires, jusqu'à celle d'exsudation séro-albumineuse et puriforme. Telle est la méningite épidémique naguère observée à la Rochelle, plus tard à Versailles; telle est encore la méningite puerpérale, et, chez les enfants, celle qui survient inopinément dans le cours des fièvres éruptives, et notamment de la scarlatine.

5° *Forme méningite tuberculeuse.* — On ne saurait donner ce nom que quand le sujet est tuberculeux, et que l'on trouve dans le cerveau ou les méninges de véritables tubercules. Mais peut-on appeler de ce nom les points granuleux que l'on trouve le plus ordinairement? Comme la maladie éclate souvent au milieu de la plus belle santé; que rien, jusque-là, n'avait donné le plus léger indice de l'existence de ces sortes d'altérations, on est tout aussi fondé à les considérer plutôt comme effets produits de la maladie, que comme sa cause.

Au reste, cette forme, qui alors mériterait plus exactement le nom de

méningite subraiguë purement et simplement, se distingue des formes précédentes par le caractère comme passif ou sthénique de ses symptômes au moins prodromiques, au début et dans la première période. Ainsi, quand la maladie n'éclate pas tout à coup, les phénomènes qui précèdent de plusieurs jours, quelquefois de une à deux semaines, consistent dans de la tristesse, grogneries, perte d'appétit, tendance à la somnolence, nuits agitées, quelquefois diarrhée ou constipation. Les yeux sont abattus, et la physionomie présente un aspect d'abattement particulier, qui, joint aux symptômes précédents, suffit à l'œil exercé de l'observateur pour faire prévoir l'orage qui grondo. Dans ces cas, il n'y a pas de transition tranchée entre les prodromes et l'invasion de la maladie, dont les symptômes sont ceux prodromiques eux-mêmes se développant graduellement, insensiblement. L'assoupissement remplace la somnolence; les rêvasseries, les simples réveils en sursaut se changent en cris appelés hydrencéphaliques; grincements de dents, ou réveils comme par des secousses électriques. Ce dernier phénomène se reproduit toutes les fois qu'on imprime quelque mouvement à l'enfant. Les vomissements pourraient être considérés comme marquant l'invasion de la maladie. Pouls petit et fréquent, ou lent, irrégulier; quel que soit l'état du pouls, la respiration est très lente, à peine sensible, entrecoupée de profondes inspirations; les muqueuses et la peau sont décolorées, de sorte que, par moments, on croirait voir un cadavre inanimé. Jusque-là donc, différences symptomatiques profondes entre cette espèce de fièvre cérébrale et les précédentes, et notamment la méningite essentielle. Il n'est pas rare de confondre cette maladie dans sa première période avec la fièvre typhoïde. Mais dans un grand nombre de cas, quand est arrivé le deuxième septénaire, du neuvième au douzième jour, la scène change, et la maladie revêt les caractères de la méningite aiguë. Les muqueuses se colorent, des plaques d'un rouge vif couvrent alternativement ou simultanément les joues; la fièvre se déclare; le pouls temporal et carotidien est beaucoup plus développé que partout ailleurs; les conjonctives s'injectent, sécrètent un mucus filandreux; tout témoigne, en un mot, d'un travail phlegmasique aigu, qui se réveille et marche avec toutes ses conséquences, que bientôt l'autopsie pourra révéler...

Telles sont les formes diverses sous lesquelles la méningite ou fièvre cérébrale des enfants se présente à l'observation non nosocomiale. Mais si chacune a au début son appareil symptomatique propre, il arrive ordinairement un moment pour toutes où les signes de la phlegmasie méningienne se montrent et se réveillent avec les caractères d'acuité les plus tranchés, et c'est généralement après le premier septénaire que cette terminaison uniforme a lieu.

Il est évident qu'il n'y a pas de pronostic absolu pour une maladie aussi variée dans ses formes; il ne l'est pas moins qu'on ne peut établir de règles générales de traitement : les indications thérapeutiques, ressortant des caractères pathogéniques et pathognomoniques de chaque forme, doivent varier nécessairement selon les cas.

La méningite aiguë essentielle est une de celles qui offrent le plus de chances de guérison sous l'influence du traitement antiphlogistique dans toute son extension : émissions sanguines par la phlébotomie au début, les sangsues, ventouses scarifiées, fomentations froides, et surtout affusions ou irrigations continues sur la tête, dérivatifs intestinaux et cutanés, mercuriaux et antimoniaux, etc. Ces moyens, employés dans un ordre convenable, dans une mesure bien appropriée, réussissent dans un nombre très notable de cas.

C'est surtout dans la forme convulsive que la médecine obtient les plus fréquents triomphes. Elle peut presque à coup sûr arrêter la maladie à son début, ou prévenir le développement alors imminent de la méningite. On sait qu'à Hippolyte Cloquet revient l'honneur du traitement qu'on peut qualifier d'héroïque dans ces cas. Dès 1825 il préconisait l'extrait de quinquina, et comme cette forme de la maladie sévit plus particulièrement chez les jeunes enfants, il l'administrait en lavement (4 grammes pour 125 grammes de décoction de graine de lin).

Ayant substitué le sulfate de quinine à l'extrait de quinquina, dont j'avais constaté les succès, j'obtins les mêmes résultats heureux que j'ai eu souvent l'occasion de signaler à la Société, et que j'ai notamment rappelés dans un mémoire sur les affections intermittentes à courte période (1843, *Gazette médicale*).

La Société a entendu Delens proclamer que, depuis qu'il employait ce moyen, jamais il n'avait plus vu de fièvre cérébrale à la suite des convulsions, comme cela lui était souvent arrivé auparavant.

La médication quinique n'est pas moins efficace contre la fièvre cérébrale à forme typhoïdienne rémittente, sur laquelle nous ne saurions trop appeler l'attention des praticiens. Nous sommes autorisé à penser que la plupart des cas considérés comme fièvre typhoïde, et dénommés comme tels, chez les jeunes enfants, appartiennent à cette forme de méningite, avec tous les signes de laquelle elle se termine alors. Elle s'est aussi présentée chez des sujets de sept et dix ans (obs. Chamelus; — obs. Bernard Léon).

Il n'est pas jusqu'aux méningites suraiguës, qui, par la rapidité de leur marche comme foudroyante, le caractère éminent de gravité qu'imprime à ces maladies leur cause ou nature épidémique, scarlatineuse, puerpérale, ne puissent échapper à l'incurabilité dont on frappe la méningite en général. Mais ici il n'y a pas, jusqu'à présent, de préceptes thérapeutiques à établir. L'inspiration, quelques points de vue analogiques, décident de l'emploi des moyens, qui réussissent, bien que de la classe de ceux qui paraîtraient devoir être contre-indiqués. C'est ainsi que les opiacés ont fait justice des épidémies de la Rochelle et de Versailles.

Nous voici à la forme de méningite la plus redoutable, celle à laquelle se rattache spécialement le pronostic mortel imposé à la fièvre cérébrale des enfants. Nous n'avions qu'à citer les faits de M. Rilliet pour détruire au moins ce que ce pronostic avait de trop absolu.

Quoi qu'il en soit, les indications thérapeutiques dans ce genre de méningites, à symptômes primitivement subaigus, passifs, ressortent, non pas de l'existence présumée des tubercules ou granulations, mais du caractère même de ces symptômes. Les émissions sanguines, base du traitement de la méningite essentielle, auraient et ont ici une action désastreuse. Tout au plus sont-elles favorables ou tout à fait au début, ou plus tard, lorsque la maladie revêt la forme aiguë de terminaison. Les dérivatifs modérés, mais en permanence, le calomel à doses fractionnées, mais donné avec réserve, la digitale, etc., sont les moyens qui nous ont paru convenir plus particulièrement dans ces cas.

Mais la méningite, quelle qu'en soit la cause, la forme primitive, ayant marché malgré tout, et étant arrivée à sa période extrême, n'est pas non plus absolument au-dessus des ressources de la médecine; nous avons vu et obtenu des guérisons dans ces cas désespérés, et alors que se montrent dans leur plus grande intensité les signes considérés comme précurseurs d'une mort inévitable, et dont Requin trace ainsi le tableau pronostic : « Dans la fièvre cérébrale des enfants, écrit-il, une fois parvenue » à la troisième période, ou période comateuse, il ne doit plus y avoir » d'espérance; lorsque les yeux demeurent tournés en haut, fixes et im- » mobiles dans cette situation convulsive tétanique, c'est l'indice d'une » prompte catastrophe. »

Or c'est particulièrement d'après des guérisons de méningites qui, parvenues à cette période, avec tous ces signes, ne laissaient aucun doute sur la nature de la maladie, que nous nous sommes inscrit contre l'opinion qui proclame la méningite en général, et spécialement celle à forme subaiguë ou tuberculeuse, comme incurable.

Il n'y a qu'un signe de léthalité prochaine, inévitable, plus certain que ceux rappelés précédemment, et dont l'existence suffit, alors même que ces derniers font défaut, pour inspirer de justes craintes : c'est la roideur du tronc, que l'on reconnaît quand on soulève le petit malade; on peut le redresser tout d'une pièce en le prenant par la tête. Jamais nous n'avons observé de terminaison heureuse dans ces cas.

Parmi les guérisons de méningite que j'ai observées, les unes ont été complètes, la convalescence a été franche; d'autres ont laissé des perturbations plus ou moins profondes des fonctions et facultés cérébrales, témoignages de ce qu'avait été la maladie; ainsi paralysies générales ou partielles, surdité, strabisme, contractures permanentes, perte de mémoire, état d'idiotisme ou d'imbécillité. Chez quelques-uns, ces fâcheuses conséquences ont été déplorablement permanentes; chez les autres, plus heureux, ces reliquats se sont progressivement effacés.

M. *Forget*, après avoir insisté sur la fréquence et la gravité des phlegmasies cérébrales dans l'enfance, dit qu'il est satisfaisant d'entendre un praticien aussi expérimenté que l'honorable M. Duparcque professer l'opinion qu'alors même que la méningite est parvenue à sa dernière période et que sa terminaison semble devoir être fatalement funeste, cette maladie peut encore avoir une heureuse issue. En accordant aux faits intéressants que notre savant collègue a rapportés à l'appui de son opinion toute l'autorité qu'ils méritent, il ne peut s'empêcher de regretter qu'il ait omis de faire connaître les moyens thérapeutiques qui lui ont si bien réussi dans les cas extrêmes et en apparence désespérés dont il a entretenu la Société. Il désire, pour sa part, que M. Duparcque veuille bien compléter ses observations en comblant cette lacune.

Permettez-moi maintenant, messieurs, continue M. Forget, d'introduire dans cette discussion un fait analogue à ceux qui viennent d'être cités, de nature, par conséquent, à confirmer la manière de voir de notre collègue.

Au début de ma carrière médicale, je fus appelé à donner des soins à une jeune fille âgée de cinq ans pour une méningite des plus intenses. Je ne décrirai pas ici les les symptômes fort graves qui marquèrent les deux premières périodes de la maladie, symptômes caractéristiques au jugement de deux confrères expérimentés qui furent mandés en consultation.

Dans une dernière réunion, à laquelle assistait un savant professeur dont l'opinion fait autorité lorsqu'il s'agit des maladies de l'enfance, l'état de la jeune fille fut déclaré des plus graves. «L'issue sera prochainement

» funeste; il s'agit d'une méningite de la base, c'est-à-dire de la plus mau» vaise espèce. Je désire connaître les phénomènes ultimes qui se produi» ront; veuillez les noter, vous me les communiquerez. » Tel fut le langage très peu consolant que me tint l'honorable professeur en me quittant. Il faut convenir que cette manière de voir ne semblait que trop justifiée par l'état de ma petite malade; ses parents, d'ailleurs, avaient été prévenus du danger de mort qui la menaçait.

J'avoue qu'au début d'une clientèle, à un âge où les leçons de l'expérience ne m'avaient pas encore appris que la puissance de notre art est malheureusement trop restreinte dans beaucoup de cas, je ne pus me résigner à accepter sans appel l'arrêt auquel la parole du maître venait de conférer une si grande autorité.

Frappé de cette idée que, dans les phlegmasies intenses, la thérapeutique est souvent inefficace parce qu'elle n'est pas assez énergique, que les moyens de révulsion dont elle dispose sont employés sous une forme et dans une proportion insuffisantes, qu'enfin, pour combattre avec succès une inflammation représentée par 4, la révulsion doit l'être par 15, 20 et plus, qu'elle doit, en un mot, porter sur de larges surfaces, je résolus de me conduire d'après cette indication, que l'on perd de vue trop souvent peut-être.

Le moyen qui me parut devoir la remplir le plus efficacement fut de plonger la malade dans un bain sinapisé, en même temps qu'une calotte de glace serait maintenue sur sa tête. Dominé par cette détermination, je retournai au milieu de la nuit chez mon client auquel j'en fis part, ajoutant que nous n'avions plus rien à risquer, le pronostic porté sur la maladie ne laissant aucun espoir. La mère de la jeune fille s'opposa à mon dessein, disant que l'on ferait souffrir sa fille inutilement. Le père montra des dispositions meilleures, il me sut gré de ne pas perdre tout espoir, et me dit d'agir comme je l'entendrais.

Immédiatement je fis préparer un bain chaud fortement sinapisé. La jeune malade y fut plongée jusqu'au cou. Une large vessie remplie de glace pilée fut appliquée sur sa tête; elle recouvrait le front, les tempes, et s'étendait jusqu'à la nuque.

Au bout de trois minutes, la personne qui soutenait l'enfant déclara qu'elle ne pouvait plus y tenir, que ses poignets étaient en feu. Je fis passer une serviette autour du corps de la malade, que l'on soutint ainsi au moyen des deux chefs ramenés sous les bras.

L'enfant resta dix minutes dans le bain; quand elle en sortit, le contraste entre la couleur de son corps et celle de la tête avait quelque chose qui m'effraya : *c'était une tête de marbre blanc sur un corps écarlate*. Toutefois, le pouls intermittent, filiforme, au moment où l'expérience fut tentée, se releva sensiblement pendant et après le bain.

Je fis enlever la glace, non pas brusquement, mais par des compresses d'eau froide, dont l'application fut continuée pendant vingt-quatre heures, mais d'une manière intermittente.

L'effet de cette médication, que je n'avais nulle part vue indiquée, fut des plus heureux : insensiblement les symptômes s'amendèrent, les troubles profonds qui portaient sur les fonctions sensoriales et motrices diminuèrent graduellement; la malade sortit de l'état somnolent dans lequel elle était plongée; ses yeux ternes se ranimèrent, son pouls se releva, prit un développement et un rhythme plus réguliers. Le lendemain du bain, l'aspect de la jeune fille était tout autre; elle commençait à ne plus être indifférente et comme insensible aux objets extérieurs; on sentait (permettez-moi cette locution) que chez elle *la vie physiologique était manifestement de retour* (*vita redux*). Chaque jour les forces revinrent au fur et à mesure que l'alimentation fut augmentée. La convalescence ne fut traversée par aucun accident, et au bout de quelques semaines la guérison fut assurée. Aujourd'hui, cette enfant d'autrefois est une belle jeune femme de vingt ans environ.

Quant à l'invitation que m'avait faite mon honorable confrère, de lui communiquer le résultat de la maladie, je me gardai d'y manquer.

Je le vis huit jours après l'immersion dans le bain sinapisé, et je lui annonçai que s'il voulait visiter notre malade il la trouverait en train de manger un potage.

Il apprit avec étonnement, et je dois ajouter avec bonheur, l'issue qu'il n'avait pas prévue; il me félicita de l'idée thérapeutique que j'avais eue, et, restant dans son rôle de professeur, il tira de ce fait cette conclusion, qu'Hippocrate avait raison une fois de plus dans son fameux aphorisme : *Experientia fallax.*

M. *Dupareque* : On nous demande par quels moyens nous avons obtenu ces résultats : d'abord par aucun autre que les dérivatifs cutanés, bien qu'ils aient été jusque-là employés sans avoir pu arrêter la marche de la maladie; mais ils doivent alors ou porter sur de plus larges surfaces ou agir plus profondément, et en même temps le plus près possible des organes malades; régions d'élection qui ont été et ont dû être respectées d'abord par ce genre de médication. Ainsi de larges vésicatoires couvrant toute la calotte épicrânienne, ou embrassant les régions occipitalo, cervicale et dorsale, la cautérisation profonde du cuir chevelu principalement, au sinciput ou sur les apophyses mastoïdiennes. En cela nous n'avons fait qu'imiter les exemples, disséminés dans les archives de la médecine, de fièvres cérébrales qui ont dû leur guérison à l'emploi de ces moyens.

Il en est un dont j'ai depuis longtemps constaté et publié les effets et les résultats thérapeutiques dans les inflammations splanchniques, employé auparavant et depuis simplement comme dérivatif, et auquel nous avons reconnu, dans l'espèce observée, une action plus directement ou immédiatement profonde : j'ai nommé le tartre stibié, appliqué largement et en frictions. Comme dans les cas pour lesquels nous avions préconisé ce mode d'emploi de l'émétique, l'amendement des symptômes s'est manifesté avant que la *pustulisation* se soit produite, et par une action antiphlogistique, résolutive, contro-stimulante, semblable à celle que ce médicament provoque quand il est administré à dose *rasorienne* et par l'estomac.

Dans un certain nombre de cas de guérisons obtenues avec cette médication, une part des bons résultats pouvait être attribuée aux autres moyens de traitement concurremment employés ou en cours d'action. Ce n'est donc pas là que nous puiserons des exemples, mais parmi les cas dans lesquels la maladie de la forme la plus redoutable avait marché et était parvenue à sa dernière période, avec tous les signes réputés essentiellement mortels, et que n'avaient pu conjurer toutes les autres ressources de la médecine.

Le fait suivant, remarquable sous ce rapport, n'offre pas moins d'intérêt sous d'autres points que nous avons rappelés dans cette note.

Obs. — Louis L., place Royale, n° 3, âgé de trois ans, d'une faible constitution, sujet aux affections catarrhales, ayant été alternativement affecté jusque vers deux ans d'ophthalmies chroniques, d'écoulements d'oreilles, de croûtes avec engorgements des narines, etc., tombe, sans cause appréciable, dans un état de tristesse et d'abattement qui contrastent avec son entrain joueur ordinaire. Appétit capricieux. Après quelques instants de jeux auxquels son jeune frère l'excite, il se réfugie sur sa mère, et reste des heures entières en somnolence. Sommeil interrompu, agité; perte d'appétit; alternatives de diarrhée et de dévoiement.

Peu prononcés d'abord, ces symptômes, attribués à la croissance, se prononcent de plus en plus : le septième ou huitième jour, l'enfant se plaint de la tête; il est plus abattu; il survient dans la soirée et la nuit des vomissements, contenant, les deux premiers des traces d'un vermicelle au gras qui avait été donné dans la matinée, les autres glaireux.

Le lendemain matin, 1er février 1853. Assoupissement; peau modérément chaude; mais, bien qu'il y ait pâleur générale de la face, le front paraît brûlant sous la main; pouls à 110 pulsations; respiration lente, peu sensible, puis tout à coup profonds soupirs ou bâillement avorté. L'abdomen est modérément tendu. L'enfant reprend sa connaissance complète quand on l'excite, mais bientôt, et même quoique l'on continue à le tenir en éveil, il retombe dans l'assoupissement. Vers deux heures, il survient une exacerbation fébrile qui se traduit par des bouffées de coloration de la face, plus d'agitations, élévation de la chaleur de la peau, fréquence du pouls (125 à 135 pulsations). — Bain tiède avec affusions froides; au sortir du bain, cataplasmes saupoudrés de farine de moutarde, enveloppant les pieds et les jambes; calomel à dose fractionnée. — Le soir, 8 sangsues aux malléoles.

La maladie, à travers des oscillations d'apaisement et de recrudescence des symptômes, marche malgré la continuation de l'usage et de l'application des dérivatifs cutanés et intestinaux, les fomentations froides en permanence sur la tête, des vésicatoires aux mollets. Les yeux restent demi-clos; leurs globes roulent presque constamment; l'enfant pousse des cris hydrencéphaliques, toujours annoncés par des mouvements convulsifs de la bouche, et notamment par le froncement caractéristique du front en rides perpendiculaires entre les sourcils. Généralement pâle, la figure ne se colore que pendant les efforts de toux provoquée par la déglutition troublée des boissons et potions.

Le 11 (jour de l'invasion présumée), je prescris le soir un large vésicatoire derrière le col.

Le 12, le vésicatoire n'avait pas été posé. Les parents croyaient leur enfant perdu, et ne voulaient pas le faire souffrir inutilement. Ils se félicitaient, du reste, de ne l'avoir pas fait, car le matin, dès six heures, le petit malade avait repris connaissance, appelé sa mère, souri. Ses yeux avaient perdu et leurs mouvements convulsifs et leur aspect terne et abattu; mais le pouls conservait de la fréquence, de l'irrégularité; la peau était chaude et sèche; il y avait tendance à retomber dans l'assoupissement, pour peu qu'on suspendît d'exciter l'attention, de tenir l'enfant en éveil..... Je ne partageai pas la sécurité de la famille, et témoignai mon regret que le vésicatoire n'ait pas été posé... Dans l'après-midi, l'assoupissement augmente, les pommettes se colorent par plaques, surtout la droite. Pendant la nuit, le corps est souvent subitement ébranlé par des secousses comme électriques.

Le 13, pupilles inégalement dilatées, la droite plus que la gauche; par

moments, les yeux s'ouvrent largement, restent fixes, immobiles pendant plusieurs minutes. Pouls, 125 à 135, petit, concentré à la radiale, plus développé aux temporales et aux carotides, dont les battements, soulevant la peau, sont très sensibles à la vue.

Malgré cet état d'aggravation, la famille s'oppose formellement aux vésicatoires, que cette fois je voulais étendre à tout le cuir chevelu. Une consultation, que je demande, est refusée. On se borne aux sinapismes promenés sans interruption, aux affusions froides sur la tête, etc.

Le 14, tête renversée en arrière; strabisme; pupilles largement dilatées; les yeux, presque constamment largement ouverts et fixes, ne se ferment que rarement; les conjonctives sont pour la première fois injectées; un mucus filamenteux ajoute à l'expression morne des yeux; les dents sont serrées, ou serrent fortement la cuiller; déglutition nulle; le peu de liquide qu'on parvient à faire tomber dans la bouche revient par le nez, avec toux suffocante. Pouls, 140 à 150, développé, mais mou. Sensibilité diminuée (pincement de la peau) à droite, suspendue à gauche. Toujours même refus d'application de vésicatoire. J'obtiens difficilement que l'on coupe les cheveux le plus près possible, opération que je pratique moi-même, et de faire sur toute la calotte crânienne des frictions que je dis calmantes, mais qui étaient composées de 8 grammes de tartre stibié sur 25 grammes d'axonge. Je les continuai pendant dix minutes avec la moitié de cette dose, en les étendant à la région cervicale. Dans l'après-midi, emploi du reste de la pommade de la même manière.

Le soir, de dix à onze heures, je trouve l'enfant dans le même état, mais sans aggravation dans sa position; il n'y avait aucune apparence de pustulisation (nouvelle friction).

Le 15, les conjonctives sont moins injectées, les yeux ont perdu évidemment de leur expression de la veille; ils s'ouvrent, se ferment et se tiennent clos plus naturellement; les pupilles restent néanmoins très dilatées. La peau est moins chaude. Le pouls est tombé à 120; il y a un amendement bien manifeste, et cependant la plus minutieuse recherche par la vue et le toucher ne découvre encore aucun signe de pustulisation.

Dans la journée, la mère prétend que, quand elle lui parle, l'enfant dirige ses yeux vers elle et semble l'entendre, ce que je ne puis constater; mais les mâchoires sont moins contractées; les boissons, versées par petites cuillerées à café, sont avalées avec mouvements apparents de déglutition et bruits.

16. La nuit a été agitée. Le petit malade portait souvent la main droite à la tête. On sent sous le doigt le cuir chevelu couvert çà et là de petites granulations comme miliaires. La pustulisation a commencé. Je préviens la famille de ce résultat... La peau est fraîche. Le pouls est à 105, souple, régulier. Quelques accès de toux grasse. Mais le petit malade ne peut articuler aucun son, quoiqu'il fasse, par moments, des efforts comme pour crier ou parler; il tient les yeux grandement ouverts, comme s'il cherchait à percer l'obscurité... par moments, ils paraissent, dans leurs rares mouvements, suivre les personnes qui l'entourent. Les poignets sont fléchis, et les doigts comme contracturés; il s'opère quelques mouvements dans les membres, mais plus rares et bien moins marqués à gauche qu'à droite. La déglutition ne peut se faire que sur de petites quantités de liquide (bouillon de poulet). Lavements.

Les 17 et 18, le mieux se soutient et se dessine de plus en plus: la pustulisation continue à se développer; dans plusieurs points elle est agminée, et je ne suis pas sans quelque inquiétude sur les désordres consécutifs (eschares, ulcérations profondes) qu'elle peut produire. On est obligé de surveiller l'enfant, qui porte les mains à la tête et cherche à gratter ses boutons; il crie et se fâche quand on l'en empêche, mais d'un air idiot. Le front se tuméfie; les paupières s'infiltrent; le cuir chevelu est chaud et tendu (cataplasmes tièdes de farine de lin). Dès ce moment, calme; sommeil naturel (tapioca).

Le 20, l'enfant reste quelques instants sur sa mère; mais il reste comme hébété, la bouche béante, le regard idiot. La fièvre est nulle. Pouls petit, faible, 100 pulsations.

Le 26[e] jour, le malade pleure, en articulant assez distinctement: *J'ai faim.* Regard incertain; il fixe des gravures coloriées attachées aux murs, on l'en approche, et il dit: *Images.* Les extrémités inférieures sont infiltrées.

Ce n'est qu'insensiblement que l'intelligence est revenue à l'état normal, et l'enfant avait repris des forces, il se promenait à pied, que sa mémoire était encore incomplète et qu'il avait l'air d'un imbécile quand on lui parlait..... Depuis, tout est rentré dans l'ordre, et l'enfant a eu les premiers prix de lecture, d'écriture et de calcul à la dernière distribution dans sa demi-pension. C'en est un des meilleurs élèves.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 23 NOVEMBRE.

Communication de M. Bourgnignon.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Des salles d'aspiration à introduire dans les hôpitaux, comme moyen de thérapeutique des affections chroniques des organes respiratoires; par M. TEISSIER (de Lyon).

Frappé du fait que les ressources de la thérapeutique pour les affections chroniques des organes respiratoires sont beaucoup moins nombreuses et moins efficaces pour les malades des hôpitaux que pour ceux des classes aisées de la société, l'auteur s'est préoccupé des moyens de remédier à cette fâcheuse inégalité.

En effet, quelles sont les ressources dont nous disposons dans nos hospices, pour la guérison des maladies chroniques du larynx, de la trachée ou des poumons? Ces ressources sont constituées exclusivement par de nombreux agents pharmaceutiques que nous pouvons varier, il est vrai, de mille manières, à notre gré, mais qui, presque toujours sont, non pas précisément inefficaces, mais insuffisants.

Pour réussir et pour produire un effet vraiment curatif, il faut s'adresser surtout à des agents dont l'administration soit en rapport avec la fonction naturelle des organes malades; qui pénètrent, non pas dans les voies digestives, mais par les voies respiratoires; en d'autres termes, il faut recourir à l'emploi de substances qui puissent être administrées sous formes de vapeurs et de fumigations. Celles-ci ont la puissance de modifier d'une manière directe et topique les parties affectées, chose essentielle dans le traitement de toutes les maladies chroniques.

Certes, à toutes les époques de la médecine, on a prescrit des fumigations, et tour à tour on a expérimenté le chlore, l'oxygène, l'acide carbonique, l'arsenic, l'iode. Ces expériences démontrent un véritable progrès. On a inventé une multitude d'appareils pour arriver à doser l'inhalation de vapeurs médicamenteuses. Mais tous ces appareils présentent l'inconvénient de faire arriver d'une manière trop immédiate et trop directe, dans le larynx et dans les poumons, les vapeurs irritantes qui provoquent la toux, l'ardeur et la sécheresse de la gorge, etc., etc. Rien de tout cela ne vaut les *salles d'aspiration.* Or ce que voudrait M. Teissier, ce serait de créer des salles d'aspiration dans les hôpitaux, afin de faire profiter les indigents d'une conquête thérapeutique qui jusqu'ici n'appartient qu'aux classes aisées de la société.

Ces salles seraient semblables à celles qui existent dans les établissements d'eaux minérales, par exemple au Vernet, à Amélie-les-Bains, à Allevard, à Aix, pour les vapeurs de soufre; au mont Dore, à Saint-Alban, pour l'acide carbonique; à Dié, à Crest, à Boqueron, à Lyon, pour les vapeurs de térébenthine, etc.

M. Teissier ne voit aucun obstacle sérieux qui puisse s'opposer à la création des salles d'aspiration dans les hôpitaux; car l'organisation de ces salles est des plus faciles. Deux chambres d'aspiration dans chaque établissement nosocomial suffisent. Selon l'auteur, c'est non-seulement au point de vue médical qu'on retirerait de grands avantages, mais encore au point de vue administratif et purement économique; on pourrait guérir ou soulager à l'aide d'une médication simple et peu dispendieuse des maladies dont le traitement, dans les conditions actuelles, exige l'emploi d'un grand nombre de remèdes, ou quelquefois un long séjour dans les salles.

— Nous sommes tout à fait de l'avis de M. Teissier, et nous désirerions voir s'établir dans nos grands centres hospitaliers de Paris ces salles d'aspiration. — La Société d'hydrologie qui, dans quelques semaines, va reprendre ses travaux, pourrait, dans cette occasion, éclairer, diriger et mener à bonne fin cette question. — Nous la lui réservons. (*Bulletin général de thérapeutique*, octobre 1855.)

Effets du séton fin et gradué dans l'ophthalmie chronique, par M. Bouvier.

Les observations suivantes auront à la fois, pour le lecteur, un intérêt de fond et un intérêt d'à-propos. Ce sont celles qui ont servi de point de départ à la discussion actuellement engagée à l'Académie de médecine. Elles résument le traitement suivi et les effets obtenus jusque dans la première semaine de novembre :

Obs. I. — Marie Cornu, âgée de douze ans et demi, est entrée à l'hôpital des Enfants malades le 27 septembre 1855. Elle est pâle, maigre, et porte un engorgement des ganglions cervicaux. Conjonctivite générale du côté gauche peu ancienne. Paupières rouges, boursouflées. Kératite manifeste ; cornée couverte de faisceaux vasculaires ; photophobie.

Traitement. — Avant l'entrée de la malade, des sangsues avaient été appliquées derrière les oreilles. A l'hôpital, seconde application de sangsues ; quelques instillations de collyre au nitrate d'argent. Pas de changement.

Le 2 octobre, séton longitudinal à la nuque ; une chaîne d'argent est laissée à demeure. Tout autre moyen de traitement est suspendu (1). Amélioration prompte. Au bout de huit jours, l'inflammation est presque dissipée ; la paupière supérieure encore rouge et gonflée

Du 15 au 20 octobre, la guérison est complète ; l'enfant quitte l'hôpital.

Revue à la consultation le 26 octobre, elle présente l'état suivant :

La cornée est traversée obliquement par un nuage à peine marqué, donnant à cette membrane, dans le point où il existe, une très légère teinte opaline ; quelques vaisseaux très fins, situés au pourtour de la cornée, empiètent un peu sur elle. La vision est presque aussi bonne que de l'œil droit ; l'enfant lit seulement avec un peu plus d'hésitation quand elle ne se sert que de l'œil gauche. Aucune trace d'inflammation de la conjonctive oculaire ; orgeolet à la paupière supérieure.

La chaîne d'argent a été remplacée, avant la sortie de la malade, par un simple fil à bougie de 1 millimètre de diamètre.

Obs. II. — Jeanne Lefel, âgée de huit ans et demi, entrée le 20 mars 1855. Ganglions cervicaux un peu tuméfiés ; impétigo du cuir chevelu. Chairs molles, peau d'un blanc mat ; conjonctivite double ancienne ; nuages sur les deux cornées ; photophobie intense.

Traitement. — Pendant six mois, instillations fréquentes de collyre au nitrate d'argent ; applications répétées de teinture d'iode sur les paupières ; purgatifs. La photophobie diminue par moments, mais en définitive on n'a rien gagné, et au mois de septembre l'enfant peut encore ouvrir les yeux au jour.

Le 15 septembre, séton longitudinal à un seul fil, de 1 millimètre de diamètre. Un second fil est ajouté dix jours après. Inflammation assez vive du tissu cellulaire sous-cutané ; les ganglions cervicaux du côté droit sont douloureux. Amendement marqué ; la conjonctive moins injectée ; la photophobie a diminué.

Cette amélioration ne faisant pas de nouveaux progrès, on ajoute à la mèche un troisième fil, puis un quatrième. Toutefois, le 26 octobre, il reste encore un certain degré de kérato-conjonctivite, caractérisée par la photophobie, un peu de larmoiement, une injection légère des vaisseaux de la cornée et de la muqueuse oculo-palpébrale ; le bord des paupières est encore rouge et tuméfié.

Le 5, cet état inflammatoire est beaucoup moins marqué ; la malade ouvre les yeux assez facilement ; mais, par suite d'une influence atmosphérique générale, presque toutes les ophthalmies de l'hôpital sont en meilleur état depuis deux jours, et le séton n'est peut-être pour rien dans cette dernière amélioration. Les ganglions cervicaux ne sont plus enflammés.

Aujourd'hui, 6 novembre, l'injection a à peu près disparu ; la photophobie est très légère ; l'enfant ouvre plus largement les paupières.

Obs. III. — Élisabeth Champonnois, âgée de quinze ans, entrée le 9 juillet 1855. Quelques ganglions cervicaux engorgés, mais sans marques évidentes de scrufules ; non réglée ; constitution nerveuse, excitable.

Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, ophthalmie intense combattue par plusieurs applications de sangsues, des purgatifs et un séton à la nuque gardé trois ans, parce que l'inflammation se reproduisait sans cesse, tantôt dans un œil, tantôt dans l'autre.

En avril dernier, nouveau retour de l'ophthalmie. Nouvelle application de sangsues. Au bout de deux mois, on réapplique le séton sans obtenir de mieux. Ce séton fut supprimé par la malade dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital, sans que je fusse même averti de son existence.

A son entrée à l'hôpital, cette jeune fille était dans l'état suivant :

Kératite légère de l'œil droit ; tache ancienne de la cornée ; très peu d'injection de la conjonctive, qui est seulement traversée par quelques lignes rouges aboutissant à la cornée ; photophobie très intense ; l'œil ne peut s'ouvrir, même dans l'obscurité.

Traitement. — Deux applications de sangsues derrière l'oreille droite, instillation de collyre au nitrate d'argent, application de teinture d'iode sur les paupières, insufflation de calomel, cautérisation répétée des vaisseaux dilatés avec le nitrate d'argent fondu, onctions d'extrait de belladone autour de l'orbite. Amélioration momentanée après l'emploi de quelques-uns de ces moyens, mais point de guérison.

Il y a six semaines que j'ai placé un séton transversal composé d'un seul fil ; j'ai ajouté un second fil au bout de quinze jours. La guérison a été si rapide, qu'au bout de trois semaines, sauf la tache de la cornée et l'affaiblissement de la vision qu'elle produit, il n'existait pour ainsi dire plus de trace de la maladie ; la photophobie a disparu, et l'œil est aussi ouvert que l'autre. J'ai retiré le second fil.

Aujourd'hui, 5 novembre, la guérison se maintient ; la malade n'est retenue à l'hôpital que par une chorée qui lui est survenue depuis la cessation de l'ophthalmie. Je compte remplacer le fil du séton par une chaîne d'argent très fine, qui pourra conserver le trajet sans suppuration, comme *séton d'attente* prêt à recevoir une mèche, si l'ophthalmie reparaît.

Obs. IV. — Jules Larribe, âgé de neuf ans et demi, entré le 3 août 1855 ; gourme, engorgement des ganglions cervicaux.

Ophthalmie depuis six ans, avec des alternatives de mieux et d'aggravation. Conjonctivite double granuleuse ; kératite ; les cornées ont perdu de leur transparence, et paraissent infiltrées d'un liquide puriforme ; iritis ; l'iris couleur de rouille ; pupilles contractées ; vision très affaiblie depuis un an ; photophobie.

Traitement. — Pendant près de deux mois, successivement ou simultanément, instillations de solution de nitrate d'argent au 40e, onctions avec un mélange de parties égales d'onguent napolitain et d'extrait de belladone, iodure de potassium à l'intérieur. Pas de changement.

Le 24 septembre, séton transversal à un seul fil. Amélioration sensible trois jours après. Un second fil est passé au bout de huit jours ; l'amélioration continue ; les yeux s'ouvrent plus facilement à la lumière ; les cornées sont moins opaques ; l'enfant assure qu'il voit de mieux en mieux.

Le 26 octobre, pas de trace de kératite ni de la conjonctivite oculaire ; les cornées n'offrent plus qu'une très légère teinte louche ; vision à peu près normale ; il subsiste seulement une blépharite ciliaire et folliculeuse qui date de bien des années, et qui ne peut se dissiper qu'à la longue.

Quelques jours après, cette blépharite ayant été combattue par la pommade de Lyon, l'ophthalmie s'est réveillée de nouveau, quoique avec beaucoup moins d'intensité. Cette recrudescence des symptômes commence à se dissiper aujourd'hui 6 novembre.

Obs. V. — Henri Campin, âgé de huit ans et demi, entré le 3 septembre 1855 ; pas d'engorgement ganglionnaire ; l'enfant a eu précédemment un impétigo de la face ; apparence assez chétive, affection croûteuse de l'intérieur du nez.

Ophthalmie presque continuelle depuis la naissance ; conjonctivite double, kératite, staphylôme récent de l'œil droit ; petite tache sur la cornée gauche ; photophobie intense ; vision presque nulle de l'œil droit.

Traitement. — Instillation de collyre au nitrate d'argent. Pas de mieux.

Le 26 septembre, séton longitudinal avec un fil double. Le lendemain, fièvre, céphalalgie, inflammation d'apparence phlegmoneuse sur le trajet du séton, plaques érythémateuses au cou et sur d'autres parties du corps. J'enlève l'un des fils. Le jour suivant, la fièvre tombe et l'inflammation locale se réduit aux limites ordinaires. Il n'est resté d'autre trace de cet accident qu'un retour de l'ancien impétigo de la face. Pendant que ces phénomènes se manifestaient, l'inflammation oculaire éprouvait une diminution notable. Au bout de quelques jours, je replaçai le second fil, et cette amélioration fit de nouveaux progrès.

Le 9 octobre, l'œil gauche est presque guéri ; l'œil droit est en voie de guérison ; il s'ouvre avec beaucoup plus de facilité, et l'injection a en grande partie disparu.

Le 26, les paupières, les conjonctives, les cornées sont exemptes d'inflammation, le staphylôme a disparu, ne laissant qu'une tache légèrement opaline, sans saillie, qui trouble peu la vision. Un des fils a été retiré quelques jours auparavant.

La guérison ne s'est pas démentie depuis. J'ai substitué au dernier fil un simple fil de *racine* très fin, comme *séton d'attente.*

Obs. VI. — Honoré Leroy, âgé de huit ans et demi, entré le 7 mai 1855 ; facies scrofuleux, pas de gourme ni d'engorgement ganglionnaire.

A l'époque de son entrée, l'ophthalmie avait six mois de durée. Pendant son séjour dans mes salles, elle est devenue purulente à quatre

(1) Il en a été de même dans les autres cas à partir du moment où le séton a été appliqué.

reprises différentes, et a été traitée par une forte solution de nitrate d'argent et des purgatifs. La vision a été conservée, mais l'ophthalmie a persisté à l'état chronique. A la fin de septembre, elle avait pris un caractère plus aigu ; il y avait de la kératite et une photophobie extrême.

Au commencement d'octobre, séton longitudinal à un seul fil, dont les extrémités, d'abord nouées en cercle, ont été détachées au bout de quelques jours, et ne sont retenues que par des nœuds qui les empêchent de repasser par la plaie.

L'amélioration a été prompte, et, le 9 octobre, les yeux s'ouvraient avec assez de facilité, surtout le droit; mais, dans le courant du même mois, l'enfant fut menacé d'une cinquième ophthalmie purulente. Des cautérisations énergiques avec la solution concentrée de nitrate d'argent ont arrêté le mal à son début, et les yeux sont revenus à un état plus satisfaisant. Néanmoins cet enfant n'est pas guéri.

Une rougeur vive, avec amincissement de la peau, sur le trajet du fil, peut-être un peu trop rigide, m'a décidé, le 2 novembre, à le remplacer, comme chez Campin, par un simple fil de *racine ;* ce qui, je l'avoue, atténue beaucoup trop l'action du remède dans un cas aussi tenace.

Obs. VII.—Louis Saint-Bélie, âgé de onze ans, entré le 15 juillet 1855; assez robuste en apparence, gonflement des ganglions cervicaux, impétigo du cuir chevelu.

Plusieurs ophthalmies successives ; depuis six mois, conjonctivite granuleuse double ; kératite, taches et développement de vaisseaux sur les deux cornées ; la gauche présente, en outre, une ulcération, la droite une petite érosion très superficielle vis-à-vis de la pupille ; iritis, l'iris est d'un rouge brun, vive photophobie.

Traitement.—Collyre au nitrate d'argent, iodure de potassium à l'intérieur. Pas de mieux.

Au commencement de septembre, séton longitudinal à chaîne d'argent. Au bout de dix jours, la chaîne, ne produisant pas assez d'inflammation, est remplacée par un fil ; un deuxième fil est ajouté quelques jours après, et un troisième le lendemain de l'application du second.

Le 9 octobre, les yeux sont en meilleur état ; l'injection de la conjonctive et la photophobie ont beaucoup diminué ; l'enfant ouvre les yeux mieux qu'il n'avait encore pu le faire.

Dans le courant d'octobre, Saint-Bélie a éprouvé pendant quelques jours une aggravation des symptômes que j'ai été un moment disposé à mettre sur le compte du séton. Trouvant la guérison trop lente, j'avais porté successivement la mèche à cinq fils, toujours de 1 millimètre de diamètre. Le pansement n'était point fait avec les précautions convenables ; il provoquait de vives douleurs, de l'agitation, des pleurs, et je finis par découvrir dans cette circonstance la véritable cause de l'exacerbation observée. Aujourd'hui, les pansements, plus méthodiques, sont beaucoup moins douloureux, et les accidents aigus ont cessé ; toutefois l'enfant n'est pas guéri. (*Gazette des hôpitaux*, 17 nov. 1855.)

— L'opinion que nous soutenons, relativement à l'emploi des exutoires, ne reposant pas sur quelques faits particuliers, nous sommes fort à notre aise pour apprécier ceux qui précèdent, et nous pouvons le faire avec d'autant plus de sécurité qu'ils sont tirés directement de la communication académique de M. Bouvier.

Ces observations, comme on peut voir, n'ont pas toutes la même importance, ni la même signification.

Pour la première, il est regrettable que la date de l'ophthalmie ne soit pas mieux précisée et que le séton ait été appliqué cinq jours seulement après l'entrée de la malade, le lendemain ou le surlendemain du jour où l'on venait de poser pour la seconde fois des sangsues et de mettre en usage un collyre au nitrate d'argent. Il est difficile de décider si l'amélioration promptement survenue a été produite par le séton ou si elle doit être rapportée aux moyens antérieurement employés.

Il n'en est pas de même dans le second cas : l'ophthalmie était *ancienne*, les cornées étaient nuageuses ; un traitement local assez actif avait été inutilement employé pendant six mois. On applique un petit séton. Au bout de dix jours l'amélioration est marquée ; bientôt elle cesse de faire des progrès ; on ajoute de nouveaux fils au séton, et elle se prononce de nouveau. Disons, toutefois, que le 6 novembre l'enfant n'était pas entièrement guéri.

Le troisième cas est une de ces ophthalmies *à répétition* si communes dans l'enfance. Avant l'entrée du sujet à l'hôpital, un séton avait été gardé trois ans, et s'il avait agi sur la marche de certaines *attaques* d'ophthalmie, il ne les avait pas du moins empêché de se répéter fréquemment. La jeune fille entre à l'hôpital le 9 juillet avec une kératite droite datant du mois d'avril. Un grand nombre de moyens sont essayés inutilement jusqu'au 15 où 20 septembre, époque à laquelle on réduit tout le traitement à l'application d'un séton. L'affection oculaire a presque disparu, sauf la tache, dans l'espace de trois semaines, et la guérison se maintenait au 5 novembre. Faut-il arguer contre l'efficacité du séton de cette circonstance, de ce que le premier séton paraît n'avoir pas eu grand succès? Ce serait se montrer difficile et ne tenir aucun compte d'une circonstance importante en thérapeutique, difficile à déterminer, il est vrai, mais très réelle, et qu'on appelle l'*opportunité*. On en pourrait dire autant du séton appliqué avant l'entrée de la malade et supprimé sans que M. Bouvier en ait eu connaissance ; de plus, il faut noter que cette fois l'exutoire n'est resté en place qu'un petit nombre de jours.

La quatrième et la cinquième observation (la quatrième surtout) ont une signification assez tranchée ; car dans toutes deux des moyens variés et actifs, employés avec persévérance, avaient échoué, et une amélioration considérable se manifeste très peu de temps après l'application du séton.

Quant aux deux dernières, si elles n'expriment pas un insuccès positif, elles ne déposent pas clairement en faveur de l'exutoire. Dans la sixième, en effet, on ne dit pas à quelle date remontait la kératite qui avait succédé à l'ophthalmie purulente, et celle-ci s'est ravivée pendant que le séton était à demeure. Dans la septième, une récidive a également eu lieu dans la même condition, et l'exposé du fait se termine avant que l'effet attendu de certaines modifications apportées au pansement ait eu le temps de se prononcer.

En résumé, sur sept cas, nous ne compterions, quant à nous, que trois succès décisifs : c'est moins que prétend M. Bouvier (voir n° 44, p. 790), mais c'est plus que n'accorde M. Malgaigne.

Observation sur l'emploi de la belladone dans des cas d'iléus et de constipation opiniâtre ; par le docteur Fiessinger.

On sait que M. Trousseau a beaucoup vanté, depuis M. Bretonneau, l'emploi de la belladone contre la constipation : qu'il en a fait un mode de traitement usuel, et dans presque tous les cas soumis à la même formule. La belladone réussit quelquefois dans ces constipations qui accompagnent si habituellement la gastralgie ou la dyspepsie ; mais elle échoue plus souvent encore. Les indications spéciales qui doivent engager à s'en servir n'ont pas encore été posées ; nous ne pouvons nous dissimuler que ce doit être là une chose assez difficile, si nous envisageons les cas nombreux où nous avons vu ce médicament échouer ou réussir, sans que les raisons de sa réussite ou de son insuccès pussent être aperçues par nous-mêmes.

M. Fiessinger a employé la belladone dans des cas plus graves, dans l'iléus ou étranglement interne. Ce médicament est bien un de ceux auxquels on a le plus communément recours, dans les cas de ce genre ; mais on l'emploie peut-être le plus souvent à trop faible dose. Les observations de M. Fiessinger sont remarquables par la dose relativement élevée à laquelle il administre la belladone, sans se laisser arrêter, lorsque les symptômes de l'étranglement interne offrent de la gravité, par le développement et l'opiniâtreté des phénomènes de narcotisme. C'est ainsi qu'il a pu prescrire, dans la même journée, une pilule de 5 centigrammes d'extrait toutes les trois heures, trois lavements avec une décoction de 25 centigrammes de feuille de belladone, des frictions réitérées avec une pommade belladonée, et l'introduction dans le rectum d'une mèche enduite de cet onguent. C'est par le défaut de hardiesse et de persévérance que pèchent en général les traitements de ces cas si graves et si difficiles ; maintenant il est bien clair que ces qualités ne sauraient aboutir à d'heureux résultats, que lorsqu'elles se rencontreront avec l'opportunité de la médication. (*Revue thérapeutique du Midi*, 15 octobre 1855.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés, et particulièrement des injections iodées, par M. Boinet. 1 fort volume in-8; Paris, 1855, chez Victor Masson, 17, place de l'École-de-Médecine.

Titre parfait, compréhensif et restreint à la fois, marquant d'un trait aussi net que juste les limites volontairement toutes pratiques de l'œuvre, voilà le premier bonheur que M. Boinet a rencontré dans un mot qui contient son programme entier, et dont l'appropriation suffirait presque à la fortune du livre. Iodothérapie, c'est-à-dire exposé des services que l'iode a rendus à la pratique médico-chirurgicale. Et si l'on réfléchit que cette substance, douée à un merveilleux degré de l'assemblage d'efficacité et d'innocuité qui fait les agents héroïques, a été appliquée depuis vingt ans à presque toutes les maladies; que dans beaucoup elle s'est signalée par des succès éclatants; que, autour d'elle, le zèle des inventeurs, le retentissement des luttes académiques, l'expérimentation, la controverse, n'ont pas depuis lors cessé un instant, on comprendra à quel point la publication de cet ouvrage réalise les conditions d'opportunité qui, par la satisfaction d'un besoin deviné, assurent à un auteur la réussite la plus complète.

L'iode, de son côté (qu'on nous permette cette figure) a eu la chance de trouver un chantre digne de tous ses mérites. M. Boinet est passionné pour ce métalloïde. Pour en avoir, dès 1839, pressenti l'extension comme topique, il s'est attaché à lui avec ce dévouement exclusif, trop rare de nos jours, qui donne la foi, inspire les sacrifices et enfante les découvertes. C'est grâce à sa persévérance d'apôtre que les injections iodées dans les cavités suppurantes, notamment dans les abcès par congestion, ont conquis en thérapeutique une place qui désormais ne leur sera plus disputée. Ardent à la polémique, tour à tour réclamant, appliquant, critiquant, perfectionnant, nous l'avons vu mêlé à toutes les questions, les éclairer toutes des fruits de ses méditations ou des résultats de son expérience. Aussi a-t-il gagné peu à peu, en cette matière, une compétence incontestée; et même parmi les chirurgiens des hôpitaux (si l'on en excepte M. Velpeau et M. Bonnet, les premiers promoteurs de la généralisation des composés iodiques), il n'en est pas un qui pût invoquer sur ce chapitre une expérience supérieure à celle que M. Boinet a su se faire.

Mais cette chaleur passionnée qu'il consacre au triomphe de l'iode, — M. Boinet nous permettra de le lui dire, — si elle jette un intérêt puissant sur chaque page de son livre, peut-être en a-t-elle moins heureusement servi la coordination et le plan. Non qu'il entre dans notre pensée de ne voir dans ce livre qu'une première ébauche, qu'un chaos indigeste de matériaux précieux dont une distribution plus méthodique viendra un jour faire ressortir la valeur intrinsèque; mais cependant, dans ce volumineux traité, parmi une foule de choses excellentes, malgré l'attrait incessamment présent d'un esprit toujours plein de nouveauté et de sens pratique, il nous faut, à notre vif regret, signaler çà et là des discussions prolixes, des revendications de priorité d'autant moins à leur place ici que le mérite d'un pareil ouvrage les rendait absolument inutiles, et enfin des répétitions fatigantes qui souvent détournent le lecteur des points véritablement intéressants. Sans doute, le besoin de tout embrasser, de tout dire, de tout résoudre, a été la première, la louable cause de ces déviations : mais elles n'en sont pas moins regrettables dans une œuvre de cette portée, où élèves et maîtres auront désormais à puiser pour leur instruction. Nul défaut peut-être n'est plus préjudiciable à un écrivain que cette soif perpétuelle d'être plus que complet, et c'est dans son intérêt même que nous avons cru devoir indiquer à M. Boinet les écueils où l'a entraîné *trop de zèle*.

L'ordonnance du livre est simple et surtout remarquable par le défaut de prétention. Après un chapitre sur l'historique et un sur l'action locale et générale de l'iode, l'auteur fait connaître les principaux composés iodiques usités en médecine; puis, ces prémisses posées, il entre de front dans l'exposé détaillé de la médication spéciale, selon qu'elle est appliquée aux diverses maladies. Là il passe en revue successivement ces affections; et comme elles sont sont aussi différentes par leur nature que par le genre d'effet que l'iode exerce sur elles, on comprend qu'une généralisation systématique eût été hors de propos, et que le développement des préceptes relatifs au traitement de chaque maladie était tout ce que l'on devait attendre dans un livre rédigé par un praticien, fondé sur des faits, et exclusivement destiné à éclairer l'application clinique.

M. Boinet s'est parfaitement acquitté de cette tâche, souvent ingrate. Dans chaque ordre de maladies, il commence par rassembler un certain nombre d'observations authentiques; puis, le point de fait établi, il prend, dans les circonstances de ces cas, d'abord la preuve de l'efficacité de l'agent, ensuite les règles propres à en assurer le succès; montre comment il serait possible de mieux faire, ne néglige point, à côté de l'extension de la méthode, de montrer ses limites, discute les objections formulées contre son adoption dans telle ou telle variété morbide, explique le mécanisme de ses effets physiologiques et curatifs; en un mot, il ne quitte chaque sujet qu'après avoir assis sur des bases positives la détermination des avantages que l'iodothérapie y a réalisés dans le présent et peut s'y promettre pour l'avenir.

De ces sujets si nombreux, si disparates, les uns, tels que la syphilis, la phthisie, échappaient naturellement à la plume plutôt chirurgicale de l'auteur; aussi s'est-il borné à résumer les indications formulées à leur égard par les autorités spéciales; car c'est à la pratique et à la défense des *injections iodées* que son livre est particulièrement consacré. Toutefois, nous ne le suivrons pas sur ce terrain de prédilection sans avoir rendu hommage à l'une de ses pensées où nous semble résider un germe de féconde réforme. On sait que le développement des scrofules, du goître, de la phthisie, a été expliqué par l'absence d'iode dans l'eau des localités que dévastent ces redoutables endémies; on sait aussi que le médecin essaierait en vain de prévenir leur invasion par l'iode administré sous forme pharmaceutique. Eh bien! ce que l'art ne peut produire par son intervention directe, ne saurait-il l'obtenir en copiant la nature? M. Boinet est entré dans cette voie. Inspiré par le succès des eaux minérales, il préfère aux doses officinales les parcelles imperceptibles que le travail d'organisation végétale fournit à certaines plantes, et qu'on peut retrouver dans leur trame à cet état de combinaison, inimitable pour nos procédés artificiels, inimitable aussi pour la sûreté et l'énergie de ses effets curatifs. L'addition de 5 à 7 grammes de poudre de plantes marines pour un pain de 1 kilogramme communique à l'aliment, sans en altérer le goût propre, des propriétés précieuses dont M. Boinet a déjà constaté sur une large échelle l'influence antiscrofuleuse. Faisons des vœux sincères pour que cette utile innovation se répande. Déjà M. André, pharmacien de Lyon, fabrique des pains ferrugineux et alcalins en pétrissant la farine avec des eaux minérales naturelles de qualités correspondantes. Il y a là tout un avenir de régénération; et comme cette fois le filon n'offre pas moins de séduction à l'industrie qu'à l'hygiène, nous ne doutons pas que ces deux sœurs si souvent rivales ne s'entendent pour l'exploiter de bon accord.

Parmi le petit nombre de principes généraux que contient ce livre, nous en mentionnerons deux, relatifs l'un au dosage, l'autre à la continuité d'administration de l'iode. Sur le premier point, M. Boinet fait observer, avec raison, qu'il s'agit moins de donner cet agent aux doses les plus fortes qui se puissent supporter, que de le donner à doses curatives. Ce précepte est fort sage, et très bon, sans doute, à rappeler au milieu des tentatives inconsidérées que la *renaissance* de l'iode avait vu risquer. Mais tout n'est pas cependant exagéré et injustifiable dans ces prescriptions en apparence excessives. En matière de syphilis, par exemple, il ne suffit pas toujours de s'en tenir à 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium, comme dose quotidienne. Si cette proportion suffit assez souvent, il est, on l'a observé, une seconde catégorie de malades,

chez qui, ou une constitution fortement détériorée, ou un grand nombre de récidives, ou l'usage antérieur du sel iodique, nécessitent des doses qui peuvent aller jusqu'à 7, 10, grammes et même plus dans les vingt-quatre heures. Sous ce rapport, la quantité *maximum* impunément ingestible n'est pas indifférente à déterminer; car ici c'est cette dose qui guérira le mieux. A ce point de vue, nous croyons n'avoir nui, ni aux intérêts de la science, ni à ceux de notre malade, en portant sans accidents jusqu'à 36 *grammes* la dose quotidienne d'iodure de potassium chez un sujet dont l'observation fut publiée en 1849 dans la *Gazette médicale de Paris*.

Quant à la continuité du traitement, la plupart des praticiens, vu la bénignité réelle des accidents iodiques, persistent, malgré l'apparition de ceux-ci, dans l'administration à peine mitigée de l'agent qui les a causés. M. Boinet s'élève justement contre cette inconséquence. Si ce n'est pas pour les dangers qu'il entraîne, suspendez-le du moins alors à cause de son inutilité; car l'économie en étant à ce moment saturée, le malade peut vivre et la maladie se modifier huit à dix jours environ sans qu'on ajoute à ce trop-plein une nouvelle quantité, absolument et radicalement superflue; et, de toute manière, il vaut bien mieux faire succéder, dans ce cas, une série de traitements brefs, suspendus, puis repris dès l'apparition et la fin des accidents indicateurs de la saturation, que de continuer sans interruption à déposer dans l'organisme qui en regorge de nouvelles quantités d'un agent qui a cessé d'être un remède.

Plus loin M. Boinet nous paraît tirer d'un principe très bon et très louable en lui-même une conséquence tant soit peu exagérée, lorsqu'il écrit que « l'absorption de l'iode appliqué sur des parties dépourvues d'épiderme ne constitue pas un motif suffisant pour se dispenser d'un traitement interne et général. » Certainement, il était opportun de prémunir les praticiens contre l'insuffisance trop souvent avérée de ces applications topiques, que plusieurs, par excès de prudence, sont portés à employer à l'exclusion de l'absorption par le tube digestif. Mais cependant, en droit strict, un traitement externe peut fort bien être un traitement général, s'il est fait dans des conditions convenables. Physiologiquement, on ne saurait le contester, quoique thérapeutiquement il soit plus sage peut-être d'éviter de le proclamer. M. Boinet ne l'ignore pas plus que nous ; mais peut-être aura-t-il été dirigé par la crainte qu'en les déclarant agents d'une absorption suffisante pour guérir, les applications locales, dont il est le champion dévoué, ne prissent par cela même, aux yeux de quelques-uns, les proportions d'un agent dangereux.

Ceci nous ramène à l'objet principal du livre de M. Boinet, les injections iodées. Examinant d'abord l'action intime de l'iode appliqué directement sur les tissus vivants, l'auteur prouve que cette substance agit à la manière des caustiques, tout en ayant une action spéciale. Sans nous arrêter beaucoup à discuter l'explication qu'il donne de son mécanisme, nous dirons avec lui que le résultat final de ce contact, prolongé convenablement, est la conversion des surfaces enflammées en tissus animés de ce mouvement favorable qui amène la résolution, le changement des sécrétions purulentes de mauvaise nature en pus louable. Fondé sur un empirisme constamment heureux dans ses diverses tentatives, si l'auteur cherche à interpréter les bons effets de l'iode, c'est moins par des artifices de langage qu'en rappelant des succès. Pour notre compte, nous l'avouons humblement, un semblable procédé de démonstration est très propre à nous persuader.

Toujours à ce point de vue pratique, M. Boinet aura rendu un vrai service en prouvant que l'effet définitif de l'iode sur les membranes séreuses ou synoviales n'est point d'y produire des adhérences, mode de terminaison que jusqu'ici on avait cru nécessaire à la solidité de la cure. Soit pour l'hydrocèle, soit après l'ascite, soit dans les articulations, il montre par l'autopsie, par l'intégrité, la rapidité avec laquelle se rétablissent les mouvements, que l'*iodation* locale, même quand elle guérit, se borne à imprimer aux parties un mouvement fluxionnaire inflammatoire qui modifie leur vitalité, sans altérer leur texture, à plus forte raison sans compromettre l'accomplissement de leurs fonctions.

Il n'entre, ni dans nos intentions, ni dans nos limites, de suivre M. Boinet dans la description de toutes les applications dont l'*iodation* locale est l'objet dans son ouvrage. De ces applications diverses, quelques unes lui appartiennent en toute propriété ; telles sont : d'abord un perfectionnement très ingénieux du procédé de M. Jobert pour la cure radicale des hernies par injection ; puis le traitement des kystes hydatiques du foie par le même agent, dont il publie un exemple (voir plus haut, p. 829). Le traitement du cancer lui doit aussi quelques tentatives heureuses, grâce à cette voie si féconde. Il en est de même de la neutralisation sur place des virus et venins, au moyen d'un système fort bien combiné d'aspiration, de lotion, de ponction et d'injection sous-cutanées. Outre ces divers points, il en est fort peu de relatifs à la médication iodée locale où M. Boinet n'ait établi sa compétence par des modifications avantageuses ou par une pratique très étendue, de telle sorte qu'il a pu écrire en maître, presque en inventeur, les chapitres les plus importants sur la cure de l'ascite, des épanchements thoraciques, des hydarthroses, des kystes divers, par ce précieux agent dont nul plus que lui n'a eu occasion de constater les avantages et de réglementer l'application.

Il est surtout une de ces applications dont la science lui est entièrement redevable : ce sont les injections iodées faites dans les cavités suppurantes de mauvaise nature, les abcès chroniques, et notamment ceux par congestion dépendant d'une altération osseuse. Jusqu'à ces derniers temps, ceux-ci étaient restés au-dessus des ressources de l'art; on n'y touchait plus, et, pour tout secours— ainsi qu'il le fut dit en propres termes dans un concours célèbre, — on se bornait à *faire des vœux* pour que l'ouverture en fût indéfiniment retardée. M. Boinet entreprit d'arracher la chirurgie de cette impasse. L'injection iodée lui permettait : 1° de pouvoir porter le médicament jusque sur les os cariés; 2° de prévenir l'infection putride en s'opposant à l'absorption du pus, vicié ou non. Il résolut d'utiliser ce puissant agent, déjà éprouvé par tant de succès. Après avoir prudemment essayé son action dans des abcès froids, simples, sans communication avec une surface osseuse dénudée, il aborda enfin le point culminant du problème. On suit avec un vif intérêt, dans le livre, ces ménagements dictés par les plus sages scrupules. Avec l'auteur on hésite, on espère, et — je puis le dire pour l'avoir éprouvé — après la conclusion du premier fait d'abcès par congestion guéri, on respire enfin ! Désormais la voie est ouverte, et celui qui l'a frayée saura s'y maintenir.

Les objections, en effet, n'ont pas manqué; mais M. Boinet les résout toutes avec cette loyauté d'intention, cette droiture de sens, cette simplicité de diction qui forment le fond de son caractère scientifique. Ici il a pleinement et complétement raison contre ses adversaires. L'injection, dit-on, ne peut pénétrer jusqu'au foyer générateur du pus. — Et pourquoi, répond-il, ne pénétrerait-elle pas là où le pus a pénétré lui-même, quand on a évacué celui-ci par aspiration ; quand on donne à l'opéré une attitude telle que le fond du foyer soit le point déclive ; quand on pousse fortement le liquide ; quand on le voit sortir par les autres ouvertures (lorsqu'il en existe), quelque étroites, quelque éloignées qu'elles soient ; quand enfin, ne l'oublions pas, on guérit par ce moyen ce qui avant lui était incurable?

S'il y a eu guérison après l'injection, dit-on encore, c'est qu'elle a été faite sur des sujets déjà en voie de guérison. — Fin de non-recevoir dont la subtilité, démentie par les faits, ne sert que la cause qu'elle attaque.

Il y a eu récidive, poursuit-on. — Ici c'est par des chiffres et des dates que devait répondre et qu'a répondu M. Boinet. Leur éloquence est sans réplique.

Mais, insistent plusieurs professeurs distingués, nous les avons nous-mêmes employées, ces injections, et sans succès. — Sans se laisser éblouir par des noms, l'auteur, analysant ces observations, montre que le revers tient à l'application défectueuse des règles. Ici on a répété les injections tous les jours, au lieu de mettre entre elles un intervalle de huit à dix jours, laps de temps nécessaire pour l'élimination de l'iode ; là on a cru avoir suivi la méthode, en ne faisant, au contraire, qu'une seule injection, pour modifier des surfaces aussi profondément altérées que le sont celles d'un abcès par congestion ; un autre s'est découragé après deux mois de soins, oubliant de proportionner la durée du traitement à l'ancienneté du

mal. En agissant ainsi, on s'expose à des accidents, puisque le foyer *ouvert et non modifié* peut donner lieu à la résorption purulente. Mais serait-il juste de mettre sur le compte de la méthode ce qui résulte évidemment de son application vicieuse ? Enfin, fort souvent l'injection a été mal pratiquée, ou le traitement général concomitant omis.

Cette discussion victoriense est d'autant plus à sa place que, tout en levant les derniers doutes sur la valeur des injections iodées dans ce cas, elle a permis à M. Boinet de revenir sur les règles du manuel opératoire, et de sauver par la chaleur de la polémique l'aridité qui eût résulté de leur exposé didactique trop détaillé. Que ne s'est il inspiré de cet exemple pour traiter avec le même développement un autre sujet, non moins pratique, et où l'expérience ne lui ferait pas plus défaut pour prononcer un arrêt ! D'importantes données cliniques sont récemment sorties de l'école lyonnaise sur l'utilité de laisser une partie du liquide morbide dans la cavité où l'on va porter l'injection ; sur la nécessité de soumettre d'abord à l'analyse chimique ce liquide, afin de proportionner la composition de l'injection à la quantité d'albumine qu'il contient ; de laisser ensuite l'injection séjourner en totalité ou en presque totalité dans la poche qu'elle doit modifier. Ces notions, dont MM. Bonnet et Teissier ont déjà montré par des faits la haute valeur, nous pouvons, nous, nous borner ici à les rappeler ; mais elles touchent de trop près le praticien pour que M. Boinet fût, selon nous, libre de se borner à leur égard au simple rôle de rapporteur. Il devait les juger, et déclarer formellement si elles recèlent un progrès ou un danger. Le soin avec lequel il a rempli ce rôle d'arbitre ferme et éclairé sur d'autres points non moins litigieux lui dictait cette conduite en présence d'une innovation appuyée par le nom de ses auteurs et par une expérience qui compte déjà de nombreux succès.

Nous avons dit à M. Boinet toutes nos sympathies pour l'œuvre qu'il a entreprise. Nous lui avons laissé voir avec la même indépendance nos doutes, nos regrets, nos *desiderata*. Cette franchise nous était dictée par la loyauté de son caractère personnel, exclusivement dévoué au perfectionnement de la science, au culte du progrès. Elle nous était surtout imposée par le sincère désir de concourir indirectement à l'amélioration d'un ouvrage destiné à devenir classique ; car l'actualité du sujet, non moins que le mérite réel du livre, fourniront bientôt à l'auteur le moyen d'ajouter encore, dans une seconde édition, aux conditions assurées de succès dont sa patiente et judicieuse sagacité a déjà su l'entourer.

P. Diday.

Lithotomy Simplified, or a New Method of Operating for Stone in the Bladder (*La lithotomie simplifiée, ou nouvelle méthode d'extraire les calculs vésicaux*), par George Allarton. London, 1854 ; in-8° de 80 pages.

Les statistiques effrayantes de la mortalité parmi les taillés ont inspiré à M. Allarton l'idée, déjà conçue par Manzoni et de Borsa, de couper les parties sur la ligne médiane, puis d'employer la dilatation du col vésical. C'est, comme on le voit, un retour à la méthode de Mariano ; et, loin de décliner une telle filiation, l'auteur se fait même de cette similitude un appui contre la critique.

La première idée lui en vint, il y a quatorze ans, pour extraire un calcul qui obstruait le col de la vessie. Conduit, par ce premier succès et par d'autres applications non moins heureuses, à régulariser le procédé, voici comment il l'a définitivement constitué.

Une sonde à cannelure profonde étant mise en place, l'opérateur introduit son indicateur gauche dans le rectum, afin de mieux fixer l'instrument. Puis, avec un bistouri pointu à long manche, il divise les tissus, sur la ligne médiane, à 3 centimètres environ au-devant de l'anus, de façon à éviter les fibres du sphincter externe. La pointe du bistouri étant parvenue vers le col vésical, il le retire en agrandissant l'incision dans une étendue de 2 à 4 centimètres, selon le volume qu'on suppose à la pierre.

Il ne reste plus alors qu'à porter le doigt dans la vessie sur un conducteur. Souvent cette dilatation du col suffit, et le malade, avec quelques efforts d'expulsion, parvient à chasser lui-même le calcul au dehors. S'il en est autrement, on met en œuvre un dilatateur quelconque, celui de Weiss à trois cuillers, le dilatateur hydraulique d'Arnott, ou un doigt artificiel fait de caoutchouc vulcanisé.

Parmi les avantages que l'auteur assigne à ce mode opératoire, il en est un peu fait pour exciter les sympathies, du moins avouées, des juges appelés à se prononcer sur son compte : c'est qu'il ne nécessite, dit-on, pour son exécution, *qu'un degré modéré d'habileté et de dextérité manuelle.* Mais nous sommes prêts à convenir, avec M. Allarton, qu'il ne compromet point la vessie, qu'il n'expose ni à des hémorrhagies graves, ni à beaucoup de douleur, ni aux infiltrations urinaires. Il affirme aussi que l'opéré recouvre beaucoup plus tôt et plus sûrement qu'après la section du col la faculté de conserver ses urines. Mais il nous semble équitable de n'admettre ce dernier résultat qu'autant que la dilatation opérée sur le col n'a point dépassé certaines limites, soit pour la rapidité, soit pour l'étendue avec lesquelles elle a été effectuée.

Toutefois, ce que nous devons hautement reconnaître, parce que c'est une des conditions les plus propres à répandre la pratique de ce procédé, c'est qu'il ne ferme la porte à aucun des moyens que l'on pourrait ensuite être obligé d'employer. Dût-on donc même ne le mettre en usage qu'à titre d'essai, on aurait toujours, en cas d'insuccès, le recours d'introduire directement par la plaie, dans la vessie, un instrument pour fragmenter le calcul. Et si cette ressource échouait contre un corps étranger de dureté ou de volume insolites, rien ne serait plus aisé, en agrandissant de chaque côté l'incision périnéale, que de la transformer en section bilatérale, et de terminer par ce mode opératoire qui, depuis les travaux de Dupuytren, a gardé sur les autres procédés une supériorité aussi bien justifiée par l'expérience que par l'appréciation anatomique.

P. Diday.

VI.

VARIÉTÉS.

Au nombre des décorations et des récompenses accordées par suite de l'Exposition universelle et déjà officiellement connues, nous avons remarqué les suivantes :

DÉCORATIONS.

M. Faraday, à Londres, ancien ouvrier relieur. Services éminents rendus à la science. Exposant. Commandeur.

M. le docteur Arnott, à Londres, médecin de S. M. la reine d'Angleterre. Travaux scientifiques, invention d'appareils pour le chauffage et la ventilation. Exposant. Chevalier.

M. H. Bouley, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, membre de l'Académie impériale de médecine, membre du jury. Chevalier.

M. Tissier aîné, au Conquet (Finistère). Services rendus à l'industrie, par la fabrication en grand de l'iode. Exposant. Chevalier.

MÉDAILLES.

Grandes médailles d'honneur.

M. le docteur Arnott, à Londres. Ensemble d'inventions utiles applicables à l'hygiène, à la médecine et à la chirurgie.

M. Auzoux, à Paris. Création et fabrication en grand de pièces d'anatomie clastique ; services rendus à l'enseignement.

M. le docteur Boyle, coopérateur (Inde, colonies anglaises). Pour avoir recueilli et classé une très belle et très utile collection de matières textiles, de matières médicales, et autres produits naturels de l'Inde et de l'archipel Indien.

M. Charrière fils, à Paris. Instruments et appareils de chirurgie nouveaux ou très perfectionnés, très grande fabrication et réduction de prix.

M. Dubrunfaut (coopérateur), à Bercy, près Paris. Inventions et perfectionnements nombreux et très remarquables, appliqués avec succès dans la fabrication du sucre de betteraves, de l'alcool, des sels alcalins, etc.

M. Faraday (coopérateur), à Londres. Travaux importants sur l'électricité.

Médailles d'honneur.

M. Aubergier, à Clermont (Puy-de-Dôme). Production de l'opium indigène.

M. Duvoir-Leblanc, à Paris. Appareils pour le chauffage des grands établissements publics par la circulation de l'eau chaude.

M. Menier et Cᵉ, à Paris. Préparation mécanique, et très soignée, sur une très grande échelle, des poudres employées en pharmacie.

La science vient de faire une perte très regrettable dans la personne de M. Moraweck, professeur de chirurgie à la Faculté de Wurzbourg. Le talent du jeune professeur, son habileté opératoire et son inépuisable obligeance lui avaient acquis l'estime du monde savant et l'affection de ses élèves. M. Moraweck a succombé à une pneumonie.

— Les bruits qui ont couru sur la gravité du choléra à l'Hôtel-Dieu de Lyon sont tellement exagérés, qu'il est nécessaire de dire la vérité.

Voici ce qui a été observé à l'Hôtel-Dieu : Du 16 août au 12 novembre, on a constaté 61 cas, soit venus du dehors, soit déclarés à l'intérieur. Sur ce nombre, qui se compose de 42 hommes et 19 femmes, 47 ont succombé; 14 sont guéris ou sont encore en traitement. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— Le choléra diminue à peu près partout d'intensité. Il a disparu dans la plupart des villes du Midi qu'il avait précédemment envahies. (*Revue thérap. du Midi.*)

— Le concours pour l'internat des hôpitaux de Lyon, ouvert le 3 novembre, a été terminé le 8. Ont été nommés : MM. Dussaud, Bonnes, Laroyenne, Jantet, Boussuge, Chabalier, Bardonnet et Serrulas.

Le jury était composé de MM. Barrier, Brachet, Colrat, Potton, Rollot, Tessier et Valette.

Pour toutes les variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Annales médico-psychologiques. — Octobre. Recherches sur la physiologie de la pensée, par Lélut. — Épidémie de pellagre dans les asiles d'aliénés d'Ille-et-Vilaine et de Maine-et-Loire, par *Billod*. — Sur l'asile de Maréville, par *Renaudin*.

Archives d'ophthalmologie. — Juillet et août. Examen des yeux malades d'hommes et d'animaux à l'aide de l'ophthalmoscope, par *Van Trigt*. — Clinique.

Archives générales de médecine. — Novembre. Ophthalmie causée par la projection de la chaux dans l'œil, par *Gosselin*. — Hydatides de la cavité thoracique, par *Vigla*. — Algidité progressive des nouveau-nés, par *Hervieux*. — Développement et propagation du choléra, par *Huette*.

Bulletin général de thérapeutique. — 30 octobre. Salles d'aspiration à introduire dans les hôpitaux, par *Teissier* (de Lyon). — Injection de liqueur iodo-tannique dans les varices, par *Desgranges*. — Fracture transversale de la rotule, réunion, par *Pleindoux*.

Journal de pharmacie et de chimie. — Novembre. Composition de l'eau de la Seine, par *Poggiale*. — Analyse de l'eau de Plombières, par *O. Henry* et *Lhéritier*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 20. Hydrophthalmie et son traitement par l'injection iodée, par *Chavanne*. — Réduction de la luxation congénitale du fémur, par *Gillebert d'Hercourt*. — Choléra dans la vallée de l'Isère, par *Duboulos*.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 10. Sur la pulvérulence des narines dans la fièvre typhoïde, par *Forget*. — Contagionabilité du choléra, par *Eissen*. — Ipécacuanha dans le choléra, par *Kuhn*. — Collodion contre certains cas d'entropion, par *Stœber*.

Journal de médecine de Bordeaux. — Octobre. Effets de la combustion générale (suite), par *E. Desgranges*. — Préférence à accorder à la résection du genou sur l'amputation, par *Butcher*.

Revue thérapeutique du Midi. — N° 8. Choléra de Marseille, par *Sirus-Pirondy*. — Strychnine par la méthode endermique dans certains cas de paralysie, suite d'hémorrhagie cérébrale, par *Falot*. — Choléra et suette de Marseillan (Hérault), par *B. Arnaud*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 6ᵉ livraison. — De la pneumonie aiguë, par *Macario*. — Arsenic et elléboro blanc contre le choléra, par *Imbert-Gourbeyre*.

Presse médicale belge. — N° 44. Bandages amidonnés et plâtrés, par *Germain*.

Association medical Journal. — Nᵒˢ 147. Sur le cancer ostéide, par *R. Quain*. — Ovariotomie pratiquée avec succès dans un cas de grossesse, abcès consécutif, par *J.-G. Wilson*. — Leucorrhée symptôme de phthisie, par *J. Anderson*. — 148. Sur la maladie de Bright, par *C.-R. Jordan*. — Empoisonnement par la vapeur du coke, par *F. Wade*. — Opération du bronchocèle, par *R. Hey*. — Traitement du *delirium tremens* par les narcotiques, par *Payne*. — 149. Calcul vésical, opération, guérison, par *W.-T. Bell*. — Analyse de cent cas de céphalalgie, par *Ed. Sieveking*. — Cas d'*herpes zoster*, par *Cleveland*. — Fonctions de la corde du tympan, par *Williamson*.

Dublin medical Press. — Nᵒˢ 877—878—879. — Comptes rendus de sociétés.

Medical Times and Gazette. — Nᵒˢ 278. Cas d'hématémèse, par *C. Handfield Jones*. — Cas de cyanose; extrême rétrécissement de l'artère pulmonaire, par *S. Templeman Speer*. — 279. Rupture du périnée, par *Baker Brown*. — Clinique de l'hôpital de Scutari, par *Bakewell*. — 280. Rupture du périnée, par *B. Brown*. — Inflammation du col utérin, par *Rigby*.

The Lancet. — Nᵒˢ 17. Chloroforme dans les opérations, par *J. Snow*. — Observations de laryngotomie, par *H. Thompson*. — Collodion contre l'entropion, par *W. Batten*. — 18. Extraction d'une pierre par la dilatation et l'excision d'un rétrécissement, par *J. Arnott*. — Pemphigus syphilitique des enfants, par *R. Fowler*. — Hydrocéphale chronique traitée par l'injection iodée, par *Winn*. — Quelques phénomènes de la vision, par *Hendry*. — 19. Obstruction intestinale, par *W. Brinton*. — Contractures du genou, par *Trichsen*. — Fracture comminutive du crâne, par *John Birkett*. — Chirurgie de la guerre, par *T. Langmore*. — Squirrhe du pancréas, par *W. Thorn*.

El Heraldo medico. — Nᵒˢ 230. Communications sur le choléra. — 231. *Idem*. — 232.

El Siglo medico. — Nᵒˢ 92. Limonade sulfurique dans la variole anomale (*variole noire*), par *A.-N. Kosciakiewcz*. — Sur le choléra, par *J.-S. Callego*. — 93. Divers articles sur le choléra.

Gaceta medica de Lisboa. — N° 64. Emploi de sous-nitrate de bismuth à haute dose, par *F.-A. Barral*. — Sur le climat de Funchal, par *le même*. — Clinique médico-chirurgicale, par *Alvarenga* et *Barbosa*.

La Cronica de los Hospitales. — N° 19. Constitution médicale des mois de juin, juillet et août 1854, par *M. Leganes*.

Gazzetta medica italiana (Lombardia). — Nᵒˢ 37. Empoisonnement par l'urine du crapaud. — 38. Sur le choléra de différentes villes d'Italie, par *P. Sartorelli*. — 39. Deux opérations césariennes avec salut des enfants et des mères, par *C. Ferrario*. 40. — Sur un cas particulier d'aliénation, par *C. Lombroso*.

Gazzetta dell' Associazione medica degli Stati Sardi. — N° 41.

Gazzetta medica italiana (Stati Sardi). — Nᵒˢ 41. Usage externe du charbon dans les cas de plaie suppurante, par *B. Operti*. — Revue obstétricale, par *Olivetti*. — 42. Usage externe du charbon, par *Operti*. — Tubercules pulmonaires guéris par l'hélicine, par *Salvolini*.

Gazzetta medica italiana (Toscana). — Nᵒˢ 41. Choléra de Modigliana, par *L. Farroni*. — 42. *Idem*.

Giornale delle Scienze mediche della Reale Academia medico-chirurgica (Torino). — 30 septembre. Vaste abcès du foie; ouverture; guérison; récidive; mort; autopsie, par *Crispo-Manunta*. — Opérations sous-périostales et sous-capsulaires, par *Larghi*.

Il Filiatre Sebezio. — Octobre. Cas de pyoémie consécutive à une suppression de la sécrétion lactée, par *Antonacci*.

Livres nouveaux.

De la surdi-mutité, par *Houdin*. In-8 de 144 pages. Paris, Labé. 3 fr.

De l'état typhoïde et de la fièvre typhoïde, par le docteur *Chapelle*. In-8 de 24 pages.

Du suicide et de la folie suicide considérés dans leurs rapports avec la statistique, la médecine et la philosophie, par M. le docteur *Brierre de Boismont*. 1 vol. in-8 de 680 pages. Paris, Germer Baillière. 7 fr.

Études sur les bases de la science médicale, et exposition sommaire de la doctrine traditionnelle, par le docteur *J.-C. Faget* (de la Nouvelle-Orléans); ouvrage couronné par l'Académie de médecine de Caen, deuxième prix exceptionnel (médaille d'or), 1 vol. gr. in-8 de XXIII—444 pages. Paris, Victor Masson. 7 fr.

Histoire naturelle générale des règnes organiques, principalement étudiée chez l'homme et les animaux (1ʳᵉ partie du tome IIᵉ), par M. *Isidore Geoffroy Saint-Hilaire*. 1 vol. gr. in-8 de 272 pages. Paris, Victor Masson. 4 fr.

Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires, publié par MM. *H. Bouley* et *Reynal*. T. Iᵉʳ, 1 vol. in-8 de XII—754 pages. Paris, Labé. 7 fr. 50

L'ouvrage est annoncé en 8 volumes devant paraître tous les six mois.

Spécimen du budget d'un asile d'aliénés, et possibilité de couvrir la subvention départementale dans un asile départemental au moyen d'un excédant équivalent des recettes, par le docteur *H. Girard de Cailleux*, médecin en chef directeur de l'asile d'Auxerre. 1 vol. in-4° de 96 pages cartonné, ou franco broché par la poste. Paris, Victor Masson. 8 fr.

Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, par le docteur *P. Cazeaux*. Ouvrage adopté par le conseil de l'instruction publique. 5ᵉ édition. 1 vol. gr. in-8 de XVI—1022 pages, avec 4 planches et 136 figures. Paris, Chamerot. 11 fr.

Compendium der Zahnheilkunde (Compendium de l'art du dentiste), par *F. Nessel*. In-8. Vienne, Braumüller. 0 fr. 75

Beitraege zur Lehre ueber die Hernia obturatoria, par *R. Fischer*. In-4°. Lucerne, Kaiser. 0 fr. 75

Die Bedeutung des Balkens im menschlichen Hirn (L'importance du corps calleux dans le cerveau de l'homme), par *A. Foerg*. In-folio. Munich. 8 fr.

Ophthalmiatrik, par *C.-H. Schauenburg*. In-8. Lahr, Geiger. 5 fr. 50

Physiologische Vortraege (Leçons physiologiques), par *F.-W. Beneke*. T. Iᵉʳ. In-8. Oldenbourg, Schmidt. 8 fr.

Taschenbuch der topographischen Anatomie (Manuel d'anatomie topographique), par *C.-J. Bürger*. In-8. Fribourg, Wagner. 8 fr.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS | A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. | PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 30 NOVEMBRE 1855. N° 48.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 29 novembre 1855.

LES EXUTOIRES A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Bouillaud n'a jamais été fanatique de la tradition; il est né et il a vécu dans l'école du libre examen. Ses habitudes à cet égard sont tellement enracinées, que, dans son discours de mardi, il a cru devoir jeter la pierre à la tradition avant de défendre une thérapeutique traditionnelle. C'était son droit; mais, à sa place, nous n'aurions pas tant loué M. Bouvier d'avoir exhumé des anciens la pratique du séton et la doctrine de la révulsion. Se rend-on bien compte de ce qu'est l'enseignement des siècles en matière de science, quand on en fait si bon marché? Et apprécie-t-on exactement le degré de confiance que cet enseignement inspire à ceux qui le consultent, quand on leur prête une foi de charbonnier? Y a-t-il quelqu'un qui croie quelque chose uniquement parce que cette chose a été crue, plus ou moins généralement, depuis l'antiquité? Si cet homme-là existe, ce n'est pas nous. La certitude absolue n'est que dans l'évidence même des faits, et alors on ne dispute pas, — ou dans la révélation, et rien de ce qui est en discussion devant l'Académie n'a été ni ne sera vraisemblablement révélé. Mais le témoignage non interrompu des générations n'en a pas moins une grande valeur quand il repose sur des fondements acceptables dans les sciences naturelles; et c'est là une distinction dont l'oubli devient souvent une cause de méprises et de confusion dans la controverse. Croyez-vous, dit-on quelquefois, ou êtes-vous seulement disposé à croire, aux revenants dont l'existence a été de tout temps attestée par le vulgaire et même par des auteurs graves? Non, parce que la raison s'y refuse, et que, sans mettre en doute la bonne foi des gens, on peut s'en prendre le plus légitimement du monde à leur imagination. Tout au contraire, nous faisons grand état de la tradition en

---

FEUILLETON.

Congrès international de statistique.

STATISTIQUE DU CRÉTINISME ET DE L'IDIOTIE.

Suite et fin. — (Voy. les nos 39, 40 et 44, t. II.)

La statistique des idiots et des crétins ayant paru assez importante pour en faire l'objet d'une étude à part, le docteur Boudin, si versé dans la statistique médicale et géographique, présenta au nom de la première section le rapport suivant, qui fut approuvé par le Congrès, et que nous citons à peu près textuellement :

« La commission centrale n'avait fait du crétinisme et de l'idiotie qu'un simple paragraphe de l'aliénation. Mais la gravité des deux infirmités, leur caractère distinctif, le nombre et l'importance des travaux spéciaux publiés en Europe (1) justifient la première section d'y avoir consacré un rapport spécial.

» C'est par l'intelligence que l'homme se distingue de la brute. Il n'est véritablement homme qu'autant qu'il jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles ; et leur perte, partielle ou totale, le dégrade, le déclasse en quelque sorte, en fait pour la société une charge, souvent même un danger.

» Le Congrès a donc été heureusement inspiré en comprenant, dans le programme de ses études, les investigations statistiques à entreprendre sur l'aliénation mentale en général et sur l'idiotie et le crétinisme en particulier ; car, de même que, pour le médecin, la constatation du mal, de sa nature, de son intensité, précède les opérations thérapeutiques, de même aussi, en présence d'un mal social, le premier devoir de l'admi-

(1) En *Norwége*, les recherches statistiques de M. le docteur Stolst. Christiania, 1851.
En *Danemark*, études statistiques de M. le docteur Hüberts. Copenhague, 1851.
En *Angleterre*, le travail important de M. le docteur Stark sur l'aliénation et sur l'idiotie dans les trois Royaumes unis. *Journal de la Société statistique de Londres*, t. XIV, 1851.
En *Allemagne*, les travaux de MM. Falk, Escheridu, Betz, Roesch, Maffei, etc.
En *Italie*, les grands rapports de la commission officielle sur le crétinisme (Turin, 1850) et la statistique du royaume publiée en 1851.
En *France*, les travaux de MM. Grange, Tourdes, Chatin, Ferrus, Vingtrinier, Niepce, Bouchardat, Baillarger, etc, travaux dont la publication remonte à peine à deux ou trois années. Le gouvernement français publie depuis 1850 les cas d'exemption militaire pour cause d'idiotie, de crétinisme et d'imbécillité.

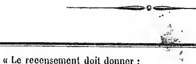
matière de *faits* scientifiques, par le motif qu'elle s'appuie sur le principe même au nom duquel M. Bouillaud veut qu'on la revise, c'est-à-dire sur l'expérience. Ce genre de tradition, en effet, n'est autre chose qu'une expérimentation indéfiniment prolongée. Vous ne vous en rapportez pas aux résultats consignés dans les fastes de la médecine, et vous voulez expérimenter vous-même. Personne ne vous en dissuadera; tout le monde à peu près en fait autant, et c'est le moyen de se former une opinion *personnelle*. Mais vous vous trompez si vous croyez fixer par là le flux de l'opinion générale; car je puis demander, en regrettant d'adresser une telle question à un professeur éminent, pourquoi j'aurais plus de foi dans vos expériences que dans celle de vos devanciers : car vos successeurs douteront de vous comme vous doutez des autres; car eux-mêmes seront tenus en suspicion, et ainsi de suite. Il faut pourtant que cela ait une fin. Avec un tel système d'individualisme, toute constitution de la science devient absolument impossible, et la pratique médicale n'a plus d'assiette.

Encore un coup, il ne s'agit pas d'obéir aveuglément à un mot d'ordre transmis à travers les âges, mais d'attribuer le poids qu'elles ont réellement à des affirmations qui se recommandent d'observations innombrables. La médecine est précisément de toutes les sciences naturelles celle où il est le plus déraisonnable de se moquer de l'autorité de la tradition, et le plus impossible de s'en passer. La raison en est simple. Les faits de l'ordre thérapeutique n'ont pas la fixité ni la netteté des faits de pure physique; ils reposent toujours sur une déduction plus ou moins contestable. Quand je mets en présence de l'oxygène et de l'hydrogène, et que, en faisant traverser le mélange par une étincelle électrique, j'obtiens de l'eau, je suis sûr que l'hydrogène et l'oxygène combinés forment de l'eau, et si quelque ancien a prétendu le contraire, je m'en soucie peu. Mais quand il faut décider de l'action d'un remède, et que je constate dès les premiers essais combien cette action est variable dans des maladies de même apparence, il m'importe extrêmement de savoir ce que dit, à côté de ma mince et fugitive expérience, l'expérience de quelques milliers d'années. Voilà le vrai sens de la tradition en médecine; nous disons, de la tradition, et non de l'*autorité*, deux choses qui sont trop souvent confondues.

Si nous nous sommes un peu arrêté sur ce sujet, c'est qu'il est capital; mais il n'a tenu qu'une très petite place dans le discours de M. Bouillaud. L'orateur s'est surtout appliqué à établir, contre M. Malgaigne, que la révulsion et la dérivation sont admises et pratiquées avec avantage dans l'école de Paris. Ce chapitre d'histoire moderne nous vient en aide; nous y ajouterons même l'indication d'une source que nous nous attendions à voir signaler par l'orateur, du moment qu'il a fait appel à M. Roche : c'est le résumé d'une discussion qui a eu lieu, il y a trente ans, entre MM. Miquet, Bousquet et Roche, et dont ce dernier a réuni les documents dans un ouvrage intitulé : *Nouvelle doctrine médicale*. Les règles et les effets de la révulsion ont été un des principaux sujets de cette discussion. M. Roche, et avec lui M. Bouillaud, n'établissent aucune distinction entre l'action de *révulser* et l'action de *dériver*. C'est une confusion à laquelle nous ne pouvons souscrire. Les mots doivent varier avec les effets qu'on se propose d'obtenir. Or, tantôt il s'agit de substituer à une action morbide locale une autre action morbide artificiellement provoquée, et tantôt il s'agit de soustraire d'une partie actuellement malade, ou de l'économie elle-même, un liquide ou un principe morbide quelconque. La révulsion, qui, étymologiquement, signifie simplement *action d'arracher*, mais dont l'usage a fait l'*action de détourner d'un point sur un autre*, remplit la première indication; la dérivation remplit la seconde. Ainsi, un vésicatoire placé sur le thorax dans le cas de pleurésie est un révulsif; une application de sangsues aux tempes dans la conjonctivite, ou sur le cordon spermatique dans l'inflammation testiculaire; une saignée dans l'asphyxie, un purgatif dans l'anasarque, un cautère au bras dans la diathèse strumeuse, sont des dérivatifs. On voit que nous agrandissons le sens attribué par la plupart des auteurs à la dérivation, et que nous plaçons le caractère de celle-ci, non dans la distance du lieu malade à celui où s'applique le remède, mais dans la nature des effets que le remède produit. Sous ce rapport, notre interprétation diffère de celle de Barthez (voir le n° 46, p. 811). La révulsion est solidiste; elle l'est même pour beaucoup de médecins de Montpellier qui adressent l'effet révulsif au stimulus qui cause la *fluxion* et non à la fluxion elle-même. La dérivation est humorale, et peut s'avouer telle sans tomber dans toutes les rêveries de l'humorisme ancien.

La discussion paraît bien épuisée. Pourtant M. Piorry a demandé la parole, et il est possible que M. Malgaigne monte une troisième fois à la tribune.

A. DECHAMBRE.



nistration consiste à recenser le nombre, la qualité et la provenance des victimes; de sorte que la statistique est le premier pas nécessaire, indispensable, vers la recherche des moyens qui pourront être opposés au mal. »

I. CONDITIONS D'UN BON RECENSEMENT DES IDIOTS ET DES CRÉTINS.

» Ce recensement doit comprendre le nombre absolu et le nombre proportionnel, le sexe, l'âge, l'état civil et la profession. L'administration militaire désirera qu'on insiste particulièrement sur les individus du sexe masculin âgés de vingt ans, afin de mesurer la part que prennent ces infirmités dans la réduction de la population recrutable, le rapport du nombre des infirmes à la population servant à établir l'existence ou la non-existence de l'endémicité. »

Les divisions géographiques adoptées dans les relevés devraient être, au moins dans ce cas, très circonscrites (telle est la commune), afin de donner lieu ensuite à des groupes naturels. Les grandes divisions administratives réunissant souvent des localités fort différentes, les produits spéciaux de chacune d'elles sont ainsi masqués (1).

« Le recensement doit donner :

» 1° L'âge auquel chaque infirmité a commencé à se manifester. Ce renseignement a l'avantage de fixer la science sur la nature congénitale ou non congénitale des deux affections, » et de démontrer la valeur d'un des caractères séparatifs du crétinisme et de l'idiotie.

« 2° Le classement des infirmes, autant que possible, d'après le degré du mal. Sous ce rapport, les crétins peuvent se diviser en crétins, demi-crétins et crétineux.

» 3° Les aptitudes et les occupations des individus.

» 4° Les complications : l'épilepsie, la cécité, la surdi-mutité, les scrofules, le goître, appellent des recherches particulières.

» 5° Les maladies spéciales des crétins et, s'il y a lieu, leurs immunités pathologiques.

(1) Le docteur Boudin ajoute que ce recensement doit faire ressortir la marche croissante ou décroissante du nombre des infirmes, l'époque de la première manifestation dans le pays, et que l'on doit examiner s'il est vrai que le nombre des idiots se soit accru, dans certaines localités, à mesure que le crétinisme aurait diminué. Ces *desiderata* et beaucoup d'autres nous paraissent être plutôt l'affaire des savants qui comparent les différents recensements de chaque époque. L'administration a assez de constater les faits, de les rassembler, de les sérier et de les PUBLIER.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Sur l'emploi des injections dans les bronches et les cavernes tuberculeuses des poumons, par le docteur Horace Green (de New-York) (1).

Dans un travail que j'ai lu il y a quelques mois devant l'Académie de médecine de New-York, *sur l'emploi des injections dans les tuyaux bronchiques et dans les cavernes tuberculeuses des poumons*, j'ai introduit pour la première fois ce sujet devant le corps médical, et j'ai annoncé, à cette occasion, que la médication avait été plusieurs fois portée directement sur les poumons, au moyen du cathétérisme des tubes aériens — opération qui n'avait pas encore été pratiquée —, et que les résultats de ce mode de traitement, soit dans les affections bronchiques, soit au commencement de la phthisie, donnaient déjà la satisfaction d'annoncer que la pratique médicale serait notablement avancée par cette découverte.

Depuis la lecture de ce travail, quelques cas intéressants de bronchite chronique, d'asthme nerveux ou de tuberculose commençante ont été soumis à cette médication, et tels ont été les résultats obtenus, que j'ai la confiance que si l'on veut porter son attention et ses recherches pratiques sur ce sujet, il en sortira, dans une certaine mesure, un progrès pour la science médicale, et par suite un soulagement des misères humaines. Dans un temps comme celui-ci, où peut-être plus qu'en aucun autre une philanthropie active travaille, dans chaque branche des sciences collatérales, à élever la condition morale de l'humanité et à améliorer sa condition sociale, les membres du corps médical ne doivent pas se lasser de diriger leurs efforts vers toute recherche tendant à porter notre noble science à sa hauteur naturelle et si désirable.

Si l'on peut prouver que nous sommes parvenu à introduire une substance médicamenteuse liquide dans le parenchyme même des poumons, à travers les tubes bronchiques, il peut être aussi démontré que ce résultat n'a été obtenu que par des progrès successifs dus à plusieurs médecins distingués, et que la réalisation de l'idée a eu lieu lentement par les soins de praticiens amis du progrès.

Il y a maintenant près de cinquante ans que Charles Bell réussit pour la première fois à cautériser la glotte avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Dans un ouvrage récemment publié à Londres, par le docteur John Hastings, *sur les maladies du larynx et de la trachée* et sur leur traitement *par les applications locales de caustiques*, l'auteur fait cette remarque : « Ce mode de traitement paraît avoir été employé pour la première fois par notre distingué compatriote sir Charles Bell, qui comprit peu quelle pourrait être un jour son importance et l'étendue de son emploi (1). »

Le docteur Hastings admet que « le grand mérite d'avoir fait revivre cette médication appartient principalement au docteur Horace Green (des États-Unis), qui a publié le premier livre entièrement consacré à ce sujet, et que c'est une justice envers ce médecin, de reconnaître la valeur de ses travaux dans ce nouveau champ de recherches ; mais ce traitement a été l'objet de si peu d'attention et de considération de la part du corps médical, que, dans quelques revues des ouvrages du docteur Green, faites dans ce pays, les critiques semblent avoir oublié les travaux de Charles Bell, et ont adjugé à M. Green le mérite de la découverte, au lieu de l'attribuer à leur compatriote (2). »

Les opérations de Charles Bell ont consisté à pratiquer la cautérisation du larynx dans quelques cas, dès 1816, vingt et un ans avant la publication de l'ouvrage de MM. Trousseau et Belloc. On trouvera la relation de ces cas dans les *Observations chirurgicales* de Charles Bell, publiées à Londres en 1816. Dans l'un d'eux, un jeune homme entra à l'hôpital avec des ulcérations étendues de la glotte. La manière dont M. Bell opéra sur ce sujet est ainsi décrite par lui-même : « J'ai fait une boulette de charpie que j'ai attachée à l'anneau d'un mandrin de cathéter, et j'ai courbé cette tige de manière qu'elle pût passer sur la langue et l'épiglotte. J'ai trempé la charpie dans une solution de vingt grains de caustique pour une demi-once d'eau, et je l'ai portée sur la glotte de la manière suivante : avec un doigt de ma main gauche, j'ai pressé sur la langue, et j'ai avancé l'indicateur jusque sur l'épiglotte ; alors, dirigeant la tige le long de mon doigt, j'ai retiré celui-ci de la glotte et introduit la boulette de charpie dans l'ouverture et pressé dessus avec le même doigt (3). »

Ce traitement fut considéré comme *hasardeux*, et sir Charles Bell cessa de l'employer. « Ce grand homme, dit M. Hastings, était trop occupé à d'autres recherches pour poursuivre cette découverte comme elle le méritait. J'appelle cela une découverte, parce qu'il paraissait auparavant, et qu'il paraît encore à la plupart des praticiens, tout à fait impossible de faire entrer un corps étranger dans le larynx et la trachée, sans produire des spasmes violents et même la suffocation. Ces opinions m'ont souvent frappé, venant d'hommes occupant les plus hauts degrés dans la profession médicale, qui devaient avoir l'esprit assez libéral pour ne pas condamner une pratique, ou pour ne pas nier qu'elle fût applicable, par cette seule raison qu'ils ne la comprenaient pas (4).

Il est encore quelques autres chirurgiens anglais auxquels des écrivains étrangers font partager l'honneur d'avoir fait revivre cette pratique depuis Charles Bell.

(1) Nous avons déjà parlé des débats qui ont eu lieu à l'Académie de médecine de New-York au sujet des injections médicamenteuses dans les bronches et les poumons (*Gaz. hebd.*, t. II, n° 37, p. 667). Il sera sans doute agréable au lecteur de trouver ici un des documents les plus importants qui aient été publiés sur la question. A. D.

(1) *Treaty on Diseases of the Larynx and Trachea*, by John Hastings. London, Introduction, p. 5.

(2) *Op. citat*, p. 11.

(3) *Surgical Observations*, etc. London, 1816, p. 34.

(4) *Op. cit.*, Introduction, p. 12.

» 6° Le nombre des décès, l'âge des décédés, les maladies causes de décès.

» 7° Le nombre des mariages entre crétins. On accordera une attention spéciale à la constatation de la fécondité, et surtout à l'hérédité de l'infirmité.

» 8° Les tentatives faites pour combattre le mal, et les résultats obtenus.

II. Recherches relatives aux parents.

» Quant aux parents des idiots et des crétins, il convient de noter avec soin la race (1), la nationalité, le degré d'aisances et la profession.

» Quant à la grave question d'hérédité, on doit rechercher si les individus sont issus :

» De père idiot ou crétin ;

» De mère idiote ou crétine ;

» De mère ou de père idiots ou crétins ;

» Ou si l'un ou l'autre des ancêtres sont atteints d'un vice spécial (scrofule, goîtreux, épilepsie, aliénation, etc.).

III. Recherches topographiques.

» Les idiots et les crétins doivent être recensés séparément dans les villes et dans les campagnes.

» On devra préciser la position géographique des localités recensées ; accorder une attention spéciale aux données hypsométriques. En effet, on a dit que le domaine endémique du crétinisme ne s'élevait pas au delà de :

» 1000 mètres en Suisse ;

» 2000 mètres en Piémont;

» 4700 mètres en Amérique.

» Or, ces assertions, quelque respectable qu'en soit la source, ont besoin d'être vérifiées.

» On doit étudier le sol sous le rapport de sa configuration, de sa nature géologique, minéralogique, de son degré et de son genre de culture.

» Les eaux potables doivent être examinées au double point de vue de

(1) En ce qui concerne la race, M. de Humboldt a signalé l'immunité des peaux rouges à l'égard du goître. Il y a environ vingt-cinq ans une société médicale française, mettait au concours : « Pourquoi la femme juive est-elle exempte du goître? » S'il était démontré qu'il existe une immunité de race à l'endroit du goître, serait-il impossible que quelque chose d'analogue existât pour le crétinisme?

M. Vance, chirurgien de marine renommé à Londres, était dans l'habitude d'employer localement une solution de nitrate d'argent dans les maladies du larynx. Il ne paraît avoir laissé aucune trace de ses travaux sur ce sujet ; mais, d'après les grands succès qu'il obtenait dans sa pratique, M. Hastings pense qu'il doit avoir appliqué la solution et dans le larynx et dans la trachée, quoique des médecins qui étaient au courant de ses médications aient assuré à M. Hastings « que jamais M. Vance n'avait introduit la solution caustique dans la glotte, mais qu'il s'était contenté de toucher le fond de la glotte (1). »

Le docteur Stokes, dans son traité des *maladies de poitrine*, écrit : « Le meilleur moyen d'appliquer le caustique est celui qui est pratiqué par le docteur Cusack. Un bourdonnet de charpie, de grandeur voulue, est cousu sur le bout d'un doigt de gant dans lequel on introduit ensuite l'indicateur de la main droite. Le malade doit s'être gargarisé avec de l'eau chaude. La charpie, mouillée avec la solution, peut être, avec une grande facilité, portée sur toutes les parties du pharynx et même sur l'ouverture de la glotte. » — « La publication de l'ouvrage du docteur Stokes, dit M. Hastings, fut suivie de celle du travail de MM. Trousseau et Belloc, qui contenait l'exposé le plus complet de cette méthode de traiter les maladies du tube laryngo-trachéal qui ait paru depuis l'ouvrage de Charles Bell en 1816. »

Dans cet historique de la médication topique par M. Hastings, il n'est fait aucune allusion aux travaux de M. Bretonneau, qui, dès 1818 (seulement deux ans après la publication des observations de Charles Bell), commença à traiter les maladies du larynx et de la trachée par l'application de solutions caustiques. Comme la presque universalité des médecins de ce pays ont pensé que l'honneur d'avoir prescrit et employé pour la première fois la médication topique dans les maladies du larynx appartenait à MM. Trousseau et Belloc — opinion que j'ai moi-même partagée jusque dans ces derniers temps —, je donnerai connaissance d'une déclaration de M. Trousseau lui-même, contenue dans une lettre que j'ai reçue de ce médecin distingué, relativement à ses propres prétentions et à celles de son maître et ami M. Bretonneau. Le professeur Trousseau s'exprime ainsi (2) :

« Je commence par déclarer que jamais, soit avant, soit après la publication de vos travaux ; je n'ai essayé d'introduire dans le larynx ou dans la trachée une éponge saturée de solution caustique. Je l'ai fait quelquefois *après la trachéotomie*, mais jamais sans avoir auparavant pratiqué cette opération. Cela dit, je tâcherai d'indiquer la part que mon maître, M. Bretonneau, et moi-même avons prise à la *médication topique* appliquée aux maladies du larynx.

» M. Bretonneau, dès l'année 1818, portait, plusieurs fois par jour, sur les ligaments aryténo-épiglottiques, une éponge attachée à l'extrémité d'une tige de baleine, et chargée, soit d'acide chlorhydrique, soit d'une solution saturée de nitrate d'argent ; il exprimait le liquide de l'éponge à l'entrée du larynx, où les mouvements convulsifs de la respiration faisaient entrer une certaine quantité de la solution caustique. Les vapeurs de gaz chlorhydrique étaient inhalées de la même manière M. Bretonneau faisait cela dans le traitement du croup.

» Quand il pratique l'opération de la trachéotomie dans la dernière période du croup, il porte, avec une petite éponge, une solution caustique dans la trachée et dans le larynx, et pénètre dans la trachée par la plaie qu'il y a faite; vous trouverez tous ces détails exposés dans le *Traité de la diphthérite* publié à Paris par M. Bretonneau, en 1826. M. Bretonneau, avec une réputation immense et méritée, pratiquait alors et pratique encore à Tours, sur un petit théâtre. Moi, son élève, j'ai été à même, à Paris, de répéter ses expériences sur une beaucoup plus grande échelle, et mes travaux sur le traitement du croup ont été publiés très souvent dans les journaux français et anglais. Il est inutile de les indiquer ici : ils sont purement conformes à la pratique de mon vieil et illustre maître. Mais, en 1830, j'ai eu pour la première fois l'occasion de traiter les maladies chroniques du larynx par des applications caustiques faites à la partie supérieure de l'organe, c'est-à-dire sur les ligaments aryténo-épiglottiques. Je me suis servi précisément du procédé que j'ai indiqué plus haut à propos du traitement du croup, et j'ai tâché d'exprimer la solution caustique dans la cavité du larynx. Les deux premières observations que j'ai rapportées sur ce mode de traitement se trouvent dans un journal français bien connu, le *Bulletin de thérapeutique*. Vous les trouverez dans le Ier volume, publié en 1831, pages 163 et 276. J'ai continué ces travaux sur les maladies du larynx jusqu'en 1835, époque à laquelle le docteur Belloc et moi avons envoyé à l'Académie de médecine un traité *sur la phthisie et les maladies chroniques du larynx*, ouvrage qui a obtenu le grand prix l'année suivante et a été ensuite publié dans la forme que vous savez.

» En conséquence, l'introduction directe de l'éponge saturée d'une solution caustique dans le larynx et dans les bronches ne m'appartient sous aucun rapport ; et, même à présent, je me contente d'exprimer le caustique à l'entrée du larynx, ou de faire respirer des poudres ou des vapeurs.

» Agréez, monsieur et honoré confrère, l'assurance de ma haute estime. « TROUSSEAU. »

Telle est donc l'histoire abrégée de ce qui a été fait en Europe relativement aux applications locales de caustiques dans le traitement des maladies des voies aériennes ; car, comme le fait remarquer M. Hastings, « après la mort de M. Vance, personne ne s'est emparé du traitement qui avait fait si heureusement ses preuves entre les mains de ce chirurgien ; » et ce traitement, ajoute-t-il, est resté entièrement négligé à Londres, jusqu'à ce que

(1) *Op. cit.*, Introduction, p. 8.
(2) Cette lettre est en anglais.

---

leur température et de leur composition chimique (1). Parmi les agents météorologiques, on examinera en particulier la température, la lumière et l'humidité.

» Enfin, il faut (et c'est là une recommandation sur laquelle la section insiste avec autant d'unanimité que de raison, comme étant la première condition du succès de tous les travaux statistiques), il faut indiquer la marche suivie, les moyens employés dans la constatation des faits ; c'est la seule manière de donner désormais une valeur scientifique aux choses recensées. On comprend, par exemple, que, dans l'étude d'une question d'appréciation médicale, les faits auront d'autant plus de valeur que des médecins compétents seront intervenus d'une manière plus active dans leur constatation. »

La section a adopté ce rapport et le questionnaire, qui en est le *conclusum*. Seulement, MM. Parchappe et Marc d'Espine ont démontré qu'il importe de séparer les idiots des crétins à cause des différences très tranchées qu'il y a entre ces deux états, outre l'endémicité.

(1) On sait qu'on a attribué à la proportion de l'iode dans les eaux une grande influence sur le développement du goître et du crétinisme. Ce sont des recherches très délicates et pour lesquelles il faudrait quelques études préalables, et en particulier la connaissance des travaux de M. Chatin.

Ainsi, dit le docteur Marc d'Espine, on naît idiot, et l'on devient crétin. M. Parchappe appuie et développe cette proposition. L'idiotie, dit-il, est une infirmité congénitale ; c'est une imperfection dans le développement des centres nerveux, qui commence dans le ventre de la mère, et dont le stigmate est imprimé sur la face du nouveau-né. Le crétinisme, au contraire, est une maladie qui ne commence son développement que dans les années qui suivent la naissance ; l'enfant à la mamelle n'est pas encore crétin. Il résulte de cette importante différence que l'idiotie est beaucoup plus au-dessus des ressources de l'art que le crétinisme Ce point de diagnostic différentiel est d'autant plus considérable, ajoute le docteur Parchappe, que, bien qu'il soit déjà dans la science, il n'est pas formulé dans les auteurs.

A la suite de ces intéressants développements, la section a accepté la séparation, dans les relevés statistiques, des crétins et des idiots. Mais peut-être faudra-t-il établir un troisième groupe pour les cas qui n'auraient pas permis le diagnostic différentiel, afin de ne pas forcer à des divisions que l'on trouverait difficiles, et qui, dès lors, deviendraient arbitraires.

D'après ces *desiderata*, le Congrès a adopté un questionnaire divisé en deux parties, comme celui de l'aliénation : la première devant servir lors des dénombrements et dans les autres circonstances, et la seconde des-

je l'eusse réhabilité par la publication de mon ouvrage en 1846.

On voit, par ce qui précède, que, bien que les chirurgiens et les médecins qui ont pratiqué la médication topique aient fait des progrès successifs dans leurs recherches et aient amélioré ce mode de traitement, néanmoins aucun d'eux n'a réussi, ou n'a dit avoir réussi, à faire entrer le porte-éponge, armé de liquide caustique, dans le larynx et la trachée. Avant la publication de l'ouvrage de M. Hastings, dans lequel il est dit que « c'est une opération que j'ai été à même de pratiquer chaque jour, depuis plusieurs années, dans le traitement des affections laryngiennes (1), » la médication des tubes aériens, dans diverses maladies de ces organes, n'a été tentée que par peu de personnes en Europe; et, dans leur pratique, on se bornait à porter l'éponge sur le fond de la gorge, ou au plus à appliquer la solution sur l'ouverture de la glotte, ou encore à presser sur l'éponge pour faire tomber le liquide dans le larynx. Dans notre pays, autant que je puis savoir, avant mes travaux, l'emploi des solutions caustiques à l'intérieur du larynx et de la trachée était *entièrement négligé*.

Après qu'il fut pleinement établi qu'on pouvait introduire un porte-éponge chargé d'une solution de nitrate d'argent à travers la glotte et le larynx, jusque dans la trachée, non-seulement sans dommage, mais avec un avantage manifeste, la pratique de la médication topique fut adoptée. Elle a été depuis employée par les médecins les plus éminents, aussi bien chez nous que dans presque toutes les contrées de l'Europe; et elle l'a été, non-seulement dans le traitement de l'affection folliculeuse des voies aériennes et dans les formes ordinaires de l'angine, mais surtout dans le traitement de divers cas de croup et de coqueluche. Enfin, c'est seulement depuis quelques mois qu'un grand progrès a été accompli, consistant dans une extension du mode de traitement et dans l'introduction, par des moyens mécaniques, de liquides médicamenteux à travers les bronches, jusque dans le parenchyme pulmonaire.

J'ai indiqué ailleurs (2) les causes qui ont conduit à la pratique de cette opération. Je ne dirai ici que quelques mots de ce sujet.

Beaucoup de médecins savent qu'un ouvrage important a été publié récemment à Londres, sous le titre de *The Science and Art of Surgery*, par M. John Erichsen, professeur de chirurgie au collége de l'Université et chirurgien à l'hôpital de ce collége; ouvrage qui vient d'être de nouveau publié à Philadelphie. Dans ce traité, le professeur Erichsen, s'occupant de la médication du larynx et de la trachée, parle favorablement de ce que les chirurgiens américains ont fait pour le traitement topique des maladies de la gorge; mais il déclare magistralement qu'il est tout à fait impossible de passer une baleine, soit courbe, soit droite, et armée d'une éponge, au delà des vraies cordes vocales, ou même entre elles.

Qu'il y ait avantage à appliquer une solution de nitrate d'argent

(1) *A Treatise on Diseases of the Air Passage.* Introduction, p. 12.
(2) *American Medical Monthly Journal*, janvier 1855.

sur la surface muqueuse du larynx, si celle-ci peut être atteinte, M. Erichsen ne le conteste pas. Au contraire, il déclare que « le traitement de différentes inflammations chroniques du pharynx et du larynx réclame l'emploi des applications topiques de nitrate d'argent, qui peuvent être considérées comme spécifiques dans ces maladies (1). » Mais il ajoute : « D'après les observations répétées que j'ai faites sur ce point, je n'hésite pas à exprimer ma conviction que l'éponge n'a jamais été introduite, sur un sujet vivant, au delà des vraies cordes vocales. » Persuadé qu'une semblable opinion venant d'une telle autorité, et si résolument exprimée, ne peut passer inaperçue, et qu'elle peut exercer une grande influence sur l'opinion des médecins, ici et ailleurs, il me paraît nécessaire, ou d'abandonner toute prétention à cette opération, ou de prouver invinciblement, par une série d'expériences, qu'elle est positivement et aisément applicable.

Je rappellerai les expériences qui ont été instituées depuis le travail rappelé plus haut comme ayant été présenté à l'Académie de médecine, afin d'établir nettement la *praticabilité* d'une opération qui a été si positivement contestée.

Quand le docteur Marshall Hall vint dans ce pays, il eut et exprima la même opinion que M. Erichsen. Lorsque M. Brainerd lui assura que l'opération était praticable, il déclara que le passage d'une éponge mouillée d'une solution caustique devait être fatal à un être vivant; et cependant M. Marshall Hall, voulant être témoin des tentatives faites, visita dans ce but mon service, où il eut l'occasion de voir pratiquer l'opération; et ce fut lui qui suggéra l'emploi d'un tube, dont l'introduction dans le larynx peut être positivement établie, le passage de l'air respiré devant avoir lieu à travers le tube ainsi introduit. Après donc que j'eus connu ces vues du professeur anglais, je me procurai quelques tubes flexibles de Hutching, de différentes grandeurs; et, à l'extrémité de l'un d'eux, qui avait 13 pouces de long, j'attachai une éponge de la grosseur de celles dont on se sert pour le porte-éponge ordinaire. A cette époque, j'avais en traitement quelques malades atteints de maladies des voies aériennes, chez lesquels j'avais porté, à ce que je crois, le porte-éponge dans le larynx et dans la trachée. Mais, comme il fallait autre chose que ma propre opinion pour établir le fait auprès de beaucoup de personnes, je choisis un de ces malades, ecclésiastique intelligent du Canada, et, imbibant d'une solution concentrée de nitrate d'argent une éponge fixée à l'extrémité d'un tube flexible, je fis passer celle-ci entre les cordes vocales, à travers l'ouverture de la glotte et jusque dans la trachée, à plusieurs pouces de profondeur; alors, retirant le mandrin du tube, j'engageai le patient à fermer les lèvres (*to clos his lips and blow*) et à respirer à travers le tube, ce qu'il fit pendant quelques moments, emplissant et vidant la poitrine d'air. Une lampe allumée était placée devant lui, et il l'éteignit promptement à diverses reprises, en soufflant à travers le tube. Cette expérience fut faite le 5 octobre,

(1) *The Science and Art of Surgery.* London, 1853, p. 694.

---

tinée à compléter les renseignements toutes les fois qu'on le pourra, et en particulier dans les établissements spéciaux.

Questions sur les crétins.

PREMIÈRE SÉRIE.

1. Nombre.
2. Sexe.
3. Age (même cadre que pour les aliénés) (1).
4. État civil des crétins, nombre des mariages entre crétins.
5. Nombre des cas dans lesquels le crétinisme était et n'était pas congénital (en cas de non-congénitalité, savoir à quel âge s'est déclarée la maladie, et quelles circonstances générales ou locales ont pu la déterminer ou favoriser son développement); indiquer avec soin si le père et la mère étaient sains, si l'un ou l'autre ou tous deux étaient atteints de crétinisme.
6. Situation topographique des lieux où le crétinisme domine (plaines, vallées, montagnes); préciser l'altitude, l'orientation, la configuration, la nature géologique, la composition chimique et la température des eaux potables. Indiquer la population générale des lieux d'endémie, afin d'avoir le rapport de la population aux infirmes.
7. Profession et degré d'aisance des parents.
8. Race, nationalité.

(1) Cependant il serait fort utile, pour les crétins, de distribuer par années les époques de l'enfance, jusqu'à dix ans par exemple, afin de savoir à quel âge commencent à se dénoter les infirmités.

DEUXIÈME SÉRIE.

Renseignements divers à recueillir principalement dans les établissements spéciaux (1).

1. Nombre par sexe restant au 31 décembre.
2. Nombre des admis chaque année par sexe et par âge (mêmes divisions que pour les aliénés).
3. Nombre, par sexe, des cas congénitaux et non congénitaux.
4. Nombre, par sexe, des crétins originaires des villes et des campagnes.
5. Profession et (autant que possible) degré d'aisance des parents.

(1) Nous exprimons le regret que la précipitation de ces travaux n'ait pas permis de mettre plus d'ordre et d'unité dans les questionnaires.

en présence de plusieurs médecins ; mais comme un de ces médecins donna à entendre que, pour les sceptiques, il pouvait être admis que la lumière était éteinte par l'air venu des narines ou passant par les côtés du tube, un autre malade fut choisi pour répéter l'expérience. C'était le révérend M. Mac Ann, chez lequel le tiers de l'épiglotte pouvait être vu aisément en déprimant la langue. Sur la face laryngée de ce cartilage, on plaça l'extrémité d'un tube qui fut rapidement introduit par la fente de la glotte jusque dans la trachée. Cette opération fut aussi exécutée en présence de plusieurs médecins, parmi lesquels étaient le docteur Sims, le professeur E.-H. Barker et quelques autres. L'instrument étant ainsi introduit, un des médecins ferma l'ouverture extérieure des narines, et la lumière fut encore éteinte par l'air expiré à travers le tube. Une grande pièce de carton perforée au centre, et de grandeur suffisante pour former écran devant le nez et la bouche, fut alors glissée sur le tube, auquel le trou s'adaptait exactement, et le sujet souffla sur la lumière, qui fut éteinte, à travers le tube, aussi promptement que la première fois. Ensuite, M. Mac Ann fut invité à dilater sa poitrine pour respirer à travers l'instrument, et il le fit en effet plusieurs fois en inhalant et exhalant l'air avec facilité. Ces expériences furent répétées sur huit ou dix patients, toujours avec le même résultat et en présence de confrères. Parmi ceux qui furent présents à quelqu'une des séances, je mentionnerai MM. Barker, Davis, Peaslee, Parker, Bowditch (de Boston), Davis (de l'Université de Virginie), Crawcour (de la Nouvelle-Orléans), Smith (de Galveston), Rose (d'Indiana), Patterson (de l'Ohio), Sims, Sayre et Miner (de New-York), et plus de quarante autres médecins qui, tous, se déclarèrent satisfaits du résultat de l'opération, en tant que prouvant la réalité de l'introduction de la sonde par les vraies cordes vocales, jusque dans la trachée. Pour rendre encore le fait plus évident, un petit sac élastique à air fut fixé à l'extrémité externe du tube, et l'instrument étant poussé à 6 ou 8 pouces de profondeur dans la trachée du sujet, on vit le sac s'enfler et s'affaisser une douzaine de fois, par l'effet alternatif de l'expiration et de l'inspiration. En faisant cette dernière expérience, un incident eut lieu, qui constitue une nouvelle preuve de la position de l'instrument. Le tube qui, comme je l'ai dit, était long de 13 pouces, fut introduit dans toute sa longueur ; si bien que son extrémité externe se trouvait au niveau des lèvres, le sac élastique, long de 3 pouces, restant seul hors de la bouche. Après que le sujet eut empli et vidé le sac plusieurs fois, je lâchai pour un moment l'extrémité du tube. Juste à ce moment, M. Mac Ann fit une profonde inspiration, dans laquelle tout l'instrument (le sac et le reste) fut entraîné et disparut un instant. Portant immédiatement mes doigts dans la gorge, je pus avec peine atteindre à la base de la langue l'extrémité supérieure du sac, que je saisis avec le pouce et l'index, et j'attirai le tout au dehors.

(*La suite prochainement.*)

L'OPHTHALMIE ET LE SÉTON DEVANT LES PRATICIENS DE PROVINCE, par M. Ancelon (de Dieuze).

Les questions qui errent dans les limbes de l'Académie impériale de médecine n'ont pas toutes le bonheur d'aller s'ensevelir dans les catacombes du secrétariat ; il en est qui doivent venir expier au grand jour de la tribune les torts de je ne sais quelle peccadille. Tel est aujourd'hui le sort du séton, appliqué à dose *homœopathique* ou *rasorienne* ; on en rit, on en plaisante, sans plus de respect pour la dérivation et la révulsion que si ces deux points cardinaux de la thérapeutique dataient de l'ère broussaisienne.

Mais nous n'avons rien à voir dans la mêlée où s'ébattent, à ce sujet, les gros bonnets parisiens de la science, nous qui en sommes les plus humbles pionniers. Tout cela se passe dans des régions hantées par l'imagination. Ce qui nous touche, c'est le bon sens, dont les enseignements nous font voir que, tout inutile, tout nuisible que soit le séton appliqué sans discernement, il ne laisse pas que d'avoir sa puissance médicatrice dans un grand nombre de circonstances données.

1. Que faisons-nous, vous et moi, quand il nous arrive une ophthalmie ? Est-ce que nous nous hâtons d'écrire, en passant, sur le cahier de visite : « Séton de grande ou de petite dimension ? » Certes, avant d'en arriver là, nous avons bien des problèmes à résoudre, pour l'acquit de notre conscience. C'est d'abord le chapitre des causes internes et héréditaires, ensuite celui des causes externes et traumatiques à examiner.

a. A propos des premières, ne nous enquérons-nous pas de ce qui s'est passé dans les lignes ascendantes paternelle et maternelle des patients ; de l'état général du malade ? Ne sommes-nous pas tous tenus, en province, de savoir jusqu'à quel point la germination et l'éruption dentaires, qui exercent une si grande influence sur les jeunes organismes, agissent sur les appareils olfactif et oculaire ? Quelles modifications les organes de la puberté et le travail initial des menstrues apportent dans la circulation, dans les appareils nerveux et sécrétoires ? Évidemment, nous ne nous avisons jamais de traiter, par le même procédé, l'ophthalmie qui accompagne la seconde dentition, la puberté et la première éruption cataméniale.

b. Tout ce qui concerne les secondes causes exige encore un long et scrupuleux examen. L'exemple suivant suffira pour en faire apprécier toute l'importance. Un vigneron, âgé de soixante-et-un ans, vint, en 1837, me consulter pour un mal d'œil dont il souffrait depuis environ trois semaines. Il raconta que, étant à travailler dans sa vigne, un jour de pluie, il glissa et alla donner de l'œil contre un échalas, planté obliquement et divisé en plusieurs fragments à son extrémité supérieure. Immédiatement son œil s'enflamma. On s'abstint de toute recherche ; on le soumit à un traitement antiphlogistique qui demeura sans résultat ; puis, de guerre lasse, on lui passa un séton à la nuque, mais sans plus de profit pour son œil. Quand je le vis, le 20 juin 1837, les deux paupières fortement

---

6. Nombre, par sexe, des crétins sortis dans l'année pour guérison ou pour toute autre cause.

7. Nombre, par sexe, des crétins décédés dans l'année par cause naturelle et par accidents.

8. Indiquer les principales méthodes curatives et les résultats du traitement dirigé contre l'infirmité elle-même.

9. Indiquer les principales complications de l'infirmité, et particulièrement l'épilepsie, la surdi-mutité, le goître, les maladies principales pour lesquelles les sujets ont été admis, et faire connaître, s'il y a lieu, les immunités pathologiques. Indiquer avec soin si les crétins sont nés :

D'un père crétin,
D'une mère crétine,
D'une mère et d'un père crétins,
Ou de parents aliénés proprement dits.

10. Indiquer les travaux auxquels sont employés les crétins de chaque sexe.

Questions sur les idiots.

(PREMIÈRE ET SECONDE SÉRIE COMME POUR LES CRÉTINS.)

Tels sont les résumés des travaux de la première section, qui, malgré le peu de temps que le Congrès s'est accordé, a rempli consciencieusement le cadre qu'elle avait accepté. On doit ce résultat à l'intérêt et à l'importance que chacun de ses membres attachait à jeter les fondements de la statistique médicale, à l'ardeur laborieuse et à la cordialité dont chacun était animé. Surtout, la section a eu l'heureuse fortune d'avoir pour président un savant illustre, ne cherchant pas à imposer son opinion, un président ne paraissant pas se servir de l'autorité, tant elle était rare, polie, naturelle, employée à propos ; parlant peu et se contentant de quelques phrases, malgré l'autorité de son nom et de ses travaux ; donnant ainsi, sans en avoir l'air, l'exemple d'une sobriété de paroles dont on appréciait la sagesse et qu'on cherchait à imiter ; de sorte que chacun pouvait être entendu et compris sans qu'un temps précieux fût gaspillé en discours superflus. Aussi les remercîments que la section a votés à son président, M. le docteur Rayer, ont-ils été l'expression unanime de la vive gratitude de tous ses membres.

La sous-commission des décès, qui avait le travail le plus difficile et le

tuméfiées, rouges, livides, serrées l'une contre l'autre, laissaient échapper, par le grand angle de l'œil surtout, un liquide séro-purulent. Après de nombreuses et délicates tentatives, je parvins à écarter les paupières et à découvrir, dans la gouttière palpébrale, au-dessous du bulbe oculaire, un corps étranger brunâtre, dure, à cassure irrégulière, qui eût pu être pris, par inadvertance, pour un fragment d'os carié. J'en fis immédiatement l'extraction, qui fut difficile, et assez pénible pour le patient. Ce fragment d'échalas, de 1 centimètre de largeur et de plus de 2 centimètres de longueur, ayant pénétré entre la paupière inférieure et le globe oculaire, s'était brisé au niveau du bord tranchant de l'orbite. Le séton, jugé inutile, fut ôté sans désemparer, et la guérison ne se fit pas attendre plus de dix jours, non sans qu'il en restât un trouble incurable de la vision. Dans la suite, quand le sujet fermait l'œil sain, il lui semblait voir les objets à travers une glace mal dressée et sillonnée de nombreuses rainures.

Il va sans dire que, indépendamment des causes internes et externes, il convient de tenir compte du traitement mis en usage. Ainsi on voit souvent les ophthalmies s'exaspérer sous l'influence d'un traitement antiphlogistique et débilitant, chez les sujets à constitution détériorée. Une femme lymphatique, après avoir eu trois enfants, fut prise, à l'âge de trente-six ans, d'affection herpétique des ailes du nez et de goutte rose. L'affection cutanée disparut et fut bientôt remplacée par une kératite rémittente, que l'on aggrava, pendant des années, par les saignées, par la diète lactée, par l'usage prolongé du séton, et que je vis s'améliorer par les toniques, les analeptiques à l'intérieur, les collyres irritants et la suppression immédiate du séton.

Il ne faut pas davantage, tandis que l'on est à faire des recherches étiologiques, négliger les enseignements que pourraient fournir les habitudes hygiéniques des malades.

Ainsi s'établit un diagnostic pratique, indépendamment des signes propres à chaque affection de l'organe en particulier. On peut avoir affaire à autant de sortes d'ophthalmies qu'il y a de modifications physiologiques graves apportées par l'âge, de crases et de cachexies, autant que d'*éléments positifs*, dirait le savant professeur Forget, de Strasbourg : ophthalmies dentaires, cataméniales, scrofuleuses, syphilitiques, rhumatismales, scorbutiques, herpétiques, cancéreuses, enfin ophthalmies traumatiques entées sur des constitutions saines ou dépravées, etc.

2. Tel est le mode d'investigation étiologique auquel il convient de se livrer avant de songer à recourir au séton, pour lequel la symptomatologie a aussi ses écueils.

Les ophthalmies scrofuleuses, par exemple, affectent une marche symptomatique par laquelle il faut bien se garder de s'en laisser imposer ; elles s'exaspèrent et s'apaisent sans cause appréciable, en dépit et à l'encontre de tous les traitements : ce que nous avons expliqué, le docteur Carron Duvillards et moi, *chez tous les scrofuleux*, dès l'année 1842, et M. Morand, de Tours, en 1843, dans une circonstance tout exceptionnelle, par l'état de la muqueuse nasale, dont les conditions morbides particulières précèdent, accompagnent et suivent toujours les maladies scrofuleuses de l'œil. C'est ce que certains observateurs ont appelé *ophthalmies à répétition*. Tant que dure l'affection strumeuse de la membrane de Schneider, elle peut reproduire *périodiquement*, à travers les points lacrymaux, les conjonctivites, les kératites, que l'on croyait emportées par le séton, et elles entretiennent, concurremment avec certaines connexions sympathiques, ces désespérantes photophobies dont rien ne semble justifier l'existence à l'observateur trop facile. Ces notions ont l'avantage de rendre circonspect dans l'appréciation des succès attribués à tel ou tel procédé thérapeutique.

Je soupçonne fort les ophthalmies par cause externe greffées sur des constitutions détériorées, ou par cause herpétique, de se comporter comme les ophthalmies scrofuleuses. D'où il serait facile de conclure que le séton, à dose *infinitésimale* ou capillaire, appartient, dans ces circonstances, à la série des inutilités expectantes.

Peut-être l'ophthalmie rhumatismale, si elle existe, et cela est hors de doute, subit-elle, de la part du séton large, à haute dose, quelque heureuse modification ; mais les tendances nomades de ces maladies obscures jettent beaucoup d'incertitude sur la valeur des moyens mis en œuvre.

3. Outre celle qui lui est faite journellement par la médecine vétérinaire, il reste encore, avouons-le donc, une fort belle part au séton dans les maladies oculaires de notre espèce, pourvu qu'elles soient le résultat de violences extérieures, sans complications d'idiosyncrasies malheureuses.

Il n'est pas d'années que nous ne voyions par douzaines, à l'époque de la moisson, des ophthalmies du globe oculaire avec hypopyon considérable, causées par la percussion d'épis de seigle, d'orge ou de blé, et exaspérées par négligence, en même temps que par la continuité du travail des blessés. Ces malheureux, pressés par le besoin, attendent, pour se présenter à nous, que la fonction de l'organe soit presque abolie et que la douleur soit devenue intolérable. La conjonctive, alors développée en chémosis, est d'un rouge violacé et purulente; la cornée, plus ou moins trouble, sillonnée de nombreux vaisseaux, est parfois ulcérée ; enfin, la chambre antérieure est envahie par du pus en plus ou moins grande quantité. Dans de telles conjonctures, c'est le cas ou jamais de s'abandonner à toutes les ressources de la méthode antiphlogistique directe, puis aux mercuriaux. Eh bien ! tout le monde le sait, quand le gonflement palpébral s'est dissipé, quand le chémosis affaissé laisse voir, sous la conjonctive encore *fauve*, une sclérotique richement injectée, l'état de la cornée trouble et dépolie demeure stationnaire et l'hypopyon ne rétrograde plus, bien que l'on persiste avec énergie dans l'application du traitement antiphlogistique. C'est alors le tour du séton, qui provoque, à lui seul, l'absorption de tous les produits morbides, en douze, quinze et vingt-cinq jours. Des intervalles d'expectation suffisants et variés,

---

plus long, n'a pas moins dû au zèle continu, au savoir et à la cordiale bienveillance du docteur Berg (de Stockholm), son président.

Une autre section du Congrès, la quatrième, aurait pu fournir d'importants matériaux à la statistique médicale, puisqu'elle avait à s'occuper de la statistique des villes et des points d'hygiène qui s'y rattachent, de celle des maladies, des hôpitaux, etc. ; mais il nous a été dit que cette section, présidée d'ailleurs par un savant célèbre et fort disert, *n'avait pas eu le temps* d'étudier ces importantes questions. Cependant, après la remarquable et ample lecture faite par le président-rapporteur de cette section sur la statistique des grandes villes, M. Guillard a entretenu l'assemblée de quelques-uns des nombreux *desiderata* que laisse la statistique des cités, sous le rapport des mouvements anormaux de population qui échappent jusqu'à ce jour aux enquêtes statistiques. Ainsi, le nombre des naissances se trouve augmenté, et par l'attraction des hôpitaux et hospices spéciaux, et par la facilité d'y cacher un accouchement inopportun ; mais à peine les nouveau-nés sont-ils échappés du sein de leur mère qu'on les emporte presque tous hors de la capitale. Le plus grand nombre succombe aux coups de la mort qui atteignent si facilement les premiers âges, et qui sont aggravés encore par les conditions souvent défavorables d'une parturition dissimulée et d'une naissance irrégulière. Ceux qui survivent ne reviennent qu'au bout de une, deux ou trois années, lorsque leur vitalité est presque assurée. A un autre âge, les besoins de l'instruction déplacent encore la jeunesse bourgeoise, et l'amènent dans les grandes villes ou aux environs. A l'âge adulte, nouvelle attraction d'un nombre considérable de jeunes hommes et de jeunes femmes, appelés pour les grands travaux des cités, des usines, pour les études professionnelles et pour les besoins de la domesticité. Ces jeunes gens quittent l'air vif des campagnes pour venir s'entasser dans d'impures chambrées. Puis, à l'âge d'établissement ou de maturité, il y a reflux d'une portion de ces masses mobiles. D'une autre part, de nombreux êtres souffrants sont attirés vers les grandes villes par les célébrités scientifiques et par les facilités de toute espèce qu'elles offrent. D'autres en sortent pour aller chercher quelques oasis favorables à leurs maux, etc., etc. Enfin des dépôts de vieillards, d'indigents, d'incurables, sont formés, tantôt dans la ville, tantôt aux environs ; et une importante portion des décès est soustraite aux registres des villes. A Paris, les vieilles femmes sont dans la métropole et les vieillards à Bicêtre, ce qui détruit dans les relevés l'équilibre des deux sexes et en rend la confrontation impossible. Ajoutons, pour faire comprendre combien cette mer est profondément agitée, qu'avant les chemins de fer la moitié des habitants de Paris n'é-

laissés après chaque traitement antiphlogistique, dans quelques conditions identiques, m'en ont fourni la preuve; et il est facile à chacun de nous de renouveler ces expériences, dont l'issue se reproduira d'une manière constante dans les cas de *plaies contuses de l'œil*.

Il m'a été donné de répéter les mêmes essais sur des mineurs frappés à l'œil par des éclats de sel gemme, sur des maçons, des bûcherons et des maréchaux.

On pourrait demander s'il existe dans l'œil des éléments plus disposés que d'autres à céder au *raptus* déterminé par le séton. L'expérience répond d'une manière positive, en ce qui concerne les phlegmasies franches de la cornée transparente, de la sclérotique, de l'iris; et d'une manière complétement négative pour les autres parties de l'œil, notamment pour la conjonctive. Le séton est nuisible dans les amauroses et les kératites des brodeuses, condamnées, il ne faut pas le perdre de vue, à une vie sédentaire.

En résumé, la pathologie de l'œil est trop vaste pour être étendue, sans mutilation, sur le lit de Procruste que lui préparent les néo-empiriques; il y a autant d'imprudence à vouloir appliquer, qu'il y a d'injustice à prétendre proscrire, le séton dans tous les cas. Nuisible, ou au moins inutile dans les maladies constitutionnelles, il montre une incontestable supériorité sur tous les autres moyens à certaines périodes des ophthalmies traumatiques. Enfin, il convient de répéter aux adversaires passionnés et aux aveugles partisans du séton, ce que le plus savant et le plus habile de nos statisticiens s'efforce de faire entendre à d'autres sourds : « Gardez- » vous, dans vos statistiques, de faire un tout avec des unités » d'espèces différentes; » on ne peut additionner des ophthalmies scrofuleuses avec des accidents traumatiques, syphilitiques, etc.

Simple note sur la psychologie du rhumatisme, par le docteur WHEELOCK, de l'État du Maine (États-Unis).

Nous avons reçu, sous ce titre un peu inattendu, une courte note dont nous donnons en peu de mots la substance.

L'auteur pense que tout accès de rhumatisme est précédé d'un état mental particulier qu'il ne définit pas, mais qui paraîtrait consister, d'après les exemples qu'il cite, en un trouble quelconque apporté dans l'ordre et dans la régularité des facultés psychiques. Cette condition ne serait pas précisément à elle seule la cause formelle du rhumatisme; elle n'en constituerait qu'une prédisposition. Le refroidissement, noté dans toutes les observations du docteur Wheelock, en serait la cause déterminante. En un mot, toutes les fois que l'on viendrait à se refroidir après avoir éprouvé une émotion quelconque, d'inquiétude, d'attente, de colère, etc., on se trouverait dans les conditions les plus propres à développer un accès de rhumatisme.

La chose est très possible. S'il est une maladie sur l'essence de laquelle il soit difficile de disputer, c'est bien le rhumatisme, qui ne sait même pas revêtir, à nos yeux, une forme matérielle, saisissable et caractéristique. Il ne nous répugne donc pas d'admettre qu'un état particulier du système nerveux, d'origine psychique ou autre, soit favorable à l'éclosion du rhumatisme; et il est d'ailleurs deux faits d'observation que nous tenons pour certains, et qui ne sont pas sans concordance avec les observations du docteur Wheelock : d'abord l'existence d'une constitution rhumatismale, degré élémentaire d'un véritable état diathésique, dont un des caractères est une physionomie névropathique très déterminée; ensuite que les chagrins, les inquiétudes, les travaux intellectuels, mais surtout les passions tristes, prédisposent formellement au rhumatisme.

Mais il y a quelque chose de particulier dans les observations de M. Wheelock : c'est que l'influence psychique agirait immédiatement sur le développement du rhumatisme, non plus à titre d'habitude, mais comme un accident. M. Wheelock nous adresse effectivement quelques observations : nous ne les reproduirons pas à cause de leur extrême concision, qui leur ôte une grande partie de la valeur qu'elles pourraient avoir. Nous nous contenterons de signaler l'ordre d'idées exprimé dans cette note, et d'ajouter qu'en agissant sur le moral du malade dans le sens des phénomènes psychiques qu'il a subis ou présentés, on peut, suivant l'auteur, obtenir une réaction favorable à la guérison du rhumatisme.

D. F.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Lettre sur la teinte bistre pommelée (dite syphilide maculeuse) du cou.

Monsieur le Rédacteur,

Le remarquable travail de M. Pillon, inséré dans le dernier numéro de la *Gazette hebdomadaire*, sur la syphilide maculeuse du cou, rappellera sans doute à tous les praticiens spéciaux quelques cas de ce genre observés par eux. Chez moi, il réveille plus que des souvenirs cliniques; car, dès la première année de mon cours de *syphilis topographique*, en février 1852, je fis de cette singulière maladie le sujet d'une étude assez approfondie, basée sur six cas environ que j'avais alors observés.

Ne redoutez cependant de moi, en cette circonstance, ni réclamation de priorité, ni répétition d'une description que M. Pillon a présentée avec une justesse à laquelle je n'aurais rien à ajouter. L'aspect de la lésion, son rang chronologique dans l'évolution de la diathèse, sa ténacité, son diagnostic différentiel, ont été de la part de ce sagace observateur l'objet de remarques dont on ne pourrait surpasser ni la précision ni l'exactitude. Seulement, d'accord avec lui en ceci, j'ai une opinion différente sur un point fondamental, la

---

taient pas Parisiens, mais nous venaient de la province ou de l'étranger : Qu'est-ce donc aujourd'hui?

Or, quand on s'est bien pénétré de ces mouvements incessants, qui jusqu'ici échappent à la statistique imparfaitement organisée; quand on a reconnu la violence de la tempête éternelle qui agite les grosses populations urbaines, croit-on pouvoir déjà tirer des conclusions bien solides des relevés de naissances et de morts des grandes villes, dans lesquelles la moitié des décédés ne sont pas nés, et la moitié des natifs va décéder ailleurs? Croira-t-on surtout pouvoir logiquement appliquer ces déductions aux mouvements de population d'une nation entière, comme M. Carnot persiste à le faire malgré tant d'avis? Quand on aura pris la peine de démographier systématiquement la population *parisienne*, nous comprendrons ces recherches; elles auront un but. Mais comment veut-on, dans cet océan où se jouent tant de causes multiformes, isoler un seul effet? Tout ce que l'on peut obtenir, c'est la résultante de cent influences combinées, dont la plupart échappent à l'investigation, comme les détails qui les accuseraient ont échappé à la main encore mal dirigée des statisticiens.

Enfin, nous dirons à M. Carnot : Vous avez appuyé sur le flot mobile le levier avec lequel vous vouliez renverser la science; votre levier s'enfonce et ne soulève rien. Avant de se fonder sur la statistique des mouvements de population des grandes villes, il faut que cette statistique existe. Le Congrès en a posé les bases; les administrateurs compétents élèveront l'édifice : attendez qu'il soit construit pour venir y abriter votre logique.

Docteur BERTILLON,
médecin de l'hospice de Montmorency.

— L'Académie royale de médecine de Belgique a tenu samedi 24 novembre sa séance solennelle. Dans cette séance, MM. Maisonneuve et Sichel ont été nommés membres correspondants de l'Académie, et MM. Amussat, Jobert (de Lamballe) et Chélius, membres honoraires.

— M. le docteur Copeland, chirurgien extraordinaire de la reine d'Angleterre, vient de mourir à Brighton, à l'âge de soixante-quatorze ans.

— Le choléra vient d'emporter le docteur Haindl, directeur du grand hôpital de Vienne, âgé de cinquante-deux ans.

nature de l'altération ; et c'est à cet égard que je demande à énoncer et à justifier ma dissidence.

Selon moi, la coloration dont il s'agit *n'est point une syphilide ;* et voici mes motifs :

1° Une syphilide, sans causer de prurit réel, donne ordinairement lieu à quelque sensation fugace, mais perceptible, surtout quand elle persiste très longtemps. — Ici, rien absolument de semblable.

2° Une syphilide, surtout à son début, perd momentanément de sa couleur rouge sous la pression du doigt. — Ce signe fait entièrement défaut dans la macule spéciale du cou.

3° Il n'existe non plus, à aucune période de sa durée, la moindre élevure, la saillie la plus légère, au-dessus du niveau de la peau voisine.

4° Une syphilide maculeuse peut sans doute prolonger son existence plusieurs mois ; mais, surtout lorsqu'elle constitue l'une des premières poussées, en date, de la constitutionnelle, elle ne dure pas un an ou dix-huit mois. — Or, mon observation, comme celle de M. Pillon, constate, dans la forme bizarre dont nous nous occupons, une lenteur d'évolution qui atteint généralement aux limites de ce dernier terme.

5° Il y a plus : une syphilide qui figure parmi les premières manifestations de la diathèse constitutionnelle est ordinairement très accessible à l'influence du traitement. Lorsque le mercure à l'intérieur n'en a pas fait justice définitive, des topiques tirés du même ordre de médications l'atténuent, parfois la font disparaître en un laps de temps qui souvent n'excède pas quinze jours. — Ici, au contraire, malgré la docilité extrême des malades, qui, se voyant défigurées, acceptent et provoquent les moyens les plus actifs, la médecine des spécifiques est impuissante. J'ai donné sans succès de fortes doses de mercure à l'intérieur ; et, quant aux agents externes, j'ai épuisé chez mes malades les lotions avec la liqueur de Gowland, les fumigations de cinabre, l'emplâtre de Vigo à demeure, les bains avec 25 et 30 grammes de sublimé, la pommade au protoiodure de mercure (si expéditive, cependant, pour faire disparaître les syphilides précoces), celle même au bi-iodure. Ces divers remèdes, employés à dose résolutive ou à dose irritante, ont tout simplement laissé marcher le mal, n'ont pas avancé d'un jour sa diminution ou sa terminaison spontanée. Il en a été de même des préparations iodées.

6° Enfin, lorsque, à une époque donnée de l'évolution constitutionnelle, une région du corps est envahie par les syphilides, il ne s'y produit ordinairement à la fois qu'une seule forme d'éruption. — Il n'en est point ainsi dans le cas qui fait l'objet de cette étude. La teinte bistre pommelée est, pour ainsi dire, le canevas du dessin. Et sur ce fond — s'il vient sur d'autres parties des plaques papulosquameuses, des taches de roséole — on les voit apparaître là comme ailleurs. Ou bien, au contraire, c'est cette teinte qui se prononce la seconde, en sus d'une éruption spécifique véritable qui occupait déjà cette partie.

Ces différences m'ont semblé assez tranchées pour m'autoriser à rayer cette lésion du cadre des syphilides. Mais de quelle nature est-elle donc ? C'est ce que je vais essayer de déterminer, mais en demandant, pour cette seconde partie, à ne point conserver le ton affirmatif que j'ai cru pouvoir prendre tant qu'il ne s'agissait que de nier, mais qui serait tout à fait déplacé, en présence des difficultés qui entourent l'origine de cette altération mystérieuse.

Je rappellerai d'abord quelques-uns des traits principaux.

Elle est rare. Pour avoir sur ce point des renseignements positifs, j'ai examiné aujourd'hui même, à l'Antiquaille, les malades du service de M. le docteur Potton, placées dans les conditions où cette maladie pouvait se développer. Sur 56 femmes de cette catégorie, nous avons constaté 8 fois la teinte bistre du cou, plus ou moins accentuée.

Je ne l'ai observée que chez les femmes, et je l'ai vainement cherchée jusqu'à présent sur les hommes.

Elle est nettement bornée à la région du cou.

Les lignes sinueuses foncées, dont l'enchevêtrement la constitue, représentent assez bien, par leur disposition, un plexus veineux ; de telle sorte que, pour l'anatomiste qui aurait à la désigner par un nom, celui de *lacis* se présenterait le premier à son esprit, comme remarquable par sa justesse.

La teinte bistre pommelée du cou se déclare, en général, non pas avant, mais après la première poussée des accidents constitutionnels, éruption roséolique ou papuleuse, tubercules muqueux des orifices, acné du cuir chevelu, etc.

Ceci posé, si je tiens compte des conditions sans lesquelles cette lésion n'existe point, savoir : peau fine, dépourvue de poils, exposée à l'air ; existence, peu de temps auparavant, des premiers accidents constitutionnels ; si je considère, en outre, la chloro-anémie (si fréquente dans le sexe féminin au début de la constitutionnelle) ; les bruits anormaux qui s'observent, en cas de chlorose, de préférence dans les vaisseaux du cou ; la richesse du réseau veineux superficiel de cette région ; enfin, les causes nombreuses de stase qui y entravent la circulation de retour, — je serais disposé, non à formuler une théorie, mais à demander, avec la réserve que comporte l'état si peu avancé de cette question, si l'on ne serait pas dans le vrai en expliquant le mécanisme du phénomène de la manière suivante :

Le sang, chez les syphilitiques, subit une altération particulière de la matière colorante, ou, pour mieux dire, une disposition particulière à laisser celle-ci se déposer dans les tissus, ainsi que le prouve la couleur cuivrée des syphilides. Si, à la suite de l'état chloro-anémique qui marque les premières phases de la vérole, une cause quelconque agit de façon à augmenter la congestion ou à favoriser la stase sanguine, et que le système cutané soit ainsi pénétré d'une plus grande quantité de sang par sa face profonde, peu à peu, ensuite, ce sang infiltrera l'épaisseur de la peau ; et finalement, la matière colorante se présentera, au bout d'un certain temps, assez près de la superficie pour y produire un changement de teinte perceptible, surtout si la peau est très fine. Peut-être l'air agit-il, à travers ce tégument si fin, de façon à favoriser la filtration de la substance qui imbibe ainsi la peau, en maintenant cette substance plus longtemps fluide. Peut-être aussi les lignes plus foncées qui circonscrivent des îlots blancs correspondent-elles aux points où ce mouvement d'extravasation sanguine capillaire s'est plus spécialement opéré.

On doit le reconnaître : ainsi que je l'annonçais, si j'ai dit nettement ce que cette altération n'est pas, j'indique fort vaguement ce qu'elle est. Mais un point sur lequel je ne veux laisser aucune ambiguïté, c'est celui que M. Pillon expose avec une prudente réserve en ces termes : « Je crois bien, dit-il, que la persistance de ce signe pourrait servir à mesurer l'intensité de la diathèse latente et sa disparition, indiquer le moment où le traitement a été suffisant.... »

Rien, à mon avis, n'est plus erroné que cette conclusion, ne serait plus préjudiciable que le précepte pratique qu'on voudrait édifier sur elle. Depuis longtemps déjà je me suis inscrit contre les longs traitements mercuriels — j'allais dire contre les traitements mercuriels longs ou brefs, donnés indistinctement dans tous les cas de syphilis constitutionnelle. Et ce n'est pas ici, on le comprend, le lieu d'aborder de face cette grande question que je me réserve de porter prochainement à l'ordre du jour. Mais, dans l'espèce, une simple réflexion suffit pour juger le projet de loi que M. Pillon a de la tendance à vouloir promulguer. Quoi ! voici un symptôme que le mercure ne modifie pas, et c'est lui que vous allez choisir pour en faire un critérium du dosage du plus dangereux des remèdes ! — Au fond, sur les 56 malades vérolées que je viens de voir à l'Antiquaille, 8 offrent la teinte bistre pommelée du cou. Or, ces huit femmes, je l'ai constaté, ne sont ni plus ni moins gravement affectées que les quarante-huit autres. De quel droit allez-vous donc leur infliger un traitement mercuriel deux ou trois fois plus long, à cause d'un phénomène fortuit, insignifiant en lui-même, et qui n'est le signe ni d'une intensité, ni d'une ténacité plus grande de la diathèse ?

P. Diday.

Absorption des liquides à la surface de l'œil.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. GOSSELIN.

Monsieur et très honoré confrère,

C'est avec beaucoup d'intérêt que j'ai lu dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie votre *Mémoire sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil*, lu à l'Académie impériale de médecine, le 7 août 1855. Toutefois, permettez-moi de vous faire remarquer que le sulfate d'atropine a déjà servi à des expériences analogues aux vôtres et amené à des conclusions identiques. La question de priorité en faveur d'un confrère hollandais que je n'ai pas l'honneur de connaître paraîtrait peut-être de peu de valeur aux lecteurs de ce journal, si parmi les expériences entreprises par lui il n'en était qui s'éloignent des vôtres et tendent pourtant à prouver le même fait, c'est-à-dire les fonctions endosmotiques de la cornée.

Le docteur G. C. P. de Ruiter, élève du professeur Donders, entreprit de rechercher, sous la direction de son maître, quelle était l'action de la belladone sur l'iris, et publia ses recherches d'abord dans sa thèse inaugurale : *De actione Atropæ Belladonnæ in iridem*, publiée à Utrecht en 1853, puis avec plus de détails dans un journal de médecine publié en Hollande, la *Nederlandsch Lancet*, en février 1854. Toutes ses expériences eurent lieu au moyen d'une solution de 4 grains de sulfate d'atropine dans 1 once d'eau distillée. Voici ceux des faits cités par lui qui sont propres à établir que cette substance pénètre dans la chambre antérieure de l'œil à travers la cornée.

1° Chez les enfants surtout et chez les jeunes gens, la dilatation pupillaire a généralement lieu beaucoup plus vite que chez les adultes, parce que la cornée est moins épaisse. On trouve des faits identiques chez les animaux.

2° Pour la même raison, l'effet de la solution d'atropine sur l'iris se produit au bout de cinq minutes chez les grenouilles, au bout de dix chez les lapins, et au bout de quinze chez les chiens et chez l'homme.

3° Quand on frictionne le front d'un individu avec de l'onguent de belladone, le mydriasis ne se produit qu'après quelques heures ; il en est de même si l'on fait la même expérience avec du sulfate d'atropine : l'application d'un vésicatoire destiné à emporter l'épiderme prouve que ce n'est pas celui-ci qui empêche la belladone et l'atropine d'agir aussi vite que si on les avait appliquées directement sur la cornée.

4° Les pupilles des grenouilles peuvent encore se dilater quand on a enlevé à ces animaux le cœur, la tête ou le cerveau et la moelle épinière ; le même résultat peut aussi se produire sur un œil isolé : des expériences analogues ont eu lieu sur une tête de veau et sur un lapin qu'on avait fait périr en lui insufflant de l'air. Toutefois, comme à la mort les pupilles se contractent, il ne faut pas être étonné que le mydriasis soit moins considérable que sur un animal vivant.

5° Des précautions prises par l'auteur au moyen d'une plaque de caoutchouc de la forme de l'œil, percée d'un seul trou, pour que l'atropine ne fût en contact qu'avec la cornée, et le soin qu'il prit ensuite de nettoyer complétement la surface de l'œil avec un courant d'eau, n'empêchèrent nullement la dilatation pupillaire de se produire.

6° Une petite ouverture faite à la cornée servit à introduire dans la chambre antérieure, au moyen d'un tube de verre capillaire, un peu de solution d'atropine, qui produisit son effet sur le voile irien. (L'extrait de belladone introduit dans l'intérieur de l'œil cause, d'après les observations de Græfe et Donder, une violente iritis et non du mydriasis.)

7° L'auteur ayant instillé deux fois une forte solution d'atropine dans l'œil d'un lapin, qu'il lava ensuite soigneusement avec un courant d'eau, prit de l'humeur aqueuse provenant de cet œil et l'instilla dans l'œil d'un chien, dont l'iris se dilata au bout d'une demi-heure, pour atteindre son maximum de dilatation une demi-heure plus tard ; une solution d'atropine, instillée une autre fois directement dans l'œil du même chien, produisit le mydriasis plus rapidement, et cet effet dura aussi plus longtemps. Mais si l'on prend de l'humeur aqueuse d'un animal chez lequel la dilatation pupillaire a été produite par de la belladone prise intérieurement, ce liquide ne peut nullement servir pour produire le phénomène du mydriasis sur un autre animal. Or, comme les expériences de l'auteur ont prouvé qu'il suffit qu'une goutte d'eau contienne 1/129,600 de sulfate d'atropine pour que son application sur la cornée produise une dilatation de la pupille qui dure pendant vingt heures, on peut conclure que l'usage interne de la belladone ne donne point à l'humeur aqueuse d'atropine, ou du moins une quantité si minime qu'elle est presque nulle.

Voilà, monsieur et très honoré confrère, des faits que vos belles recherches viennent corroborer, et qui ont une haute importance pratique. Si vous n'en avez pas eu connaissance, à quoi l'attribuer, sinon au peu d'empressement que presque tous les journaux de médecine français mettent à nous rendre compte des travaux de nos confrères néerlandais ? Et pourtant, malgré sa petite étendue, le royaume des Pays-Bas a environ vingt journaux consacrés aux médecins, aux pharmaciens et aux vétérinaires. Je sais bien que la langue hollandaise n'est presque pas connue en France, et que c'est surtout aux rédactions belges à nous faire connaître les travaux de leurs voisins. Je crois pourtant que si les recueils français utilisaient ce que les Belges et les Allemands nous apprennent au sujet des écrits médicaux hollandais, la science ne pourrait qu'y gagner.

Recevez, monsieur le docteur, avec mes remercîments pour le plaisir que m'a procuré la lecture de votre mémoire, motif de ces quelques lignes, l'assurance du respect avec lequel j'ai l'honneur d'être, etc.

Docteur Cornaz.

Neufchâtel (en Suisse), ce 16 novembre 1855.

RÉPONSE DE M. GOSSELIN.

Monsieur et honoré confrère,

Je n'avais encore entendu parler ni de la thèse de M. C. C. P. de Ruiter ni du journal hollandais dont vous parlez. Ces ouvrages sont assez inconnus à Paris pour que je n'aie pu même me les procurer depuis le reçu de votre lettre. Si je m'en rapporte à votre citation, l'auteur hollandais paraît n'avoir pas fait ses recherches avec d'autres substances que le sulfate d'atropine, et n'avoir eu pour objet que de démontrer le mode d'action de cette dernière sur l'iris. Mes travaux, celui que vous signalez avec tant d'obligeance et celui que j'ai publié depuis dans les *Archives générales de médecine* (novembre 1855) sur l'ophthalmie produite par la chaux, ont une signification plus étendue. Ils montrent que non-seulement le sulfate d'atropine, mais l'iodure de potassium, la chaux, l'eau sucrée, les acides étendus pénètrent la cornée ; et ils m'autorisent à établir que sans doute des substances délétères peuvent y arriver de même et occasionner les lésions que nous attribuons généralement à la phlegmasie. Je continue des études cliniques dans cette direction. Aujourd'hui, invoquant tout à la fois le pouvoir endosmotique de la cornée et la relation connue de tous les ophthalmologistes entre les maladies de cette membrane et celles des paupières, j'enseigne que les opacités et les ulcérations sont toutes consécutives et dues au passage dans la cornée de matériaux nuisibles fournis par les larmes, les bords palpébraux, la muqueuse congestionnée, et je rejette la pathogénie de la kératite telle qu'elle est généralement admise. D'un autre côté, j'utilise la faculté endosmotique de la membrane pour faire arriver dans l'œil des collyres au chlorhydrate de morphine (0gr,10 à 0gr,20 pour 30 grammes d'eau distillée) dans les ophthalmies très douloureuses, des collyres au sulfate de strychnine dans les cas de mydriase ; j'essaie des solutions variées contre les fausses cataractes et les cataractes membraneuses. Je ne désespère pas, enfin, d'avoir amené par la démonstration de la perméabilité cornéale, des changements importants dans la pathogénie et le traitement des maladies oculaires. Si telle a été aussi la pensée de M. de Ruiter, je l'en applaudis, et je suis heureux d'invoquer ses opinions et ses expériences à l'appui des miennes. Si au contraire il n'a voulu qu'expliquer l'action de la belladone, je serai encore très satisfait que mes recherches trouvent une confirmation dans les siennes ; mais il me sera permis de faire observer que nos travaux ont une portée très différente.

En vous remerciant, mon cher confrère, de la bienveillante courtoisie avec laquelle vous voulez bien parler de mon mémoire, permettez-moi de vous offrir l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

L. Gosselin.

Paris, 26 novembre 1855.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

Malacologie. — *Observations sur les spermatophores des Gastéropodes terrestres androgynes*, par M. *Moquin-Tandon*.

L'auteur prend pour type le spermatophore de l'*Hélice chagrinée*, qu'il décrit de la manière suivante : Qu'on se représente un corps très long, très grêle, capillaire, comme cartilagineux, subcrétacé, élastique, un peu brillant, légèrement diaphane, offrant vers le tiers antérieur une dilatation oblongue, aplatie, assez régulièrement découpée et comme crénelée sur ses bords, et fortement courbée dans le sens de sa longueur. Cette dilatation forme comme une cuiller ou poche qui embrasse étroitement une petite masse pulpeuse légèrement jaunâtre, pleine de spermatozoïdes,

à laquelle elle adhère, et contre laquelle sont appliquées les crénelures de ses bords.

Exposé à l'air, ce curieux appareil se sèche, se durcit, et devient plus ou moins cassant.

Le spermatophore de l'*Arion brun* ou *limace rouge* diffère sensiblement de celui de l'*Hélice chagrinée*. Son réservoir séminal est beaucoup plus grand proportionnellement. Il ne possède pas de prolongement postérieur. Sa forme est celle d'une capsule arquée et non pas celle d'une cuiller plus ou moins droite, etc.

Les spermatophores sont sécrétés par la partie étroite du fourreau de la verge et par son *flagellum*.

Ces organes ont pour fonction l'intromission de l'humeur spermatique. Il servent aussi à rendre l'union sexuelle plus intime, plus forte, plus certaine.

Le spermatophore entre dans le pénis par sa base, quelque temps après l'introduction de ce dernier ; il le traverse dans toute sa longueur, se rend lentement dans l'appareil femelle, et arrive, en traversant le vagin, jusque dans la *branche copulatrice*.

CHIRURGIE. — *Observations d'anévrysme de l'artère ophthalmique guéri au moyen des injections de perchlorure de fer*, par M. *Bourguet* (d'Aix).

Le sujet, âgé de douze ans et demi, présentait une série de tumeurs anévrysmales d'un volume et d'une constitution variables, correspondant aux branches frontale, nasale et palpébrale supérieures de l'artère ophthalmique ; l'œil était en grande partie chassé de sa cavité.

Une première injection de sept à huit gouttes de perchlorure de fer à 28 degrés étant restée sans résultat, l'auteur procéda à une seconde, composée de dix-sept à dix-huit gouttes. Sous l'influence de cette dernière injection, il se forma des caillots dans les points mis en contact avec le liquide coagulant. Ces caillots s'étendirent de proche en proche, et finirent, au bout de quelques jours, par remplir toutes les portions dilatées de l'artère ophthalmique.

Cette opération ne fut suivie d'aucun accident grave.

Au bout de quinze jours, la résolution commença à s'emparer de toutes ces tumeurs ; un peu plus tard, l'œil rentra dans l'orbite ; la vision, qui était presque entièrement abolie avant l'opération, se rétablit ; enfin la difformité de la face, qui était très considérable, s'effaça à son tour et disparut peu à peu.

Aujourd'hui, la guérison ne laisse rien à désirer ; elle date de près de dix mois. (*Comm.* : MM. Velpeau, Cloquet.)

MÉDECINE. — *Sur une maladie propre aux ouvriers en caoutchouc.* (Note de M. *Delpech.*)

L'auteur appelle l'attention de l'Académie sur une maladie spéciale et non décrite des ouvriers employés dans la fabrication des objets en caoutchouc.

L'inhalation des vapeurs du sulfure de carbone détermine chez eux des accidents qui consistent : dans des troubles variés de la digestion ; dans une modification profonde de l'intelligence, hébétude, perte de la mémoire, etc. ; dans une grave altération des fonctions du système nerveux, céphalalgie, vertiges, trouble des sens, paralysies plus ou moins complètes du mouvement, et surtout dans une impuissance génitale quelquefois absolue.

Le mémoire qu'il présentera prochainement à l'Académie contiendra l'exposé de faits assez nombreux et d'expériences faites sur les animaux, et l'indication de mesures d'hygiène publique et privée propres à soustraire les ouvriers à l'influence du sulfure de carbone.

ANATOMIE. — *Sur la structure de la cellule nerveuse*, par M. *Stilling*, de Hesse-Cassel (présenté par M. *Bernard*). — *De la cellule nerveuse.* — L'auteur étudie successivement l'enveloppe, le parenchyme, le noyau, le nucléole et le prolongement des cellules nerveuses centrales.

1° *Enveloppe.* — Elle est constituée par une quantité innombrable de petits tuyaux très fins, semblables à ceux qui composent le réseau de la fibre nerveuse primitive. Elle adhère assez étroitement au parenchyme ; mais quand l'acide chromique ou l'alcool ont agi sur la cellule, ce parenchyme se contracte de manière à laisser un vide dans lequel on aperçoit des fragments de tubes allant de l'enveloppe au parenchyme.

2° *Parenchyme.* — Il est composé par une masse d'innombrables petits tuyaux qui sont égaux à ceux qui constituent le réseau de la fibre primitive nerveuse. Ils sont dirigés dans tous les sens et si étroitement unis les uns aux autres, qu'ils forment une espèce de glande. Il est en rapport de contiguïté en dehors avec l'enveloppe, en dedans avec le noyau.

3° *Noyau.* — Il a une constitution analogue à celle du parenchyme : il présente des petits tubes allant en dehors vers le parenchyme, et en dedans vers le nucléole.

4° *Nucléole.* — Il se compose de trois couches concentriques distinctes par leur couleur : la couche centrale est formée par un point rouge, la moyenne est bleue, la plus extérieure est jaune-orange. De chacune de ces couches partent des prolongements tubuleux qui s'avancent souvent jusqu'aux bords du noyau.

5° *Prolongement des cellules nerveuses centrales.* — Toutes, sans exception, en sont pourvues. Ces prolongements sont composés par des tuyaux très petits, de même nature que ceux du parenchyme ; ils vont en se divisant et se subdivisant de plus en plus à mesure qu'ils s'éloignent de la cellule, deviennent de plus en plus fins, et fournissent sur différents points des filaments très déliés.

Académie de Médecine.

SÉANCE EXTRAORDINAIRE DU 24 NOVEMBRE 1855.
PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

M. *Barth* achève la lecture du rapport de la Commission des épidémies pour l'année 1854.

— A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret*.

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance, dans lequel M. Malgaigne regrette de ne pas voir reproduite la réclamation de priorité élevée par M. *Rigal* (de Gaillac) à l'occasion de la communication de M. *Duchenne* (de Boulogne), relative à l'emploi des appareils de caoutchouc.

M. le *secrétaire annuel* répond que le procès-verbal n'avait pas à mentionner les paroles prononcées par M. Rigal, en dehors des usages académiques, en l'absence du bureau, et après que le président avait déjà levé la séance.

Correspondance.

1. M. le ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a.* Les rapports des médecins des épidémies sur les maladies qui ont régné en 1854 dans le département de la Somme. (*Commission des épidémies.*) — *b.* L'état général des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département du Bas-Rhin. (*Commission de vaccine.*)

2° Communications de : — *a.* M. *Vitry* (Quatrième note sur le choléra). — *b.* M. le docteur *Gornet* (Lettre sur le choléra). (*Commission du choléra.*)

M. *Gaultier de Claubry* propose de nommer une commission de onze membres qui serait chargée de présenter à l'Académie un travail sur l'état actuel des diverses *sections*, et un projet de réorganisation tendant à diminuer celles dont les membres excèdent le chiffre réglementaire et à augmenter celles où la mort a laissé des lacunes.

— M. le *secrétaire perpétuel* répond que ce sont là depuis longtemps les intentions du conseil d'administration, et que le bureau attendait que l'Académie fût en nombre pour en faire la proposition.

— M. *le président* annonce à l'Académie la mort de M. *Barbier* (d'Amiens), membre correspondant.

— M. *Riberi* (de Turin), associé étranger, présent à la séance, adresse à l'Académie de vifs remercîments pour l'honneur qu'elle lui a fait en l'ajoutant à la liste de ses membres correspondants. Au milieu du bonheur qu'il ressent à venir s'asseoir parmi ses savants collègues de France, il éprouve le regret bien profond de ne plus voir dans cette enceinte un maître illustre, un loyal ami, M. Roux, dont la perte lui a été si sensible !

Lectures et Mémoires.

M. *Baillarger* donne lecture d'une note intitulée : *De la répartition et de la proportion relative des sexes dans les grossesses multiples. De l'influence de l'hérédité sur la production de ces grossesses.*

I. *Répartition des sexes.* — Les faits se rangent ici en trois catégories comprenant :

La première, la réunion de deux garçons ;

La seconde, celle de deux filles ;

La troisième, celle d'un garçon et d'une fille.

Voici les résultats obtenus sous ce rapport dans 256 grossesses multiples :

Il y a eu :	Deux garçons,	100.
	Deux filles,	58.
	Un garçon et une fille,	98.

On voit que la réunion de deux garçons, dans les grossesses gémellaires, est presque deux fois plus fréquente que la réunion de deux filles. On voit aussi que la troisième catégorie (celle des deux sexes réunis) est presque égale à la première.

II. *Proportion relative des sexes.* — La solution de cette seconde question découle des chiffres que je viens d'indiquer. Sur 512 enfants jumeaux, on trouve qu'il y a eu :

Filles, 214.
Garçons, 298.

Le nombre des garçons surpasse donc celui des filles de plus d'un tiers.

Ce résultat paraîtra certainement remarquable si l'on se rappelle que la proportion des sexes pour la totalité des naissances ordinaires est de 16 filles pour 17 garçons. Ainsi, la différence est, dans un cas, de plus d'un tiers, et dans l'autre d'un seizième seulement.

La proportion relative des deux sexes suit donc, dans les grossesses gémellaires, des lois spéciales et tout à fait distinctes de celles qui régissent les naissances normales.

Ce fait, intéressant par lui-même, le devient davantage si on le rapproche des documents recueillis par M. Flourens sur la proportion des sexes chez les animaux, documents qui portent la prédominance des mâles sur les femelles d'un seizième à un sixième.

Je crois devoir faire remarquer que la prédominance si grande du sexe masculin dans les grossesses gémellaires se lie à un autre fait qui ressort des statistiques générales des naissances. Je veux parler du nombre beaucoup plus considérable de garçons parmi les enfants morts-nés. La proportion est, en effet, de 17 garçons pour 12 filles. Cette singulière prédominance des garçons parmi les enfants morts-nés peut, à mon avis, s'expliquer en partie par la prédominance du sexe masculin dans les grossesses gémellaires, lesquelles fournissent, on le sait, un contingent assez considérable aux statistiques des enfants mort-nés.

III. *Influence de l'hérédité.* — Les grossesses gémellaires sont héréditaires dans certaines familles, mais à des degrés divers et dans des conditions différentes.

Un très grand nombre de faits prouvent que les filles des mères qui ont eu des grossesses doubles ont assez souvent elles-mêmes deux enfants à la fois. Cette disposition saute quelquefois une génération et c'est la petite-fille qui a eu une ou plusieurs grossesses doubles.

Les faits que j'ai recueillis tendraient à prouver que cette disposition héréditaire se transmet aussi pour les fils. Certains hommes auraient ainsi la faculté de procréer deux enfants à la fois alors même qu'aucune disposition héréditaire n'existe sous ce rapport chez la femme. Ce dernier fait aurait une grande importance au point de vue physiologique, et je comprends qu'il doit être appuyé sur des preuves irrécusables. Je me borne donc à l'indiquer, me proposant d'y revenir dans une prochaine note.

Je crois, avant de terminer, devoir rappeler que la disposition héréditaire dont je viens de parler paraît avoir été mise à profit pour obtenir chez les animaux des espèces qui procréent deux petits au lieu d'un. On est ainsi arrivé à obtenir des troupeaux de brebis qui portent normalement deux agneaux. La portée simple est devenue l'exception au lieu d'être la règle. J'ai vu un troupeau composé de près de cent bêtes et dont chaque brebis donne ainsi tous les ans deux agneaux. L'accouplement des béliers de ces troupeaux avec des brebis qui, jusqu'à présent, n'ont porté qu'un agneau, pourrait trancher la question de l'influence du mâle sur le nombre des petits. J'espère que cette expérience pourra bientôt être tentée et je m'empresserai d'en faire connaître les résultats à l'Académie.

M. *Duméril*, ayant examiné l'insecte envoyé récemment à l'Académie par M. le docteur *Lasserre*, a reconnu que cet animal, dont la piqûre aurait produit des accidents si redoutables, n'est autre que l'Ixode ou Ricin. M. Lasserre a pris les œufs de cet arachnide pour des glandes chargées de sécréter le liquide venimeux.

Discussion sur le séton.

M. *Bouillaud* présente longuement le tableau critique des débats depuis l'origine de la discussion. Il partage les sages réserves de M. Gerdy sur l'emploi des exutoires, et loue les préceptes qu'il a posés pour servir de règle dans l'appréciation d'une méthode curative. L'orateur approuve les prudents avis, la savante circonspection de M. Velpeau ; mais il proteste contre les reproches d'incertitude et d'insuffisance que l'honorable chirurgien a adressés à la thérapeutique médicale. Il reconnaît les services rendus à la cause des exutoires par M. Bouley, et il apprécie la juste valeur des faits rapportés par cet éminent vétérinaire.

M. Bouillaud se plaît à rendre hommage au talent avec lequel M. Bouvier a plaidé la cause de la révulsion et aux ressources que M. Malgaigne a développées dans sa glorieuse campagne contre les exutoires. Les deux champions ont fait assaut d'esprit, de verve et d'érudition. Après de pareilles luttes, la victoire demeure indécise. Cependant M. Bouillaud pense, avec M. Malgaigne, que les faits relatifs à l'efficacité du séton et des exutoires ne revêtent aucun des caractères de la certitude scientifique, que les observations des auteurs cités par M. Bouvier ne sont que des ébauches grossières, que des preuves incomplètes. Il proclame encore, avec M. Malgaigne, qu'en médecine, comme dans toutes les sciences exactes, l'autorité la plus imposante, la seule qui soit sûre et infaillible, c'est l'autorité des faits, l'autorité de l'expérience. La tradition la plus respectable n'a de valeur elle-même qu'autant qu'elle a reçu le sacrement, le baptême de l'observation.

Mais M. Bouillaud est de l'avis de M. Bouvier contre M. Malgaigne pour tout ce qui touche à la grande idée de la révulsion. Oui, sans doute, la révulsion appartient à l'antiquité ; elle se perd, pour ainsi dire, dans la nuit des temps comme le berceau de la médecine elle-même ; elle est née avant Hippocrate, qui l'avait reçue en héritage de ses ancêtres dans l'art de guérir. Hippocrate, dans son aphorisme *Duobus doloribus*, etc., pose les bases de la doctrine ; Celse et Galien en sont les premiers législateurs. Elle traverse le moyen âge en ajoutant à sa lignée les noms glorieux énumérés par M. Bouvier, et elle arrive jusqu'à nous à peu près comme elle est sortie des mains des anciens. Les XVIII^e et XIX^e siècles, tout en respectant les sages principes posés par les médecins grecs et latins, ne font que revêtir la méthode révulsive du caractère de l'époque médicale actuelle.

L'orateur s'associe à M. Bouvier pour protester contre le ridicule dont M. Malgaigne a cherché à couvrir Barthez et toute l'école de Montpellier.

C'est une erreur singulière que de soutenir aussi, comme l'a fait M. Malgaigne, que l'école de Paris n'ait pas sa doctrine de la révulsion. M. Malgaigne a mal cherché. Qu'il ouvre le *Dictionnaire* en 15 volumes et le *Dictionnaire* en 30, et il trouvera, dans ces deux ouvrages, de longs et savants articles sur la révulsion. M. Roche, d'une part, M. Guersant, de l'autre, lui diront ce que l'on doit entendre par *méthode révulsive*, quels principes, quelles règles doivent guider le médecin dans l'emploi de cette médication, sur quelles données elle repose, de quelle loi physiologique elle découle. M. Malgaigne trouvera là des vues théoriques appuyées sur des faits cliniques bien observés et sagement interprétés. Il y lira l'immense liste des moyens révulsifs, et il pourra se convaincre qu'ils constituent plus de la moitié de la thérapeutique : si bien que supprimer la révulsion ce serait arracher au praticien ses ressources les plus fécondes autant que les plus puissantes.

M. Bouillaud est loin de prétendre qu'on ait dit le dernier mot en matière de révulsion : on a beaucoup dit, sans doute, et beaucoup fait à ce sujet, mais il reste à dire et à faire plus encore.

L'orateur n'a pas suffisamment étudié l'action du *séton* pour pouvoir se prononcer sur son efficacité. Mais il lui semble qu'il est difficile de juger sainement de la valeur d'un moyen dont l'action est si lente et à l'aide duquel viennent toujours s'associer plus ou moins les soins hygiéniques, les remèdes concomitants, et l'influence médicatrice de la nature qu'on ne saurait nier.

M. Bouillaud se sert beaucoup, dans sa pratique, des irritants, des révulsifs cutanés proprement dits. Il a appliqué énormément de vésicatoires, et il en applique encore deux, trois ou quatre en moyenne par jour : ce qu'il va dire du vésicatoire repose donc sur une expérience journalière, persévérante, et qui date de plus de vingt-cinq ans. Guidé par cette sage maxime de Morgagni : *Non numerandæ sed perpendendæ observationes*, il a beaucoup et longtemps observé ; il a pesé les faits avec soin, avec rigueur, il les a sévèrement interrogés, il ne les a admis qu'avec la plus scrupuleuse réserve, et après les avoir soumis, pour ainsi parler, au creuset des meilleures méthodes d'observation.

Il partage les doutes, les craintes mêmes qu'inspirent à M. Malgaigne les exutoires à demeure, quels qu'ils soient ; mais il proclame bien haut l'excellence des vésicatoires volants. Appliqués suivant des principes convenables et surtout avec opportunité, ils se montrent, dans un très grand

nombre de maladies, d'une efficacité aussi prompte que certaine. Dans les phlegmasies des organes thoraciques, dans la plupart des maladies articulaires, ils peuvent servir d'auxiliaires puissants à la méthode des saignées. Le plus souvent même ils suffisent seuls pour amener une résolution rapide, ou pour déterminer l'entière résorption des épanchements séreux du péricarde, de la plèvre, des synoviales articulaires.

Les vésicatoires volants triomphent à merveille de ces bronchites rebelles, de ces enchifrènements bronchiques qui accompagnent l'emphysème pulmonaire.

Enfin, tout le monde sait avec quelle sorte d'enchantement ils font souvent disparaître les douleurs rhumatismales invétérées et les névralgies opiniâtres.

M. Bouillaud termine par de courtes considérations sur le mode d'action des révulsifs intérieurs, vomitifs, purgatifs et diurétiques, qui agissent le plus souvent, non point par irritation, mais, ainsi que l'a fort bien expliqué M. Bouley, en diminuant la masse des humeurs et la tension du sang, en opérant dans le système vasculaire une espèce de vide qui favorise l'absorption interstitielle.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en *comité secret*.

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité de pathologie générale et comparée des animaux domestiques, par M. le professeur O. DELAFOND, 2e édition. 1 volume in-8 de 724 pages avec figures. Paris, 1855, LABÉ.

Quand un homme de talent aime passionnément l'étude, qu'il a une patience éprouvée et une grande force de volonté ; quand il a de fréquentes occasions d'observer et qu'il se livre à l'enseignement de la science dont il fait journellement des applications pratiques, on peut croire que ses écrits seront utiles et sérieux.

Après un intervalle assez court, le livre de M. O. Delafond vient d'arriver à sa deuxième édition. Il y a dans ce fait une preuve flatteuse pour l'auteur : c'est la rapide consécration d'un livre élémentaire, et d'ordinaire, pour ces sortes de livres, la faveur publique est toujours plus ou moins lente à se manifester.

Des corrections, des changements, des additions, des recherches nouvelles et originales, font de cette deuxième édition un livre tout à fait neuf. Le cadre de l'œuvre s'est dilaté, le plan et la distribution des matières sont les mêmes, mais la vue de l'esprit s'étend plus loin, et nous devons féliciter l'auteur d'avoir abordé avec persévérance de nombreuses recherches microscopiques.

Dans cette nouvelle édition, comme dans la première, l'auteur s'est inspiré des travaux de Chaussier, de Landré-Bauvais, de Double, de Chomel, de Caillot, etc. Il s'est rapproché surtout de la forme de M. le professeur Chomel. Mais, on le comprend bien, s'il est déjà difficile de grouper clairement des rapprochements, des analogies, des généralités, quand on envisage les maladies d'un seul être, la tâche devient plus difficile encore quand on doit étudier en même temps ce qu'il y a de commun dans les maladies de plusieurs animaux de genre et d'ordre différents. Alors il faut souvent aborder des détails, faire la part de nombreuses différences, et quand dans l'observation des incertitudes ou des lacunes se présentent, évoquer l'anatomie et la physiologie pour faire des inductions nécessaires à l'unité et au déroulement du sujet. Par la forme du travail, sans doute, comme nous le disions tout à l'heure, la pathologie générale de M. O. Delafond rappelle souvent celle du professeur Chomel ; cependant le professeur d'Alfort n'est pas toujours aussi précis ni aussi clair que le savant médecin de l'Hôtel-Dieu. Le mérite et le talent du médecin sont bien connus de nos lecteurs ; le vétérinaire ne s'astreint pas toujours à des règles fixes et invariables ; il n'est pas toujours aussi méthodique, mais en revanche il ne craint pas de s'aventurer dans les régions inexplorées ou inconnues de la science : tout en rendant hommage au passé, il croit à l'avenir, et par ses recherches et ses travaux il cherche à en assurer et à en confirmer les progrès.

Du reste, pour apprécier l'œuvre d'un auteur, il faut souvent considérer l'état antérieur de la science. La médecine vétérinaire n'a pas de longues annales ; il n'y a pas un siècle qu'elle est instituée, et depuis cette époque elle n'a pu réunir qu'un ensemble relativement incomplet de documents certains. Dans cet état de choses, l'auteur a rencontré de nombreuses difficultés. Ce n'étaient pas les médecins, les naturalistes, les hippiatres, les agronomes de l'antiquité qui devaient lui donner pour la composition de son livre des éléments spéciaux bien étendus. Ces auteurs, au nombre desquels on voit figurer Aristote, Varron, Columelle, Absyrte, Végèce, etc., ont parlé de la pathologie générale vétérinaire, mais d'une manière familière aux anciens ; c'est-à-dire que dans leurs œuvres les divisions par livres, par sections, par chapitres, sont très rares, et que leurs considérations de pathologie générale se trouvent disséminées dans plusieurs parties de la composition. Sans doute M. O. Delafond connaît tous ces auteurs; mais puisqu'il avait, comme il le dit, consulté les médecins qui ont traité de la pathologie générale, nous regrettons qu'il n'ait pas jugé convenable de colliger ce qu'il y avait encore de plus spécial et de plus relatif à son sujet. Et nous le regretterons d'autant plus vivement, que la patience et l'assiduité de M. Delafond devaient lui rendre facile et profitable cette sorte d'exposition; car ces considérations pouvaient introduire de la variété dans le travail, et donner à l'auteur l'occasion de faire constater quelle influence a pu avoir son initiative dans l'avancement de la pathologie générale vétérinaire.

Quoi qu'il en soit, nous devons dire encore que cette pathologie générale a été composée comme la première partie d'une série de publications dans lesquelles l'auteur se réserve d'introduire des considérations nouvelles.

Dans la deuxième édition, nous avons remarqué les points suivants; ils doivent arrêter l'attention et provoquer l'intérêt des médecins de l'homme.

Le § VI de l'étiologie consacré à l'étude des causes dont l'action est encore peu connue renferme des considérations sur les ferments infectieux tirant leur origine : 1° de l'influence paludéenne, 2° de la fermentation putride des matières animales, 3° des animaux malades, 4° des animaux sains. Ruini, Pozzi, Misley, Damoiseau, Clichy et Bertrand, ont constaté l'existence de la fièvre intermittente simple chez les animaux et particulièrement sur le cheval. Le docteur Bally, et après lui le professeur Dupuy ont dit que les animaux, aussi bien que l'homme, peuvent être atteints de la fièvre intermittente pernicieuse des marais. M. O. Delafond ne croit pas que l'on doive évidemment rattacher la production de ces maladies à l'action des miasmes paludéens. Cependant, en 1854, M. G. Lessona, professeur à l'école royale vétérinaire de Turin et docteur en médecine, a publié dans le *Giornale di veterinaria in Torino*, des observations recueillies pendant plus de vingt ans, et desquelles il résulte que la fièvre intermittente simple et pernicieuse est très fréquente chez le cheval, le bœuf, le mouton et le chien, lorsque ces animaux ont subi pendant plus ou moins longtemps l'influence paludéenne. Pour le professeur de Turin, qui a observé dans les marais de la Sardaigne, dans la campagne de Rome et dans les maremmes, les miasmes paludéens sont considérés comme les causes directes des fièvres intermittentes. En 1853, notre confrère Ancelon, de Dieuze, a publié un *Mémoire sur la pathogénie comparée des endémies et des épizooties produites par les marais de la Seille*. M. Verrheyen, vétérinaire et membre de l'Académie de médecine de Belgique, chargé du rapport sur ce dernier mémoire, a aussi parlé de la très fréquente coexistence d'endémies, de fièvres intermittentes et d'enzooties charbonneuses. Quelques observateurs nous ont affirmé que, dans les pays marécageux, les chiens sont atteints de frissons, de tremblements, de froid, de chaleur et d'abattement; ces accidents, dit-on, se reproduisent d'une manière périodique assez régulière. Si la sueur ne figure pas dans les symptômes indiqués, c'est que jamais cet animal ne sue ; et cependant M. Ercolani, professeur à l'école vétérinaire de Turin, a démontré par des recherches microscopiques exactes que la peau du chien est pourvue d'un appareil sudoripare beaucoup plus développé que celui du bœuf.

Dans le chapitre V, consacré à l'examen des symptômes, il y a

au § III des recherches d'anatomie pathologique et des études comparatives sur l'homme et sur les animaux.

Dans l'examen des causes du murmure respiratoire, M. O. Delafond rappelle que, pour apprécier la théorie de M. Beau, il a pratiqué la trachéotomie à un cheval, que les naseaux ont été réunis par des sutures, et que cependant le murmure respiratoire n'a pas cessé de se faire entendre. MM. Barth, Roger, Raciborski, ont fait la même expérience, et ont obtenu des résultats analogues. M. O. Delafond a depuis répété cette expérience en la variant : il a, sur plusieurs chevaux, coupé la trachée en travers, près de son entrée dans la poitrine ; il a mis l'extrémité coupée en dehors de la plaie, afin qu'il fût bien certain que l'air ne pouvait pénétrer que par le bout du conduit respiratoire accessible à l'air. Le murmure respiratoire a persisté, mais cependant on l'entendait d'une manière moins distincte qu'avant l'expérience.

Dans le § IV, l'auteur explique pourquoi l'auscultation des bruits du cœur et la percussion de la paroi thoracique ne peuvent donner des renseignements aussi distincts, et partant aussi précieux, dans les animaux que dans l'homme. Par des expériences nouvelles, l'auteur pense avoir renversé la théorie de M. Beau sur l'allongement du cœur dans le moment où il vient frapper les parois thoraciques; il croit aussi avoir fait justice de la théorie du même auteur sur la production des bruits anormaux du cœur. Mais comme le chapitre qui traite des bruits anormaux du cœur a été revu, considérablement augmenté; qu'il est, en quelque sorte, devenu original et n'est pas susceptible d'être analysé aussi succinctement que l'espace nous y obligerait; et enfin que l'opposition de M. O. Delafond ne nous paraît pas tout à fait péremptoire, nous renvoyons nos lecteurs à cette partie du livre.

Il y a aussi dans le livre de M. Delafond de nouvelles recherches très étendues sur la production de la couenne du sang des animaux à l'état hygide et morbide.

L'analyse chimique du sang des animaux à l'état physiologique et pathologique a été l'objet de travaux faits en commun avec MM. Andral et Gavarret. Ces études, qui n'ont pas duré moins de cinq années, ont été reproduites dans cette édition, aux articles *Globules*, *Fibrine*, *Albumine et Eau du sang des animaux*.

Avec le microscope, l'auteur a voulu constater les conditions physiologiques et pathologiques du sang et de la lymphe. Cette étude a entraîné le savant et habile micrographe dans des recherches longues, délicates, difficiles ; mais, par une patience soutenue, il a pu, en quelque sorte, ouvrir une nouvelle voie aux vétérinaires français et aux médecins qui veulent se livrer à des travaux de pathologie comparative.

L'étude sur l'albumine, la fibrine et les cellules de la lymphe a été l'objet d'un grand soin et d'une grande attention. Par son importance, par sa nouveauté, son originalité, par les nombreux détails bibliographiques qu'elle renferme, cette partie intéressante fait relief sur toute l'œuvre. Nous regrettons de ne pouvoir suivre ici l'auteur dans cet intéressant sujet, où les faits sont si nombreux, si variés, où la substance est si riche, qu'il échappe à l'analyse.

Signalons encore rapidement quelques points du travail où des additions nombreuses ont été introduites. Le § VI, traitant des exhalations et des sécrétions diverses, se trouve presque entièrement refondu. Le § VII, traitant des symptômes et signes fournis par l'appareil génital du mâle et de la femelle, a été considérablement étendu. Les chapitres VII, VIII et IX, relatifs à la propagation des maladies, aux symptômes qui les signalent, à la marche, à la complication, aux crises, au diagnostic et au pronostic des maladies, ont reçu des modifications que l'état actuel de la science rendait nécessaires.

Si l'on réfléchit maintenant que la *Pathologie générale* de M. O. Delafond est un livre tout particulièrement destiné aux élèves des écoles vétérinaires, on comprendra qu'il a dû souvent répéter des détails élémentaires. Par cela même, il a introduit dans son œuvre une sorte d'aridité qui retarde un peu l'esprit dans sa marche. Cependant, par la valeur, le nombre, la variété des observations, par la quantité des expériences entreprises et conduites à bonne fin, par beaucoup de points qui intéressent l'une et l'autre médecine, la *Pathologie générale et comparée des animaux domestiques* est appelée, nous le croyons bien, à figurer honorablement dans les bibliothèques de beaucoup de vétérinaires et de beaucoup de médecins.

Docteur PATTÉ,
membre titulaire de la Société impériale vétérinaire.

On the Influence of Education and Training in Preventing Diseases of the Nervous System (*Sur l'influence de l'éducation physique et morale pour prévenir les maladies du système nerveux*), par R. B. CARTER, membre du Collége royal des chirurgiens et de la Société royale de médecine et de chirurgie.

C'est à l'éducation, prise dans son sens le plus général, c'est-à-dire comprenant tout ce qui sert à développer, dans un sens ou dans un autre, les aptitudes physiques, intellectuelles ou affectives de l'enfance et de la jeunesse, c'est à l'éducation que l'on doit faire remonter la plupart des conditions qui peuvent servir à caractériser, dans le cours de la vie, chaque individualité. Tempérament, santé, caractère, habitudes, manière de sentir, faculté de comprendre, presque tout provient du milieu où se sont écoulées nos premières années, et des circonstances dont nous avons eu à subir l'influence. Dans ce milieu inextricable, que déroule aux yeux comme à l'esprit de l'enfant une série incessamment renouvelée de tableaux renaissants, dans ce monde organique et moral où s'épanouissent ses organes encore incomplets et où se débat son intelligence à peine ouverte, rien n'est perdu ; tout sert ou nuit, dans ce microcosme, comme dans l'univers, dont chacun de nous n'est qu'une partie infime; il n'est molécule si ténue qui ne trouve une place à remplir, un rôle à jouer, un corps à compléter.

L'ouvrage du docteur Carter n'a donc pas pour objet de témoigner de l'influence de l'éducation sur les maladies du système nerveux, ce qui ne serait qu'une prétention banale ; c'est une étude de cette influence, c'est en réalité un traité de l'éducation.

Cet ouvrage est divisé en trois parties, dont la dernière devait seule le constituer d'abord ; mais l'auteur a voulu compléter son œuvre en développant les prémisses d'un sujet dont les conclusions seules devaient voir le jour.

La première partie est consacrée à l'exposition du système nerveux. L'auteur passe successivement en revue la structure et les fonctions du système nerveux; puis il étudie la force nerveuse, instinctive et volontaire. Nous appellerions plus volontiers celle-ci volitionnelle (*volitional*), si l'on avait, à notre connaissance, donné un adjectif au mot volition. Il consacre ensuite deux chapitres à l'étude analytique de l'*émotion* et de l'*attention*.

L'émotion n'est autre chose que l'association d'un sentiment (*feeling*) de plaisir ou de peine avec une idée ou une série d'idées.

L'attention est assimilée à l'état de conscience, et ne comporte avec elle aucune condition de durée. Beaucoup d'idées peuvent traverser notre esprit et se manifester par des effets, sans que la conscience en soit ressentie; mais dès que nous avons conscience d'une idée pendant un temps long ou court, ou même d'une manière interrompue et comme par vibrations (*in a vibratory manner*), l'attention existe.

Un rapide exposé des maladies du système nerveux (mentales surtout), et une analyse succincte et peu sympathique de la phrénologie et du mesmérisme, terminent cette première partie.

La deuxième partie est consacrée à l'éducation physique, la troisième à l'éducation morale.

L'auteur a mis grandement à profit toutes les notions que la chimie moderne nous a procurées sur la composition de l'air et des aliments, sur l'analyse des phénomènes de la respiration et de la digestion. Il y a là des chapitres d'hygiène très complets et très

pratiques, et qui seront lus avec beaucoup de fruit. Nous avons remarqué avec plaisir, entre autres choses, que l'auteur réprouvait, tout aussi bien que s'il avait écrit de ce côté de la Manche, la manie toute britannique de laisser aux enfants les jambes nues, en dépit de toute raison et de tout agrément pour eux.

Mettant ensuite à profit les notions physiologiques et métaphysiques exposées dans la première partie, au sujet des fonctions du cerveau et du développement des phénomènes intellectuels et des facultés sensoriales, il étudie successivement la régularisation des idées et des volitions, des passions et des sentiments, et enfin des études et de ce que les Anglais appellent *accomplishments*, ce que nous ne pouvons que très mal traduire, sans périphrase, par le *complément de l'éducation*.

L'auteur nous fait suivre avec une extrême lucidité le développement des idées, des idées simples que l'enfant accepte seules d'abord, puis des idées complexes qui s'engendrent d'elles-mêmes, et enfin des idées abstraites qu'il devient plus tard apte à concevoir. Suivre la progression que la nature nous indique, tel est le secret d'une bonne éducation pédagogique; mais celle-ci ne sera complète que si elle fait marcher concurremment avec le développement des facultés intellectuelles la direction de la sensibilité. Il insiste sur la nécessité de faire marcher de front cette triple éducation physique, intellectuelle et passionnelle. Il n'est pas de règle absolue sur ce sujet : ici la mesure est tout individuelle. On trouvera dans ce chapitre d'intéressantes et neuves applications de l'étude que nous avons indiquée sur l'*émotion*. Enfin, le volume se termine par une application des principes qui y sont développés à l'éducation publique et privée.

On peut juger, par cette analyse sommaire, du plan de cet intéressant ouvrage et de tout ce qu'il renferme. Un médecin seul pouvait l'écrire ; et si les idées et les préceptes qu'il expose ne sont pas tous également nouveaux, la forme dont il a su les revêtir et la manière dont il les a rattachés à la physiologie, à l'hygiène et à la médecine proprement dite, lui appartiennent, et impriment à son œuvre un caractère et un intérêt tout particuliers.

Nous avons dû nous en tenir à un simple exposé analytique de l'ouvrage de M. Carter, l'un de nos honorables collaborateurs devant prochainement, à propos d'une importante publication, reprendre de plus haut, et sous une forme plus dogmatique, cette grande étude de l'éducation.

DURAND-FARDEL.

VI.

VARIÉTÉS.

LA RÉCENTE TRAGÉDIE DE BRIGHTON, d'après une lettre du docteur HALL. — On se rappelle la fin tragique du docteur Franck et de son jeune fils, dont le récit nous a été apporté récemment par les journaux anglais. Le docteur Franck s'étant précipité par la fenêtre de la chambre qu'il occupait dans un hôtel, le corps de son fils fut trouvé dans son lit, privé de vie, mais sans traces apparentes de mort violente : le cadavre reposait sur le dos, avec une physionomie douce et tranquille, une absence complète de tout désordre, une cravate de soie entourant mollement le cou. On avait pensé d'abord que le docteur Franck ne s'était jeté par la fenêtre qu'après avoir étranglé son fils ; on supposa plus tard que l'enfant s'était lui-même donné la mort, et que le père n'avait fait que céder au désespoir, à ce spectacle inattendu. L'inspection des cadavres n'avait eu lieu que d'une manière très superficielle, bien qu'un médecin y eût pris part. La constatation des décès par cause violente ou supposée telle n'est pas organisée en Angleterre avec le même soin que chez nous : une latitude trop grande est abandonnée aux coroners, magistrats en général fort peu compétents en médecine légale. On sait cependant combien en France même, malgré la surveillance rigoureuse de l'administration judiciaire et l'intervention médicale régulière, les examens et les rapports laissent souvent encore à désirer en précision et en exactitude.

Or le docteur A. Hall, ayant obtenu la permission de visiter les deux corps peu d'instants avant leur ensevelissement, reconnut ce qui suit : La face du jeune homme était livide, un peu de sang apparaissait à la narine droite. Les mâchoires étaient fortement serrées sur la langue, et les dents de la mâchoire supérieure en avaient pénétré la muqueuse, tandis que celles de l'inférieure y avaient seulement marqué leur empreinte. Le côté gauche du cou offrait deux égratignures correspondant exactement à un ongle du pouce, et parallèlement au rebord de la mâchoire, trois longues égratignures dues évidemment à des ongles; à droite, on constata également, vers la partie supérieure du corps thyroïde, l'empreinte d'un ongle du pouce, et à droite du menton celle d'un ongle d'un des doigts. Il n'existait aucune trace de compression autour du cou ; à gauche seulement, vers un point déclive, une tache rougeâtre, sans ecchymose au-dessous, et considérée comme un phénomène cadavérique.

Le docteur Hall conclut, de ces vestiges, que le jeune Hugo Franck a succombé à une mort violente, et que son père l'a étranglé dans un accès de monomanie homicide. Il regrette vivement que l'autopsie de ce dernier n'ait pas été faite, car l'état du cerveau et de ses membranes eût certainement prouvé, dit-il, qu'il n'était pas responsable de ses actions, et sa mémoire ne fût pas demeurée chargée de cet épouvantable fardeau. Peut-être en eût-il été ainsi ; mais nous doutons que l'anatomie pathologique du cerveau fournisse, dans les cas de ce genre, des éléments infaillibles de jugement : le cerveau est un témoin qui ne révèle pas toujours les secrets qu'il possède.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés des sciences, des lettres et de l'École de médecine de Bordeaux a eu lieu le 15 novembre. Elle était présidée par M. le recteur Dutrey, qui, dans un discours parfaitement écrit, a exposé les modifications qu'avait subies l'enseignement supérieur dans l'année courante. MM. Blateyron, Abria, Dabasse ont rendu compte des matières enseignées dans les cours des Facultés de théologie, des sciences et des lettres. M. Gintrac, directeur de l'École de médecine, a indiqué les changements heureux survenus dans cette institution. La municipalité bordelaise a doté l'École de médecine d'un grand bâtiment qui renferme un vaste amphithéâtre avec ses dépendances, des salles de dissection convenables, un magnifique musée ; aujourd'hui elle s'occupe de l'installation d'une bibliothèque à l'usage des élèves. Bientôt donc, l'École de médecine n'aura plus rien à désirer sous le rapport du matériel.

A la fin de la séance, les prix ont été distribués aux élèves en médecine, dans l'ordre suivant :

Anatomie. — 1^er^ prix : Caussade (de la Dordogne). — 2^e^ prix (*ex æquo*): Fischer (de Paris) ; Riquard (de la Dordogne). — Accessit : Fénélon (du Mexique).

Chimie et pathologie externe. — 1^er^ prix : Fischer. — 2^e^ prix (*ex æquo*) : Caussade ; Fénélon. — 1^er^ accessit : Riquard. — 2^e^ accessit : Grenier (de Bordeaux).

— Une touchante cérémonie a inauguré les travaux de l'année scolaire de l'École de médecine de Bordeaux. Pendant les mois de septembre et octobre derniers, le choléra sévissait avec une grande intensité dans les communes rurales des arrondissements de Bayonne et Mauléon. Les secours médicaux étaient insuffisants. M. le préfet des Basses-Pyrénées demanda à son collègue de la Gironde des élèves en médecine. Cinq d'entre eux répondirent à cet appel : c'étaient MM. Micé, Durand, Casson, Boussoutrot et Grazide. Ils se rendirent immédiatement dans les contrées ravagées par l'épidémie, et donnèrent des soins aux malades avec un véritable dévouement. L'un d'eux, M. Grazide, interne adjoint de l'hôpital de Bordeaux, est mort victime de son zèle et de son abnégation, dans la commune de Saint-Pé. Le 14 novembre, un service funèbre a été célébré dans la chapelle de l'hôpital Saint-André. A cette cérémonie, qui s'est faite avec une grande pompe, se trouvaient M. le préfet de la Gironde, M. le recteur et les quatre inspecteurs départementaux, M. le maire de Bordeaux et les membres de la commission des hospices, le directeur et les professeurs de l'École de médecine, les médecins et chirurgiens des hôpitaux, un grand nombre d'étudiants Avant la fin de la cérémonie, un des aumôniers de l'hôpital, M. Larouchelle, compatriote du défunt, a exprimé, au nom des habitants de Saint-Pé, les regrets que leur avait causés la mort de celui qui était venu les secourir. Puis, M. le préfet a réuni les assistants et leur a communiqué les lettres de M. le préfet des Basses-Pyrénées et du sous-préfet de Bayonne, dans lesquelles ces magistrats rendent hommage au zèle, au dévouement, à l'intelligence dont ont fait preuve les élèves de l'École de médecine de Bordeaux, dans la pénible mission qui leur était confiée.

— SÉANCE DE RENTRÉE DE L'ACADÉMIE DE STRASBOURG. — La séance de rentrée de l'Académie de Strasbourg a eu lieu dans la grande salle du Palais de justice, en présence des autorités supérieures du département et d'un nombreux auditoire. Cette séance réunissait les cinq facultés de l'Académie, l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg, et l'École des sciences appliquées de Mulhouse. M. Delcasso, doyen de la Faculté des lettres, faisant par intérim les fonctions de recteur, a ouvert la séance par un discours sur les modifications introduites dans l'enseignement de nos facultés. MM. les doyens des facultés de théologie, de droit et des

sciences, MM. les directeurs de l'École de pharmacie de Strasbourg et de l'École des sciences appliquées de Mulhouse, sont venus successivement rendre compte de l'état de l'enseignement et des travaux accomplis pendant le cours de l'année dans les établissements qu'ils dirigent. M. Coze, doyen de la Faculté de médecine, n'a pas lu son rapport. Il a cédé la parole à M. Forget, qui a prononcé l'éloge funèbre de M. le professeur Marchal. M. Forget, avec son talent et sa verve accoutumés, a retracé l'honorable carrière de M. Marchal, mort victime de son dévouement pendant l'épidémie de typhus qui a ravagé les prisons de Strasbourg.

Des prix ont été distribués aux élèves dont les noms suivent :

Faculté de médecine. — Prix de l'Université.

Première année. M. Victor-Thimothée Feltz, de Hattstadt (Haut-Rhin). — *Deuxième année.* M. Alexandre Liétard, de Domrémy (Vosges). *Mention honorable*, M. Jules Ehrmann, de Rixheim (Haut-Rhin). — *Troisième année.* M. Henri-Adolphe-François Libermann, d'Illkirch. *Mention honorable*, M. Armand Crussard, de Neufchâteau (Vosges). — *Quatrième année.* M. Guillaume-Ernest Fritz, de Schiltigheim.

Prix de thèses décerné par la Faculté.

M. Louis-Émile Hecht, de Strasbourg, auteur de la thèse ayant pour titre : *Essai sur le spiromètre.* — *Mentions honorables.* MM. Aubenas, Sala, Leconte, auteurs des thèses intitulées : la première, *Observations de gastrotomie*; la seconde, *De la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde;* et la troisième, *De l'empoisonnement par l'acide sulfurique.*
(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

— La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu le mardi 11 décembre prochain. M. Dubois (d'Amiens) doit lire l'éloge de M. Récamier.

— La science vient de perdre dans M. le docteur Barbier (d'Amiens), membre associé de l'Académie de médecine, un des confrères qui ont le plus contribué à maintenir l'honneur des écoles préparatoires et de la médecine des départements. M. Barbier était surtout connu par son *Traité de matière médicale*. Il avait aussi fait des études approfondies de philosophie médicale, dont il a publié quelques fragments.

— L'Académie de médecine a perdu aussi un de ses anciens membres, M. Derosne, ancien pharmacien, de la section de pharmacie, qui est mort à un âge avancé.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ALLG. MEDICINISCHE CENTRAL-ZEITUNG. — Nos 66 à 79. — 68. Notice sur l'influence qu'exercent les racines antérieures de la moelle sur la lumière des vaisseaux, par *L. Pflüger*. — 69. Thérapeutique du choléra. — 72. Effets du tabac, par *Ravoth*. — 75. Deuxième communication sur l'influence qu'exercent les racines antérieures de la moelle sur la lumière des vaisseaux, par *L. Pflüger*. — 77. Deux observations qui prouvent les effets bienfaisants et calmants du chloroforme, par *Malmsten*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT F. PSYCHIATRIE. — Octobre 1855. — État présent et futur du développement des idiots, par *Keme*. — Sur les méthodes d'investigation psychique, par *Jessen*.

ARCHIV F. PHYSIOLOGISCHE HEILKUNDE, de Vierordt. — Septembre 1855. Absence du tact dans les parties qui sont dépouillées de la peau, par *Th. Weber*. — Observations sur l'obstruction de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins, par *Klinger*. — Contribution à la physiologie de l'urine, par *Kaupp*.

DEUTSCHE KLINIK. — Nos 36 à 41. — 36. Remarques sur les cas de mort subite dans la période puerpérale par suite d'obstructions de l'artère pulmonaire, par *Hecker*. — 37. Bains permanents d'eau chaude comme méthode de traitement des grandes plaies, en particulier des amputés, par le professeur *Langenbeck*. — Contribution à l'hydrophobie, par *Mankiewicz*. — 38. Extirpation et résection du scapulum, par le professeur *Langenbeck*. — Névrose du nerf hypoglosse ayant déterminé pendant plusieurs jours l'impossibilité de parler, par *Pauthel*. — 41. Emploi des bains permanents d'eau chaude, par *Fock*.

DEUTSCHE ZEITSCHRIFT F. D. STAATSARZNEIKUNDE. — T. VI, 1er et 2e cah. Brûlure par l'acide sulfurique ou le feu, par *Büchener*. — L'ophthalmoscope et son importance en médecine légale, par *Heyfelder*. — Mort par suffocation, par *Brosius*.

JOURNAL F. KINDERKRANKHEITEN. — Juillet et août 1855. Sur l'hydrocéphalie, par *Luzsinsky*. — Observation d'absence congénitale des deux yeux, par *Bartscher*.

MEDICINISCHE ZEITUNG. — Nos 36 à 41. — 36. Pathologie du pied de l'homme, par Breithaupt. — Lésions de la moelle épinière, par *Heer*. — 37. Arnica dans les contusions de la tête, par *Fritsch*. — 39. Emploi du chloroforme dans les maladies inflammatoires de la poitrine, par *Breithaupt*. — 40. Traitement de la teigne, par *Sinogowitz*.

MONATSSCHRIFT F. GEBURTSKUNDE UND FRAUENKRANKHEITEN. — T. V, 6e cah., et t. VI, 3e cah. — De l'accouchement prématuré artificiel provoqué par les injections dans la cavité utérine, par *Riedel*. — Sur l'existence et la signification de la menstruation chez les peuples de l'ancien monde, par *Ottocar Alt*.

ŒSTERREICHISCHE ZEITSCHRIFT FUER PRACTISCHE HEILKUNDE. — Nos 34 à 39. — 36. Sur la miliaire, par *Schillinger*.

VIERTELJAHRSSCHRIFT F. GERICHTLICHE U. OEFFENTLICHE MEDICIN, de Gasper. — T. VIII, 2e cahier. Le sulfate de cuivre n'est pas un poison, par *Hœnerkopf*.

WOCHENBLATT DER ZEITSCHRIFT DER K. K. GESELLSCHAFT DER AERZTE ZU WIEN. — Nos 37 à 42. — 37. Contribution à l'anatomie du bassin dans les divers âges, par *Hanselmann*. — 38. Grosseur remarquable d'un calcul urinaire, par *Friedinger*. — 39. Distorsion des articulations, par *Hanselmann*. — 40. Rapports de quelques maladies de la peau avec les phénomènes internes des organes génitaux internes de la femme, par *Hebra*. — 41. Électrisation méthodique des muscles paralysés, par *Remak*.

WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT. — Nos 36 à 41. — 36. Combinaisons de la méthode par les frictions avec les autres modes de traitement de la syphilis, par le professeur *Sigmund*. — Lettres iatrochimiques, par *v. Kletzinsky*. — 39. Choléra et empoisonnement, par *Flamm*. — 40. Petites communications pratiques, par *Küchenmeister*. — 41. Sur la dégénérescence graisseuse progressive des muscles, par *Meyer*.

ZEITSCHRIFT FUER STAATSARZNEIKUNST, von Behrend. — 1855. Supplément et 3e cahier. Contribution à l'étude du ramollissement de l'estomac, par *Santlus*. — Sur la réceptivité de l'homme pour les maladies nées sur les animaux, par *Ritter*.

ZEITSCHRIFT FUER KLINISCHE MEDIZIN, de Günsburg. — T. VI, 5e cahier. — La mélanémie, et son influence sur le foie et les autres organes, par *Frerichs*. — Emploi de la galvanopuncture dans les anévrysmes, par *Sainter*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 43. Étranglement interne, par *P. Pucciauti*. — 44. Fièvre miliaire, précédée, accompagnée et suivie de plusieurs érysipèles, par *Bartolini*. — 45. Choléra. Expériences de physique médicale, par *A. Cozzi*. — Fièvre miliaire, précédée, accompagnée et suivie de plusieurs érysipèles, par *C. Bartolini*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 42. Fièvre pernicieuse larvée ; combinaison des moyens déplétif et spécifique, par *Degiorgis*. — 43. Emploi de la salsepareille, par *Carmagnola*. — Croup, variole et autres affections éruptives, par *Rotta*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — No 43. Pansement des plaies par le charbon (suite), par *R. Operti*. — 44. Constitution médicale régnante, par *G. Rotta*. — 45. Sur les semences de ciguë, par *Bottini*. — Empoisonnement par les champignons ; tartre stibié ; éther ; guérison.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Lombardia). — Nos 41. Ozone et créosote dans le traitement du choléra, par *A. Bertolio*. — 42. Sur le choléra, par *Santo-Nobili*. — 43. Anasarque et œdème des grandes lèvres chez une femme en couches, par *Barbieri*. — Choléra de Gamerlata, par *Giovanni Pasetti*. — 44. Choléra de Trégolo, par *L. Ripa*.

GIORNALE DELLE SCIENZE MEDICHE DELLA REALE ACCADEMIA MEDICO-CHIRURGICA (Torino), 15 octobre. Choléra de Sassari en 1855, par *Vella* et *Lessona*. — 31 octobre. Topographie médicale de Port-Maurice ; épidémie de choléra, par *Amadeo*. — Opérations sous-périostales et sous-capsulaires, par *Larghi*.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 233—234—235—236—237.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 94. Choléra de Malaga, par *F. Martinez y Montes*. — 95. Fièvre typhoïde à Madrid, par *Escolar*. — Sur le choléra de 1854 et 1855, par *C. Lucia*. — 96. Limonade sulfurique contre les varioles anomales, par *Kosciakiawiez*.

GACETA MEDICA DE LISBOA. — No 65. Sur les nutriments de M. Corvisart, par *B.-A. Gomes*. — Clinique médico-chirurgicale. — 66. — Sur les nutriments, par *Gomes*. — Clinique.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — No 20. Cliniques médico-chirurgicales.

Livres nouveaux.

COMPENDIUM DER CHIRURGISCHEN OPERATIONS LEHRE (Compendium de médecine opératoire), par *W. Linhart*. In-8. Vienne, Braumüller. 16 fr.

DER HARNSAEURE-INFARKT IN DEN NIEREN NEUGEBORNER KINDER (De l'acide urique dans les reins des nouveau-nés), par *J. Hodann*. In-4°. Breslau, Grass, Barth. 1 fr. 75

GESAMMELTE ABHANDLUNGEN ZUR WISSENSCHAFTLICHEN MEDICIN (Mémoires de médecine scientifique), par *Rudolf Virchow*, professeur à l'Université de Würzbourg. 1er fascicule, In-8 de 320 pages. Francfort-sur-Mein, Meidinger-Sohn.

UEBER DIE ATHMUNGSGROESSE DES MENSCHEN (Sur la capacité de respiration chez l'homme), par *J. Arnold*. In-8. Heidelberg, Mohr. 4 fr.

UEBER HISTOLOGIE UND FORMEN DER UTERUSPOLYPEN (Sur l'histologie et les formes des polypes de l'utérus), par *C. Hirsch*. In-8. Giessen, Ricker. 2 fr.

UNTERSUCHUNGEN UEBER DIE HARN-UND HARNSTOFFMENGEN, WELCHE VON GESUNDEN AUSGESCHIEDEN WERDEN (Recherches sur les quantités d'urine et de matières urinaires rendues à l'état de santé), par *H. Beigel*. In-4°. Vienne, Gerold. 2 fr. 75

ERRATA. — Dans le dernier numéro, à l'article : *De l'élément névrose*, etc.:
Page 832, colonne 2, ligne 7, au lieu de : *de croire*, lisez : *de le croire*.
Page 833, colonne 1, ligne 21, au lieu de : *disposition*, lisez : *disparition*.
Page 834, colonne 1, ligne 32, au lieu de : *rationnelle*, lisez : *irrationnelle*.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 7 DECEMBRE 1855. — N° 49.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 6 décembre 1855.

ACADÉMIE DES SCIENCES : NIGRITIE DE LA LANGUE EN DEHORS DE TOUT ÉTAT FÉBRILE. — ABSENCE CONGÉNITALE DU NEZ; NOUVEAU PROCÉDÉ DE RHINOPLASTIE. — SUR LA POSITION A DONNER AUX ASPHYXIÉS PENDANT LES TENTATIVES DE RESPIRATION ARTIFICIELLE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : RAPPORT ANNUEL SUR LES EAUX MINÉRALES.

On sait que, depuis les travaux de Meckel et de Weber, de MM. de Blainville, Dutrochet, Béclard, Breschet, et surtout de M. Flourens, le pigmentum est , ainsi que l'épiderme, considéré comme le produit d'une sécrétion du derme, et la matière colorante, sécrétée en abondance et d'une manière uniforme chez les individus de la race éthiopienne et accidentellement chez ceux de la race blanche, comme un enduit qui vient s'interposer entre le derme et les deux lames qui constituent l'épiderme. M. Bertrand de Saint-Germain, reconnaissant, avec M. Flourens, l'influence de l'insolation et du climat pour la production de la matière colorante chez l'homme, pense qu'il y aurait encore à rechercher la part que peuvent avoir les dispositions constitutives et vitales dans la manifestation de ce phénomène. On sait, en effet, qu'il est beaucoup de femmes chez lesquelles le pourtour du mamelon, et quelquefois les grandes lèvres, revêtent une teinte noire singulièrement prononcée. M. Bertrand de Saint-Germain a en outre recueilli et présenté à l'Académie des sciences, sous le nom de *nigritie de la langue*, quelques exemples d'apparition sur la langue de taches noires accidentelles et temporaires, qu'il considère comme le résultat d'une altération du pigmentum dermo-épidermique, analogue à celles que nous venons de signaler, si ce n'est que celles-ci sont persistantes.

Dans les divers cas où cet observateur a rencontré la coloration, celle-ci s'était manifestée comme une tache d'un noir

---

FEUILLETON.

Promenade médicale à l'Exposition des Beaux-Arts.

PREMIER ARTICLE.

Si quelqu'un de nos lecteurs s'est figuré que le rôle de la *Gazette hebdomadaire* à l'Exposition universelle se bornerait à inspecter des cristaux, déguster des quinquinas, des fécules, des fruits confits, essayer des bandages, manier (non essayer, grand Dieu !) des engins à couper les jambes ou à faire sauter la mâchoire ; celui-là , certes , n'a aucune idée de l'esprit curieux et entreprenant de la critique médicale. On a dit qu'on pouvait traiter de tout à propos du pot-au-feu, en parlant d'abord de ce qu'on y met, et ensuite de ce qu'on n'y met pas. La médecine, sous ce rapport, vaut mieux que le pot-au-feu (quoique , sous beaucoup d'autres , le pot-au-feu vaille mieux que la médecine) ; car l'homme , qui est l'objet des études médicales, a réellement des accointances étroites avec l'univers entier, avec le monde physique comme avec le monde des idées, et, en parlant de tout à propos de lui, on ne parle jamais que de ce qui le regarde. L'homme accomplit les événements qu'enregistre l'histoire, et il y a une *médecine politique*, où se rencontrent Hippocrate et Montesquieu, où l'on recherche l'influence des climats sur les constitutions , sur les tempéraments, sur les mœurs, sur les aptitudes, sur les formes de gouvernement, et finalement sur les destinées des peuples. L'homme vit en société, et il y a une *médecine sociale* qui cherche à mettre l'éducation, les institutions de charité et d'hygiène publique, les lois sur l'emprisonnement, sur l'alimentation, sur le travail, etc., en conformité avec la nature physique et morale de l'être humain. L'homme se reconnaît responsable de ses actes devant la société, et il y a une *médecine légale*. L'homme, armé du pinceau et du ciseau, reproduit sa propre image et celle des animaux, et il y a une *médecine* et une *vétérinaire des beaux-arts*. On ferait aisément une médecine *industrielle* (sans compter celle à laquelle on applique vulgairement ce nom, et qui est assez florissante), une médecine du *chant*, dont M. Garcia a donné récemment un bel échantillon; une médecine du *roman*, du *théâtre* ; une médecine de chaque profession et de chaque genre de littérature. Bref, la médecine est tout, le médecin est le roi des hommes ; et comme l'homme est le roi des animaux, le médecin est incontestablement le chef-d'œuvre de la création.

Parmi les innombrables départements de la médecine, un de ceux où elle intervient le plus naturellement est celui dont nous nous occupons

très vif et de forme ovale, sur la ligne médiane, d'où elle s'est étendue par degrés à toute la surface de la langue. Elle est restée stationnaire environ dix jours, puis s'est effacée peu à peu, en sens inverse du mode de propagation, c'est-à-dire de la circonférence au centre, présentant sur ses bords un liséré jaunâtre, ainsi qu'une ecchymose en résolution. La durée moyenne de ce phénomène, dans son ensemble, a été de quarante à soixante jours. Les individus affectés n'accusaient d'autre incommodité nouvelle qu'un sentiment de sécheresse dans toute la bouche : ils se plaignaient de manquer de salive.

M. Bertrand de Saint-Germain, rejetant toute idée d'hémorrhagie sous-épidermique, considère ces taches comme une production insolite de ce même pigmentum qui colore la peau du nègre.

Il nous paraît cependant fort vraisemblable qu'il ne s'est agi, dans ces divers exemples, d'autre chose que d'un épanchement sanguin. Il faut remarquer que ces quatre individus se trouvaient, soit par leur âge, soit par leur condition actuelle de santé, dans des circonstances assez favorables aux exhalations sanguines spontanées. Le temps pendant lequel le phénomène a pu être observé répond assez à celui qui peut être nécessaire, chez des individus pourvus de peu de vitalité, pour la résorption d'une infiltration sanguine. Le liséré jaunâtre qui environnait ces taches, pareil à celui qui entoure une ecchymose en voie de résolution, semble ne pas devoir laisser de doute à ce sujet, et il paraît singulier que l'auteur de ces observations ait glissé sur une telle circonstance sans s'y arrêter. Nous avons rencontré plus d'une fois, au-dessous de l'arachnoïde, des plaques d'un noir de jais, sans aucun épaississement, et qui n'étaient certainement autre chose que des traces d'épanchement sanguin, sans doute ancien, il est vrai. Il est certain aussi que, dans le purpura, il se voit quelquefois sur la peau des taches entièrement noires, sans saillie ni dureté, et qui ressemblent parfaitement, à la largeur près, à celles dont il vient d'être question.

Quant à cette assertion, empruntée à M. Cruveilhier, qu'il n'existe jamais de matière colorante noire sur la langue de l'homme, elle n'est peut-être pas tout à fait exacte : nous avons plusieurs fois rencontré des vieillards bien portants, dont la langue humide présentait une teinte noirâtre, peu foncée sans doute, mais qui représentait bien plus, à nos yeux, une altération du pigmentum, que les observations, intéressantes, du reste, de M. Bertrand de Saint-Germain.

— La chirurgie réparatrice est une belle chose, et c'est surtout au sujet de cette proéminence faciale, dont l'absence dépare le plus beau visage, qu'elle a eu à s'exercer victorieusement. Ce n'est pas que, au point de vue de l'esthétique, ses résultats soient toujours à l'abri de toute critique, et nous avouons que nous n'avons pas toujours partagé la profonde satisfaction avec laquelle les chirurgiens ont coutume de regarder et de montrer les nez qu'ils ont refaits, lors même que nous avions le plus à admirer la sûreté de leur main et l'ingéniosité de leurs procédés. Cependant ils s'étaient généralement contentés, jusqu'ici, de réparer des nez déformés ou amoindris, et de perfectionner les procédés insuffisants de la nature, pour corriger les désastres fâcheux que cet organe a quelquefois à subir. M. Maisonneuve a fait mieux que cela : c'est un nez entier qu'il a rendu à une enfant âgée de sept mois, venue au monde forte et bien constituée, à cela près que son visage était complétement dépourvu de proéminence nasale, et qu'à la place de cette saillie naturelle, il n'existait qu'une surface plane, percée de deux petits pertuis ronds, de 1 centimètre à peine de diamètre et distants l'un de l'autre de 3 centimètres. On trouvera exposé aux comptes rendus de l'Académie des sciences, le procédé employé par ce chirurgien, dont personne ne met en doute la hardiesse et l'habileté. Nous croyons donc volontiers, sur son assurance, que l'enfant s'en est allée avec un nez de forme très régulière, et des narines assez largement ouvertes pour permettre une respiration facile; mais nous croyons qu'une photographie prise avant et surtout après l'opération, donnerait une idée beaucoup plus précise et plus sûre de la dextérité du chirurgien et de la beauté de son œuvre.

— M. Marshall Hall écrit à M. Flourens : « Je suis très occupé en ce moment de recherches sur l'asphyxie. Je crois avoir établi l'avantage de la position sur la face, lorsque l'on veut pratiquer la respiration artificielle. Si le sujet repose sur le dos, la langue tombe sur l'épiglotte en la portant sur la glotte, qui est ainsi fermée : les liquides qui peuvent se trouver dans la bouche, ou qui y remontent de l'estomac, obstruent le même passage. Tout se change en renversant la position et en plaçant le sujet sur la face ; la langue prend une position en avant, entraîne l'épiglotte, ouvre la glotte et ainsi permet que l'air entre librement pendant l'inspiration. Les liquides qui se trouvent dans l'arrière-bouche s'en écoulent. Ainsi il est de fait que les efforts pour exciter la respiration sont plus efficaces dans cette dernière position. »

---

aujourd'hui, c'est-à-dire le département des beaux-arts. Et d'abord, le patron des peintres, dans la grande cité qui est la patronne de la peinture, saint Luc l'Évangéliste, était médecin. Les érudits prétendent, il est vrai, que saint Luc n'a tenu de sa vie une brosse, et qu'on l'a confondu avec un peintre du IX^e siècle, qui, pour s'appeler *Santo*-Luca, n'en était pas plus canonisé, et n'a pas plus de droits pour figurer sur les listes du paradis que les saint Victor et les saint Gervais de ce temps-ci. En sorte que Raphaël aurait commis une énorme bévue en représentant l'Évangéliste occupé à faire la portrait de la Vierge, et que la fameuse *Académie de Saint-Luc*, à Rome, consacrerait indéfiniment une bourde historique. Mais nous nous moquons des érudits, et nous sommes trop respectueux envers la tradition, comme il appert de nos articles sur les exutoires, pour suspecter un seul instant l'opinion qui attribue à notre ancien confrère des talents dans la plastique. D'ailleurs, toutes les académies de peinture ont des cours d'anatomie, et ces cours sont faits par des médecins. Quoi donc d'étonnant que le feuilleton furète à travers l'exposition des beaux-arts, un Sappey à la main, et côte à côte avec M. Sée, notre excellent collaborateur?

Un livre d'anatomie, ce n'est pas assez. Le feuilleton, quand il se rend à l'allée des Veuves, se munit encore d'un Grisolle et d'un Longet; il emporterait un dictionnaire de médecine vétérinaire, s'il avait plus de goût pour les bêtes. C'est qu'il a une manière tout à fait large et tout à fait carrée d'entendre l'intervention de notre science dans les beaux-arts, et que, à ses yeux, un peintre ou un statuaire ne sait pas son métier, s'il n'est à la fois anatomiste, physiologiste, pathologiste et même un peu vétérinaire, ainsi qu'il va être péremptoirement démontré par des raisons et par des faits, *per argumentum et exemplum*.

Un vrai médecin ne s'embarrasse pas de théories sur l'esthétique. La *splendeur du vrai*, de Platon, l'axiome célèbre de saint Augustin : « *Omnis pulchritudinis forma unitas est*, » le naturalisme de Lessing, le syncrétisme de Schelling et de Hegel, les plus transcendantes disquisitions sur le caractère subjectif ou objectif du beau et sur le rapport du beau avec le bien et le vrai, tout cela, néant ! On n'a pas fréquenté Clamart et l'Hôtel-Dieu pendant cinq ou six ans, on n'a pas, dans sa pratique, tant d'occasions de contempler les poses et les tons de chair du cadavre, pour se laisser endormir aux rêveries de l'*idéal*, ni gagner aux caprices de la *convention*. Pour l'anatomiste, il n'y a de bonne anatomie peinte que celle qui est conforme aux planches de M. Bonamy; et la splendeur du deltoïde, par exemple, n'est autre chose que la représentation exacte d'un muscle triangulaire dont la base s'insère le long de l'épine de l'omoplate, sur

Tout ceci est-il bien exact en théorie, et bien applicable dans la pratique? Placer un individu en supination, ou simplement lui fléchir le tronc en avant, n'est-ce pas le mettre dans la situation la plus défavorable à l'expansion du diaphragme et des parois thoraciques, conditions fort essentielles cependant pour le rétablissement de la respiration? Est-il vrai que l'asphyxie, alors surtout qu'elle n'existe pas à un degré incompatible avec le retour à la vie, s'accompagne d'un tel relâchement des tissus, que la langue se laisse retomber sans résistance, comme dans un cadavre, sur l'épiglotte, et par suite sur l'orifice du larynx? Il devrait, ce nous semble, en arriver autant dans la syncope, et cependant nous n'avons jamais remarqué que le décubitus dorsal offrît alors aucun des inconvénients dont l'accuse M. Marshall Hall.

Nous croyons donc prudent, avant de suivre les indications du célèbre physiologiste anglais, d'attendre les développements qu'il promet et qui nous édifieront peut-être davantage sur ce sujet.

— On comptait, à l'Académie de médecine, sur quelque verte allocution de M. Piorry, qui ne perdra pas cette occasion de traiter, comme ils le méritent, ces vieux mots et ces vieilles idées qui se permettent de nous occuper d'eux encore, après avoir tant vécu. Mais, à la place de la philippique attendue, l'Académie a assisté à une sorte de début, beaucoup plus paisible et plus modeste, mais qui n'en méritait pas moins de la savante assemblée une attention plus sérieuse et plus courtoise. Il est vrai qu'il s'agissait d'eaux minérales, et l'on sait que l'Académie, s'en rapportant entièrement, à ce sujet, à sa commission dite « des eaux minérales, » n'a pas l'habitude de s'en occuper elle-même. M. Patissier, le rapporteur habituel et si compétent des eaux minérales, avait cédé à M. Guérard la tâche honorable et quelque peu ingrate de présenter à l'Académie le rapport annuel sur les communications des médecins inspecteurs.

Les rapports de M. Patissier étaient remarquables par leur clarté, leur précision, mais surtout par une justesse d'appréciation qui en faisait de véritables modèles à consulter pour ceux qui s'occupent d'eaux minérales. Ils prouvaient combien un esprit juste et droit peut en remontrer à l'expérience elle-même, lorsqu'à celle-ci font défaut l'exactitude et la sévérité qui lui prêtent seules quelque valeur. L'esprit distingué du nouvel académicien nous rendra sans nul doute les excellents rapports de son honorable et savant prédécesseur; mais nous l'engageons à faire quelques efforts pour ranimer l'attention difficile et récalcitrante de l'Académie. La méthode suivie par M. Patissier, et, autant que nous en avons pu juger, continuée par M. Guérard, n'est peut-être pas la plus propre à intéresser des auditeurs un peu exigeants. Prenant successivement chaque établissement thermal, et passant en revue les travaux et observations qui le concernent, ces rapports sont dépourvus de tout lien entre leurs diverses parties, ils n'ont ni commencement ni fin, et ne présentent pas suffisamment les caractères d'un travail d'ensemble.

Avant même d'être une appréciation du mérite et de l'exactitude des travaux adressés à l'Académie, ces rapports devraient être un bilan, dressé chaque année, de l'état de l'hydrologie minérale en France. Si, dans une série de chapitres successifs, ils nous faisaient assister au développement donné, depuis la période précédente, aux établissements thermaux, en agrandissements, en aménagements, en procédés usités; aux conquêtes obtenues et aux tentatives essayées par la chimie hydrologique; s'ils rassemblaient les documents statistiques relatifs à la population des malades qui visitent nos thermes, à la manière dont elle se partage entre ces établissements nombreux, aux tendances médicales ou aux prédominances morbides qu'il serait possible d'en déduire; si la partie plus spécialement thérapeutique essayait de classer les espèces pathologiques plutôt que les médications elles-mêmes; on trouverait sans doute, à chacune des parties de ces rapports, rajeunis par cette forme nouvelle, une signification importante, et qui suffirait peut-être pour ramener l'attention distraite de l'Académie. Il y aurait surtout là les éléments d'un travail plus considérable et plus utile, et qui, au bout d'un certain nombre d'années, offrirait le canevas tout préparé d'une histoire de l'hydrologie médicale en France.

DURAND-FARDEL.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DEUX CAS INTÉRESSANTS D'AFFECTIONS DE LA RATE; ET QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES MALADIES DE CET ORGANE, par A. LINAS.

Tous les pathologistes sont unanimes à déclarer que les maladies de la rate sont rares, d'une étiologie obscure, d'une symptomatologie équivoque et d'un diagnostic difficile. La plupart avouent même

l'apophyse acromion et sur l'extrémité externe de la clavicule, et dont le sommet est embrassé par la bifurcation du brachial antérieur. Cette manière de voir a sur toutes les autres le rare avantage d'être intelligible aux esprits les plus rebelles. Il n'est pas si novice rapin qui, avec un peu d'attention, ne soit en mesure d'en tirer un bon parti, tandis que, si vous lui dites de poursuivre le beau en soi, de vivifier la matière par l'esprit, le fini par l'infini: si vous le jetez dans les théories de Winkelmann; si vous lui recommandez de donner, comme les anciens Grecs, des proportions diverses, en longueur et en volume, à certaines parties du corps, suivant le caractère de la figure, d'exagérer, par exemple, la charpente osseuse et les saillies musculaires dans l'Hercule vainqueur du lion, et d'amollir au contraire les formes dans l'Hercule-Dieu, ici d'attacher les cheveux près des sourcils, là de rapetisser la tête, ailleurs d'allonger les bras, ou de raccourcir une jambe, ou de rétrécir le bassin, ou d'atténuer les reliefs du genou, — vous l'étonnez, vous le déroutez, vous l'ahurissez, vous le submergez dans un flot tourbillonnant d'incertitudes et d'oppositions.

Il ne s'agit encore que d'anatomie, et, à cet égard, nous avons, pour ainsi dire, cause gagnée. Avant que nous missions le pied sur le domaine des beaux-arts, les beaux-arts étaient déjà venus à nous. Le Titien avait dessiné pour Vesale ses vigoureuses figures d'anatomie, Léonard de Vinci avait ébauché un traité spécial sur la matière, Baccio Bandinelli, le Volteran, Marc (de Sienne), Perino del Vaga, et beaucoup d'autres, s'étaient livrés aux dissections avant que M. Gerdy écrivît son *Anatomie des formes*; et Michel-Ange s'était déjà donné le plaisir d'un *écorché*, quand M. Fau a imaginé le sien. Mais où la médecine triomphe véritablement, — où elle devrait triompher, du moins, — c'est sur le terrain de la physiologie et de la pathologie. La physiologie et la pathologie des beaux-arts sont dans l'enfance; et quand il leur prend fantaisie de montrer leur savoir-faire, elles se rendent coupables de si lourdes fautes et tombent dans des méprises si pitoyables, qu'on voit bien que leur éducation sera difficile. Tel peintre, pour avoir négligé de lire le *Traité élémentaire de physiologie* de M. Béclard, commet les plus étranges associations d'actions musculaires, ou se permet des renflements impossibles. Tel autre, à qui il serait on ne peut plus facile de connaître à fond le vieillard, en apprenant par cœur son Durand-Fardel ou son Hourmann et Dechambre, invente des émaciations dont la Salpêtrière n'offre aucun exemple. Celui-ci veut représenter les premières joies de la maternité, et il n'a ni l'idée du *facies* propre aux nouvelles accouchées, ni le *sentiment de la localité*, pour employer une expression technique, sans lequel

qu'il est des affections de ce viscère que l'inspection cadavérique peut seule nous révéler sûrement. De ce nombre est la *splénite*. Que de doutes, que d'indécisions sur l'existence de cette phlegmasie ! Que d'opinions variées, que d'avis contradictoires sur la valeur de ses lésions ! Une modification de volume, de consistance, de couleur, suffit aux plus accommodants ; d'autres demandent des adhérences avec les tissus voisins, des exhalations plastiques, des infiltrations fibrineuses : les plus difficiles veulent du pus.

Lisez attentivement ceux qui ont écrit sur la splénite, et vous verrez avec quelle réserve, quelle timidité, j'ai presque dit avec quel regret la plupart semblent admettre cette phlegmasie. Comme il leur en coûte d'envisager la splénite comme une inflammation franche, primitive, idiopathique ! Presque toujours, derrière elle, ils nous laissent entrevoir l'influence maligne, l'action perfide d'une fièvre miasmatique, d'un état typhoïde, d'une infection purulente, etc., etc.

Et par quelle heureuse immunité la rate échapperait-elle aux coups directs de l'inflammation, qui n'épargne aucun organe, qui ne fait grâce à aucun tissu de l'économie pourvue de vaisseaux?

Que les signes anatomiques de l'inflammation soient difficiles à saisir au sein d'un tissu essentiellement vasculaire ; que l'inflammation se développe rarement encore dans un viscère qui est le siége d'une congestion permanente et dont la fonction est d'être sans cesse gorgé de sang ; d'accord ! Mais tenter de la nier ou même de la mettre en doute, ce serait peut-être non-seulement oublier les lois de l'analogie et les principes de la philosophie médicale ; mais ce serait rompre aussi avec les données de l'observation et se refuser à l'évidence des faits.

En publiant les observations qui vont suivre, nous n'avons pas la prétention de jeter une plus vive lumière sur les points obscurs de la pathologie de la rate ; nous venons seulement apporter quelques éléments de plus à la solution des difficiles questions qui s'y rattachent, et fournir peut-être une nouvelle preuve de l'existence de la splénite idiopathique et primitive, en ajoutant un cas nouveau aux cas assez rares, assez clair-semés de cette phlegmasie qui se trouvent épars çà et là dans la science.

Obs. I. — *Splénite à différents degrés ; gastrite : dilatation du cœur avec insuffisance aortique ; encéphalite aiguë ; hémiplégie ; mort.* — M. S..., âgé de quarante-six ans, constitution moyenne, tempérament bilieux, entre à la maison de santé de Charenton, dans le service de M. Calmeil, le 18 février 1853. Le malade, qui a toujours été d'un caractère faible et pusillanime, d'une humeur inégale et mobile, présente des symptômes de *mélancolie hypochondriaque*, avec des hallucinations peu actives qui se dissipent assez promptement.

Pendant les premiers mois de l'année 1854, les fonctions digestives de M. S... subissent un dérangement notable. Digestions lentes et difficiles, sentiment de pesanteur épigastrique ; le matin, à jeun, éructations fréquentes de gaz inodores et sans aigreur, constipation habituelle ; et, plus tard, dyspepsie, renvois aigres et acides, nausées et vomiturітions, particulièrement le matin ; langue sèche, saburrale au centre, rouge sur les bords et à la pointe ; empâtement et amertume de la bouche, constipation toujours opiniâtre ; douleurs sourdes, contuses, rares d'abord, puis de plus en plus fréquentes, et étendues dans la *région hypochondriaque gauche*. Tel est le cortége de symptômes que présenta M. S... depuis le mois de janvier jusqu'au mois de mai.

L'usage de l'eau de Seltz, les infusions aromatiques, la rhubarbe, tous les excitants du tube digestif, les drastiques, les révulsifs intestinaux sous toutes les formes furent tentés vainement. Les médications les plus rationnelles et les plus variées, aidées d'un régime approprié, ne firent que pallier les troubles fonctionnels ou que produire un amendement passager.

L'altération croissante des traits, l'amaigrissement progressif, la diminution graduelle des forces, la teinte *subictérique* de la peau, annoncent déjà une perturbation profonde de la nutrition.

L'exploration des organes respiratoires ne révèle aucune lésion des poumons ou des bronches. Mais le cœur bat avec force ; la matité précordiale est très étendue ; les battements sont tumultueux, irréguliers, confus ; cependant on distingue un bruit de souffle au deuxième temps ; le pouls est développé, irrégulier aussi, bondissant ; tous les signes de l'hypertrophie cardiaque avec insuffisance des valvules aortiques.

En même temps, M. S... devient plus triste, plus inquiet ; il pleure comme un enfant, témoigne de l'ennui, du découragement, et paraît exagérer ses moindres souffrances ; véritable accès de mélancolie !

Le 19 mai, pour la première fois, invasion d'un mouvement fébrile bien caractérisé ; à dater de ce moment, l'accès reparaît tous les deux jours, de trois à cinq heures de l'après-midi. Le premier et le troisième stade sont peu marqués et de courte durée ; ils ont souvent fait défaut, quelquefois ensemble, mais le plus souvent isolément. Le second stade, qui est constant, dure au maximum cinq quarts d'heure ; la chaleur est assez modérée.

Dans les plus forts accès, le pouls n'a jamais dépassé 115 pulsations. Dans l'intervalle des accès, le pouls conserve de la fréquence, et la peau de la chaleur ; c'est donc un mouvement fébrile *continu* avec des exacerbations périodiques tous les deux jours, ou une *fièvre rémittente tierce*.

Depuis la manifestation de la fièvre, les douleurs *spléniques* sont devenues plus fréquentes et plus aiguës ; mais le malade n'a jamais remarqué d'exacerbation pendant les accès.

La percussion pratiquée sur l'hypochondre gauche éveille de vives souffrances, et permet de constater, par l'étendue de la matité, une notable augmentation du volume de la rate, dont l'extrémité inférieure dépasse de 3 ou 4 centimètres le rebord costal.

Le malade ne se souvient pas d'avoir eu antérieurement d'autres accès de fièvre.

Du 19 mai au 6 juin, le sulfate de quinine est administré, suivant la méthode généralement suivie aujourd'hui, pendant la rémission et le plus loin possible du retour de l'accès, à doses progressivement croissantes, depuis 15 jusqu'à 70 centigrammes.

Ce médicament est mal supporté ; il détermine un sentiment de chaleur et de brûlure à l'estomac, qui engage le malade à demander instamment qu'on en suspende l'usage. Le vin de quinquina, essayé pendant quelques jours, n'est pas mieux toléré.

La rate n'a pas diminué de volume ; les accès n'ont pas cédé, mais, peu intenses déjà par eux-mêmes, ils sont devenus encore plus modérés sous l'influence de la médication quinique. L'état général s'est aggravé ; les forces sont déprimées ; la marche est chancelante, la maigreur extrême, l'altération des traits profonde, la teinte jaune-paille de la peau plus marquée, la voix très affaiblie ; le malade a souvent du hoquet.

Du 8 au 19 juillet, sous l'influence de l'usage interne de la glace et

---

on ne saurait grouper et harmoniser les éléments d'une scène de ce genre : nous renverrons cet apprenti à M. Jacquemier ou à M. Morpain. Cet autre ne distingue pas, dans l'expression de ses têtes, l'ignorance de la bêtise, la bêtise de l'idiotie, et aurait le plus grand besoin de passer quelques mois dans les salles de M. Delasiauve, en qualité d'élève externe. Ce n'est pas tout. Sous le rapport chirurgical, M. Diday rendrait un service signalé à une foule de peintres de batailles, s'il voulait bien leur enseigner la division des plaies par instruments tranchants, piquants, etc., et les caractères propres aux diverses espèces. En zooplastie, on verrait moins de chevaux normands par la croupe et arabes par la tête, *undique collatis membris*; les bœufs auraient le *paleron* mieux modelé et le *gîte* plus ferme, si les peintres d'animaux avaient pris des leçons de M. Patté. Bref, comme on voit, il suffirait aux artistes de se renseigner auprès du comité de rédaction de la *Gazette hebdomadaire*, pour acquérir immédiatement toutes les qualités qui leur manquent. Au lieu de cela, que font-ils ? Ils donnent à un modèle la pose qu'ils jugent convenir à leur sujet, et se mettent à copier. Comme le modèle ne peut, le plus souvent, garder la même attitude pendant un temps suffisant pour l'esquisse, à moins que, d'aventure, il ne soit éclamptique, on lui épargne la fatigue au moyen de ficelles ou d'appuis. Mais, du moment où cesse l'effort musculaire, l'aspect du nu change considérablement, les formes se modifient, certains reliefs s'affaissent, certaines dépressions se relèvent, le jeu de la lumière sur la surface cutanée éprouve une révolution subite, et le modelé est manqué. On peut, avec ce procédé, réussir des académies, mais non exprimer fidèlement, *physiologiquement*, une attitude. Bien plus, l'attitude elle-même est loin d'avoir la valeur d'expression que les peintres lui attribuent trop généralement, en la confondant avec le mouvement combiné, avec l'effort. Un modèle placé dans la posture du Discobole ne met pas en contraction les mêmes muscles, et n'offre pas extérieurement les mêmes inégalités que celui qui valancer réellement le disque. Dans un mouvement déterminé, certains muscles se contractent, pour élever le bras, par exemple ; d'autres pour fixer les leviers auxquels les premiers s'attachent, etc.; et il peut arriver qu'un seul effort du bras, exécuté par un homme placé debout, mette en mouvement presque tous les muscles du corps. Le seul moyen de se tirer d'affaire au milieu de toutes ces difficultés, c'est, nous le répétons, d'apprendre la physiologie.

Ce que nous venons de dire au sujet de la pose nous rappelle une anecdote racontée par M. Delécluze. La scène se passe dans le célèbre *atelier* du Louvre. Louis David, qui avait sans doute, sur les pas de son ami Giraud, fréquenté l'hôpital du Saint-Esprit, à Rome, pour y puiser, avec la notion

d'infusions répétées de feuilles de chiendent vert, les digestions se montrent plus faciles, l'appétit meilleur ; mais la constipation est toujours indomptable. Les douleurs spléniques deviennent continues, tantôt sourdes et contuses, tantôt aiguës et exacerbantes ; elles sont quelquefois *atroces ;* elles s'irradient, suivant la base de la poitrine, jusqu'à la colonne vertébrale et dans la région scapulaire du côté gauche. La pression, les mouvements respiratoires du thorax les exaspèrent. La rate est encore accrue de volume, ce qu'indique une matité plus étendue dans cette région. De nombreuses applications de ventouses soulagent momentanément le malade sans triompher de ses douleurs, sans exercer d'influence sur l'hypertrophie splénique. Le malade est soumis à un régime fortifiant, à une médication tonique et à l'usage des bains sulfureux.

Août. — Les accès fébriles se sont peu à peu dissipés, sans qu'on ait eu de nouveau recours au sulfate de quinine. État général plus satisfaisant; amendement notable des troubles digestifs ; persistance de la constipation.

Amélioration sensible de l'état mental ; le malade n'est plus si morne, si abattu ; son courage s'est un peu relevé : il endure plus patiemment ses maux.

Le 19 août, les douleurs spléniques, devenues plus vives encore, provoquent de l'insomnie. Les hypnotiques ne procurent que peu de calme et un sommeil très *fugace ;* le hoquet est aussi plus fréquent.

Le 25, à cinq heures du matin, douleur aiguë et subite au côté droit de la tête ; à huit heures, hémiplégie de tout le côté gauche du corps. Décubitus dorsal ; immobilité ; abattement général ; hébétude de la physionomie ; contraction des pupilles. Déviation caractéristique des traits de toute la *moitié droite* de la face ; traction de la langue à *gauche.*

Tressaillements des muscles de la face du côté sain ; grimaces, rire sardonique par intervalles ; bâillements spasmodiques assez fréquents. Soubresauts des tendons, fréquents et légers, dans le membre supérieur droit.

Résolution complète de la moitié gauche du corps ; anesthésie des téguments ; sensibilité très obtuse, presque éteinte dans les couches musculaires.

Dépression de l'intelligence ; réponses lentes, monosyllabiques ; embarras extrême de la prononciation ; altération, enrouement de la voix. Pouls fort, développé, bondissant, inégal, d'une grande fréquence (120 pulsations). Peau brûlante. — Saignée de 500 grammes ; chiendent nitré ; lavements purgatifs, cataplasmes sinapisés aux jambes ; diète.

Les jours suivants, même état général, mêmes symptômes, et, de plus un peu de gêne dans la déglutition, constipation opiniâtre, urines rares et jumenteuses. Le malade est d'une humeur difficile et acariâtre. Au moindre mouvement qu'on lui imprime, il se plaint de très vives douleurs *dans toutes les parties du corps.*

27 août au soir. Somnolence, respiration anxieuse, tête brûlante ; chaleur de la peau ; fréquence du pouls. Saignée : 350 grammes ; sinapismes.

Puis, pendant deux jours, amendement des symptômes généraux.

Les mouvements spasmodiques, les tressaillements de la face et du bras droit cessent sans retour.

30 août. Respiration stertoreuse ; anxiété ; prostration. Appareil fébrile très développé.

Saignée, 500 grammes ; vésicatoire à la jambe droite.

Du 1er au 7 septembre, *amélioration relative assez sensible.*

Mais, le 7, la scène change : tous les symptômes du premier jour reparaissent, mais avec de fâcheuses complications ; toux fréquente ; ronchus bruyant ; accumulation de mucosités dans les bronches ; respiration accélérée ; sonorité parfaite dans toute l'étendue de la poitrine. L'état du cœur est demeuré le même ; le pouls marque 120 pulsations. Malgré le traitement habilement dirigé par M. Calmeil, survient le cortège des symptômes ultimes : respiration stertoreuse ; anéantissement de l'intelligence ; état *comateux* alternant avec du *subdelirium ;* déjections involontaires ; résolution générale ; lividité des traits ; refroidissement des téguments. Le malade meurt le 12 septembre, à six heures du soir.

Autopsie pratiquée trente-quatre heures après la mort, à six heures du matin, par un temps humide et tempéré (14 *septembre*). — Roideur cadavérique, nulle trace extérieure de décomposition ; saillies du squelette se dessinant à travers les tissus amincis.

Cavité crânienne. — Conformation régulière du *crâne ;* parois osseuses minces et fragiles.

Dure-mère adhérente au crâne par des tractus vasculaires et fibreux. Corpuscules de Pacchioni développés et confluents ; *sinus* gorgés de sang.

Épanchement séreux de peu d'abondance dans la cavité de l'*arachnoïde ;* intégrité de la membrane.

Masse cérébrale assez volumineuse, moins consistante qu'à l'état normal.

Pie-mère injectée, épaissie, surtout *à droite*, où des bandelettes, formées par des teintes laiteuses, opalines, bordent le trajet des veines turgescentes.

Hémisphère droit flasque, mollasse, affaissé ; sa face supérieure s'aplatit au lieu de conserver sa convexité. Une suffusion sanguine assez considérable et de forme elliptique occupe la partie latérale externe de son lobe occipital. En ce point, la pie-mère, adhérente à la pulpe cérébrale, ne peut être soulevée sans entraîner avec elle des lambeaux de la substance grise. La surface malade, ainsi mise à nu, est pointillée, humide, granuleuse, saignante, comme la surface d'un vésicatoire ou de certains ulcères. Toute l'épaisseur de la substance grise et la substance blanche correspondante, jusqu'à une profondeur de 15 millimètres à peu près, sont imbibées par le sang extravasé.

Au-devant de ce noyau d'encéphalite récente, la pulpe cérébrale ramollie, grisâtre, n'est plus qu'une bouillie diffluente qui s'enlève par plaques minces avec la *pie-mère.*

La moitié antérieure du centre ovale de Vieussens est occupée par un foyer purulent, de la grosseur d'une noix, qui a envahi et détruit aussi la plus grande partie du corps *strié.*

Le ventricule latéral droit renferme une plus grande quantité de sérosité qu'à l'état normal ; la couche du tissu nerveux qui forme ses parois est ramollie. Cette même altération de consistance porte également sur toute la profondeur de la couche optique et sur le pédoncule correspondant.

Hémisphère gauche. Teinte rosée de la substance grise ; réplétion notable des petits vaisseaux qui parcourent la substance blanche.

Les *parties centrales* (*corps calleux, trigone cérébral*, etc.) présentent un relâchement notable et se déchirent à la moindre traction.

Cervelet. Son tissu, et surtout le tissu périphérique, est moins ferme qu'à l'état sain.

La couche corticale des *pédoncules*, de la *protubérance annulaire* et du *bulbe rachidien* participe à cette altération de consistance. La *moelle* et ses *méninges* ne présentent rien de remarquable.

Cavité thoracique. Les *plèvres* sont saines ; les voies respiratoires n'offrent d'autres particularités que quelques cicatrices tuberculeuses superficielles au sommet du poumon droit, un peu de congestion hypostatique, et une accumulation notable de mucosités dans les bronches.

---

sévère de la forme, les moyens de détrôner les Watteau et les Boucher, est consulté, par ses élèves, sur l'attitude qu'il convient de donner à un modèle. Après s'être fait rendre compte de celles qui avaient été déjà essayées, « il en prit occasion, dit M. Delécluze, de tancer une partie des jeunes gens qui fréquentaient le soir les salles d'étude de l'Académie du Louvre, en leur disant que c'était là qu'ils apprenaient, *en copiant des modèles dont les bras étaient soutenus par des cordes et les pieds calés avec des coins de bois*, à faire des *attitudes académiques* et des mouvements de convention. — Je gagerais, dit-il, en se tournant vers un de ceux qu'il savait être des plus assidus aux études de l'Académie, que c'est toi qui as imaginé cette belle pose, qui fait tendre la poitrine du modèle comme une carcasse de volaille ? Tu veux faire *ton torse ;* oui, je te reconnais là, et quand on fera des tableaux où il n'y aura ni pieds, ni mains, ni tête à peindre, tu seras sûr alors d'être le plus habile..... » David essaya ensuite plusieurs attitudes ayant un objet bien déterminé, et finit par choisir celle d'un homme qui lance une pierre. Le modèle fit observer qu'il ne lui serait pas possible de conserver cette attitude plus de cinq ou six minutes sans se reposer. « Eh bien ! qui te dit le contraire? Si cela ne t'arrange pas, va poser à *ton* Académie : *on te mettra des cordes aux pieds et aux mains comme à un polichinelle.* »

Nous laissons le lecteur sur l'agrément de cette historiette. Dans un prochain article, nous parcourrons l'Exposition des beaux-arts, comme le *divin rôdeur* de M. Hunt parcourt la terre, c'est-à-dire avec une lanterne, où nous mettrons, à la place de la *lumière du monde*, la lumière des sciences médicales.

(*La suite prochainement.*)

A. Dechambre.

Dans la remarquable *Notice historique sur Marchal*, que M. le professeur Forget a lue en séance publique de rentrée des Facultés de Strasbourg, nous avons remarqué ce trait aussi juste que bien rendu : « Devons-nous regretter de n'avoir pas à célébrer ce qu'on appelle un grand homme ? L'illustration est exceptionnelle dans tous les états, et les existences glorieuses — passez-moi cette comparaison empruntée à la profession — les existences glorieuses sont comme les cas rares en médecine : elles intéressent l'imagination, mais elles sont à peu près stériles dans la pratique. »

Le *cœur*, considérablement augmenté de volume, occupe une place étendue entre les deux poumons. Ses cavités sont énormément dilatées, *sans que leurs parois paraissent notablement accrues d'épaisseur*. L'orifice aortique est large ; ses valvules épaissies, couvertes de végétations fibrineuses, sont insuffisantes, et laissent entre elles un passage qui permet le reflux des liquides de l'aorte dans le ventricule gauche. Les cavités droites, relativement moins dilatées que les cavités gauches, renferment des caillots fibrineux.

Cavité abdominale. Le *péritoine* est sain. L'*estomac* renferme une très petite quantité de liquide. Au niveau de la grosse tubérosité, le long de la grande courbure et sur sa paroi antérieure, la muqueuse gastrique présente un certain nombre de plaques, différentes d'étendue et de coloration : ici, c'est un rouge ponctué ; là, ce sont des marbrures roses et brunâtres ; ailleurs, des teintes ardoisées ; au niveau de ces lésions, la membrane est ramollie, mais il ne paraît pas y avoir de véritables ulcérations.

Les *intestins*, aplatis, revenus sur eux-mêmes, ne renferment qu'une très petite quantité de matières fécales.

Le *foie* est fortement congestionné, sans paraître, toutefois, augmenté de volume.

L'*hypochondre gauche* est rempli par une tumeur fluctuante, du volume d'une grosse orange, appliquée en haut, sur le diaphragme, et qui attire en bas et à gauche l'estomac. Cette tumeur est formée aux dépens de la rate, dont elle occupe la face costale et le bord postérieur ; de sorte que cet organe n'est plus représenté que par son bord antérieur et sa face interne ou gastrique, qui offre une longueur de 18 centimètres. Les parois de la tumeur sont constituées *en dehors* et *en arrière* par la tunique fibreuse, épaissie, hypertrophiée et devenue tellement friable qu'elle se rompt à la moindre traction ; *en dedans*, par une partie du tissu de la rate demeuré sain. L'intérieur de la tumeur contient une abondante quantité d'une espèce de *bouillie* d'une odeur désagréable et d'une couleur rouge brun semblable à celle d'une solution de chocolat. Le liquide évacué, on aperçoit la surface interne de la poche. D'une part, c'est une membrane tomenteuse baignée, imbibée par la liqueur morbide ; de l'autre, c'est le tissu splénique désorganisé, creusé d'anfractuosités irrégulières, molles et flasques, dans lesquelles sont logés des détritus demi-solides, s'écrasant facilement sous le doigt, de même couleur que la bouillie liquide, qui, du reste, paraît n'être qu'un état de dissolution de ces espèces de caillots. La lame de tissu splénique qui semble avoir échappé à ce travail de désorganisation, renferme elle-même deux noyaux morbides qui s'annoncent à l'extérieur par deux saillies mamelonnées sur la face gastrique de la rate. Le plus gros a le volume d'une noix : c'est un foyer qui renferme une matière roussâtre, solide, ayant une consistance caséeuse, s'énucléant assez facilement, et laissant alors à nu une cavité anfractueuse entourée par le tissu ramolli de la rate.

Le second foyer, de la grosseur d'une noisette, renferme une matière pulpeuse moins foncée que la boue splénique et plus consistante que le contenu du noyau précédent.

L'extrémité inférieure de l'organe est occupée par une collection purulente du volume d'un œuf de pigeon.

La matière contenue dans les trois premiers foyers a été soumise à l'examen microscopique par M. Broca, qui a reconnu la présence de globules sanguins et de globules purulents mélangés. Ces derniers étaient très abondants dans le premier foyer ; ils étaient plus rares dans le second ; le troisième en contenait à peine.

La rate, presque complétement envahie par ces altérations pathologiques, ne conservait plus, du côté de sa face interne, qu'une lame de tissu sain de l'épaisseur d'un centimètre environ.

L'artère et la veine spléniques et leurs premières ramifications étaient intactes.

Les reins sont médiocrement congestionnés. Le reste des voies urinaires ne présente aucune lésion.

Voilà certainement une observation fort complexe et riche d'enseignements. Il est difficile de rencontrer, réunis à la fois chez le même sujet, des désordres plus nombreux et plus rares.

Signalons d'abord, en passant, mais sans y insister, l'augmentation de volume du cœur, la dilatation considérable de ses cavités, sans épaississement des parois, sans hypertrophie du tissu, cet anévrysme passif de Corvisart, qui a rencontré tant d'incrédules et de contradicteurs, et dont les exemples, en effet, sont si rares dans la science.

L'inflammation de la rate est-elle bien évidente dans l'observation que nous venons de rapporter ? Ne s'agirait-il pas ici d'un de ces ramollissements pulpeux dont M. Cruveilhier cite deux exemples dans la 11e livraison de son *Anatomie pathologique*, et que ce savant professeur cherche à expliquer par « une fluxion sanguine brusque, qui, portant les cellules spléniques au delà de leur extensibilité naturelle, opérerait leur lacération ? » Assurément nous conserverions des doutes à cet égard, si le microscope de M. Broca n'avait point trouvé dans cette pulpe pathologique des globules purulents mêlés à des globules sanguins profondément altérés eux-mêmes. D'ailleurs, rappelons, pour les incrédules, que l'extrémité inférieure de la rate était occupée par une collection de pus parfaitement pur. Nous croyons donc que les diverses lésions que nous avons trouvées dans cette rate reconnaissent une même origine et doivent être rapportées à une même maladie, l'*inflammation*, dont elles représentaient probablement différents degrés. Nous n'ignorons pas que quelques pathologistes, considérant les altérations de cette espèce comme purement secondaires, aimeront mieux les faire dériver de certains états graves de l'économie, tels que fièvres typhoïdes, fièvres pernicieuses et autres maladies en général, dans lesquelles le sang a perdu de sa fibrine. Ceux-là nous objecteront sans doute que, dans le cas qui nous est propre, les lésions de la rate sont le résultat de la *fièvre rémittente* signalée dans l'observation. Mais il suffira de relire attentivement notre observation, pour voir que les troubles digestifs, la douleur à l'hypochondre gauche et tous les signes de la phlegmasie splénique ont précédé de quelques semaines l'invasion des accès fébriles. N'est-il pas évident, alors, que, dans le cas présent, pour la plus grande satisfaction des *organiciens*, la lésion de la rate, la splénite, est la source, la cause, et non pas le résultat et la conséquence de la *fièvre rémittente tierce ?*

Quel est le mécanisme de la formation du pus dans la rate ? M. Cruveilhier pense que les foyers sanguins, dans cet organe, peuvent être considérés comme le premier degré des foyers purulents.

M. Andral, parlant des altérations variées dont la rate peut devenir le siége, dit aussi : « Du sang concret logé dans des cellules à parois fibreuses, voilà tout ce que l'on trouve dans la rate pour servir de canevas ou de matière première à tant de produits divers. » A l'appui de ces opinions vient l'observation microscopique, qui fait découvrir dans les lésions de la splénite des globules de pus confondus avec des globules de sang diversement altérés. Cependant, il nous paraît nécessaire d'admettre aussi avec M. Dalmas (article SPLÉNITE du *Dictionnaire en 30 volumes*) que, dans le ramollissement inflammatoire, le tissu de la rate lui-même a dû subir des modifications profondes qui ont provoqué sa désorganisation, sa déchirure et sa réduction en une sorte de détritus pulpeux qui se mêle au pus et au sang altéré, pour former ce liquide marron foncé dont parlent les auteurs.

D'autres chercheraient peut-être à établir des liens de parenté, des relations de consanguinité entre l'*encéphalite* et l'*inflammation splénique*, comme on l'a tenté bien des fois pour l'inflammation cérébrale et l'*hépatite*. Quant à nous, reculant devant les efforts de dialectique qu'exigerait une pareille démonstration, nous nous contenterons de voir, dans ces deux affections trouvées chez le même sujet, la simple coïncidence de deux inflammations parenchymateuses dans une économie disposée à la formation du pus et aux phlegmasies viscérales.

Mais, dans la splénite et les signes de phlogose offerts par la muqueuse gastrique, ne verrons-nous aussi qu'une simple coïncidence ? Assurément non ; car ici ce ne sont plus des sympathies organiques éloignées et douteuses : la rate et l'estomac sont contigus, mitoyens, anatomiquement et physiologiquement unis par une étroite communauté de circulation et d'innervation. Aussi, pourrons-nous sans doute, sans trop de témérité, soupçonner les vaisseaux courts d'avoir servi de canal à l'agent phlegmasique, au molimen inflammatoire. Ce n'est pas autre chose qu'un de ces phénomènes de voisinage dont M. Gerdy a si bien étudié le mécanisme et si nettement exposé les lois.

Mais par lequel des deux organes a débuté l'inflammation ? Quel est celui qui l'a transmise à l'autre ? Vu, d'une part, la rareté des gastrites spontanées, et, d'autre part, le degré plus avancé des lésions de la rate dans le cas actuel, ne doit-on pas incliner à croire

que la phlegmasie a commencé par la rate, pour se propager de là à l'estomac ?

Ceux qui n'ont pas tout à fait oublié la fameuse discussion académique *sur la folie* trouveront sans doute que notre observation, publiée quelques mois plus tôt, aurait pu fournir des armes à M. Piorry contre M. Bousquet. Et pourquoi pas ? Car s'il n'est pas rigoureusement exact de soutenir que la splénite a été la cause première de l'aliénation mentale chez notre malade, il est au moins bien certain que les accès de mélancolie qui sommeillaient chez lui depuis longtemps ont été réveillés par la lésion de la rate.

D'ailleurs, la doctrine ne serait pas neuve. Les mots de *mélancolie* (*μέλαινα χολὴ*, bile noire, *atra bilis*), *hypochondrie* (maladie des hypochondres) *spleen* (*σπλὴν*, rate), n'indiquent-ils pas suffisamment que ceux qui les ont créés étaient convaincus que les *délires tristes* avaient pour point de départ, pour siége anatomique primitif, une affection de la rate ou du foie, une lésion de leur tissu, ou une altération de leurs liquides ? Et peut-être que ceux-là auraient plus d'une fois raison, si, dans les autopsies des *aliénés mélancoliques*, on examinait avec plus de soin ces deux viscères et les qualités des liquides qu'ils renferment.

L'observation qu'on vient de lire pourra peut-être aussi servir d'argument contre ceux qui considèrent encore la rate comme un organe inutile, comme un viscère de luxe, que la nature, dans un moment de malicieuse prodigalité, semble avoir imaginé uniquement pour embarrasser les physiologistes.

Aujourd'hui, de persévérantes recherches ont établi que le sang acquiert, en traversant la rate, de nouvelles qualités ; que le chiffre de ses globules y est diminué et la proportion de la fibrine augmentée. Il est donc bien probable que les signes de marasme et de consomption, signalés chez notre malade, ne doivent pas être attribués seulement à la persistance des troubles digestifs, mais surtout à une perturbation plus intime, plus profonde des phénomènes de nutrition. C'est qu'en effet le sang ne rencontrait plus sur son passage qu'une rate altérée, désorganisée, et désormais incapable d'accomplir l'élaboration physiologique qui devait modifier sa constitution.

CONCLUSIONS. — En résumé, nous croyons pouvoir tirer de cette observation les conclusions suivantes :

1° La rate est susceptible de s'enflammer primitivement et d'une manière spontanée, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

2° Cette phlegmasie est difficile à diagnostiquer sur le vivant ; mais il est permis de la *soupçonner* quand il se manifeste une douleur *de longue durée* dans l'hypochondre gauche, s'irradiant le plus souvent jusque dans la région scapulaire du même côté ; des troubles divers dans les fonctions digestives (nausées, vomissements, constipation) ; du hoquet, une teinte jaune-paille de la peau (*ictère splénique* de quelques auteurs), un accroissement progressif du volume de la rate qui résiste à l'administration du sulfate de quinine et à l'application des ventouses; enfin, un mouvement fébrile affectant ordinairement le type *rémittent*, et quelquefois la forme *intermittente*.

3° Cette fièvre d'accès qui accompagne la splénite doit, suivant nous, être considérée plutôt comme le résultat que comme la cause de l'altération de l'organe : c'est un appareil fébrile revêtant, il est vrai, une forme spéciale, mais qui n'en est pas moins ici, comme dans toutes les phlegmasies, un signe de la réaction générale et de l'ébranlement imprimé à l'économie par une inflammation viscérale.

4° La splénite peut se traduire anatomiquement par des altérations variées, qui ne sont sans doute que d s degrés différents de la phlogose ; tels sont : l'altération de couleur et de consistance de la boue splénique, la désorganisation des cellules, le ramollissement pulpeux de l'organe, les infiltrations plastiques, les collections de pus, etc.

5° Les troubles gastriques observés dans le cours d'une splénite ne sont pas seulement l'effet d'une manifestation purement *sympathique* ; ils peuvent fréquemment se rattacher à une inflammation consécutive, secondaire de la muqueuse stomacale, développée sous une influence *de voisinage*, par la propagation du travail inflammatoire.

IIe OBS. — *Engorgement considérable de la rate ; dilatation variqueuse de tout le système veineux intra-abdominal ; cirrhose du foie ; absence d'ascite ; dysentérie ; mort.* — M. H..., âgé de dix-sept ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution délicate, placé dans le service de M. Calmeil, à Charenton, vient d'un pays où les fièvres intermittentes sont à peu près inconnues. Lui-même n'a jamais eu d'affection de cette nature ; mais, à l'âge de quinze ans, il a contracté une fièvre typhoïde grave, qui paraît avoir eu pour sa santé morale et physique les suites les plus funestes.

Depuis lors, en effet, l'intelligence de ce jeune homme, déjà fort bornée naturellement, est devenue plus étroite encore, et réfractaire à toute espèce de culture. Ajoutez à cela un caractère très inégal, une humeur bizarre, des goûts excentriques et parfois du désordre dans les idées, des explosions de joie subites et immodérées, puis des mouvements impétueux, des accès de colère et de violence, accompagnés de pleurs, de cris, de menaces, que rien ne provoquait ; ou encore, des moments d'apathie extrême et de torpeur que rien ne pouvait secouer. Voilà pour le moral.

Même inégalité, mêmes irrégularités dans les fonctions organiques ; digestions tantôt bonnes, tantôt mauvaises, le plus souvent laborieuses ; alternatives d'appétit et d'anorexie, de constipation et de diarrhée. Le malade se plaint souvent d'un sentiment de pesanteur et de gêne dans la région épigastrique et dans les hypochondres, quelquefois de coliques sourdes accompagnées de tension des parois abdominales. Parfois aussi, M. H... accuse de très vives douleurs le long de la colonne vertébrale, avec une telle faiblesse des membres inférieurs, qu'il pouvait à peine se soutenir, ce qui avait fait soupçonner à quelques médecins un commencement de myélite.

M. H... a une physionomie fade, sans expression, la face bouffie, l'œil morne, le regard presque éteint, les pupilles dilatées, les muqueuses décolorées, la conjonctive d'un jaune clair comme dans l'ictère : sa peau est flasque, transparente, d'une teinte citrine parfaitement uniforme ; ses membres sont grêles, sa poitrine assez étroite ; mais son ventre est étrangement développé : la concavité des hypochondres est effacée ou plutôt remplacée par une légère convexité qui donne à l'abdomen du malade un certain air de ressemblance avec celui des batraciens. C'est à peu près la forme des ventres ascitiques, bien qu'ici l'ascite fasse complétement défaut.

Le pouls est faible, lent, dépressible.

Les urines sont troubles, épaisses, et précipitent des flocons albumineux par l'acide azotique et par la chaleur.

Le 25 septembre, M. H... refuse de se lever : il est immobile dans son lit ; il tient ses yeux obstinément fermés ; il répond à voix basse et avec une grande lenteur aux questions qu'on lui adresse ; si on le met sur son séant, il s'affaisse presque aussitôt ; si on le place debout, il retourne vers son lit, ou il va s'asseoir sur la chaise la plus voisine. Il néglige sa toilette : on est obligé de l'habiller et de le déshabiller. Il souille son lit comme un enfant ; mais il demande instamment à manger. Il prend lui-même ses aliments et les avale avec avidité. La sensibilité est intacte, et il a conservé l'intégrité de ses mouvements. Un bain d'affusion, ou la seule crainte de ce moyen de traitement, suffit pour le tirer de cet état d'inertie et lui rendre l'usage de ses membres.

Le 3 octobre, M. H... est pris de diarrhée ; ses selles, blanches et muqueuses d'abord, sont bientôt teintes de sang. Rien ne peut arrêter ce flux dysentérique : le malade s'affaiblit rapidement, et succombe le 10 octobre.

Autopsie le onze octobre, trente heures après la mort. Température moyenne.

Nulle trace de décomposition sur le cadavre, qui conserve encore un certain degré de rigidité.

Quelques adhérences, contractées par-ci par-là entre la pie-mère et la substance cérébrale, constituent les seules lésions du cerveau et de ses membranes.

L'ouverture du rachis n'a pas pu être pratiquée. En ouvrant l'abdomen, nous sommes surpris du développement considérable de la *rate*, qui occupe la moitié latérale gauche de la cavité, jusqu'au détroit supérieur du bassin. Elle ne paraît d'ailleurs que simplement augmentée de volume, sans altération, sans dégénérescence de son tissu : sauf une scissure profonde, transversale, qui la partage en deux lobes distincts, elle a conservé la configuration, la couleur, la friabilité, la souplesse de l'état normal. Elle pèse 2 kilogrammes ; elle a 32 centimètres de longueur, 20 de largeur et 9 d'épaisseur à sa partie la plus saillante. A côté de cela, un *foie* qui ne pèse que 720 grammes, et qui présente l'atrophie, le ratatinement,

l'aspect mamelonné, la couleur jaune brun et la densité qui caractérisent la *cirrhose* au second degré.

Les veines courtes qui vont de la rate à l'estomac étaient dilatées et sinueuses. La veine splénique, la veine porte, les veines mésaraïques, les veines satellites de l'artère épigastrique, les veines iliaques externes, aussi volumineuses que la veine cave inférieure, présentent alternativement des dilatations et des étranglements, comme cela s'observe dans l'état variqueux, tandis que les veines sous-cutanées, médiocrement dilatées, ne se dessinent que faiblement à travers la transparence des téguments.

Le tissu du *pancréas* est tellement imbibé de sang, qu'il présente une teinte rouge violacée, au lieu de la couleur grise qui lui est ordinaire.

L'estomac et le reste du tube intestinal contiennent une sorte de bouillie très diffluente, dont la couleur lie de vin rappelle assez bien celle de la boue splénique. La muqueuse digestive offre une coloration également vineuse, qui résiste au lavage, et qui est particulièrement marquée au niveau de la grosse tubérosité de l'estomac, dans toute la longueur du duodénum et vers la dernière moitié de l'iléon.

Dans le duodénum, les *follicules de Brunner* sont saillants et injectés; dans l'intestin grêle, les *plaques de Peyer* se dessinent nettement, en formant un relief elliptique d'une couleur bleue foncée; et, vues par transparence, elles s'offrent sous l'aspect d'un riche réseau veineux, parsemé d'un pointillé plus foncé.

La muqueuse du gros intestin est boursouflée, tomenteuse, imbibée de sang. Cette coloration augmente d'intensité vers le rectum, et prend là tous les caractères d'une phlegmasie aiguë intense.

Les *reins* sont volumineux et fortement hyperémiés.

Il n'y avait pas une goutte de sérosité dans le péritoine.

Le cœur était normal, le bord postérieur des poumons fortement engoué, leur tissu sain de toute lésion organique.

Réflexions. — Cette fois, voilà un engorgement considérable de la rate qui présente ceci de remarquable, qu'il n'a été ni précédé ni suivi de fièvre d'accès, soit intermittente, soit rémittente. A quoi cela tient il? Probablement à ce que la rate n'est pas atteinte d'une altération pathologique proprement dite, d'une véritable maladie : car ici le tissu de l'organe semble être demeuré parfaitement sain; il n'est qu'agrandi, distendu outre mesure; la boue splénique n'est point altérée : elle ne paraît qu'augmentée de quantité. Ce n'est donc là ni une lésion vitale, ni une affection primitive; la lésion est toute mécanique, l'affection purement secondaire. La maladie-mère, celle qui domine tout, et qui est l'origine non-seulement de la turgescence de la rate, mais aussi de toutes les altérations signalées dans les autres viscères abdominaux, c'est la maladie du foie. La *cirrhose*, ainsi que l'a démontré M. Becquerel, produit l'oblitération du réseau vasculaire du foie, et plus particulièrement des vaisseaux terminaux de la veine porte hépatique, comme nous l'avons constaté nous-même sur ce sujet par des injections réitérées. Le sang qui arrive par le *système porte* ne trouvant plus de passage à travers ces petits canaux devenus imperméables, reflue d'abord par la veine splénique vers la rate, qui remplit fort bien dans ce cas le rôle de *diverticulum* que lui ont attribué quelques physiologistes; et quand ce réservoir élastique ne peut plus se distendre, quand il a logé tout le sang qu'il pouvait contenir, ce liquide est refoulé vers les autres parties du système veineux abdominal, qu'il dilate jusqu'à l'excès. Alors surviennent ces distensions variqueuses des veines, ces congestions viscérales, ces exhalations sanguines à la surface interne du canal alimentaire, et même ces hypérémies inflammatoires de la muqueuse intestinale, s'il est vrai, comme l'ont affirmé quelques auteurs, que l'on puisse considérer la *dysentérie* comme un des accidents de la cirrhose. Il faut convenir que ces phénomènes sont rares, et que ce n'est pas là ce qu'on observe le plus communément dans cette maladie. Ordinairement, c'est un épanchement péritonéal qui se produit au second degré de la cirrhose; tandis qu'ici pas de trace d'ascite, mais une turgescence, une dilatation prodigieuse de tout le système veineux intra-abdominal, avec un engorgement de la rate tel que nul auteur, à notre connaissance, n'en signale de semblable par suite d'un obstacle à la circulation hépatique dans les maladies organiques du foie.

III.

REVUE CLINIQUE.

Application du bain local, chaud et permanent, au traitement des plaies résultant de lésions traumatiques ou d'opérations chirurgicales. (Clinique de M. LANGENBECK, à Berlin.) — **Emploi chirurgical de la glycérine.** (Clinique de MM. DENONVILLIERS et DEMARQUAY.)

On est étonné, en parcourant l'histoire de la médecine, de voir employer si rarement, pour le pansement des plaies, un moyen aussi simple que l'eau chaude. Les idées hippocratiques sur la funeste influence du froid, les conseils de Celse et de Galien, les heureux résultats d'A. Paré ne purent vulgariser cette bienfaisante méthode. Au commencement du siècle dernier, Lamorrier, et après lui Percy, Lombard, se servirent avec succès du bain tiède et prolongé, surtout pour le traitement des plaies du bras et de la main. En 1844, Ch. Mayor publia une intéressante brochure (*De la localisation des bains et de l'application du froid et de la chaleur sur les diverses parties du corps humain*, Lausanne). La difficulté qu'on éprouva (1) à se servir des appareils proposés par M. Mayor empêcha sans doute la vulgarisation de son procédé. En 1851, M. A. Amussat (dans son remarquable travail : *De l'emploi de l'eau en chirurgie*, thèse pour le doctorat, soutenue le 31 décembre 1850), mettant à profit l'enseignement et la pratique paternels,

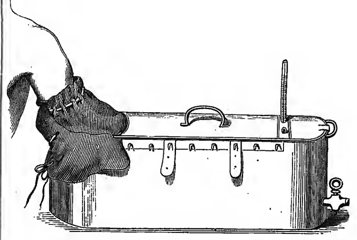


Fig. 1. Appareil pour la partie inférieure du bras, de l'avant-bras et la main.

revient encore sur ce point, et recommande l'usage plus fréquent des *immersions* dans l'eau *tiède* (18 à 22 degrés centigrades). En Allemagne, la guerre du Schleswig-Holstein donna occasion à M. Langenbeck et à Stromeyer d'employer le bain chaud à la suite des blessures du pied, de la jambe, du bras et de l'avant-bras. Déjà, en 1847, Stromeyer ayant opéré une fistule vésico-vaginale, imagina d'empêcher l'action irritante de l'urine, en laissant l'opéré à demeure dans une cuve formant le milieu du lit et traversée par un courant continu d'eau chaude. Il faut le dire, ces efforts ne purent parvenir à propager le bain chaud continu.

Il appartenait à la chirurgie moderne de vaincre l'obstination de quelques routiniers et de revenir au pansement simple, au risque d'enlever une satisfaction d'amour-propre à ces chirurgiens qui mettent leur gloire à rouler coquettement une bande et à poser un appareil avec grâce. Pour ceux-là, le mot de Celse : *Esse autem chirurgicus debet immisericors*, a encore toute sa valeur. Les progrès de l'époque tendent de plus en plus à allier l'humanité à l'exercice de la chirurgie. Déjà, grâce au chloroforme, la douleur disparaît

(1) Lebert, *Comptes rendus des eaux de Lavey*, déclare : « qu'il ne faut pas continuer les bains locaux plus d'une heure de suite, parce que la constriction nécessaire pour fixer l'appareil incommoderait le malade.

au moment décisif, l'homme vivant est insensible sous le bistouri, ses lamentations ne viennent plus interrompre l'opérateur. Mais, après avoir dépassé le seuil de la salle d'opération, dès que la torpeur anesthésique s'est dissipée, le patient, abattu, affaibli, voit s'ouvrir devant lui tout un avenir de souffrances. La douleur, un moment comprimée, se déchaîne avec violence. Plus de repos, plus de sommeil. Les terribles secousses de la fièvre inflammatoire épuisent le malade et compromettent le succès de l'opération. Les tortures quotidiennes du pansement viennent aggraver cet état général. Qui n'a pas eu le cœur serré en entendant les plaintes arrachées par le moindre mouvement de la partie opérée, par le tiraillement des brins de charpie agglutinés, par la pression grossière et inégale du bandage, sans compter l'atmosphère infecte dans laquelle le malade et ses voisins sont condamnés à vivre, les souillures des draps et des couvertures? Enfin, la nature est dérangée dans son travail réparateur; chaque tour de bande change les conditions de la plaie, et le chirurgien ne peut lui-même diriger la guérison.

Le pansement à l'eau, l'irrigation continue, l'immersion froide ou tiède triomphent bien, il est vrai, d'une partie de ces obstacles; mais il est souvent impossible d'employer longtemps ces procédés. Après vingt-quatre heures d'irrigations ou d'immersions froides, les malades se plaignent de frissons, et certains sujets irritables et nerveux ne peuvent supporter plus longtemps l'eau au-dessous de 12 à 15 degrés centigrades.

Employés d'une manière continue, les bains froids retardent parfois la guérison, loin de l'activer; ils dépriment le pouvoir plastique de l'organisme, causent un malaise général, et les cas ne sont pas rares où la gangrène ne reconnaît pas d'autre cause. Nous ne voulons pas nier néanmoins l'influence de ce pansement quand la réaction locale est intense, dans les plaies d'armes à feu, alors que le chirurgien doit laisser aux vaisseaux lésés le temps de s'oblitérer, et quand la chute trop rapide de l'eschare peut produire une hémorrhagie dangereuse. Il importe alors de ne pas avoir une cicatrisation trop prompte et de ne pas permettre trop tôt l'exfoliation des tissus lésés.

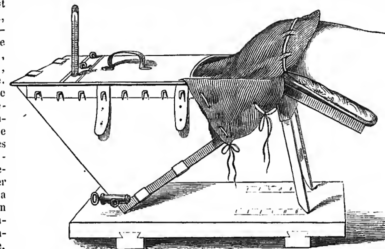


Fig. 2. Appareil pour la jambe et le pied. Longueur, 68 centimètres; hauteur, 52; largeur, 22.

Fig. 3. Appareil pour le genou. (Il existe deux robinets; l'appareil peut servir indifféremment pour l'un ou l'autre côté.)

Fig. 4. Appareil pour le moignon.

Nous étant occupé à plusieurs reprises (1) de l'influence de la température chaude et constante sur la guérison des plaies, ayant pu suivre, à l'hôpital d'Avignon, les bons effets de la chaleur sur la réunion par première intention, nous fûmes heureux de voir dans la clinique de M. Langenbeck l'application du bain chaud permanent produire des résultats concordant avec nos vues théoriques. Depuis 1839, M. Langenbeck avait reconnu combien il importait, en chirurgie, de préserver les plaies du contact de l'air; il avait proposé et appliqué avec avantage une toile cirée qui enveloppait hermétiquement la plaie. Mais il restait toujours deux inconvénients : accumulation du pus, changement fréquent d'appareil. Aussi fut-il conduit à remplacer la toile cirée par l'eau et ensuite par l'eau chaude. Depuis cinq à six ans, le bain local chaud et permanent avait produit d'heureux résultats dans sa pratique civile. Le manque d'appareils en empêchait l'emploi dans un hôpital. M. Fock, interne distingué à la Clinique, construisit une série d'appareils qui permirent d'employer journellement la méthode). Ce sont des caisses de zinc, proportionnées aux membres malades et pouvant prendre divers degrés d'inclinaison. Quand il s'agit de la jambe et qu'on doit baigner le genou, l'emploi de deux manchettes de caoutchouc est nécessaire. Des ouvertures pratiquées dans le couvercle de la boîte permettent d'introduire de l'eau chaude et un thermomètre. Le membre est fixé par des bandes de toile forte, s'attachant à des crochets intérieurs et extérieurs. Un robinet permet de vider l'appareil sans déranger le malade. (V. les 4 fig.)

Ce service des bains locaux chauds est installé à l'hôpital depuis le 27 janvier 1854 (2).

Les manchettes employées par M. Fock présentent quelques inconvénients, surtout quand c'est le moignon ou le genou qui doivent être plongés dans le bain. Tantôt les manchettes ferment trop bien, et la compression cause alors l'œdème, la douleur, etc., ou bien elles ferment mal et l'eau s'échappe. Nous conseillons donc de prendre des manchettes longues

(1) Mémoire présenté à la Société médicale d'émulation de Montpellier, 1852. Thèse présentée à la Faculté de Wurzbourg, 1855.

(2) Nous avons vu, en août 1854, dans le service de M. le docteur Valette, à Lyon,

et fines, et, autant que possible, de les faire construire pour le sujet. On arriverait à un bon résultat en en mettant deux : l'une renversée en dedans, l'autre en dehors. On pourrait aussi employer le bourrelet à air, qu'on gonflerait à volonté. La pression serait alors facultative, et la manchette pourrait prendre exactement la forme de la partie ; la compression, se faisant sur une surface plus étendue, serait moins douloureuse. On n'oubliera pas d'enduire le membre de cérat et d'en faire autant à l'intérieur. On recouvrira la graisse d'un linge fin pour l'empêcher de se mêler au liquide. Après quelques jours d'immersion, la face plantaire du pied et la paume de la main deviennent très douloureuses pendant quelques heures. Cela tient à la séparation en masse de l'épiderme. On obviera à cet inconvénient en recouvrant la main et le pied d'une couche épaisse de graisse et en enveloppant le tout d'un gros gant sans doigts ou d'un bas de laine. Du reste, ces douleurs ne sont que momentanées, et varient suivant les individus, et ne sont intenses que lorsqu'on retire le membre de l'eau.

Tel est le procédé de M. Langenbeck, qui semble être le complément du chloroforme, et qui supprime la douleur pendant toute la durée de la guérison. Nul doute que ses nombreux avantages ne le fassent rapidement adopter dans la pratique. C'est surtout dans les grands hôpitaux militaires, où les pansements sont nombreux, où le manque de bandes, de charpie, la multiplicité des pansements, le nombre des malades peuvent créer des difficultés sans nombre, qu'on devra apprécier le bain local chaud et permanent, qui supprime la douleur, diminue la réaction, simplifie les pansements, protége enfin l'opéré contre ce Charybde de la chirurgie, l'infection purulente, après lui avoir fait éviter ces autres monstres, la fièvre inflammatoire et la gangrène !

L'idée de M. Langenbeck diffère des procédés connus ou publiés jusqu'à ce jour :

1° Par la continuité et la durée du bain ;

2° Par la température élevée de l'eau (25 à 30 degrés Réaumur) ;

3° Par l'application immédiate de l'eau chaude sur les plaies résultant d'opérations chirurgicales et de traumatismes récents.

Voici quelques observations empruntées à la clinique de l'habile chirurgien de Berlin.

Obs. I. — Le bain chaud fut employé pour la première fois dans un cas de fracture comminutive de la jambe, compliquée de plaies rendant un pus grisâtre, fétide, mal lié. La suppuration enleva peu à peu un pouce et demi du tibia. Infiltration s'étendant jusqu'au genou. Bords de la plaie noirs et nécrosés. Quoique l'amputation fût clairement indiquée par l'état des parties, M. Langenbeck ne put se décider à opérer, vu l'affaiblissement du malade et plusieurs cas d'infection purulente et d'érysipèle ambulant qui s'étaient produits dans l'hôpital à cette époque. Le bain chaud fut employé pendant vingt-quatre jours à 15, 20, 27 degrés Réaumur, et les plaies prirent un meilleur aspect. Le pouls était tombé de 120 à 90 pulsations. Le pus était peu considérable et louable. Si le cal fut long à se former, le résultat n'en fut par moins brillant, quand on songe à l'état presque désespéré du malade.

Obs. II. — Il s'agissait d'un ostéosarcome du tibia. On amputa. Emploi du bain chaud à 27 degrés Réaumur pendant trente-cinq jours consécutifs. Cicatrice très belle.

Obs. III. — Carcinome du pied. Le métatarse fut désarticulé le 11 juin. L'enfant marchait le 12 juillet. Le bain chaud à la température de 15 à 27 degrés Réaumur fut employé jusqu'au 30 juin, époque à laquelle la réunion était complète. Cet enfant rechuta, et la désarticulation du pied (procédé Pirogoff) fut pratiquée le 8 septembre 1855. Emploi du bain chaud de 15 à 27 degrés Réaumur pendant vingt jours. Réunion par première intention.

Obs. IV. — Ce cas est relatif à une ankylose complète du coude. Résection sous-cutanée. Emploi du bain chaud à 25 degrés Réaumur pendant douze jours. La tuméfaction disparaît. Diverses extensions forcées, faites sous l'influence du chloroforme, rétablirent promptement les mouvements. Les bains de boue supprimèrent toute sensibilité de l'articulation.

Obs. V. — Ankylose du coude droit. Résection sous-cutanée. Bain chaud d'abord à 18, puis à 28 degrés Réaumur. Après vingt jours d'application, l'amélioration est sensible. La flexion, la pronation et la supination sont possibles. Extension limitée et douloureuse. Bains de boue et extension forcée pendant la chloroformisation. On obtient une extension de 120 centimètres, et la main peut atteindre l'angle de la bouche.

Obs. VI. — Carcinome médullaire de la rotule. Extirpation de cet os et résection des extrémités articulaires. Opération le 21 juin ; M. Langenbeck enlève près de quatre pouces d'os. Le 23, bain chaud à 27 degrés Réaumur. Le 18 juillet, la plaie est si petite, qu'on peut appliquer des attelles. (M. le docteur Ulrich a aussi fait usage du bain chaud à la suite d'une désarticulation du pied (procédé Pirogoff), et a obtenu un bon résultat.)

Ajoutons que M. Langenbeck assure n'avoir jamais eu d'hémorrhagies, malgré cette présence continue d'eau tiède autour des plaies.

En somme, l'eau chaude, employée d'une manière continue, a eu des effets surprenants. Nous pûmes assister dernièrement à l'extraction d'une balle, logée depuis sept ans dans l'épicondyle de l'humérus. La réaction fut très violente. Les compresses froides, appliquées sur la plaie, devenaient à l'instant brûlantes. La chaleur du membre était telle qu'on la sentait rayonner à distance. Après douze heures de l'emploi du bain chaud à 25 degrés Réaumur, la partie avait diminué de volume, était à peine plus chaude que le reste du corps ; la sensibilité était nulle. Le pouls était tombé de 108 à 76.

Des expériences déjà faites, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° Le bain chaud apaise la douleur. En assouplissant les tissus, il diminue la tension des parties, calme les nerfs irrités, leur épargne l'excitation produite par la pression inégale d'un bandage.

2° L'inflammation locale diminuée, la réaction générale perd de son intensité. L'appétit était généralement bon dans les cas précités. On n'observe jamais les frissons, si communs quand on emploie le bain froid.

3° La plaie change entièrement de nature. Les granulations s'accroissent rapidement, marchent avec rapidité et sont même exubérantes.

4° Enfin, en rendant le refroidissement du membre et le contact de l'air extérieur impossibles, le bain chaud semble, mieux que tout autre moyen, préserver l'opéré de la pyémie. En pénétrant dans tous les recoins de la plaie, l'eau empêche l'accumulation du pus, nettoie la blessure, permet au chirurgien de suivre les progrès de la cicatrisation, sans que le membre soit remué, sans que la nature soit dérangée dans son travail réorganisateur. L'odeur répandue par l'appareil est nulle. L'application est aisée et prompte, le renouvellement n'a lieu que deux fois par jour et sans dérangements pour le patient. Dans les cas où la suppuration serait trop abondante, on entretiendrait un courant constant. La propreté des draps est respectée, et l'immobilité du patient peut être complète.

Disons, en terminant, que d'autres essais ont consacré la valeur pratique du bain chaud, local et permanent. Outre les succès obtenus par M. Ulrich, à Hedwig-Hospital, et par M. Wilms, à Béthanie (Berlin), nous apprenons avec joie les heureux résultats que MM. Wagner, à Dantzig, et Zeis, de Dresde, ont communiqués à M. Fock. Espérons que ce procédé sera rapidement mis en pratique, et que les pansements militaires seront simplifiés et améliorés en même temps. Puisse la réalisation de nos vœux augmenter d'un joyau la brillante couronne scientifique du successeur de Dieffenbach !

P. Picard.

Déjà la *Gazette hebdomadaire* a eu l'occasion d'entretenir ses lecteurs de la glycérine, et cela à l'occasion d'un travail fort remarquable de M. Cap sur cette substance, travail dont M. Verdeil

des appareils analogues à ceux de M. Langenbeck, et destinés également à administrer des bains tièdes locaux, notamment à plonger dans l'eau tiède les moignons des amputés. C'est un devoir pour nous de faire cette déclaration. Mais on remarquera que M. Langenbeck fait remonter, dans ce rapport, sa pratique à cinq ou six ans. A. D.

nous a donné une judicieuse appréciation dans le n° 17 de l'année 1854. M. Cap, on s'en souvient, assignait à la glycérine le rôle d'un simple excipient, destiné à faciliter l'administration d'une foule de médicaments, que la glycérine est merveilleusement apte à dissoudre. La communication faite le 22 octobre dernier par M. Demarquay à l'Académie des sciences donne à la glycérine une importance bien autrement grande, car ce jeune chirurgien affirme avoir trouvé dans cette substance un agent des plus commodes et des plus utiles pour le pansement des plaies. Depuis cette époque, M. Demarquay a étendu le cercle des applications de la glycérine, qu'il préconise aujourd'hui non-seulement dans le pansement de toute espèce de plaie simple, mais encore dans le traitement de la pourriture d'hôpital, des chancres, des bubons suppurés, des ulcérations du col utérin, des abcès très étendus avec clapiers et fusées purulentes.

Les premiers résultats annoncés par M. Demarquay étaient déjà suffisants pour attirer l'attention des chirurgiens. Désireux d'en vérifier l'exactitude *de visu*, nous avons suivi attentivement les malades de l'hôpital Saint-Louis soumis au traitement par la glycérine. Nous devons à la vérité de déclarer que tout ce que nous avons vu depuis près de deux mois que nous assistons à la visite de M. Demarquay est on ne peut plus favorable aux assertions émises par ce chirurgien. Nous sommes heureux de voir notre opinion partagée également par M. le professeur Denonvilliers, esprit judicieux et calme, que personne n'accusera de se laisser facilement éblouir par l'apparence ou, bien certainement, d'avancer des faits à la légère. (Voir plus loin les communications faites par M. Denonvilliers à la Société de chirurgie.)

Nous ne reviendrons pas ici sur les propriétés physiques et chimiques de la glycérine ; un mot seulement sur son mode d'emploi, qui est excessivement simple. On verse ce liquide sur une planchette dont les bords sont légèrement relevés, puis on trempe tout bonnement la charpie, le linge fenêtré ou les autres objets qui doivent être appliqués directement sur la plaie. Le pansement s'achève ensuite comme par le passé.

Voici maintenant quelques-uns des faits que nous avons observés à l'hôpital Saint-Louis :

Obs. I. — Une malade de la salle Saint-Thomas, à laquelle on avait pratiqué l'amputation du sein droit, fut pansée d'abord au moyen du cérat; un érysipèle commençant se montra autour de la plaie; on recourut alors à la glycérine, et cette complication disparut promptement. Pendant plus de trois semaines que la malade a été soumise à ce nouveau mode de pansement, elle n'a pas éprouvé le moindre accident, et la plaie a toujours conservé une netteté, une propreté remarquables, bien qu'elle n'ait point été lavée une seule fois dans ce laps de temps. Aujourd'hui la malade est complétement guérie.

Obs. II. — La jeune fille placée au lit n° 29 de la même salle est atteinte d'une tumeur blanche du genou, qui a été traitée par la cautérisation transcurrente et les vésicatoires volants ; les plaies, pansées avec la glycérine, présentent le plus bel aspect.

Obs. III. — Au n° 20 de la salle Saint-Augustin est un jeune homme atteint de brûlure du pied par de la fonte incandescente. Depuis qu'on le panse avec la glycérine, la suppuration diminue journellement, et la plaie présente un aspect éminemment favorable. Il en est de même de la brûlure que porte le malade du n° 27 à la partie supérieure de la cuisse gauche.

Chez tous les malades dont nous venons de parler, ce qui nous a surtout frappé, c'est, outre le bon état de la plaie, la facilité avec laquelle s'enlève le linge glycériné et la propreté dans laquelle il maintient les parties environnantes. Cette remarque s'applique également aux chancres, aux bubons suppurés soumis à la glycérine ; ces plaies nous ont présenté un fond rose et des bords nets qu'on est étonné de rencontrer dans des cas de cette nature.

Obs. IV. — Au n° 28 de la salle Saint-Augustin se trouve, depuis le 21 mars dernier, un jeune homme entré dans le service de M. Denonvilliers pour une brûlure très étendue de la jambe et du pied droits. Vers la fin du mois de septembre, les plaies qui avaient succédé aux escharres se couvrirent de cette matière pultacée qui est un des caractères essentiels de la pourriture d'hôpital ; en même temps l'état général du malade s'altéra notablement : le jus de citron, l'acide nitrique concentré, la cautérisation avec le fer rouge, furent employés inutilement. C'est alors que M. Demarquay employa la glycérine. Dès le lendemain, les plaies avaient pris un meilleur aspect, et les jours suivants l'amélioration ne fit que progresser. Aujourd'hui le malade, pansé toujours avec la glycérine, est dans un état des plus satisfaisants.

En présence des avantages incontestables de la glycérine appliquée sur les plaies, M. Denonvilliers a eu l'idée d'employer ce liquide en injections dans le cas d'abcès profonds.

Obs. V. — Un malade, couché au n° 55, avait subi la désarticulation du bras ; des fusées purulentes s'étaient faites autour du moignon. Des injections de glycérine, pratiquées pendant vingt jours, ont fait disparaître les clapiers et tari la suppuration ; aujourd'hui le malade peut être considéré comme guéri.

Obs. VI. — Un autre malade, celui du n° 30, affecté d'abcès profonds de la cuisse liés à une lésion du fémur, fournissait journellement une suppuration abondante qui menaçait de l'épuiser. Depuis dix jours qu'on injecte de la glycérine dans le foyer, la quantité de pus versée au dehors paraît notablement diminuée.

M. Demarquay a essayé également de la glycérine dans les affections utérines, sur plusieurs cols cautérisés au fer rouge pour différentes états pathologiques. Il porte un bourdonnet de coton fortement imbibé de glycérine qu'il laisse en place jusqu'au pansement suivant. Les résultats obtenus jusqu'ici ne nous paraissent pas assez démonstratifs pour nous permettre un jugement définitif.

Sans rien préjuger sur les autres applications dont la glycérine est susceptible, nous nous croyons autorisé, par les faits qui se sont passés sous nos yeux, à conclure, dès à présent, que la glycérine peut remplacer avantageusement le cérat dans les pansements où ce dernier a été employé jusqu'à ce jour. Cette préférence est fondée sur la facilité avec laquelle s'applique la glycérine et sur l'état de propreté dans lequel elle entretient constamment les plaies, circonstance très importante, à notre avis, dans le traitement de toute espèce de solutions de continuité. En même temps qu'elle rend les pansements plus simples, la glycérine épargne aux malades les douleurs, souvent fort vives, occasionnées par les grattages que rendent nécessaires les accumulations de cérat sur les bords de la plaie. L'inaltérabilité de la glycérine nous paraît également devoir être prise en sérieuse considération ; elle permettra de faire de grandes provisions de cette substance pour le service des armées en campagne, par exemple, tandis que le cérat, comme on sait, s'altère promptement et ne doit être employé que fraîchement préparé. Enfin, les immenses quantités de glycérine qu'on rejette aujourd'hui comme un résidu inutile, dans les fabriques de bougie et de savon, nous font espérer que cette substance pourra être livrée à un prix fort inférieur à celui du cérat, lorsque des procédés convenables d'extraction et de purification seront mis en usage.

Un mot, avant de finir, sur les propriétés conservatrices de la glycérine. M. Demarquay nous a fait voir des côtelettes, des beefsteaks conservés depuis plus de quinze jours dans un bocal non bouché, rempli de glycérine ; ces objets paraissaient très appétissants et aussi frais qu'au sortir de l'étal du boucher. Un pied séparé d'un cadavre depuis plusieurs jours a été injecté avec la glycérine le 19 du mois dernier ; exposé depuis lors à l'atmosphère d'une chambre d'interne, il n'avait pas subi la moindre altération le 3 décembre. M. Demarquay se propose de faire de nouvelles expériences dans le but de confirmer les premières, et de rechercher de quel genre d'applications seraient susceptibles ces propriétés inattendues d'une substance à laquelle on n'avait pu trouver aucun genre d'emploi avant ces derniers temps.

Dr Morpain.

IV.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Influence que certains états morbides peuvent exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire (1).

Monsieur et très honoré confrère,

Je m'empresse de rendre justice à votre loyauté et à l'esprit d'urbanité et de parfaite convenance qui préside à la critique que vous faites (*Gazette hebdomadaire*, n° 45, p. 803) de la manière dont j'ai cherché à démontrer l'influence que différents états morbides peuvent exercer sur la marche de la phthisie pulmonaire. Je ne vous écris donc point, monsieur, pour réclamer, mais uniquement pour vous donner quelques explications qui vous convaincront, j'espère, que mes observations ont un rapport direct avec le point de doctrine que j'ai voulu soutenir.

Il est certain, monsieur, que, ainsi que vous le dites, mon intention a été d'établir que la phthisie soit tuberculeuse, soit de toute autre nature, car je la conçois dans le sens le plus étendu, peut être influencée par un état pathologique quelconque et par un travail organique tel que la grossesse.

Vous pensez que cette thèse eût été mieux défendue si j'avais cité à son appui des observations spéciales confirmant l'action suspensive de la grossesse sur la phthisie pulmonaire. Certes, la chose m'eût été facile! Quel est le médecin qui, dans le cours d'une longue pratique, n'a pas vu des jeunes femmes phthisiques devenir enceintes? J'en ai connu un assez grand nombre, car cette maladie n'est pas rare à Autun, et j'ai, sinon toujours, du moins souvent, remarqué qu'il survenait une amélioration incontestable dans leur position pendant la gestation. L'affection de poitrine, si menaçante jusque-là, cesse de faire des progrès et devient stationnaire jusqu'à ce que la délivrance ait eu lieu. A la vérité, toutes n'atteignent pas le terme ordinaire de la grossesse. Dans ces cas, les accouchements prématurés sont fréquents, et alors la phthisie qui semblait sommeiller se réveille soudain et marche rapidement vers une terminaison fatale.

Passons aux observations de mon mémoire. Sur l'une, qui a trait à une phthisie suspendue pendant trois semaines par une fièvre typhoïde, vous faites deux remarques :

1° « Rien ne constate que la maladie qui s'est déclarée pendant le » cours de la phthisie ait été une véritable fièvre typhoïde. Elle n'est re- » présentée que par quelques symptômes qu'il n'est pas rare de rencon- » trer dans la phthisie tuberculeuse, et d'ailleurs l'autopsie n'a pas été » faite. »

Après vous avoir fait remarquer la difficulté de pratiquer des ouvertures cadavériques dans nos petites villes de province, je vous dirai franchement que, dans mon opinion, toute intervention des symptômes cérébraux très prononcés dans le cours d'une maladie quelconque constitue un état typhique. Vous jugerez que c'est une erreur peut-être; mais, dans le cas particulier, je n'y attache aucune importance. Il suffit, pour le gain de ma cause, qu'il soit bien positif que, pendant tout le temps qu'a existé la surexcitation cérébrale, les progrès de la phthisie ont été suspendus.

2° « La suspension de la maladie pulmonaire ne se rapporte pas à la » lésion du parenchyme, mais uniquement aux signes fonctionnels. »

C'est très vrai, monsieur; aussi ai-je soin de dire que si la dyspnée, la toux, les crachats et les sueurs avaient entièrement cessé, néanmoins l'auscultation faisait reconnaître encore l'état réel du poumon. Il n'y avait pas action rétrograde, mais action suspensive. Eh! n'est-ce donc rien pour le soulagement du malade et la prolongation de son existence que cette suppression momentanée des troubles fonctionnels? On s'efforce bien de combattre la fièvre rémittente hectique par le sulfate de quinine quand elle est trop prononcée et qu'elle use trop rapidement les forces! on cherche bien à modérer les sueurs, etc...!

Vous regardez la seconde observation comme moins probante encore que la première, parce que « l'amélioration momentanée a succédé à des » vomissements; qu'on en obtient de semblables au moyen de l'émétique » donné à petites doses, et que l'action expulsive du vomissement ne peut » être comparée à celle d'un travail organique tel que la grossesse ou » une fièvre typhoïde. »

L'action du vomissement provoqué et entretenu journellement par l'administration du tartre stibié diffère essentiellement, en effet, de l'influence permanente de la grossesse. Il ne s'agit là que d'une succession de secousses isolées dont le retentissement sur l'organisme n'a rien de constant. Mais en est-il de même du vomissement spontané qui dure sans interruption pendant six semaines? Non; celui-ci tient à un accroissement désordonné de l'énergie vitale. Dans ce cas, l'estomac et le foie deviennent centres de fluxion; toutes les forces se concentrent sur ces deux viscères; une dérivation puissante s'établit, et les autres organes tombent dans un état d'inertie relatif. Sous l'influence de cette diversion, le travail de la tuberculisation s'arrête dans la phthisie tuberculeuse, dans les autres variétés de phthisie ou de consomption pulmonaire, si vous le préférez; l'*épine de Van Helmont*, l'*inflammation latente*, l'*altération organique du parenchyme*, le *traumatisme*, en un mot tous les états morbides qui peuvent les engendrer, subissent un temps d'arrêt tant que cette réaction est prédominante.

Telles sont les réflexions que je voulais soumettre à votre jugement. Je vous prie de les accueillir avec bienveillance, et de décider si elles sont dignes ou non d'être insérées dans votre estimable journal. Quelle que soit votre décision à cet égard, je me réjouirai toujours d'une circonstance qui m'a fait entrer en relation avec vous et m'a fourni la preuve que le savoir n'exclut pas toujours la modération et la courtoisie. Si la critique des maîtres était, en général, moins acerbe et ménageait davantage les amours-propres, elle aurait plus de succès, et les convictions seraient moins rebelles.

Agréez, etc. S.-M. GUYTON.

Autun, 16 novembre 1855.

RÉPONSE. — Nous avons nous-même autrefois, dans un article motivé (*Gazette médicale de Paris*, 1851, p. 639), maintenu provisoirement la vieille opinion du pouvoir modérateur de la grossesse contre les déductions numériques de M. le professeur Grisolle et de M. Dubreuilh fils. Nous sommes donc d'accord sur le fond avec l'auteur de la présente lettre, et la dissidence ne porte que sur la manière de poser la question.

Relativement à la première observation de M. Guyton, nous avions mis en doute qu'elle fût relative à une véritable fièvre typhoïde, et M. Guyton nous accorde qu'il n'a voulu exprimer par la dénomination d'état typhoïque que l'*intervention de symptômes cérébraux*. Nous avions fait remarquer que les signes fonctionnels de la phthisie, dans ce cas, avaient été seulement suspendus, la lésion du parenchyme continuant à s'aggraver, et M. Guyton, qui l'avait déjà dit dans son travail, le répète ici. Donc l'observation ne prouve pas qu'une phthisie pulmonaire ait été réellement arrêtée ou ralentie dans sa marche par une fièvre typhoïde. Elle prouve, dit l'auteur, que l'explosion d'accidents cérébraux a fait taire la toux, a tari passagèrement les crachats et les sueurs nocturnes. A la bonne heure. Mais ce ne sont pas là les termes dans lesquels a été posée la question de l'action suspensive de la grossesse dans la phthisie pulmonaire, et dès lors il n'y avait pas lieu à rapprochement. M. Grisolle et les autres peuvent très bien accorder la dérivation dans le sens où l'entend M. Guyton, et contester le ralentissement du travail de tuberculisation. C'est tout ce que nous avons prétendu établir.

Le second fait, relatif, celui-là, à un cas de grossesse, donnait lieu aux mêmes remarques, et l'auteur en reconnaît encore l'exactitude. Mais, de plus, nous avions demandé si la diminution des symptômes thoraciques ne devait pas être attribuée en partie à l'effet expulsif des vomissements, comme il arrive dans le traitement de M. Bricheteau. Que répond l'auteur? Que l'action du vomissement provoqué et entretenu journellement diffère de l'*influence permanente de la grossesse*. Sans contredit. Mais, pour démontrer que c'est à cette influence qu'est due l'amélioration, il faudrait établir que ce n'es pas à l'effet vomitif lui-même? Or il suffit qu'on en puisse douter pour que notre critique subsiste.

En somme, nous maintenons que la question générale de la dérivation et de la révulsion ne subordonne pas absolument celle, plus circonscrite, de l'influence de la grossesse ou de tout autre travail organique sur la phthisie *tuberculeuse*, et qu'il importe d'étudier cette dernière question pour son propre compte dans les termes d'une nosologie bien arrêtée et bien définie.

A. DECHAMBRE.

(1) Nous demandons à notre honorable confrère la permission d'abréger un peu sa lettre, que l'espace ne nous permettrait pas d'insérer intégralement. Nous conservons les passages essentiels. A. D.

V.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

ANTHROPOLOGIE. — *Recherches statistiques, physiologiques et pathologiques sur les enfants jumeaux*, par M. *Baillarger*. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Coste.) (Voir GAZ. HEBD., n° 48, p. 859.)

MÉDECINE. — *Nigritie de la langue en dehors de tout état fébrile*, par M. *Bertrand de Saint-Germain*. — La coloration noire de la face supérieure de la langue, telle qu'on l'observe normalement chez le perroquet et la girafe, a été observée quatre fois par l'auteur : en premier lieu chez une jeune fille de treize ans, dont l'état d'émaciation et de paraplégie croissantes dénotait une altération profonde des centres nerveux. En second lieu, chez une dame asthmatique de soixante-dix ans, qui n'était pas plus souffrante que d'habitude; en troisième lieu, chez un vieillard, du reste, bien portant ; enfin, chez une enfant de onze ans, convalescente d'une fièvre typhoïde. Les individus affectés n'accusaient qu'une grande sécheresse de la bouche.

Cette tache, qui débute par la partie moyenne de la langue, s'étend pendant quelques jours, demeure stationnaire durant dix jours, puis s'efface de la circonférence au centre au bout de quarante à soixante jours. Elle est d'un noir d'ébène et résiste au lavage : en un mot, elle présente tous les caractères d'une tache pigmentaire, accidentelle et temporaire.

De ces faits, M. de Saint-Germain conclut que la production du pigmentum reconnaît d'autres causes que l'insolation, et que l'on doit admettre pour les individus, comme pour les races dont se compose l'espèce humaine, des prédispositions originelles indépendantes de l'influence climatérique par laquelle il paraît bien difficile d'expliquer, non-seulement la différence de coloration sous les mêmes latitudes ; mais aussi les modifications anatomiques qui distinguent les variétés de l'espèce humaine. (*Comm.* : MM. Flourens, Rayer, Coste.)

— *De la position la plus favorable à donner aux individus asphyxiés sur lesquels on tente la respiration artificielle*, par M. *Marshall Hall*. — Dans ses recherches, l'auteur croit avoir établi l'avantage de la position sur la face lorsqu'on veut pratiquer la respiration artificielle. Si le sujet repose sur le dos, la langue tombe sur l'épiglotte en la portant sur la glotte, qui est ainsi fermée; les liquides qui peuvent se trouver dans la bouche, ou qui y remontent de l'estomac, obstruent le même passage. Tout se change en renversant la position, et en plaçant le sujet sur la face, la langue et l'épiglotte prennent la direction la plus favorable à la libre pénétration de l'air dans les voies respiratoires.

— *De l'emploi du chlorure double de manganèse et de fer comme prophylactique de la syphilis*, par M. *Lebel*. (*Comm.* : MM. Andral, Rayer, Bernard.)

— *Du choléra épidémique, de ses causes et de son traitement*, par M. *Précy*. (*Commissaires du prix Bréant*.)

TÉRATOLOGIE. — *Histoire d'un monstre double, compliqué de plusieurs autres monstruosités*, par M. *Puech*. (*Comm.* : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, Andral.)

— Les *Comptes rendus* ne donnent que les titres des trois précédents mémoires.

CHIRURGIE. — *Absence congénitale du nez. Nouveau procédé de rhinoplastie*, par M. *Maisonneuve*. — Il s'agit d'une petite fille de sept mois, dont le nez est remplacé par une surface plane percée seulement de deux petits pertuis ronds, de 1 millimètre à peine de diamètre, et distants l'un de l'autre de 3 centimètres. Le 18 mai 1855, l'enfant étant préalablement soumise au chloroforme, l'opérateur fit partir de chacun des pertuis nasaux une incision transversale, longue de 1 centimètre, et dirigée de dehors en dedans. Deux autres incisions verticales, partant de l'extrémité interne des précédentes, furent dirigées vers le bord libre de la lèvre supérieure, près de laquelle elles se rapprochèrent l'une de l'autre pour se réunir en V. De ces dernières incisions résultait un lambeau étroit comprenant toute l'épaisseur de la lèvre; il fut disséqué et relevé horizontalement pour former la cloison du nez. Il restait alors un véritable bec-de-lièvre artificiel dont les bords furent réunis au moyen de la suture entortillée. Mais pour obtenir cette réunion, il fallait nécessairement que l'espace compris entre les ouvertures nasales fût raccourci de toute la largeur du lambeau détaché pour former la sous-cloison, et que par conséquent il se formât aux dépens de la peau intermédiaire un pli saillant. Celui-ci, soutenu par la sous-cloison artificielle, constitua naturellement une proéminence nasale parfaitement régulière.

Les cris et les efforts de l'enfant ayant amené une désunion partielle des points de suture supérieure, M. Maisonneuve pratiqua l'incision sous-cutanée du muscle orbiculaire des lèvres, de l'un et de l'autre côté de la plaie, pour empêcher ses contractions de déchirer la cicatrice. L'opération a réussi. (*Section de médecine et de chirurgie*.)

ANATOMIE. — *Note sur la structure du système nerveux*, par M. *Gratiolet*. — A propos de la communication de M. *Stilling*, l'orateur rappelle qu'il a décrit, dès 1852, les prolongements multiples qui unissent entre elles les cellules multipolaires des axes gris de la moelle. Ces connexions réciproques des cellules sont si nombreuses qu'il en résulte un *plexus* très compliqué qui s'étend dans toute la longueur des axes gris. On observe une relation constante entre la grandeur maximum des cellules et la taille des animaux. Outre ces prolongements, les cellules émettent beaucoup d'autres ramifications, dont les unes se continuent évidemment avec certaines fibres des racines et des faisceaux antérieurs, tandis que d'autres passent par la commissure blanche au côté opposé de la moelle. Des recherches récentes ont prouvé encore à l'auteur que les éléments de la substance grise établissent une relation directe entre le système des cordons postérieurs et celui des racines et des cordons antérieurs.

— *Recherches sur la structure des amygdales et des glandes situées sur la base de la langue*, par M. *Sappey*. — 1° *Glandes de la base de la langue*. Ce sont les glandes acineuses, mais elles forment dans cette classe une petite tribu à part. Le conduit excréteur des glandes en grappe ordinaires offre une disposition ramescente : celui des glandes linguales se présente sous l'aspect d'un petit follicule dont la partie profonde constitue au centre de chacune de ces glandes une véritable cavité. Autour de cette cavité centrale se trouvent groupées des glandules acineuses qui versent sur ses parois le produit de leur sécrétion. Toutes ces glandules sont indépendantes les unes des autres; le nombre des glandules inhérentes au même follicule varie de trois à huit.

Leur produit est un mucus extrêmement visqueux. Durant l'intervalle des repas, il s'accumule dans le réservoir creusé au centre des glandes linguales ; au moment de la déglutition, le bol alimentaire, en comprimant de haut en bas tous ses réservoirs, exprime une petite quantité de leur contenu, et humecte ainsi lui-même, par le simple fait de son passage, le plan incliné sur lequel il glisse. Lorsque l'orifice destiné à transmettre au dehors le produit de sécrétion vient à s'oblitérer, le mucus s'amasse en quantité plus ou moins considérable dans le réservoir de la glande; telle paraît être l'origine de ces kystes qu'on observe quelquefois à la partie la plus inférieure de la base de la langue, au voisinage de l'os hyoïde.

2° *Amygdales*. Elles présentent sur leur face interne huit à dix ou douze orifices extrêmement variables dans leur forme, leurs dimensions et leur situation respective. La cavité qui leur succède présente des parois très inégales : tantôt elle est limitée à la surface de l'organe; tantôt elle s'étend jusqu'à son centre et même jusqu'à sa surface externe. — La masse entière des amygdales se compose de la réunion de toutes les parois qui circonscrivent ces cavités. Ces parois sont constituées par les éléments suivants : 1° une membrane muqueuse; 2° des glandes; 3° des artères et des veines; 4° des nerfs; 5° du tissu cellulaire et un petit nombre de cellules adipeuses. L'auteur décrit seulement l'élément muqueux et l'élément glanduleux.

A. *Muqueuse amygdalienne*. Elle s'applique exactement à la face interne de l'amygdale, et lui adhère en général d'une manière intime. Au niveau des orifices qui conduisent dans les cavités de la glande, et sur les parois de ces cavités elles-mêmes, elle n'est pas moins adhérente. Sa partie extérieure ou sus-amygdalienne est légèrement rosée. Les prolongements intra-amygdaliens offrent une couleur d'un gris pâle ou cendré. L'étude comparative des glandes situées à la base de la langue et des amygdales démontre que la muqueuse qui leur correspond offre la même disposition dans les unes et dans les autres.

B. *Glandes des amygdales*. Ce ne sont pas de simples follicules qui versent le produit de leur sécrétion dans les cavités ou cellules amygdaliennes : ce sont des glandes acineuses. Ces glandes sont situées dans l'épaisseur de la muqueuse qui tapisse les parois de ces cavités. Elles sont si multipliées, qu'elles forment, sur toutes ces parois, une couche continue. Les acini qui les constituent sont arrondis, serrés les uns contre les autres et revêtus, à leur face interne ou concave, d'un épithélium nucléaire. Leur conduit excréteur est extrêmement court, mince, pâle et transparent. Le liquide sécrété par les amygdales est à peine visqueux. On le trouve presque constamment mêlé à des grumeaux d'apparence et de consistance caséeuses. Ces noyaux caséiformes ne seraient-ils pas, dans quelques cas au moins, la cause de ces amygdalites répétées qu'on observe chez certains malades ?

M. Sappey termine sa note par les conclusions suivantes : 1° Toutes les glandes situées sur la partie inférieure et sur les parties latérales de l'isthme du gosier présentent une structure identique : Toutes sont des glandes en grappe. 2° Ces glandes ont pour caractère commun et distinctif d'être munies d'un réservoir, très petit pour les glandes linguales, très grand et multiple pour les amygdales. 3° Ce réservoir, qui a été considéré

jusqu'à présent comme la propriété exclusive des glandes les plus volumineuses ou les plus importantes de l'économie, peut appartenir aussi à des glandes d'un très petit volume et d'une importance secondaire, avec cette différence toutefois qu'il est situé en dehors de leur partie périphérique dans les unes et au centre dans les autres.

PHYSIOLOGIE. — *Quatrième note sur l'influence de la lumière sur la production de l'acide carbonique des animaux*, par M. *Moleschott*. Ayant trouvé que l'action de la lumière fait augmenter l'acide carbonique exhalé par les grenouilles, l'auteur a voulu examiner si cette influence s'exerce par l'intermédiaire des yeux ou par celui de la peau, ou bien par tous les deux. Il s'est assuré par de nombreuses expériences que les degrés de lumière et de température étant égaux, la valeur moyenne de l'acide carbonique produit par les grenouilles aveugles est à celle des animaux intacts dans le rapport de 100 à 114 ; d'où il résulte que l'œil prend part à l'influence que la lumière exerce sur l'augmentation de l'acide carbonique exhalé par des grenouilles. L'action de la lumière, qui fait augmenter la production de l'acide carbonique, est transmise dans l'organisme aussi bien par la peau que par les organes de la vision.

Conclusions générales du travail. — 1° Les grenouilles, pour les mêmes unités de poids et de temps, exhalent 1/12 jusqu'à 1/4 d'acide carbonique de plus, lorsqu'elles respirent sous l'influence de la lumière que dans l'obscurité, tant que les degrés de température sont égaux ou ne diffèrent que peu. 2° La production de l'acide carbonique s'accroît, en raison directe, avec l'intensité de la lumière à laquelle les animaux sont exposés. 3° L'influence que la lumière exerce, en augmentant la quantité d'acide carbonique, est transmise en partie par la peau, en partie par les yeux.

Recherches sur l'influence que des enduits imperméables appliqués sur la coquille de l'œuf exercent sur le développement du poulet, par M. *Dareste*. Lorsque le gros bout des œufs a été verni au commencement ou dans les premiers jours de l'incubation, un certain nombre de poulets ont été trouvés morts dans les œufs. Ceux qui ont continué à se développer présentaient un fait anatomique remarquable. L'allantoïde, au lieu de s'appliquer contre les parois de la chambre à air, était venue, au contraire, s'appliquer contre une des parties de la coquille qui n'avait point été vernie. Ce fait donne l'explication de la persistance de la vie dans ces derniers œufs. Ce déplacement de l'allantoïde paraît être aussi pour le poulet le point de départ de certaines anomalies organiques. Lorsque l'application du vernis sur le gros bout de l'œuf a lieu vers le cinquième jour, le poulet a été tué par asphyxie. A partir du huitième au douzième jour, on n'exerce plus d'action sur le poulet.

Dans le vernissage du petit bout, au début et dans les premiers temps de l'incubation, le poulet ne se développe pas toujours.

Dans ses expériences sur le vernissage des œufs dans une moitié parallèle au grand axe, M. Dareste a constaté que les poulets sont morts toutes les fois que la moitié vernie de l'œuf était placée en dessus, tandis qu'ils ont continué à vivre quand la moitié vernie était en dessous.

ÉCONOMIE RURALE. — *Lettre sur l'opium indigène récolté à Amiens en* 1855, par M. Decharmes. L'opium provenant de cette récolte a été analysé par M. Mialhe, qui y a trouvé 20 pour 100 de morphine, tandis que les opiums de 1853 et 1854 n'avaient donné que 14,75, et 16 pour 100 de cet alcaloïde.

THÉRAPEUTIQUE. — *Sur l'emploi fait, dans quelques parties de l'empire Chinois, de la gomme des vieux mélèzes*. M. de Paravey, dans une note adressée à l'Académie, appelle l'attention des chimistes et des médecins sur cette gomme précieuse, qui est un remède fort usité chez différentes peuplades de l'Asie.

CANDIDATURES. — M. *Jobert* (de Lamballe), et M. *Poiseuille*, prient l'Académie de vouloir bien les comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. *Magendie*.

— M. *Cl. Bernard*, au nom de la section de médecine et de chirurgie, présente la liste suivante de candidats pour une place de correspondant vacante par suite du décès de M. *Fodera* : 1° M. *Marshall Hall* ; 2° M. *Rokitansky* ; 3° M. *Christison* ; 4° M. *Riberi* ; 5° M. *Chelius*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre des travaux publics transmet à l'Académie : — *a*. Le rapport final de M. le docteur *Masson*, médecin des épidémies de l'arrondissement de Beaune, sur une épidémie d'angine couenneuse. — *b*. Un rapport de M. le docteur *Pichenot* sur la même affection. — *c*. Un rapport final de M. le docteur *Delamontagne*, sur une épidémie de fièvre typhoïde. — *d*. Un rapport de M. le docteur *Foucault*, sur la suette miliaire. — *e*. Plusieurs rapports de M. le docteur *Lemaire* et d'autres médecins des épidémies du département du Nord, sur la fièvre puerpérale et le choléra. — *f*. Une lettre de M. le docteur *Labayle* (de Bagnères), un rapport de M. le docteur *Bocamy* (de Perpignan), un rapport de M. le docteur *Chem-rault* (de Montalembert), et plusieurs autres rapports adressés par les médecins des épidémies du département de la Meuse, sur le choléra et diverses épidémies. (*Commission des épidémies, et commission du choléra de* 1854.) — *g*. Plusieurs communications relatives à des remèdes nouveaux. (*Commission des remèdes secrets.*)

2° M. le docteur *Chambert*, chirurgien en chef des hospices de Laon, transmet à l'Académie un mémoire intitulé : *Recherches médico-légales sur les différences des brûlures produites pendant la vie et après la mort.* (Comm.: MM. Bégin, Guérard, Michel Lévy.)

— M. *Rostan*, sur l'invitation qui lui en est faite par M. *le Président*, donne à l'Académie des nouvelles de M. *Bérard*. (Voir aux *Variétés*.)

— M. *Guérard* commence la lecture du rapport annuel de la *Commission des eaux minérales*.

A quatre heures, l'Académie se forme en *comité secret*.

Mardi prochain, 11 décembre, *séance annuelle*.

Les portes seront ouvertes à 2 heures ; on commencera à 3 heures.

Société de chirurgie de Paris.

SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GOSSELIN.

Communication sur la glycérine.

M. Denonvilliers : La glycérine, substance connue depuis assez longtemps, était tombée dans l'oubli lorsque M. Chevreul attira de nouveau sur elle l'attention des chimistes ; elle fait partie, comme on sait, des corps gras, et constitue un résidu de la fabrication des bougies stéariques et des savons. La glycérine est un principe immédiat neutre, de la consistance du sirop de gomme, d'une couleur jaune pâle et d'une saveur sucrée ; elle est douce au toucher, soluble dans l'eau et inaltérable à l'air. La glycérine était restée à peu près sans emploi, bien qu'on eût essayé à diverses reprises d'en faire usage dans le traitement de quelques maladies. M. Demarquay vient de prouver par des faits irrécusables, selon moi, qu'elle constitue un excellent agent pour le traitement des plaies. Le pansement est, certes, un des éléments les plus importants du traitement des plaies ; il doit être varié suivant les circonstances et la nature du mal ; aussi les modifications qu'on y a introduites sont-elles fort nombreuses ; il me suffira de citer les sutures, les serres-fines, les bandelettes de diachylon, l'eau tiède, etc. Aucune de ces modifications ne me paraît devoir être rejetée, et, pour ma part, je les crois tellement utiles qu'il m'arrive rarement d'amener une plaie à une cicatrisation complète sans avoir changé complétement deux ou trois fois le mode de pansement. Ce n'est donc nullement comme devant remplacer ces divers moyens que je présente la glycérine. Mais il est un pansement général qui vient s'ajouter à la plupart des pansements spéciaux dont je viens de parler ; c'est celui qu'on désigne sous le nom de *pansement à plat*, de *pansement simple*. Ce pansement s'est fait jusqu'ici presque universellement avec le cérat, étendu en couche mince sur un plumasseau de charpie ou sur un linge troué. Or, c'est ma conviction sincère que le cérat a fait son temps et qu'il doit être remplacé d'une manière absolue par la glycérine. Le mode d'emploi de la glycérine est excessivement simple : on verse dans un plateau une certaine quantité de cette substance, dans laquelle on trempe ensuite le linge troué ou la charpie destinés au pansement. On peut aussi faire tomber directement quelques gouttes de glycérine sur la plaie. Ce nouveau mode de pansement offre les avantages suivants : il est plus propre que le pansement avec le cérat, car la glycérine étant soluble dans l'eau, ne graisse ni les doigts ni les habits ; il est plus expéditif, puisqu'il suffit de tremper le linge dans un liquide ; il s'enlève avec autant de facilité, au moins, que le linge cératé et laisse la plaie très nette, les bords parfaitement propres, avantage inestimable que ne donne point le cérat.

La glycérine guérit-elle plus rapidement ? Je suis porté à le croire d'après l'impression générale que m'ont laissée les faits de mon observation ; mais il serait difficile de le prouver par des statistiques. Toujours est-il que les plaies pansées avec la glycérine n'ont jamais cessé de présenter cet aspect rosé que désire le chirurgien.

Comment agit la glycérine ? Jouit-elle de propriétés spéciales ? Fait-elle subir aux plaies des modifications particulières, favorables à la guérison ? Je ne le pense pas. La glycérine me semble agir comme une substance complétement inerte ; mais elle l'emporte sur le cérat, parce qu'elle ne présente point, comme lui, un inconvénient très grave, à mon avis.

Lorsqu'une plaie a été pansée un certain temps avec des linges cératés, il est rare que sur les bords de la solution de continuité ne s'accumulent pas, malgré les plus grandes précautions, des couches de plus en plus épaisses et dures de matières grasses, qu'on a ensuite beaucoup de peine à enlever; le plus souvent on ne réussit à débarrasser la peau de cette crasse, et à lui donner cette propreté qui me paraît essentielle pour la guérison, qu'en grattant les bords avec une spatule; or, dans cette opération, on enlève toujours, en même temps que le cérat, la couche épidermique la plus superficielle. Mais examinez attentivement une plaie en voie de cicatrisation, et vous verrez que cette couche épidermique se continue avec la pellicule très mince qui forme le premier pas de la cicatrisation, et qu'on enlève avec elle; il s'en suit que toujours, dans ces cas, on fait saigner la plaie, et qu'on retarde nécessairement la guérison. Avec la glycérine, rien de semblable; les bords de la plaie, quelle que soit la durée de ce mode de pansement, ont toujours la même propreté qu'au premier jour, et la peau saine n'est salie par aucun dépôt de substances étrangères. La glycérine agit donc surtout par la propreté qu'elle entretient sur les bords de la plaie. Aurait-elle d'autres qualités? Je ne saurais le dire; mais il est certain que, depuis six semaines que j'en fais un usage général dans mon service à l'hôpital Saint-Louis, je n'ai observé aucun de ces accidents, aucune de ces complications qui viennent si souvent retarder la cicatrisation des plaies traitées par la méthode ordinaire. Il me paraît donc démontré, au moins, que la glycérine n'a rien de nuisible, et qu'on peut, en toute sécurité de conscience, engager les chirurgiens à essayer de ce mode de pansement.

M. Demarquay a cru trouver à la glycérine d'autres applications plus brillantes peut-être, mais non plus utiles assurément que celles que je viens de signaler. Ainsi, il l'a vue produire des effets merveilleux dans des cas de pourriture d'hôpital, pour lesquels il avait employé sans succès les moyens les plus énergiques. Ces faits se sont passés en mon absence, et, sans les contester, je n'affirme rien à cet égard. Dans le pansement des chancres, de ceux surtout qui occupent les côtés du frein, le gland, le prépuce, la glycérine m'a paru donner les meilleurs résultats. Il en est de même des bubons syphilitiques. Injectée dans de vastes clapiers où s'accumule la suppuration, elle a paru imprimer aux parois de l'abcès des modifications avantageuses; mais mon opinion est encore peu faite sur ce point. M. Demarquay dit en avoir tiré de bons résultats dans le traitement des ulcérations du col utérin; je reste également dans le doute à ce sujet. M. Cap a signalé les avantages qu'on pourrait retirer de la glycérine comme excipient des médicaments destinés à l'intérieur. Enfin, quelques expériences faites par M. Demarquay tendraient à faire croire que la glycérine jouit de propriétés conservatrices remarquables sur lesquelles l'avenir nous renseignera.

M. Larrey a essayé de la glycérine dans son service au Val-de-Grâce, et ce qu'il a vu jusqu'ici, l'a disposé à concevoir les mêmes espérances que M. Denonvilliers. Il a obtenu que la glycérine soit appliquée prochainement au pansement de toutes les plaies traitées à l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. Demarquay : Voici les faits tels qu'ils se sont présentés à moi. J'avais à traiter, dans le service de M. Denonvilliers, confié momentanément à mes soins, une brûlure étendue de la jambe, qui s'était compliquée de pourriture d'hôpital. J'avais employé inutilement le citron, l'acide nitrique monohydraté, et enfin le fer rouge. Je songeai alors à essayer de la glycérine, qui avait attiré mon attention à l'exposition universelle. Dès le lendemain de son emploi, je trouvai une grande amélioration, et les jours suivants la plaie prit un aspect de plus en plus favorable. Était-ce là une simple coïncidence? On aurait pu le soutenir. Des ulcères de la bouche de mauvaise nature, des ulcères syphilitiques, traités par la glycérine, se détergèrent rapidement. Je me fis à moi-même une petite plaie sur laquelle je portai de la glycérine; j'éprouvai aussitôt une légère irritation qui me donna la conviction que cette substance a une action légèrement excitante. Une femme qui avait subi l'ablation du sein, avait un érysipèle commençant qui menaçait de s'étendre. L'emploi de la glycérine fit rétrograder et disparaître promptement cette complication. Enfin, les plaies pansées avec de la glycérine m'ont toujours paru fournir moins de suppuration que celles qui étaient couvertes d'un linge cératé.

M. Giraldès. La glycérine a été employée il y a assez longtemps par Bowman dans les maladies de la cornée, et cela lorsqu'il voulait cautériser un point de la cornée tout en abritant la partie saine de l'organe. J'ai fait moi-même usage de la glycérine, à l'hôpital de la Charité, dans le pansement des plaies. Mais mon expérience est encore très restreinte, et tout ce que je puis dire, c'est que la glycérine permet de tenir les plaies dans un état très remarquable de propreté. M. Giraldès croit qu'on se sert très fréquemment de la glycérine en Angleterre, mais il ne sait dans quelles circonstances.

M. Debout rappelle l'usage qu'on a fait de la glycérine dans certaines maladies de la peau; quant à lui, il l'a employée dans quelques affections de la gorge, dans la balano-posthite. Comme excipient, la glycérine peut être très utile, car elle dissout parfaitement un grand nombre de médicaments, tels que le tannin, l'iodure de potassium, etc.

M. Cloquet. La glycérine, étant une substance inerte, pourrait bien n'avoir d'autre action que celle de préserver les plaies du contact de l'air. Il faudrait donc l'essayer dans les brûlures. Il serait intéressant également de voir son mode d'action dans une épidémie de pourriture d'hôpital; si l'air est le véhicule de cette terrible affection, comme cela paraît probable, la glycérine pourrait peut-être préserver de cette complication les plaies qu'on en couvrira, et cela en les abritant, d'une manière toute mécanique, contre l'influence des molécules septiques suspendues dans l'atmosphère.

Société de médecine du département de la Seine.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU VENDREDI 7 DÉCEMBRE.

Suite de la discussion sur le traitement de la gale.

Élection d'un vice-président, d'un secrétaire particulier et d'un membre du conseil d'administration.

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Mémoire sur le traitement du bubon ramolli, d'après la méthode de M. le docteur SIRUS-PIRONDY, par M. G. BOUISSON, interne à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Déjà en 1847 MM. Jules Roux et Marmy avaient, chacun de son côté, appliqué la teinture d'iode au traitement des bubons; mais ils attendaient, pour l'employer, que le foyer fût formé, évacuaient le pus, et se proposaient seulement de modifier la surface pyogénique au moyen de l'injection iodée, de telle sorte que la cicatrisation et le recollement s'opérassent consécutivement avec autant de promptitude que dans l'hydrocèle à la suite du contact de la teinture d'iode.

M. Sirus-Pirondy (dont M. Bouisson expose la pratique) se propose un tout autre but. Loin de se borner à simplifier les suites du processus suppuratif, c'est la suppuration même qu'il veut prévenir. Lorsqu'un bubon commence à laisser percevoir la fluctuation dans son intérieur, on le recouvre d'un large vésicatoire, dont on panse ensuite la surface avec un mélange d'environ une partie de teinture d'iode pour deux parties d'eau.

Grâce à ce pansement, renouvelé deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures, on obtient, dans le plus grand nombre des cas, une prompte résolution de la collection purulente, qui s'abcède rarement. Et quand ce dernier mode de terminaison ne peut être évité, on a du moins une cicatrisation plus rapide et plus régulière, par le prompt recollement de la peau.

Au premier abord, c'est une prétention ou bien téméraire, ou bien vaguement définie, que celle de faire ainsi avorter les *bubons*, considérés d'une manière générale. Tout le monde sait qu'à la suite d'un chancre vénérien primitif il peut survenir deux espèces de bubons : l'un par simple irradiation inflammatoire, l'autre par transport du virus chancreux. Or, si le premier est très susceptible de résolution, même par l'effet de médications fort peu actives, il est, au contraire, généralement admis que le second, étant un véritable chancre ganglionnaire, doit s'abcéder et donner lieu à une ouverture chancreuse de la peau, en dépit de tout traitement. Par conséquent, énoncer la possibilité de faire résoudre indistinctement tous les bubons qui accompagnent l'ulcère vénérien primitif, c'est ou dire qu'on est en possession d'un remède vainement cherché jusqu'ici, ou laisser soupçonner, au contraire, que les bubons dont on a pu opérer la résolution appartenaient à la première catégorie, celle où la terminaison par résolution est par tous regardée comme possible et facile.

Le travail de M. Bouisson repose principalement sur des faits; ce sont donc ces faits qu'il faut analyser. Seize observations sont présentées comme exemple de bubons ramollis et guéris sans suppuration par la teinture d'iode. Remarquons d'abord que, par cette dénomination élastique de *ramollis*, M. Bouisson ne désigne pas

des foyers véritablement fluctuants, car lorsque la fluctuation y a été réellement perçue il le note en propres termes; or ce n'est que dans quatre cas sur seize que la fluctuation est signalée.

Quant à ces quatre cas, nous ne nions point l'action très favorable et puissante de la teinture d'iode déposée à la surface du derme; mais nous pensons (fondé sur notre expérience, qui nous a montré des bubons suppurant malgré une médication analogue) que les engorgements résolus n'étaient pas virulents, qu'ils se sont résolus justement parce qu'ils n'étaient pas virulents.

Pour sortir de l'ordre des suppositions, toujours aussi aisées à nier qu'à avancer, nous dirons à M. Bouisson.

« Quelque valeur que nous reconnaissions, avec vous, à votre procédé abortif, tenez pour certain que, dans le nombre des bubons que vous serez appelé à traiter, il y en aura toujours un nombre donné où la suppuration se produira et s'évacuera au dehors, malgré la docilité du sujet, l'application précoce du vésicatoire iodé, et la similitude en apparence parfaite de toutes les circonstances de la maladie avec celles d'un autre cas où le traitement aura été couronné de succès. Et soyez également assuré que, dans plusieurs des cas malheureux, l'ouverture de la peau deviendra chancreuse, donnant ainsi la raison plausible de l'insuccès qui ne pouvait être évité. »

« Pour nous prouver, dirions-nous encore à M. Bouisson, pour nous prouver que le bubon que vous avez fait avorter était réellement virulent — et non de ceux qui avortent par le seul effet du repos —, vous n'avez qu'un moyen : c'est, quand, l'existence du pus ayant été manifeste celui-ci commence évidemment à se résorber, d'en prendre au sein du foyer, alors en voie de résolution, et de l'inoculer. S'il produit la pustule caractéristique, alors nous avouerons que vous avez réellement opéré la rétrocession d'un chancre ganglionnaire. Mais il nous semble pour le moins douteux que vous soyez en mesure de fournir un pareil procédé de démonstration. »

M. Bouisson invoquera peut-être, contre notre critique, cette considération que l'iode transforme le pus virulent du bubon en pus simple. Mais comme un pareil résultat ne se voit point sur les chancres extérieurs que l'on peut traiter et observer à découvert, il est peu présumable qu'une explication semblable paraisse admissible avant qu'un plus ample informé par voie d'expérimentation ait prononcé.

Malgré ces réserves, justifiées, ce nous semble, par la précision que cette partie de la science a récemment conquise sous le rapport pathogénique, nous enregistrons avec le plus vif intérêt l'indication du moyen puissant que M. Bouisson a opposé au développement d'une certaine espèce de bubons, ainsi que des résultats dont il a vu l'application être suivie.

P. DIDAY.

VII.

VARIÉTÉS.

Nous avons la douleur d'annoncer que M. le professeur BÉRARD a été frappé, dimanche soir, dans sa résidence de Saint-Maurice (Seine), d'une attaque d'apoplexie avec hémiplégie du côté droit. Les premiers soins lui ont été donnés par M. le docteur Deguise fils, qui a veillé toute la nuit auprès de l'éminent malade. M. Nélaton est accouru vers deux heures du matin. Une saignée copieuse a produit un résultat assez favorable, et quand M. le professeur Trousseau est arrivé, sur les huit heures, les symptômes de compression cérébrale étaient déjà notablement amendés. A quatre heures du soir un nouveau travail fluxionnaire a réveillé les phénomènes alarmants de la veille. M. Rostan a trouvé le malade dans cet état de paroxysme inquiétant, qui s'est dissipé lentement pendant la nuit du lundi.

Mardi matin, la rémission était à peu près complète. M. Bérard avait recouvré en partie son intelligence et le libre exercice de la parole : il reconnut toutes les personnes qui l'entouraient; il affecta même, par une sorte de coquetterie (c'est M. Rostan qui le dit), de tendre à ses amis sa main droite qui avait été paralysée, comme pour leur prouver que les symptômes d'hémiplégie qui les avaient tant alarmés étaient à peu près disparus et devaient être attribués plutôt à une simple congestion qu'à une hémorrhagie cérébrale. MM. Rostan, Trousseau et Deguise, réunis en consultation et satisfaits de l'amélioration relative survenue dans l'état de M. Bérard, décidèrent seulement qu'une nouvelle saignée serait pratiquée vers le soir, si de nouveaux accidents paroxystiques se manifestaient comme la veille.

Mercredi, la journée est assez bonne.

Vers le soir, appareil fébrile intense ; aggravation des symptômes généraux. Le malade passe une mauvaise nuit.

Jeudi matin, même état que la veille.

— Les évacuations des malades de l'armée d'Orient sur les hôpitaux militaires de Montpellier commencent à se ralentir. L'Hôtel-Dieu Saint-Éloi ne renferme que peu de malades, et l'hôpital du Château-d'O est fermé. (*Revue thérap. du Midi.*)

— La petite épidémie de choléra qui vient d'avoir lieu à Lyon a débuté le 12 août et s'est terminée le 12 novembre, après avoir fait 80 victimes. (*Gaz. méd. de Lyon.*)

— L'Académie des sciences a procédé, dans sa séance du 3 de ce mois, à la nomination d'un membre correspondant dans la section de médecine et de chirurgie. Sur 41 votants, M. Marshall Hall ayant réuni 39 suffrages, a été nommé correspondant à la place vacante par suite du décès de M. Fodéra.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École de pharmacie de Montpellier a eu lieu le 15 novembre avec le cérémonial accoutumé. Nous n'avons rien à dire de particulier sur cette séance, qui n'a différé des précédentes que par une allocution légèrement antivitaliste de notre recteur M. le docteur Donné. (*Revue thérapeutique du Midi.*)

— Le Collége de France, appelé à présenter deux candidats pour la chaire de médecine laissée vacante par la mort de M. Magendie, a présenté au premier rang M. Cl. Bernard, membre de l'Académie des sciences, au second rang M. Longet.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

AVIS. — Nous prions ceux de nos correspondants qui nous adressent parfois des réclamations signées : *Un de vos abonnés*, de vouloir bien, autant que possible, nous mettre en mesure de leur adresser directement notre réponse, la loi sur la presse interdisant toute correspondance par l'intermédiaire des journaux. Nous pouvons cependant satisfaire l'un d'eux en lui rappelant que nous avons donné l'indication des cours de la Faculté dans le n° 44, p. 778, et en lui faisant remarquer, au sujet de la non-publication de certains documents dans la GAZETTE HEBDOMADAIRE, qu'elle ne peut insérer que ce qu'on lui envoie. Or, elle n'a pas reçu le document auquel il est fait allusion dans la lettre de notre correspondant.

MM. les Docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement d'une année, un* **mandat de 24 fr. payable le 31 janvier prochain.**

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, à un libraire de leur ville, ou à envoyer un mandat sur Paris.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'Étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. — PARIS, 14 DÉCEMBRE 1855. — N° 50.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par arrêté en date du 29 novembre 1855, M. Philipeaux est nommé préparateur du cours d'histoire naturelle des corps organisés au collége de France, en remplacement de M. Focillon.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 26 novembre au 12 décembre 1855.

302. HENRY, Emmanuel-Ossian, né à Paris (Seine). [*Essai sur l'emploi médical et hygiénique des bains.*]
303. PIGNARD, Yves-Marie-Nicolas, né à Callac (Côtes-du-Nord). [*Des ulcérations et des granulations inflammatoires de l'utérus.*]
304. FOREST, Hubert-Joachim, né à Seuil (Ardennes). [*Du croup.*]
305. LEGENDRE, Jérôme-Auguste, né à Boisville-le-Saint-Père (Eure-et-Loir). [*De la morve et du farcin chez l'homme.*]
306. MARTINEZ, Pierre, né à la Havane (Cuba). [*Essai sur la syphilis héréditaire.*]
307. THOMAS, Jean-Marie-Alphonse, né à Saint-Masmes (Marne). [*Inflammation des parties molles de la paume de la main.*]
308. PICARD, Camille-Jos., né à Silly (Orne). [*De la suette miliaire.*]
309. ROUDY, Frédéric-Alexandre, né à Beauvoir (Aube). [*De l'albuminurie comme symptôme dans les maladies.*]
310. BRON, Félix-Antoine-Victor, né à Bourg-du-Péage (Drôme). [*Du traitement des rétrécissements de l'urèthre, spécialement dans les cas graves et difficiles.*]
311. COUTAGNE, Émile, né à Vienne (Isère). [*De la persistance de l'étranglement et des symptômes de l'étranglement dans certaines hernies, après leur réduction.*]
312. TRESFORT DE GUINDRECOURT, Reynard-Armand, né à Soultz (Haut-Rhin). [*Des fièvres intermittentes, de leur cause et de leur traitement.*]
231. LEDRU, Eugène, né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). [*De la membrane appelée hymen.*]
313. HULIN, André, né à Tours (Indre-et-Loire). [*Du favus, et particulièrement des différentes espèces végétales que l'on y rencontre.*]
314. REMONEAU, Alfred, né à Tours (Indre-et-Loire). [*Des abcès du foie.*]
315. DUFAU, Pierre-Gustave, né à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne). [*Des signes de la grossesse.*]
316. MOUSSETTE, Paul-Gustave, né à Montdidier (Somme). [*De l'albuminurrhée.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FEUILLETON.

Traité de l'éducation physique et morale, par le docteur A. CLAVEL. 2 vol. grand in-18, avec plans gravés. Paris, chez VICTOR MASSON.

L'éducation, vieille comme le monde, n'est pas le monopole d'une société ni d'une caste. A toutes les époques, dans tous les pays, partout où se fonde une famille, on voit l'homme façonné par l'homme à l'apprentissage de la vie. Sous sa hutte de roseaux, le sauvage le plus grossier éprouve, à l'égal des êtres civilisés, l'impérieux besoin de transmettre à sa race les fruits de son expérience, et ses idées et ses maximes. C'est une loi de la nature dont la manifestation se trahit chez les espèces animales elles-mêmes.

Dans les temps primitifs, simple comme l'existence isolée, cette transmission n'embrassait qu'un étroit cercle d'aptitudes offensives ou défensives et d'observances traditionnelles. Obéir à l'autorité paternelle, conquérir sa nourriture, défendre sa vie, c'était tout.

Mais, à mesure que les agglomérations, se grossissant, formèrent des tribus, des cités, des nations, la multiplication des rapports rendit nécessaire un plus grand développement humain. Pour maintenir l'équilibre et garantir les intérêts, aux appétits il fallut opposer la règle, aux droits les devoirs, et suppléer à l'insuffisance pénale par l'influence moralisatrice des préceptes. Les avantages sociaux se substituèrent pour l'individu à ses franchises natives; il dut perdre son caractère absolu pour en prendre un relatif; et, comme J.-J. Rousseau l'a dit si profondément, « transporter son *moi* dans l'unité commune. »

L'éducation a vu, dès lors, grandir progressivement son importance. A l'action générale des lois, de la religion, des arts, de la poésie se sont mêlés, sous des formes et à des degrés divers, les enseignements particuliers. Colossal serait le faisceau des livres composés sur la matière.

Il s'en faut, toutefois, qu'un lien d'unité les identifie. Les esprits les plus élevés n'échappent pas entièrement eux-mêmes à la pression du milieu ambiant, à la servitude du parti pris : Aristote ne croyait-il pas à l'infériorité native de l'esclave ? Les meilleurs traités d'éducation reflètent ainsi, pour la plupart, des opinions toutes faites, des habitudes de sentir, de penser, de vivre. L'auteur d'*Émile*, ce puissant observateur, ne put garantir de cet écueil son génie : les faits, en plus d'un endroit de son immortel ouvrage, se plient à des vues systématiques ; l'induction rationnelle est remplacée par la conception idéale.

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 13 décembre 1855.

SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

RÉCAMIER.

Il est des médecins célèbres qui ne se manifestent au public que par les produits réfléchis et calculés de la pensée écrite; ceux-là disparaissent souvent de la scène sans avoir été bien connus, et ne seront jamais appréciés à leur juste mesure. Indépendamment des fausses perspectives que peuvent amener les réserves les plus naturelles et les biais les plus licites d'une plume expérimentée, la pratique médicale a de telles nécessités d'empirisme, s'inspire de tant de motifs inattendus, réclame des qualités si spéciales, reçoit de telles empreintes du caractère, du tempérament, des habitudes de l'esprit; elle est, chez certains médecins, si variable et, pour ainsi parler, si journalière, qu'on peut dire en toute assurance que le praticien n'est jamais bien accusé par l'auteur. C'est comme si, un homme étant affecté d'une inégalité des deux moitiés de la face, on prétendait en donner un portrait exact en le représentant de profil. Tel qui passe, sur l'étiquette de ses ouvrages, pour un clinicien habile, manque de tact : il ne sait mettre le doigt ni sur le mal ni sur le remède. Tel autre, incapable d'écouler quelque mauvaise brochure éditée à ses frais, fait preuve d'initiative et d'à-propos dans sa thérapeutique.

On n'est pas dans cet embarras à l'égard de Récamier. Il a assez écrit pour qu'on puisse juger de sa science; et sa pratique, si vaste, si caractérisée, si personnelle, montre encore mieux ce qu'il valait au lit du malade. Sous ce double rapport, M. Fr. Dubois l'a très justement apprécié, avec les tempéraments que commandait la circonstance. Oui, Récamier a été *excessif* (le mot est de l'orateur) en science comme en pratique; il a eu trop de goût pour la *médecine perturbatrice;* il a trop livré au *hasard* et à l'*inspiration*.

L'inspiration, ce mot qui, en médecine pratique, est un non-sens ou un blâme, a fait dans le monde la fortune de Récamier, qui, de son côté, le prenait en bonne part. On n'est jamais fâché de se voir doter d'une faculté exceptionnelle, quasi surhumaine. Mais il faut faire courageusement justice de pareilles prétentions. Nous connaissons bien la sagacité, la promptitude du jugement, la sûreté du coup d'œil, enfin ce qu'on a coutume d'appeler le tact médical. C'est un heureux don de l'intelligence qui exprime, le mot l'indique, une aperception particulièrement délicate et fidèle des choses; qui permet de démêler rapidement le vrai du faux, la réalité des apparences, le principal de l'accessoire, et de courir comme d'instinct à la vérité, au lieu de la tirer péniblement de l'observation et de la logique. Nous ne disons pas que la logique et l'observation soient jamais inutiles, mais seulement que, pour de certains esprits, elles sont moins des instruments de découverte que des moyens de contrôle. Ce don, qui est naturel, se développe par un emploi persévérant, comme le goût du beau s'épure par la contemplation des chefs-d'œuvre. Il est le signe d'une grande capacité; à un degré supérieur, il constitue le génie, mais il n'est pas l'inspiration.

Or Récamier possédait-il en ce sens le tact médical? On l'a beaucoup dit; nous le contestons formellement. Si le tact, en même temps qu'il est l'expression d'une vue rapide, l'est aussi d'un jugement droit; s'il ne peut s'égarer sans cesser d'être, et si l'on dit précisément d'un homme sujet à erreur par défaut de réflexion, qu'il manque de tact, Récamier ne peut prendre rang parmi les grands interprètes de la nature. Assurément, il a eu d'heureuses témérités, mais il en a eu de bien malheureuses; il a élevé d'utiles barrières contre l'envahissement des systèmes, mais pour s'enfoncer lui-même dans les brouillards, ou pour tenter des ascensions périlleuses avec des ailes fusibles comme celles d'Icare, et qui lui ont causé les mêmes désagréments. M. Fr. Dubois a glissé le plus vite possible sur cette explication du système du monde qui fit un jour une si étrange apparition dans l'enceinte où avait siégé Laplace. Malheureusement, elle reste acquise à l'histoire. Elle y reste pour attester jusqu'où peuvent aller les déviations d'un esprit actif et ingénieux que ne retient pas suffisamment le contre-poids de la droite raison. Cet esprit était de ceux qui construisent la science au dedans d'eux-mêmes, avec des matériaux fournis par l'imagination, et qui ensuite y font entrer de force les données de la raison et de l'expérience. Tant pis si la maison n'est pas appropriée à ce qu'elle doit contenir. J.-J. Rousseau a dit : « Je sais que la vérité est dans les choses, et non dans mon esprit qui les juge. » C'est une maxime plus spécieuse que

---

En morale, d'ailleurs, on s'est plus attaché à établir des maximes qu'à enseigner les moyens de les appliquer, c'est-à-dire de connaître et de développer, dans le sens de l'intérêt social et du perfectionnement intime, les virtualités originelles.

S'il est, en effet, utile d'avoir un code irréprochable des devoirs, il n'est pas moins essentiel, en y appropriant de bonne heure les actes, de lui donner dans les mœurs une incarnation sans laquelle les plus excellents conseils n'aboutiraient qu'à une triste infécondité. Là est le secret du bien, le gage et la garantie du succès.

Aussi le problème de l'éducation, extrêmement complexe, dépasse-t-il l'horizon d'une intuition commune ou d'une pratique routinière. Étroitement liée aux notions de la physiologie, aux prescriptions de l'hygiène, sa solution réclame surtout un large concours de la compétence médicale, seule apte à bien comprendre l'accord des principes éducateurs avec les tendances de l'organisation et les besoins de notre double nature : *homo duplex*.

Chez les anciens, les diverses branches scientifiques étaient pauvres. Elles se réduisaient à un petit nombre de faits et d'observations. Mais, par cette raison même, on en embrassait plus facilement l'ensemble. Tout lettré était quelque peu philosophe, médecin et naturaliste. De ces connaissances variées, se prêtant un mutuel appui, naissait un contrôle empreint, d'une manière spéciale, dans les vues et les institutions qui présidaient à la formation de la jeunesse. L'extension qu'eurent alors les exercices gymnastiques prouve que la pensée savante ne séparait point le corps de l'âme et l'évolution de l'un de la culture de l'autre.

Au moyen âge, l'éducation disparut, submergée dans le mysticisme religieux. Cette époque des terrestres détachements devait répudier, on le conçoit, la fécondation de vains attributs plus nuisibles qu'utiles aux conquêtes célestes.

Depuis, sous un souffle libéral, l'instruction s'est émancipée. Mais ce mouvement de transformation et de progrès est resté fort en deçà des bornes désirables, retardé par la cause qui eût dû l'accélérer. La science, par son libre essor, a été conduite à l'isolement et à la spécialisation. Elle a cessé de fournir des indications à la philosophie, qui, se retranchant dans un domaine purement abstrait, a vu s'amoindrir son influence. L'esprit théologique, bien que moins absolu dans ses proscriptions, n'a point lui-même abdiqué.

Ainsi s'expliquent le vague et l'antagonisme existants. A beaucoup d'égards, les vieux errements sont à peine atteints. La somatique est nulle. On cultive l'intelligence, mais au hasard, sans boussole : les uns, voués

solide et plus solennelle que claire, puisque la seule vérité à laquelle la faiblesse humaine puisse prétendre, la vérité contingente, n'existe que dans l'esprit et par l'esprit, et ne consiste que dans un certain rapport entre lui et les choses. Mais ceux qui font peu de compte des choses sont plus blâmables encore, surtout s'il s'agit de la médecine; car ils livrent plus que la science, ils livrent la vie des hommes aux caprices de la fantaisie. Un médecin tel que nous le dépeignons est plus convaincu qu'aucun autre. Comment ne le serait-il pas? Ses idées ont germé en lui spontanément, elles s'y sont enracinées comme dans une serre close où les mouvements de la science ne sauraient les atteindre; rien donc ne peut les ébranler ni les faire seulement fléchir. Mais cette conviction diffère de celle que donne l'étude réfléchie de la nature, en ce que, au lieu d'être une conquête de la raison, elle en est la maîtresse et le tyran. On écrirait un intéressant chapitre de psychologie sur les gens *sujets à conviction*, disposition mentale qui, sous des apparences de force, constitue aussi bien une infirmité que l'excès de sensibilité nerveuse ou les convulsions. C'est cette conviction-là qui porte à faire avaler à d'honnêtes gens des toiles d'araignée, de l'essence de placenta putréfié et autres douceurs de ce genre, ou à racler profondément l'intérieur de la matrice. Défiez-vous des médecins de cette catégorie ! On vante leur décision, leur hardiesse; ce n'est, encore une fois, que témérité. Il n'est de hardiesse permise en ce genre que celle qui s'inspire de notions positives ou de déductions rigoureuses; il n'est pas bon d'encourager ces médecins *étonnants* dont a parlé l'orateur, parce qu'ils s'exposent trop à causer des étonnements douloureux, ou ceux qui *font feu sur toute la ligne*, suivant le mot de Récamier lui-même, parce que c'est le moyen de faire beaucoup de morts.

Au reste, M. Fr. Dubois l'a dit autrement, et nous éprouvons un véritable plaisir à rapporter ses paroles : « M. Récamier n'a laissé dans le monde aucune postérité médicale. Faut-il le regretter? faut-il s'en applaudir? Nous osons dire qu'il faut s'en féliciter ! » Oui, et il y a d'ailleurs quelque raison d'être rassuré: c'est que la pratique de Récamier était, pour ainsi dire, incommunicable, parce qu'elle était toute personnelle. Elle a pu provoquer en son temps quelques imitations périlleuses ou étranges; elle peut encore aujourd'hui entretenir chez de rares disciples un certain goût d'aventure, mais une telle influence ne se transmet pas aux générations.

Nil de mortuis nisi bonum, est-il dit quelque part. Même dans nos critiques, nous ne transgressons pas ce précepte; car c'est du médecin seul que nous nous occupons, et non de l'homme privé. Et encore nous faisons-nous un devoir d'ajouter que si, préoccupé des intérêts de l'éducation médicale, nous nous appliquons principalement à mettre en relief les dangers d'un exemple célèbre, nous n'oublions pas les heureuses rencontres qu'a faites plus d'une fois son génie hasardeux, et qu'a rappelées M. le secrétaire perpétuel. Mais surtout nous applaudissons à l'éloge de ces hautes qualités du cœur plus honorables que toutes les richesses de l'intelligence, de cette charité active que la mort a divulguée, de ces consolantes croyances qu'il confessait avec tant de foi et cherchait si ardemment à répandre autour de lui. La partie de l'Éloge qui a trait à ces matières est bien pensée et bien écrite. Disons pourtant que l'orateur y propage, suivant nous, une erreur historique, en rangeant Cicéron au nombre des philosophes qui repoussaient l'immortalité de l'âme. Cicéron n'était peut-être pas un *croyant* bien convaincu : il n'avait d'ailleurs à aucun égard la maladie dont nous parlions tout à l'heure. Mais quand il doit s'expliquer sur le dogme de l'immortalité, il se range du côté de Socrate et de Platon, en leur empruntant une partie de leurs arguments. C'est à quoi est consacré presque entièrement le premier livre des *Tusculanes*.

En somme, l'*Éloge de Récamier* est un de ceux qui font le plus d'honneur à M. Dubois (d'Amiens), quoiqu'il ne soit pas le plus brillant; c'est celui peut-être où il a le mieux rempli la condition que nous imposons à toute notice *historique* vraiment digne de ce nom: celle qui consiste à faire saillir le caractère scientifique et l'influence du personnage au-dessus des petits accidents de sa vie privée.

Avant la notice historique de M. Fr. Dubois, M. Depaul, secrétaire annuel, avait lu un *Rapport sur les prix*, auquel nous devons une mention spéciale pour le soin consciencieux et la justesse de pensées qui le distinguent. Ce rapport a encore une qualité précieuse, celle d'avoir su présenter, dans un tableau relativement assez court, les traits essentiels et le mérite propre de chacun des nombreux travaux admis à concourir. Aussi a-t-il été écouté avec une faveur marquée.

L'Académie, indépendamment des prix et médailles qui, sur sa demande, ont été accordés par M. le ministre de l'agriculture et du commerce à un certain nombre de médecins

---

au servage du préjugé, n'obéissant à l'impulsion qu'avec contrainte; les autres la comprenant mal, et notamment, en ce qui touche les considérations d'ordre moral, l'abandonnant, pour ainsi dire, à elle-même. Dans les livres, les systèmes s'entre-choquent: des aperçus parfois brillants, plus souvent incomplets, des opinions, des idées tiennent lieu de vérités démontrées, de principes stables. Rien n'est fixé; il reste à faire un programme net et concis qui force les convictions et concilie les dissidences.

De nos jours, néanmoins, un heureux revirement s'effectue. Une période vraiment scientifique semble naître. A mesure que s'agrandit le champ de ses études, la médecine, mieux pénétrée de sa mission, tend à franchir l'étroit cercle matériel où elle fut longtemps confinée, pour illuminer de ses rayons des régions plus hautes. Avec quelle autorité, quel succès n'a-t-elle point abordé déjà les graves problèmes de réforme pénitentiaire, de jurisprudence légale et administrative, d'assistance et d'hygiène publiques?

Plusieurs écrits, traitant le sujet directement ou d'une manière incidente, entre autres le dernier ouvrage de Lallemand, admirable monument que sa mort a interrompu, celui de Fourcault sur les améliorations sociales, les beaux livres de M. Ferrus sur les prisonniers et les prisons, de M. Hubert-Valleroux sur les sourds-muets et l'assistance sociale, enfin les opuscules hygiéniques de MM. Max Simon, Seraine, Burdel, etc., attestent également, par la précision et l'accord des vues, la toute-puissance de l'intervention médicale dans les difficiles questions que l'éducation soulève. C'est un résultat d'ailleurs naturel, un fruit légitime, puisqu'aux connaissances et aux documents, patrimoine de tous, le médecin joint des notions exceptionnelles, propres à éclairer ce que l'expérience commune laisse dans l'ombre, et qui forme justement ici l'appoint nécessaire.

De cette vérité, la récente publication de M. Clavel donne une preuve éclatante. On ne saurait être plus profond ni se montrer plus éloquent. L'auteur, du reste, était préparé de longue main à cette tâche. Le *Traité d'éducation physique et morale* n'est, en effet, qu'un des corollaires d'un travail antérieur où sont studieusement examinés les rapports du corps et de l'âme, c'est-à-dire les meilleurs éléments d'une bonne solution pédagogique.

Les droits de l'organisme étaient à revendiquer. M. Clavel l'a fait très libéralement. Son premier volume, entièrement consacré à prouver la nécessité de ménager et d'accroître les forces corporelles, ouvre largement la voie où commencent à s'engager les pères de famille pour leurs enfants, les chefs de pension pour leurs élèves. Rousseau, dans ses bou-

vaccinateurs, a décerné quatre prix : 1° le *prix de l'Académie* (Influence des changements de lieu sur la tuberculisation pulmonaire), à M. Jules Rochard (de Brest) ; 2° le *prix Civrieux* (question de la catalepsie), partagé entre MM. Sabouraud (de la Châtaigneraie) et T. Puel (de Paris); 3° l'un des *prix Capuron* (Action physiologique et thérapeutique des eaux alcalines), à MM. Pétrequin et Socquet (de Lyon); 4° le *prix Itard*, à M. Vidal (de Cassis), pour son *Traité des maladies vénériennes*. Ce dernier prix doit être considéré — les termes du rapport le font assez entrevoir — comme un encouragement publiquement donné aux adversaires d'une doctrine excessive et un peu trop intolérante.

A. DECHAMBRE.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR L'EMPLOI DES INJECTIONS DANS LES BRONCHES ET LES CAVERNES TUBERCULEUSES DES POUMONS, par le docteur HORACE GREEN (de New-York).

Suite et fin. — Voir le t. II, n° 48.

D'autres expériences confirmatives des précédentes (démontrant la possibilité d'introduire une tige dans la trachée) ont été instituées: celle, par exemple, qui consiste à suspendre avec un fil, devant l'ouverture du tube, une boulette de coton, qui est alternativement attirée et repoussée par les mouvements de la respiration.

Après avoir fait les essais qui ont été précédemment rapportés, c'est-à-dire après avoir introduit le tube élastique dans les divisions bronchiques, — car il peut entrer de plusieurs pouces dans les bronches, une fois qu'il a pénétré dans la trachée ; — les questions suivantes se sont présentées à mon esprit : Qui empêcherait maintenant d'introduire des agents médicamenteux, à travers ce tube, jusque dans les poumons, ou, pour parler rigoureusement, dans les bronches et leurs terminaisons? Ne pourrait-on injecter, avec des remèdes appropriés, même une vomique, dans des conditions favorables ?

A cette époque, j'avais chaque jour en traitement des malades affectés non-seulement de maladies chroniques des bronches, mais même de phthisie tuberculeuse à presque tous les degrés. Je me décidai à essayer l'emploi d'une solution de nitrate d'argent appliquée directement et librement sur les bronches, dans les cas où cet organe seul était malade, et, dans ceux d'affection du poumon lui-même, à pousser cette injection, s'il était possible, jusque dans les cavernes tuberculeuses. A cet effet, une expérience fut faite le 13 octobre 1854. Ce jour-là, je réussis à pratiquer pour la première fois l'opération du *cathétérisme des voies aériennes*, en passant un tube élastique de Hutching n° 12, de 13 pouces de long, dans la trachée et la bronche gauche d'un sujet qui portait une large caverne au sommet du poumon de ce côté. Par ce tube, j'injectai dans le poumon, avec une petite seringue de verre, 4 grammes d'une solution de nitrate d'argent contenant 2 grammes de caustique pour 32 grammes d'eau. Il n'en résulta ni toux, ni la moindre suffocation, et le malade ne ressentit aucunement le goût âpre particulier à la solution. Quelques minutes après l'opération, il accusa une sensation de chaleur à la partie supérieure du poumon gauche, mais aucune douleur ni autre impression désagréable.

Depuis ce moment jusqu'au 6 décembre, jour où le malade fut présenté à l'Académie, j'ai traité, pendant un temps plus ou moins long, trente-deux malades atteints de maladies bronchiques ou de tubercules, par l'introduction directe de la solution caustique dans le poumon. Sur ces trente-deux cas, dix-neuf fois il existait des signes et des symptômes non équivoques de tuberculose à différents degrés, compliquée le plus souvent d'inflammation bronchique, et treize fois il n'existait qu'une bronchite chronique, remontant chez quelques sujets à plusieurs années. Des dix-neuf phthisiques, neuf présentaient à l'auscultation les signes ordinaires des cavernes tuberculeuses, soit dans un poumon, soit dans les deux. (L'histoire de ces cas a été donnée avec indication des résultats thérapeutiques, dans *The American Medical Monthly*, numéro de janvier 1855.) Depuis la lecture de mon dernier article, il a été traité par le même moyen, pendant les deux derniers mois, plusieurs cas de maladie thoracique dont quelques-uns offraient un grand intérêt, et le succès qu'on a continué à obtenir de cette pratique a contribué à augmenter beaucoup la confiance dans l'efficacité de la médication. Bien que l'histoire de tous ces cas puisse ne pas manquer d'intérêt, je n'en donnerai pas ici la relation ; mais, conformément au plan que j'ai déjà suivi, je choisirai quelques-uns des sujets dont l'histoire et les conditions de santé, au moment où ils se sont présentés à mon observation, sont bien connus d'autres médecins, ainsi que les résultats du traitement.

OBS. I. — En décembre dernier, John B. Miner, professeur de droit à l'université de Virginie, vint à New-York pour s'y faire traiter. Il était accompagné de son ami et collègue le docteur Davis, professeur distingué d'anatomie à la même université, qui lui avait donné des soins, de concert avec le docteur Cabell. Je le vis, pour la première fois, le 4 décembre 1854. Fatigué par le voyage, il fut incapable de quitter sa chambre pendant la semaine qui suivit son arrivée à New-York. Pas n'est besoin de détailler minutieusement les antécédents de ce cas. J'appris de M. Miner et du docteur Davis que les symptômes de la maladie thoracique, qui était consécutive à une affection folliculeuse chronique du pharynx, dataient d'environ un an. Elle était caractérisée principalement par une toux intense, avec débilité, émaciation, et, par intervalles, crachement de sang. Voici quel était l'état du malade à mon premier examen.

Matité au sommet du poumon droit. Pendant l'inspiration, l'expansion pulmonaire est moindre dans cette région qu'à la région correspondante du côté opposé, et le bruit d'expiration y est prolongé, tandis que le murmure respiratoire est augmenté sous la clavicule gauche. Le *clicking ronchus* (bruit de cliquetis) de M. Cotton, qui indique positivement l'exis-

---

tudes hyperboliques, dénie le bienfait de l'éducation aux êtres cacochymes, oubliant qu'une constitution débile ne fut pas toujours un invincible obstacle au génie ni à la vertu. M. Clavel a compris autrement le *mens sana in corpore sano*. Plus logique et plus humain, sans méconnaître le fâcheux contre-coup qu'ont sur l'âme les vices du tempérament, il se garde d'induire qu'un corps athlétique soit un prolégomène obligé de toute virilité intellectuelle; et, loin d'admettre un nouveau privilège en faveur d'individus que la nature a favorisés, il déclare, au contraire, avoir eu pour but principal, dans son livre, de procurer aux déshérités de la force les moyens de lutter avec succès contre leur débilité originelle.

« On s'étonne, dit-il, de la dégénérescence humaine, et on l'attribue à la décroissance fatale du monde ; mais pourquoi améliore-t-on les races animales? Pourquoi les espèces bovine, chevaline, ovine, progressent-elles en vigueur, en grandeur, en beauté? N'est-ce pas tout simplement parce qu'on prend d'elles des soins que l'on néglige totalement pour l'homme? »

Ce simple contraste est éloquent : mieux que tous les arguments, il justifie l'opportunité d'un perfectionnement dans l'éducation physique. Mais la question a deux faces : invoquant la physiologie et l'hygiène, M. Clavel ne s'en tient pas à la fécondation directe des virtualités organiques, aux moyens de détruire ou tout au moins d'annihiler les prédispositions héréditaires, les germes morbides, il s'attaque encore énergiquement à d'aveugles coutumes, qui tendent à compliquer les infirmités, congénitales ou acquises, d'une détérioration graduelle et latente.

La mobilité de l'enfant veut le grand air, la manifestation turbulente et libre. Au rebours de tous ses instincts, il est parqué dans d'étroits espaces, dans des lieux malsains, où le corps s'étiole, où l'esprit lui-même s'affaisse par la trop longue tension de ses ressorts. Aux légitimes protestations de la nature, des inflictions sont opposées, et c'est ainsi que l'éducation, qui, plus physiologiquement comprise, pourrait être une passion et un *bonheur*, devient une mutilation et un supplice.

Ces écueils, M. Clavel les a signalés avec une remarquable sagacité. On entend, à chaque page de ce premier volume, comme l'écho d'impressions antérieures. Nul de nous qui, dans sa carrière, n'ait pu apercevoir les mêmes lacunes et constater les mêmes dangers, qui ne sympathise dès lors avec les aspirations de l'auteur et n'approuve ses critiques, désirant, comme lui, voir subordonner les méthodes enseignantes à la nature des sujets, des climats, des races et des mœurs nationales; qui n'accorde, enfin, beaucoup de convenance et d'utilité au système de réformes dont il a tracé les règles.

tence de tubercules, n'est pas perçu, mais on entend de tous côtés de nombreux râles bronchiques. Il existe une toux pénible, avec expectoration abondante de matières mucoso-purulentes parfois striées de sang. Le malade est très faible, n'a pas d'appétit, et sa voix est en partie perdue. L'inspection de la gorge révèle manifestement une affection folliculeuse de longue date ; car les cryptes muqueux du pharynx ont disparu. L'amygdale droite est entièrement détruite, et entre le pilier antérieur et le pilier postérieur du voile du palais existe une large et profonde ulcération. Celle-ci était entièrement cachée par le pilier antérieur, et il fallait, pour la découvrir, écarter la membrane avec le doigt. La luette était allongée.

A la demande du docteur Davis, et après m'être concerté avec lui, je commençai le traitement. La portion exubérante de la luette fut enlevée. Nous appliquâmes une solution concentrée de nitrate d'argent sur la partie ulcérée et sur le pharynx, et nous prescrivîmes, pour l'usage intérieur, l'iodure de potassium uni à de petites doses de proto-iodure de mercure.

A la troisième application de la solution caustique, le porte-éponge fut introduit dans le larynx et l'opération répétée chaque jour jusqu'au 11 décembre. Sous l'action de la médication topique, l'ulcère de la gorge s'était cicatrisé, et cette sensibilité délicate, qui est propre à l'ouverture de la glotte, et à laquelle M. Erichsen a fait allusion, s'était émoussée. La toux avait aussi diminué notablement, mais ce symptôme était encore très prononcé ; l'expectoration et les autres symptômes thoraciques étaient à peu près les mêmes que le premier jour. Assuré, par les résultats obtenus dans d'autres cas semblables, que l'introduction d'une assez grande quantité de liquide caustique dans les divisions des bronches pourrait avoir de grands avantages pour le malade, je me décidai à injecter les poumons. Le 11 décembre, en présence de M. Davis et de quelques autres médecins, je portai un tube de Hutching n° 12 entre les lèvres de la glotte, et, l'enfonçant jusque dans la grosse bronche droite, j'injectai dans le poumon, avec la seringue de verre, 6 gram. d'une solution de nitrate d'argent contenant 1 gramme 50 centigrammes de substance par 32 grammes d'eau. Cette opération ne provoqua point la toux, excepté au moment du passage du tube dans l'ouverture de la glotte. L'entrée de la solution dans les voies aériennes ne fut pas suivie de suffocation, ni d'aucun effet irritant.

Le 12, l'opération fut répétée, et la même quantité de solution caustique injectée dans les bronches. Le 14 et le 15, on cautérisa le larynx et la trachée au moyen du porte-éponge, et, le 16, après avoir de nouveau introduit le tube, on injecta dans les bronches près de 8 grammes de solution. La toux et l'expectoration diminuaient beaucoup plus rapidement que quand le porte-éponge était employé seul (sans injection). L'appétit revint, et la santé générale s'améliora de jour en jour. Le cathétérisme des tubes aériens fut continué jusqu'au 25 du mois, époque où le professeur Miner se considéra lui-même comme suffisamment revenu à la santé pour retourner chez lui et reprendre ses fonctions de professeur à l'université. Il avait gagné en poids plusieurs livres. La toux et l'expectoration qui l'avaient tourmenté pendant des mois avaient disparu, et de cet état de faiblesse qui le rendait incapable de parcourir la plus courte distance sans être assisté, il arriva à un tel état de force et de vigueur, que, pendant les derniers jours qu'il passa à New-York, il faisait chaque jour deux ou trois milles sans fatigue ou inconvénient quelconque. Ce qui n'est pas moins intéressant et important dans ce fait, c'est que, à l'examen de la poitrine, le jour où partit le malade (et cet examen fut fait non-seulement par moi, mais par plusieurs confrères très versés dans l'auscultation), il fut constaté que les signes physiques autrefois notés avaient entièrement disparu.

Les extraits suivants d'une lettre que j'ai reçue, il y a huit jours, du professeur Miner, montreront l'état de sa santé après son retour.

« Université de Virginie, 26 janvier 1855.

» Mon cher monsieur, un mois s'étant écoulé depuis que j'ai quitté New-York, il est temps de vous faire part du grand bénéfice que j'ai retiré de votre traitement. Je m'en étais abstenu jusqu'ici, de peur de vous adresser des remercîments prématurés ; mais maintenant je pense que je dois regarder mon mal comme décidément vaincu. J'ai observé ponctuellement vos avis, si ce n'est que ma gorge n'a pas été aussi régulièrement touchée que vous l'aviez recommandé, parce que cette partie me causait peu ou pas de douleur. Je suppose donc que cette omission n'est pas d'une grande importance...... La mixture contre la toux a eu un effet tellement spécifique, que j'ai pu la laisser de côté depuis mon arrivée. La seule chose que je craigne maintenant est le danger d'un retour du mal sous une forme plus grave, si je viens à prendre froid.

» Je me souviendrai toujours avec reconnaissance du soulagement que vous m'avez procuré, et je n'oublierai pas l'obligeance que vous y avez mise.

» Agréez, etc. JOHN B. MINER. »

Il y a un jour ou deux, j'ai reçu du docteur Davis une lettre où il me dit : « Il vous sera agréable de savoir que le professeur Miner n'a pas été obligé de suspendre son cours ni ses occupations particulières depuis son retour. »

A la même époque où M. Miner recevait mes soins, je traitai un autre sujet qui, par la nature de sa maladie, le mode de traitement et les effets thérapeutiques, intéressera quelques médecins.

OBS. II. — James Moore (de New-York), âgé de trente-cinq ans, se confia à mes soins le 24 septembre 1853. A cette époque, un an avant qu'il commençât à perdre son embonpoint, il fut pris de faiblesse avec une petite toux. Il avait d'ailleurs souffert par intervalles, les années précédentes, de pharyngite chronique et d'une affection des amygdales, qui étaient hypertrophiées ; mais comme cet état de la gorge lui occasionnait peu de malaise, il n'y apporta pas une attention particulière, jusqu'au moment où se montrèrent les symptômes d'une affection thoracique. L'état du malade continua à s'aggraver pendant l'hiver et le printemps de 1854. Les principaux symptômes étaient : une toux intense, une expectoration continue et de la débilité.

Ces symptômes devinrent de plus en plus graves, jusqu'au jour où je vis le sujet. A ce moment, les signes rationnels qu'il présentait étaient, outre ceux que j'ai indiqués tout à l'heure, de la dyspnée sous l'influence de l'exercice, et une aphonie partielle. Les signes physiques correspondaient aux précédents. Matité à la percussion et râle crépitant dans une partie du poumon droit. Près de la partie supérieure de ce poumon, on percevait les signes les plus marqués d'une excavation tuberculeuse. Ces signes physiques ont été observés par quelques médecins très familiarisés avec l'auscultation.

La gorge était dans un état pathologique ; la luette était allongée, les follicules du pharynx enflammés et développés, et beaucoup d'entre eux qui avaient les orifices ulcérés exsudaient une matière purulente. On en-

---

Nous ne le suivrons pas, toutefois, dans ces développements spéciaux ; car les médecins sont à cet égard des convertis. L'exercice des facultés physiques, quelque majeur qu'il soit, n'est d'ailleurs qu'une sorte d'acheminement à l'éducation intellectuelle et morale. Là est l'intérêt prépondérant, véritablement social, et il appelle d'autant plus l'analyse que ses horizons sont encore indécis et ses principes indéterminés.

Quelle sera cette éducation ? De quelles modifications est-elle susceptible ? Quels degrés peut-elle atteindre ? Graves problèmes, dont il ne nous est donné d'envisager que l'aspect le plus général !

Pour les résoudre, M. Clavel a parfaitement senti qu'il fallait s'appuyer sur une base psychologique. Sa classification, malheureusement, n'échappe point à des objections fondées ; ce qui tient non à l'insuffisance de l'auteur, mais à l'incertitude des théories mentales, où, jusqu'ici, n'ont été fixés ni l'ordre des différents pouvoirs, ni leur origine, ni leur caractère, ni leur mutuelle dépendance, ni même leurs dénominations, les mots *facultés*, *sentiments*, *penchants*, *instincts* se reproduisant souvent, dans le langage psychique, avec une signification identique ou opposée.

Admettant dans l'âme un double principe : l'*intelligence*, par laquelle toute impression extérieure devient idée au moyen de la perception, et la *conscience*, qui, des émotions internes suscitées par l'instinct, forme les sentiments, M. Clavel a renfermé dans ce cadre les divisions de son sujet.

Cette dichotomie présente une antithèse séduisante. Répond-elle à une démarcation positive, absolue ? Peut-on ainsi affecter à des empires divers des directeurs indépendants ? Qu'est-ce, du reste, que la conscience ? Où commence son action ? Où finit son domaine ? N'englobe-t-elle pas les choses extérieures et les choses intimes, les notions comme les sentiments ? Ou plutôt encore, n'est-elle pas un reflet de l'intelligence elle-même empruntant aux nuances variées et plus ou moins saisissables de son activité ses diversités fonctionnelles ?

De cette indécision est résulté un certain vague dans la coordination des matières que ne réunit point un lien logique parfaitement accusé. Les chapitres consacrés à l'éducation intellectuelle comprennent, par exemple, des préceptes relatifs aux idées *sensibles*, *concrètes* et *abstraites*, aux facultés réduites à trois : *perception*, *mémoire*, *volonté*; aux opérations de l'entendement consistant dans le *jugement*, la *comparaison*, le *raisonnement* et la *réflexion*, aux arts enfin, constituant seulement quatre groupes, *musique*, *sculpture*, *peinture* et *littérature*. N'est-il pas difficile, sous ces titres, de reconnaître un programme systématisé d'instruction proprement dite ? Le second et le troisième sont séparés, d'ailleurs, pour le remarquer en passant, par une distinction peu motivée; car, selon

leva les portions malades des amygdales tuméfiées, on reséqua la luette, des applications topiques furent faites sur le pharynx, puis, bientôt, dans le larynx et la trachée ; enfin, on administra l'iodure de potassium aidé de médicaments toniques et fortifiants.

Ce plan de traitement fut suivi (les applications étant faites deux ou trois fois par semaine) jusqu'au commencement de novembre, en variant le traitement général suivant que les circonstances l'indiquaient. Dans cette période de temps, le malade éprouva quelque amélioration : sa voix se rétablit, sa toux diminua sensiblement ; mais la quantité de matière expectorée dans les vingt-quatre heures resta à peu près la même, et l'on remarqua que le sujet continuait à maigrir. A la suite d'une consultation avec quelques médecins de mes amis, il fut décidé qu'on emploierait le cathétérisme, et qu'on insinuerait, s'il était possible, l'extrémité du tube à injection dans la division bronchique droite. Cette opération fut exécutée pour la première fois le 13 novembre, et près de 8 grammes de liquide caustique furent poussés dans le poumon droit. On la répéta une fois tous les deux, trois ou quatre jours, en employant alternativement le tube et le porte-éponge, jusqu'au 15 janvier 1855.

Vingt-quatre heures après la première injection, la toux et l'expectoration diminuèrent, le sujet commença à recouvrer de l'embonpoint et des forces, et tous les symptômes s'atténuèrent rapidement, eu égard à ce qu'ils étaient auparavant.

Le 6 janvier, mon collègue, le professeur E.-H. Parker, et moi, nous examinâmes avec attention la poitrine du malade. Le murmure respiratoire était plein et pur (*clear*) des deux côtés : une expiration prolongée dans un point était le seul signe anormal restant.

Le 25 janvier, M. Moore me dit lui-même qu'il était *tout à fait bien*. Il n'a plus ni toux ni expectoration, excepté un léger accès le matin. Il est fort et dispos, peut parcourir une distance raisonnable, et vaque constamment à ses occupations ordinaires.

Une question se présente maintenant, tout à fait digne d'intérêt, celle de savoir si les symptômes observés chez M. Moore étaient le résultat d'une exsudation consécutive au ramollissement d'une masse tuberculeuse, ou si les signes rationnels et physiques dépendaient d'une grave bronchite chronique ou d'une dilatation des bronches. Le début, les progrès, les symptômes de la maladie, et le siége de la vomique apparente, sont certainement des caractères qui appartiennent aux tubercules. Le professeur Bennett, d'Édimbourg, dans son récent ouvrage sur la consomption tuberculeuse, a établi incontestablement ce fait : que les excavations pulmonaires se guérissent beaucoup plus souvent qu'on ne le pense généralement, et par les soins de la nature, et par les effets d'un traitement approprié. Si donc ces cavités peuvent, par leur siége et leur communication avec les tubes bronchiques, être atteintes dans certains cas par un médicament, et de la manière indiquée plus haut, n'avons-nous pas quelque raison d'espérer, d'après ce que nous savons des effets du nitrate d'argent sur les surfaces ulcérées, que le but si ardemment désiré peut être parfois atteint?

Je pourrais prouver encore l'efficacité de cette médication topique dans le traitement des maladies chroniques des bronches, par l'exposé de beaucoup de cas où elle a été employée avec succès ; mais je me contenterai ici de rapporter un cas d'affection thoracique compliquée.

Obs. III. — En décembre dernier (1854), le docteur Peck, de Circleville (Ohio), me fit appeler et me dit qu'il accompagnait, sur la demande de son mari, mistress S.-N. Adams, venue de l'Ohio à New-York pour me consulter. » Rendez-vous fut pris pour voir la malade le lendemain. Le 25 décembre, en compagnie de M. Peck, j'examinai la malade. Elle portait une très ancienne inflammation des follicules de la muqueuse pharyngo-laryngée avec développement et altération des tonsilles. L'auscultation révéla des signes de bronchite diffuse avec emphysème pulmonaire. Une légère obscurité du son existait immédiatement sous la clavicule droite, avec rudesse du murmure respiratoire indiquant dans ce point un commencement d'excavation tuberculeuse. La malade était faible et émaciée ; elle avait une toux pénible, une dyspnée continue et une expectoration abondante de muco-pus. Mais le caractère le plus fâcheux et le plus fatigant de sa maladie était l'existence, pendant la nuit, d'accès d'asthme spasmodique assez violents pour la priver entièrement de sommeil. Ce n'était qu'au lever du jour, et en prenant la position assise, qu'elle pouvait obtenir un peu de repos. Depuis plusieurs mois, ces attaques avaient lieu chaque nuit avec une grande régularité. Tous les moyens ordinaires, ainsi que me l'apprit M. Peck, avaient été employés sans amener le moindre soulagement.

Je commençai par enlever les portions malades des tonsilles ; je fis chaque jour des applications de solution concentrée de nitrate d'argent sur la muqueuse pharyngo-laryngée et trachéale ; l'iodure de potassium dans une décoction de polygala, et des antispasmodiques, furent administrés. Sous l'influence de ce traitement, la toux et l'expectoration diminuèrent un peu; mais les accès périodiques d'asthme ne s'amendèrent aucunement.

Le 4 janvier, au lieu d'employer le porte-éponge, j'introduisis le tube élastique, et j'injectai dans les bronches 4 grammes et demi d'une solution de nitrate d'argent. Cette opération fut continuée, en alternant avec l'usage du porte-éponge, jusqu'au 15 du mois, époque où la malade partit pour l'Ohio. Après la seconde opération de cathétérisme, l'intensité des symptômes était considérablement diminuée. La toux, l'expectoration et la difficulté de respirer étaient fort améliorées (*were all improved*), et, pendant les dernières nuits que la malade passa à New-York, elle dormit paisiblement et tout d'un trait, sans le moindre retour des accès d'asthme. Or, comme elle était très désireuse de rentrer dans sa famille, nous crûmes devoir la laisser partir, et il fut convenu que le docteur Peck, qui était resté jusque-là à New-York et y avait suivi le traitement, le continuerait, s'il était nécessaire, à Circleville.

Dans la seconde édition de mon ouvrage sur les *Maladies des voies aériennes* (la première a été publiée en 1846), j'ai rapporté plusieurs cas d'asthme spasmodique, traités avec succès par l'application d'une solution caustique, au moyen du porte-éponge, dans le larynx et la trachée. Depuis l'apparition de cet ouvrage, le professeur Watson, de Glascow, qui a été si heureux dans le traitement de la toux convulsive par la cautérisation du larynx, a publié, dans le *Edinburgh Monthly Journal* et dans le *Dublin Quarterly Journal*, l'histoire de quelques cas d'asthme guéris par la médication topique du larynx et de la trachée. D'après les résultats four-

---

l'acception qu'elles revêtent, la perception, la mémoire, la volonté, se transforment souvent en opérations effectives, de même que le jugement, la comparaison, le raisonnement, la réflexion, et l'on pourrait ajouter l'attention, l'imagination, etc., supposent, à leur tour, des facultés correspondantes.

Quant aux catégories se rapportant à la conscience, elles ne représentent pas elles-mêmes des affinités très explicites. M. Clavel a tenté un effort louable, en essayant de leur assigner une origine physiologique. Sa nomenclature admet des *appétits viscéraux*, d'où dérivent l'activité, les sentiments respirateurs, digestifs, générateurs et de famille ; des *sentiments cérébraux*, auxquels se rattachent l'instinct de conservation, la sympathie, l'imitation et la manifestation ; des *sentiments ayant leur source dans l'exercice, soit musculaire, soit sensorial*, et engendrant les uns le besoin de liberté, les autres celui de curiosité ; des *habitudes* se résumant dans l'esprit d'ordre, la ponctualité, la politesse, l'élégance et la probité.

Mais toute manifestation sentimentale est nécessairement complexe ; et il n'est pas toujours aisé d'apprécier, pour chacune, ce qui revient à l'encéphale et autres organes. C'est ainsi, entre autres, que l'activité, et surtout le sentiment de famille, rangés par M. Clavel dans les appétits viscéraux, nous paraissent, au moins en partie, sinon en totalité, procéder de l'initiative cérébrale. On pourrait, avec autant de fondement, sans contredit, appliquer la même remarque aux sentiments de liberté et de curiosité par rapport aux sens et aux muscles. En restreignant, enfin, aux éléments compris sous la dénomination d'habitudes, les qualités morales ou de sociabilité, n'est-ce pas en rétrécir la sphère outre mesure?

Un plan, nous le savons, n'est pas indispensablement rigoureux et méthodique. Que la pensée puisse se montrer sous toutes ses faces, voilà l'important, et ce que réalise le cadre de M. Clavel. Les judicieuses observations qu'il renferme, et les aperçus nombreux et profonds qui s'y trouvent semés, n'empêchent pas, toutefois, une division défectueuse de laisser planer quelque ombre sur l'ensemble du travail, d'en voiler, pour ainsi dire, l'idée mère.

Pour nous, dans un opuscule écrit, en 1849, sur l'enseignement primaire, sentant fortement, dès l'abord, la nécessité de déblayer la voie éducatrice, nous nous sommes attaché principalement à rechercher une donnée supérieure, une sorte de phare, qui pût en éclairer toute l'étendue. Cette tâche, ou nous nous trompons, n'est pas demeurée infructueuse. Elle nous a fourni le secret d'une foule d'objections, de contradictions et de dissentiments. Le lecteur ne se fâchera donc pas, nous

nis par cette méthode, on peut donc, ce me semble, prédire avec confiance que, par une libre injection des bronches au moyen du cathétérisme, cette affection sera susceptible d'une guérison certaine et permanente.

Quant aux cas traités depuis le travail dont j'ai parlé plus haut, je trouve la minute de douze observations dans lesquelles le cathétérisme des tubes aériens a été pratiqué un plus ou moins grand nombre de fois. Un tableau de ces observations a été dressé par mon aide, le docteur Richards, avec indication exacte de l'historique, du diagnostic, du traitement et des résultats. Sur ces douze malades, sept présentaient distinctement les signes physiques de la présence des tubercules, cinq étaient affectés de bronchite chronique, qui, dans quatre cas, datait de plusieurs années et était compliquée de tuberculose commençante. Des sept cas de maladie tuberculeuse, trois offraient des cavernes. Ces cas furent traités d'abord par des cautérisations du larynx et de la trachée, et des moyens généraux appropriés, puis par l'injection de la solution caustique dans les poumons. Quelques-uns des sujets ont été déjà renvoyés guéris, ou positivement soulagés ; d'autres restent en traitement, et le résultat ne peut être encore indiqué.

En définitive, si l'on admet, comme on le peut d'après ce qu'on sait des effets du remède dans les altérations de tissus, que nous possédons dans ce remède un agent thérapeutique de grande valeur contre les affections de la muqueuse des conduits aériens, la question se réduit à ceci : L'opération proposée, à savoir, le cathétérisme des voies aériennes, peut-elle être exécutée avec assez de sûreté et de facilité pour entrer dans la pratique usuelle des médecins ?

Depuis le travail que j'ai présenté sur ce sujet à l'Académie de médecine de New-York, mon attention s'est portée sur un ouvrage relatif à *l'angine œdémateuse*, récemment publié à Paris par M. Sestier. Dans cet ouvrage, M. Sestier a rapporté dix cas d'œdème de la glotte ou du larynx, dans lesquels une sonde de gomme élastique a été introduite dans le larynx et la trachée, et y est restée plus ou moins longtemps, fournissant de l'air pour la respiration. Par ce moyen, la suffocation a été prévenue jusqu'à ce qu'on fût maître de la maladie, et l'on a sauvé la vie des malades. L'introduction de la sonde dans ces circonstances, fait remarquer M. Sestier (*Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, p. 390 et suiv.), produit quelques douleurs et un violent accès de toux, mais ces symptômes disparaissent bientôt; ils deviennent, d'ailleurs, de moins en moins marqués à chaque nouvelle introduction de la sonde, quand il a été nécessaire de la retirer pour la nettoyer ou pour tout autre motif. Cette opération a été déjà pratiquée par différents chirurgiens, notamment par Desault, Lallemand et Benoît, dans les cas où existait quelque obstacle à la respiration.

On doit donc admettre que l'introduction d'instruments tels qu'un porte-éponge et un tube élastique dans le larynx et la trachée est praticable, particulièrement dans les circonstances où se présentent peu de difficultés, comme c'est le plus ordinaire dans les maladies de ces organes. Néanmoins la nature a si bien défendu l'entrée des voies aériennes, que le cathétérisme des bronches offrira toujours de la difficulté, et l'on ne devra l'entreprendre qu'après avoir préalablement préparé les organes par les opérations nécessaires, qui consistent à cautériser successivement le pharynx, l'ouverture de la glotte et le larynx pendant plusieurs jours, ou même, s'il est nécessaire, pendant une semaine, avant d'introduire le tube à injection (1).

(1) *Transactions of the State Medical Society of the State of New-York, transmitted to the Legislature.* Février 1855, p. 233.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

L'abondance des matières nous force à renvoyer l'Académie des sciences au prochain numéro.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

M. *Depaul*, secrétaire annuel, lit le rapport général sur les prix décernés par l'Académie en 1855.

M. le président proclame les prix et récompenses et les sujets de prix proposés pour 1856, 1857 et 1858.

PRIX DE 1855.—*Prix de l'Académie.*— L'Académie avait mis au concours la question suivante : Déterminer par des faits précis le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans des pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire. Ce prix était de 1,000 francs. L'Académie accorde le prix à M. le docteur Jules ROCHARD, chirurgien en chef de la marine impériale à Brest, auteur du mémoire n° 4.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour question : Du goître endémique ; étiologie, anatomie pathologique, prophylaxie ; rapports avec le crétinisme. Ce prix était de 1,000 francs. L'Académie accorde, à titre d'encouragements : 1° Une somme de 400 francs à M. le docteur BACH, de Strasbourg, auteur du mémoire n° 1 ; — 2° une somme de 400 francs à M. le docteur Louis-François-Charles-Marie MORÉTIN, de Baume-les-Messieurs (Jura), auteur du mémoire n° 3 ; — 3° une somme de 200 francs à M. le docteur LE TERTRE VALLIER, médecin militaire à Amiens (Somme), auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux.—L'Académie avait proposé la question suivante : De la catalepsie. Ce prix était de 1,000 francs. L'Académie a partagé le prix entre : M. le docteur Frédéric SABOURAUD, médecin à la Châtaigneraie (Vendée), auteur du mémoire n° 1, et M. le docteur T. PUEL, médecin à Paris, auteur du mémoire n° 5.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — *Question relative à l'art des accouchements* : Des morts subites dans l'état puerpéral. Quatre mémoires ont été adressés à l'Académie ; aucun d'eux n'a été jugé digne du prix. L'Académie a décidé que la même question serait remise au concours pour 1857. — *Question relative aux eaux minérales.* L'Académie

---

l'espérons, si nous saisissons l'occasion toute naturelle qui nous est offerte de lui dire brièvement comment nous est apparu le grave et difficile problème de l'éducation.

M. Clavel s'est préoccupé des sources organiques de nos virtualités. Nous avons, à dessein, négligé ce thème, sujet à controverse. D'où que proviennent d'ailleurs les aptitudes et les penchants, il s'agit, avant tout, d'en reconnaître l'existence, d'en observer les effets, d'en assurer la direction la plus profitable. A cet égard, quelle marche suivre ?

Il est un écueil déjà signalé au début et que nous devons rappeler ici. L'abus des termes induit trop souvent à confondre les facultés propres de l'esprit avec les forces primitives qui marquent les différences individuelles. L'âme sent, perçoit, juge, compare, raisonne, imagine, réfléchit, veut, jouit, souffre, etc. ; mais autres sont en eux-mêmes ces modes actifs et communs à tous, et les propriétés du même nom, variant en proportions, suivant les idiosyncrasies et les circonstances. Quand on dit de quelqu'un qu'il est doué d'attention, de jugement, de mémoire, de sens, d'imagination, cela n'implique point nécessairement un état particulier de ce *moi*, abstrait, insaisissable, dont l'essence et le degré de spontanéité demeureront vraisemblablement un éternel mystère. Tout porte à croire, au contraire, à une condition spéciale, intime, tranchons le mot *organique*, compréhensible, jusqu'à un certain point, par l'analyse de la mémoire.

Lorsqu'une idée ayant été conçue se fixe pour renaître par un acte volontaire ou même sans cette participation, que se passe-t-il? Est-ce l'esprit ou la matière qui l'emmagasine? Outre le pouvoir qui se souvient, n'y a-t-il pas un autre je ne sais quoi distinct, ou du moins pouvant l'être, qui retient les objets des souvenirs, les représente, et dont le rôle plus ou moins actif entre pour beaucoup dans les diversités mnémoniques. Cela est d'autant plus vraisemblable que le développement, inégal sous ce rapport, se particularise encore par une culture exclusive, au point d'établir une concurrence fâcheuse. On voit des personnes qui ont la mémoire des lieux, des dates, non des figures ; d'autres, chez qui l'étude assidue de l'histoire, en avivant les souvenirs historiques, rend obscures les autres impressions ; ce qui ne devrait point arriver si l'accroissement portait sur la faculté elle-même.

Les autres puissances psychiques, *attention*, *jugement*, etc., motiveraient de semblables considérations. On doit pour elles, comme pour la mémoire, séparer la qualité de la faculté, le mobile du principe. Toutes, en un mot, impliquent des dispositions spéciales, indépendantes, sortes de sens supérieurs, comme aurait dit Gall, d'où dérive, selon leur énergie, primordiale ou acquise, la variété des physionomies intellectuelles. L'ex-

avait mis au concours la question suivante : Déterminer par l'observation médicale l'action physiologique et thérapeutique des eaux minérales *alcalines*, et préciser nettement les cas de leur application. Ce prix était de la valeur de 1,500 francs. L'Académie décerne le prix à M. J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et à M. Socquet, médecin du même établissement, auteurs du mémoire n° 3. Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Willemin, inspecteur-adjoint des eaux de Vichy, auteur du mémoire n° 2.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, étant pour cette fois de la valeur de 3,700 francs, devait être décerné au meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. L'Académie a décerné ce prix à M. le docteur Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi, pour son *Traité des maladies vénériennes*.

Prix et médailles accordés à MM. les médecins vaccinateurs. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture et du commerce a bien voulu accorder (pour le service de 1853) : 1° *Un prix de* 1,500 *francs* partagé entre les trois médecins dont les noms suivent : M. Massaloup, du canton de Mèze (Hérault), signalé à M. le préfet de ce département comme digne de récompense pour le zèle dont il a fait preuve dans la propagation de la vaccine ; M. Labesque, d'Agen (Lot-et-Garonne), qui, après avoir obtenu plusieurs médailles d'argent, s'est surpassé cette fois lui-même dans le nombre des vaccinations qu'il a pratiquées ; M. Carville, chirurgien à Gaillon (Eure), pour les services qu'il a rendus dans le cours de l'épidémie de variole qui a régné dans la maison centrale de Gaillon, et l'excellent rapport qu'il a rédigé sur cette même épidémie. — 2° Quatre médailles d'or à : M. Descieux, docteur-médecin à Monfort-l'Amaury (Seine-et-Oise), pour ses importantes communications au sujet d'une inoculation dont il a signalé les dangers : recommandé par M. le préfet ; M. Verger, officier de santé à Lagravelle (Mayenne), signalé par M. le préfet de ce département comme un des plus zélés propagateurs de la vaccine ; M. Maigne, docteur-médecin à Cubjac (Dordogne), qui, à peine rétabli d'une grave atteinte de suette, a repris sa tâche de vaccinateur et contribué à éteindre la variole qui régnait en même temps que la miliaire ; M. Charil, officier de santé à Janzé (Ille-et-Vilaine), pour le zèle qu'il met à remplir ses fonctions, et pour ses nombreuses recherches au sujet de la variole. — 3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées ; les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

Médailles proposées pour MM. les médecins des épidémies et pour MM. les médecins inspecteurs des eaux minérales. — L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, d'accorder des médailles à ceux qui auraient envoyé les meilleurs travaux. En conséquence, elle propose à M. le ministre d'accorder pour le service des épidémies de 1854 ; — 1° Des médailles d'argent à : M. Kemmerer, médecin des hospices civils de Saint-Martin ; M. Coutenot, docteur en médecine à Besançon (Doubs) ; M. Houeix, médecin des épidémies de l'arrondissement de Ploermel (Morbihan) ; MM. Vingtrinier et Duclos, médecin et médecin-adjoint des épidémies pour l'arrondissement de Rouen (Seine-Inférieure). — 2° Des médailles de bronze : à M. Durand, médecin des épidémies de l'arrondissement de Chartres (Eure-et-Loir) ; M. Gestin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Quimper (Finistère) ; M. Poulet, docteur en médecine à Planches-les-Mines (Haute-Saône) ; M. Pone, médecin des épidémies de l'arrondissement de Pontarlier (Doubs) ; M. Santon, médecin-adjoint des épidémies de l'arrondissement de Montbéliard (Doubs). — 3° Une mention très honorable, avec rappel de la médaille d'argent, à : M le docteur Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre (Seine-Inférieure). — 4° Une mention honorable, avec rappel de la même médaille, pour : M. le docteur Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure (Haute-Saône) ; M. le docteur Pagès, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Alais (Gard). — 5° Enfin des mentions honorables à : M. le docteur Vannaque, médecin des épidémies de l'arrondissement de Compiègne (Oise) ; M. le docteur Victor Guillemin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Thionville (Moselle) ; M. le docteur Anthouard, médecin des épidémies de l'arrondissement du Vigan (Gard) ; M. le docteur Lemaire, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dunkerque (Nord).

L'Académie propose en outre à M. le ministre d'accorder, pour le service des eaux minérales (1853) : 1° Des médailles d'argent à M. Vernière, médecin-inspecteur de Saint-Nectaire (Haute-Garonne) ; M. de Puisaye, médecin-inspecteur des eaux d'Enghien (Seine-et-Oise) ; M. Lhéritier, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Plombières (Vosges) ; M. Richond des Brus, médecin-inspecteur des eaux de Néris (Allier) ; M. de Laurès, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Néris (Allier) ; M. Lebret, médecin-inspecteur des eaux de Balaruc (Hérault) ; M. Pégot, médecin-inspecteur des eaux de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne) ; M. Lefort, chimiste à Paris, pour son travail sur les eaux de Châteauneuf (Puy-de-Dôme). — 2° Des mentions honorables avec rappel de médaille d'argent à : M. Villaret, médecin militaire, chef du service de Bourbonne (Haute-Marne) ; M. Bertrand fils, médecin-inspecteur-adjoint des eaux du Mont-Dore (Puy-de-Dôme) ; M. Dufresse de Chassaigne, médecin-inspecteur des eaux de Chaudes-Aigues (Cantal). — 3° Des médailles de bronze à M. Magnin, médecin-inspecteur-adjoint des eaux de Bourbonne (Haute-Marne) ; M. Buissard, médecin-inspecteur des eaux de Lamotte (Isère) ; M. Izarié, médecin-inspecteur des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées).

Prix proposés pour 1856. — *Prix de l'Académie.* — Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes. Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite. Ce prix sera de la valeur de 2,000.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — De la saignée dans la grossesse. Ce prix sera de la valeur de 1,000 francs.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre pendant cette troisième période (1850 à 1856), ou subsidiairement à l'auteur du

---

pression du fait n'a d'ailleurs rien de compromettant, puisqu'elle ne préjuge point de sa cause.

Plus nous avançons dans la contemplation psychique, plus cette distinction nous apparaît opportune et fondée. Elle nous semble surtout répandre la plus vive clarté sur le sujet qui nous occupe, en rapprochant analogiquement les aptitudes intellectuelles des aptitudes générales.

Les unes et les autres, en tant que forces inhérentes à l'économie, ont, en effet, une origine commune, ne diffèrent que par la nature des attributions, et doivent, soumises aux mêmes nécessités éducatrices, concourir à leur fin dans le cercle du devoir tracé. Ajoutons qu'en raison de leur individualisation, ne formant point de catégories naturelles bien dessinées, elles répugnent à une classification régulière, uniforme, tout entière subordonnée aux perspectives du but qu'on se propose.

Pour ce qui concerne notre thèse, indépendamment des sens extérieurs qu'il n'entrait point dans notre plan de traiter, nous avons cru, on verra pourquoi, devoir les rattacher aux trois ordres suivants : *instincts, sentiments moraux, virtualités intellectuelles;* division artificielle, répétons-le, tels éléments appartenant, à la fois, par des aspects multiples, aux classes voisines de celles où ils figurent.

Les instincts, préposés plus spécialement à la conservation de l'individu et de l'espèce, sont naturellement très développés, et tendraient, par la fatalité de leur destination, s'ils agissaient sans contre-poids, laissant dominer la personnalité égoïste et violente, à empêcher ou à rompre toute harmonie sociale.

Les forces intellectuelles pourraient être justement nommées forces d'acquisition. Mobiles de nos connaissances, sources de toute capacité, leur développement intéresse à ce double titre. C'est par elles que progressent les sciences, l'industrie, les arts, que l'homme apprend à conjurer le danger, à conquérir le bien-être, à multiplier ses moyens de sustentation et de jouissance La civilisation en est une émanation nécessaire ; car l'extension des richesses supprime les occasions de lutte comme, d'autre part, le discernement de l'utile et du beau suscite les sympathies généreuses. Ce résultat, toutefois, n'est qu'indirect, et malheureusement il n'est pas rare que l'intelligence, quand elle est seule, serve de véhicule et d'instrument aux passions mauvaises.

Aux sentiments moraux appartient, au contraire, la mission directe et bienfaisante de réagir sur les penchants inférieurs, et de faire tourner les dons élevés de l'esprit au profit commun. La justice, la bonté, la vénération, la piété, l'ordre, la propreté, la bienveillance, la modestie, la pudeur, la circonspection, l'estime de soi, l'émulation, la bienséance, etc., toutes

perfectionnement le plus important apporté durant ces six ans au traitement des autres maladies des voies urinaires. La valeur de ce prix sera de 12,000 fr.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857. — *Prix de l'Académie.* — Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — Du vertige nerveux. — Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie, et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondés par M. le docteur Capuron. — Question relative à l'art des accouchements : La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que depuis longtemps on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites.

Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales :* Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe ; déterminer par l'observation médicale leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefèvre. — De la mélancolie.

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

PRIX PROPOSÉ POUR 1858. — *Prix fondé par M. le docteur Itard.* — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

— Les mémoires pour les prix à décerner en 1856 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. (*Décision de l'Académie*, du 1er septembre 1838.)

— Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard et d'Argenteuil sont seuls exceptés de ces dispositions.

M. FR. DUBOIS, secrétaire perpétuel, prononce l'éloge de M. RÉCAMIER.

Nous donnons les principaux passages de cet éloge :

... On sait que presque tous les professeurs de l'école de santé avaient été choisis et institués par Fourcroy ; c'était la grande époque des sciences physiques et naturelles ; les savants régnaient dans les assemblées politiques et dans les écoles ; les philosophes s'étaient rangés sous leur bannière, comme eux ils ne voulurent plus reconnaître qu'une seule méthode, l'analyse, et comme eux ils proscrivaient la synthèse ; les médecins de leur côté n'avaient d'autres prétentions que celles de faire rentrer les sciences médicales dans l'ordre des sciences naturelles.

Le programme imposé officiellement à l'école de santé de Paris est un document à citer : « ce programme embrassait toutes les parties de l'enseignement, il en déterminait les limites et en indiquait l'esprit. Ainsi pour le cours de clinique médicale ou de médecine proprement dite, il rappelait au professeur que, dans ses leçons, il devait d'abord *diviser* les maladies en un certain nombre de *classes*, puis qu'après avoir établi les caractères de chaque *classe* de maladies et de ses principales divisions, il devait répéter le même examen sur les *genres* et sur les *espèces*; et ce n'est qu'après avoir ainsi présenté l'*histoire naturelle* de chaque maladie, ajoutait le programme, que le professeur pourrait se mettre à considérer les *changements* que les remèdes peuvent apporter dans la marche des maladies. »

On voit qu'il était impossible de se placer dans des conditions de plus parfait désintéressement ; seulement le professeur n'était plus un médecin : c'était un curieux, un naturaliste dont la première et la plus importante affaire était de *définir* et de *diviser* les maladies en classes, en genres et en espèces, sauf à établir des *variétés* si cela était nécessaire, puis subsidiairement, et, pour agrandir le champ de ses observations, il pouvait se mettre à administrer ce qu'on est convenu d'appeler des remèdes, non pas précisément pour obtenir la guérison des malades, mais, suivant les expressions du programme, pour voir quels *changements* pourraient survenir dans la marche des maladies !

Voilà quel esprit présidait à l'enseignement de la médecine dans l'école de Paris, à la fin du dernier siècle et au commencement de celui-ci ; aussi avait-on trouvé toute naturelle et fort simple la réponse faite par le célèbre auteur de la *Nosographie philosophique* à l'étrange prétention de Pitcairn, qui, un peu plus soucieux de la santé des hommes, s'était avisé de poser à la médecine contemporaine le problème suivant : *une maladie étant donnée, trouver le remède;* Pinel, on le sait, s'étonnait qu'un problème aussi secondaire, aussi peu important, eût pu séduire jusqu'à Fontenelle ; pour lui il trouvait la question, sinon tout à fait déraisonnable, du moins prématurée, et il ajoutait qu'il fallait lui substituer le problème suivant : *une maladie étant donnée, trouver sa place dans un cadre nosologique.*

Heureusement, messieurs, tout cela se passait entre nous et n'est point sorti de nos écoles ! le monde railleur n'en a rien su ; heureusement, dis-je ; qui sait ? quelque Aristophane de l'époque se serait peut-être cru en droit de reprendre l'insidieuse question de Molière ! « Mais les médecins ne savent donc rien à votre compte ? » Et cela pour répondre avec une légère variante : « Si fait, mon frère, ils savent, pour la plupart, de » belles humanités, savent parler en grec et en latin, définir et *diviser* » les maladies, mais, pour ce qui est de les guérir, c'est... chose pour » eux prématurée ! »

Diviser et classer les maladies, telle était donc l'unique pensée de l'école de Paris, à cette première époque de la pratique de M. Récamier

ces vertus ayant leur foyer dans les profondeurs de notre être intime, sont, en effet, éminemment moralisatrices, éminemment sociales.

Dans ces simples et brèves considérations gît toute la loi de l'éducation morale. Tracer une digue aux instincts, circonscrire leur légitime action dans de justes limites, les exciter parfois et le plus souvent les réprimer, voilà le premier point nécessaire, l'objet d'avertissements sévères et d'une vigilance continue. L'influence des autres pouvoirs doit achever le reste.

Mais, à l'égard de ces pouvoirs, il est une remarque à faire : c'est qu'à la différence des instincts, n'existant qu'en germe, ils courraient risque d'avorter sans une stimulation fécondante. La moralité n'admet point de priviléges. Elle est de tous les temps, de tous les lieux, de tous les âges, de toutes les conditions. Plus elle a d'effets salutaires, plus il y a obligation d'en perfectionner les attributs aussi complétement que possible et chez tous, de n'en négliger aucun, d'en favoriser la pondération harmonique ; car l'exagération des meilleures qualités est quelquefois un mal comme leur insuffisance.

Quant aux virtualités intellectuelles, cette règle appelle une interprétation. Les talents sont précieux, sans doute ; la pratique morale même demeurerait précaire et stérile sans le discernement qui l'éclaire, la féconde et la fait aimer. Mais nos heures sont comptées, et le champ des connaissances est illimité ; les vocations, d'ailleurs, sont particulières. L'éducation, dès lors, ne saurait, en ce qui touche à l'intellect, prétendre à l'universalité dans toutes les directions : tout ce qu'elle doit faire, c'est, ayant la possibilité et l'utilité pour guides, d'élever suffisamment le niveau du savoir commun pour que chacun devienne apte à prendre honorablement sa part du grand concert général.

A cet égard, ce n'est point le lieu de discuter un programme. Contentons-nous de faire remarquer, en concluant, que l'esquisse qui précède nous paraît fournir un cadre rationnel où, sous une plume habile, tous les éléments du sujet viendraient, sans effort, sans omission, se ranger à leur place naturelle. Une première partie traiterait des instincts, de leur caractère, de leur portée, de leurs écarts. Une seconde envisagerait du même point de vue chacun des sentiments moraux, enseignant à les cultiver moins encore par les préceptes que par un constant exercice. Dans la troisième, enfin, après une exacte délimitation des matières de l'instruction soit primaire, soit secondaire, on les analyserait successivement et avec soin dans leur importance, leur étendue et leurs procédés.

Chemin faisant, que de préventions tomberaient sous le coup d'une démonstration palpable ! Quelques-uns maudissent l'extension des lumières,

dans les hôpitaux ; or on comprend que, tourmenté comme il l'était par un besoin continuel d'action et par le désir de soulager ses malades, il n'aurait jamais pu se résoudre à considérer des êtres souffrants avec la curiosité impassible du botaniste ou du zoologiste ; son compatriote Bichat avait défini la vie : *l'ensemble des phénomènes qui résistent à la mort ;* lui semblait considérer la maladie comme une des scènes de ce drame où la vie a pour un moment le dessous, et où le médecin a pour unique office de prêter aide et assistance au malade. C'était, à ses yeux, comme un duel imprévu et fatal, dans lequel intervient l'homme de l'art, non comme un témoin impassible réduit au rôle d'observateur, mais comme un noble et courageux soutenant, qui, pour sa part, tient tête à l'ennemi et avec d'autant plus de succès que la science a dû l'armer de toutes pièces.

Mais sur ce terrain difficile, obscur et glissant, de quelle prudence, de quelle circonspection ne doit pas user le médecin, s'il ne veut pas que son intervention devienne plus nuisible qu'utile à ses malades ?

M. Récamier, confiant dans son art, fertile en expédients, plein de ressources, n'était jamais pris au dépourvu ; il était près de ses malades comme cette fidèle et dernière espérance qui, d'une main, soutient ces infortunés au moment où ils descendent dans le tombeau, et qui, de l'autre, fait briller à leurs yeux sa lampe consolatrice ; mais déjà peut-être avait-il trop de goût pour cette médecine active et pour ainsi dire militante que l'on a nommée de nos jours *médecine perturbatrice*.........

L'école de Paris, paisiblement gouvernée par Pinel, ne voyait rien au delà de son pentateuque médical ; les cinq grandes classes de maladies, bien groupées et bien définies, étaient pour elle comme le dernier mot de la science, lorsqu'un simple médecin militaire, laborieux praticien, longtemps confiné au fond du Frioul, dans le petit hôpital d'Udine, s'en vint porter le trouble dans nos écoles et y susciter une véritable révolution. C'était Broussais qui, après s'être timidement essayé dans un obscur amphithéâtre de la rue du Foin, osa élever autel contre autel, doctrine contre doctrine.

Celle qu'il préconisait n'était cependant rien moins que nouvelle ; professée dès la plus haute antiquité, sous le nom de *méthodisme*, par Thémison de Laodicée, Tessalus de Tralles et Soranus d'Éphèse, clairement exposée dans les écrits de Cœlius Aurelianus, elle avait été reprise en des temps plus rapprochés de nous, par Baglivi, Frédéric Hoffmann, et Brown.

Broussais lui donna le nom de *doctrine physiologique*, mais c'était bien ce dualisme qu'on voit revenir d'âge en âge dans l'histoire de la médecine, ce système tellement simplifié qu'il n'y a plus que deux sortes de maladies et deux sortes de remèdes ; des maladies par excès de ton ou de forces, des maladies par défaut de ton ou par faiblesse, des remèdes réputés débilitants et des remèdes dits fortifiants.

Restait toutefois une difficulté, un grave sujet de dissidence qui, se reproduisant à chaque époque, plaçait les adeptes dans deux camps opposés ; je veux parler de la proportion dans laquelle se trouvent les malades qu'il faut affaiblir, eu égard à ceux qu'il faut fortifier, et *vice versâ ;* c'était là qu'était le schisme ; les uns prétendant, avec Brown, qu'il faut presque toujours fortifier ; les autres soutenant, avec Broussais, qu'il faut presque toujours affaiblir ; 97 fois sur 100, disait Broussais, il faut affaiblir les malades !

M. Récamier, on doit le prévoir, n'était nullement disposé à accepter les idées des prétendus novateurs ; son imagination toujours en travail ne lui aurait jamais permis de s'emprisonner dans les limites d'un pareil système. C'était, on se le rappelle, une sorte de fanatisme : le nouvel enseignement avait pris la forme d'une ardente opposition, et le maître les allures d'un tribun ; la jeunesse séduite l'entourait de ses sympathies, et M. Récamier eut à lutter contre ses propres élèves ; internes et externes engageaient avec lui de vives discussions : M. Récamier s'y prêtait volontiers et souriait de leur engouement ; mais d'un autre côté ne semblait-il pas lui-même prendre plaisir à se perdre dans l'infinie variété de ses individualités morbides ? pour ne parler que des fièvres, qu'on voulait alors supprimer ; ne l'avons-nous pas vu, non content des six ordres de Pinel, en imaginer qu'il appelait *biosiques* ou vitales, *pepsiques* ou saburrales, *névrosiques* ou nerveuses, et tant d'autres qui étaient loin de lui suffire, puisque, de son propre aveu, la médecine recommence non-seulement pour chaque homme qui l'étudie, mais encore à chaque malade qu'il est appelé à traiter ?

On comprend qu'avec de pareilles doctrines M. Récamier ne pouvait rien trouver de fixe et de stable dans la science, et c'est à cela sans doute qu'il faut attribuer ses perpétuelles improvisations, ses étranges méthodes thérapeutiques et les bizarres médications qu'on lui voyait prôner avec enthousiasme et presque aussitôt abandonner.

Sa lutte cependant avec les fougueux partisans de la doctrine physiologique ne fut point de longue durée ; ceux-ci, en appelant l'attention des praticiens sur l'état des organes avaient fini par jeter quelques esprits dans un autre excès, celui de ne plus tenir compte des manifestations vitales dans le cours des maladies, et de s'attacher exclusivement à la recherche des lésions dites organiques. De là cette autre doctrine qui voulut aussi se donner comme nouvelle, et qui reçut le nom de *Doctrine organique.* Elle différait du reste essentiellement de la doctrine physiologique ; celle-ci en effet avait toujours eu pour principe que dans l'étude des maladies il faut avant tout s'enquérir de la *nature* du mal et secondairement de son *siége ;* la doctrine organique soutenait au contraire qu'il faut d'abord se mettre à la recherche du *siége* et s'occuper ensuite de sa *nature.*

Dans la pratique, la différence était encore plus marquée entre les deux écoles : rechercher la nature du mal c'est remonter à ses causes : or, la connaissance des causes conduit à celle du traitement ; aussi les partisans de la doctrine physiologique avaient-ils la prétention d'être avant tout des praticiens, des guérisseurs ; les médecins, au contraire, qui avaient embrassé les principes de la doctrine organique, semblaient avoir repris le rôle de simples observateurs ; et quelques-uns raisonnaient absolument comme l'avaient fait en d'autres temps les disciples de Pinel ; eux aussi trouvaient secondaire et prématuré le fameux problème de Pitcairn : *Une maladie étant donnée, trouver le remède ;* et ils en avaient également un autre à lui substituer, c'était celui-ci : *Une maladie étant donnée, déterminer pendant la vie ses vrais caractères anatomiques, et vérifier à l'ouverture du cadavre si l'on n'a pas commis d'erreur !*

De sorte que ces délibérations posthumes, ces consultations pour un malade qui mourut hier, n'auraient plus même eu pour objet de savoir ce qu'on aurait dû faire pour le guérir ; c'est là, Messieurs, ce qu'on a appelé l'*anatomisme* de l'école de Paris, mais hâtons-nous de dire que cette préoccupation n'a véritablement égaré qu'un petit nombre d'esprits ; loin de faire de ses recherches et de toutes ses inspections nécroscopiques, une stérile contemplation de la mort, l'école de Paris y a cherché de nouvelles lumières pour le salut des malades ; tous ses travaux attestent cette tendance pratique, et je suis heureux de montrer ici que M. Récamier, entré l'un des premiers dans cette voie féconde, en a donné les plus éclatants exemples.

Au lieu de se réfugier, en effet, comme tant d'autres, dans un vitalisme dédaigneux, incompréhensible et stationnaire, M. Récamier a prouvé,

---

prétextant les vices des classes supérieures. Ces aveugles ne voient pas que jusqu'ici l'éducation morale a été nulle. Bien que l'existence soit une lutte qui exige une mâle énergie intellectuelle, ils réduisent le savoir à ses conditions les plus élémentaires, *lire et écrire*, exaltant souvent la modeste simplicité de l'instituteur et de la femme, sans songer à l'immensité de la tâche de ces ouvriers formateurs de l'enfance. D'autres ont érigé en système l'humiliation et la crainte, c'est-à-dire la *castration morale*, comme si l'âme manquait de nobles mobiles. *Plus fait douceur que violence*, a dit judicieusement le fabuliste. Lallemand a également établi la toute-puissance des bons procédés sur les dispositions de l'homme, et même des animaux. « Ne vous mêlez pas d'éducation, s'écrie Rousseau, dans une de ses pages éloquentes, si vous ne savez mener l'élève par les seules lois du possible et de l'impossible. » Ce grand philosophe a été accusé de préférer l'état sauvage à la vie civilisée. Mauvaise interprétation de ses écrits ! En tout cas, l'anthropophagie, le scalpement des têtes, le sang bu dans des crânes, tout ce régime bestial à l'usage quotidien des tribus les moins avancées, ne nous semble pas de nature à rendre son admiration contagieuse.

Loin d'adhérer à des maximes surannées, fomentées par l'irréflexion et la routine, M. Clavel en a fait bonne justice. Cœur sensible non moins qu'ami du progrès, il s'oppose surtout à ce que de pauvres créatures, intéressantes par leur âge, et qui ne demandent qu'à s'épanouir, soient initiées à la vie par la compression et la souffrance. Son livre, selon nous, eût gagné à une autre division ; mais, malgré ce *desideratum*, qui n'ôte rien au fond des choses, il n'en restera pas moins, production d'une valeur considérable, comme un modèle de science exacte, d'observation sévère, d'aspirations généreuses ; qualités que rehausse l'attrait d'une critique ingénieuse, d'une diction pure et élégante. Dans ce siècle, chercheur et jaloux de sortir des routes battues, les principes développés par l'auteur ne sauraient, du reste, manquer d'exercer une grande influence, et, ce que nous souhaitons vivement, en secouant les esprits, de provoquer à l'imitation. A l'œuvre donc, éducateurs, médecins philosophes ! La question en vaut la peine. Il s'agit du salut de l'enfance, du bonheur de l'humanité !

DELASIAUVE.

---

par les applications les plus nombreuses et les plus variées, combien sont importantes et fructueuses les recherches d'anatomie pathologique.

On me pardonnera d'entrer ici dans quelques détails; et d'abord personne n'ignore que, dès 1806, M. Récamier avait perfectionné et rendu usuel un instrument qui permet à l'œil du médecin de pénétrer jusque dans la profondeur des organes, et à la main du chirurgien d'y porter des secours inespérés; mais ceci n'était qu'un simple moyen d'investigation. On va voir comment M. Récamier s'y prenait pour reconnaître la nature du mal et pour en arrêter les progrès : aucun des organes de l'économie n'échappait à ses recherches; les dégénérescences du foie avaient particulièrement attiré son attention; on sait que parfois il se forme, dans l'épaisseur de ce viscère des cavités remplies d'un liquide clair comme de l'eau de roche, que certains animalcules peuvent se développer dans ces poches; mais comment attaquer une semblable maladie? quel remède porter sur un mal de cette nature? et par quelle voie l'atteindre? M. Récamier, par une opération hardie, qu'il qualifiait de simple acupuncture, s'assurait d'abord de l'existence de ces kystes ou sacs accidentels, il en mesurait l'étendue, il en appréciait la structure, puis s'appuyant sur cette belle et lumineuse découverte des propriétés adhésives des inflammations, il ouvrait une large issue au liquide, il enflammait les parois du sac qui le contenait, il empêchait l'air d'y pénétrer, et il amenait ainsi une prompte et radicale guérison.

Mais dans le voisinage du foie, dans les profondeurs de l'abdomen, des inflammations sourdes, latentes et presque toujours méconnues, peuvent donner lieu à de vastes collections purulentes, c'est ce qu'on nomme des *abcès* profonds du ventre; ici encore, par de savantes explorations, M. Récamier remonte à la source du mal, il en éclaire le diagnostic et en fixe le véritable traitement.

Si maintenant nous passons dans la double cavité qui constitue la poitrine, nous y trouvons encore tout un ordre de lésions dont M. Récamier s'est occupé avec le plus grand succès : je veux parler de ces épanchements qui peuvent se former dans les parties les plus déclives, et que la nature est impuissante à résorber; il faut encore ici, par une ouverture artificielle, donner issue au liquide : c'est l'opération qu'on appelle *empyème*; mais de combien de dangers n'est-elle pas entourée? Si l'air pénètre dans ces cavités, la mort du malade n'en est que plus certaine, et cet air est aspiré par les propres mouvements de la poitrine. M. Récamier conjure encore ici tous les dangers; associant en quelque sorte les manœuvres du physicien à celles du chirurgien, c'est sous l'eau qu'il pratique son ouverture; puis donnant à la poitrine le temps de s'affaisser et de revenir sur elle-même, il amène peu à peu l'effacement des cavités anormales, et les poumons ne se dilatent plus que pour recevoir l'air qui doit les vivifier.

Voilà certainement de beaux travaux, d'heureux résultats; mais, nous l'avons déjà dit, à côté de vues droites et saines, d'expériences hardies, mais permises, il faut nous attendre à trouver les inspirations les plus étranges et les pratiques les plus hasardées.

Qui ne se rappelle les vaines tentatives, et, il faut le dire, les longues illusions de M. Récamier au sujet d'un mal resté pour lui, comme pour tout le monde, incompréhensible dans ses causes, incoercible dans ses envahissements, indomptable dans ses récidives, le cancer? Ici du moins M. Récamier attendait tout d'une lente et inoffensive compression. Mais que dire de ce qu'il appelait lui-même ses derniers arguments? Que dire de tant d'opérations que nul n'aurait osé entreprendre, ni même imaginer, et qui montraient qu'en chirurgie M. Récamier était un *oseur*, aussi bien qu'en médecine?

Je sais que des succès inespérés, que des merveilles, si l'on veut, ont parfois couronné ces hardiesses; mais, pour ma part, je l'avoue, je ne pouvais me défendre d'un certain effroi, quand je voyais cette main inexorable s'armer de pinces, de crochets, de curettes et pénétrer dans la profondeur des entrailles, pour y exercer des dilatations forcées, des énucléations, des raclures, et jusqu'à d'effrayantes extirpations d'organes. Comme pour prouver qu'il était bien de ces médecins dont saint Chrysostome a dit qu'ils enfonçaient les bras jusqu'au coude dans les plaies saignantes pour les guérir!...

Société de chirurgie de Paris.

ADDITION A LA SÉANCE DU 28 NOVEMBRE 1855 (1). (Voir le dernier n°.)

M. *Chassaignac* a usé de la glycérine en injections uréthrales et en gargarismes avec le borax. Il n'a point employé la glycérine dans le pansement des plaies; il ne saurait dire, par conséquent, si elle donne ou non les avantages qu'on lui attribue. Mais, pour lui, ces avantages ont beaucoup moins d'importance que pour les autres chirurgiens, le pansement par occlusion qu'il emploie remplissant toutes les indications. Pour ce qui est de l'érysipèle, il n'en a pas observé un seul cas depuis qu'il met en usage ce mode de pansement.

M. *Broca* déclare ne pas avoir dans le pansement par occlusion une confiance aussi absolue que M. Chassaignac. Il a vu, chez une malade à laquelle M. Chassaignac avait enlevé une tumeur du sein, et dont la plaie avait été pansée par occlusion, un érysipèle se développer le quatrième jour, sous la cuirasse, se compliquer de phlegmon diffus, et se terminer par la mort.

M. Broca, en présence d'un médicament qu'on vante dans des affections si diverses, dont on veut faire une espèce de panacée universelle, ne peut s'empêcher de concevoir des doutes. Il se méfie des panacées. Il trouve qu'on a exagéré les inconvénients du cérat, qui permet, selon lui, d'entretenir les plaies dans un état suffisant de propreté. Quant à la pourriture d'hôpital qu'on aurait guérie par la glycérine, il pense que c'est un de ces cas qui guérissent spontanément, comme il a eu l'occasion d'en voir une petite épidémie dans un service de l'Hôtel-Dieu confié momentanément à ses soins. Quatorze malades de la salle Sainte-Marthe furent atteints, en peu de jours, de pourriture d'hôpital. A l'exception d'un seul, chez lequel la pourriture ouvrit les articulations du pied, tous guérirent. Chez deux de ces malades, malgré l'emploi de divers caustiques, et même du feu, la pourriture persistait. M. Broca revint alors tout simplement au pansement avec le cérat; quelques jours après, ces deux malades étaient en voie de guérison. M. Broca est d'avis également que la pourriture d'hôpital se propage par l'atmosphère : l'occlusion des plaies lui paraît donc un excellent moyen d'arrêter cette propagation.

M. *Chassaignac*. Le fait signalé par M. Broca ne doit pas être imputé à ma méthode : il s'est passé en mon absence, et prouve simplement que la cuirasse de sparadrap a besoin d'être surveillée. Je n'ai jamais dit le contraire.

M. *Denonvilliers* revient sur les inconvénients du cérat. Il croit que, dans les faits observés par M. Broca, il ne s'agissait nullement de pourriture d'hôpital, mais bien de ces plaies qui ont, comme on dit généralement, un mauvais aspect. La pourriture d'hôpital est aujourd'hui extrêmement rare, et présente une tout autre gravité que dans les cas de M. Broca.

(1) Croyant la discussion sur la glycérine terminée après le discours de M. Cloquet, nous avions arrêté là notre compte rendu. L'équité commande que nous donnions la fin de cette discussion, qui a été moins favorable à l'emploi de la glycérine que le commencement. A. D.

Société de médecine scientifique de Berlin.

REMARQUES SUR LA PNEUMONIE, par M. LEUBUSCHER.

M. Leubuscher, médecin à l'*Arbeitshaus* de Berlin, communique les remarques suivantes sur l'anatomie pathologique de l'inflammation pulmonaire :

L'engouement est une hypérémie. Dans ce premier stade, les cellules du poumon se remplissent d'un épanchement qui est d'abord muqueux et devient ensuite albumineux. Les dernières ramifications bronchiques, le tissu cellulaire, peuvent prendre part à cette sécrétion. Tel est l'état de choses quand se produit brusquement l'hépatisation rouge qui envahit tout à coup une assez grande portion du parenchyme pulmonaire; l'épanchement des cellules pulmonaires contient alors de la fibrine. Cette substance est-elle produite par une transformation de l'albumine de l'épanchement primitif (et la paralbumine indiquée par M. Biermer viendrait à l'appui de cette hypothèse), ou bien est-elle le produit d'une nouvelle modification pathologique? Peut-on admettre qu'elle se soit séparée du sang et ait traversé *seule* les capillaires ramollis, poreux, hypérémiés? M. Virchow (*Gesam. Abhand.*, p. 135; Francfort, chez Meidinger), s'exprime clairement à ce sujet.

La compression des vaisseaux produit d'abord un épanchement séreux; arrivée à un degré plus élevé, elle produit une exsudation albumineuse. Devenant trop violente, elle cause la rupture du capillaire, et alors la fibrine s'échappe, mais *mêlée* avec le sang. L'hépatisation rouge est causée, d'après M. Leubuscher, par une exsudation fibrineuse : elle a donc pour origine une rupture des capillaires suivie d'hémorrhagie. La rémission soudaine qui survient après l'envahissement du poumon par l'hépatisation rouge, la surface étendue occupée par cette modification, semblent indiquer que le cœur, irrité par la présence anormale d'une quantité de fibrine en excès, a pu, à la suite de violentes contractions, rompre les capillaires distendus, et verser dans les cellules pulmonaires la cause de ces perturbations, la fibrine : *Sublata causa, tollitur effectus.* L'organisme est délivré de cette *matière peccante*, il retrouve momentanément le calme et le repos. Mais l'épanchement primitif (privé de fibrine) ne reste pas tel qu'il était; il subit diverses modifications et se change en pus. Le caillot fibrineux se détache sous l'influence de ce travail *dissolvant*; il abandonne la cellule à laquelle il adhérait fortement, nage dans la sérosité et finit par se détruire. Les signes extérieurs avertissent de ce mouvement pathologique. Les crachats deviennent plus épais, ils sont di-

versement colorés par l'hématine du sang (qui s'est séparée en fibrine incolore et corpuscules colorés), deviennent opaques par la présence d'un grand nombre de granules et de corpuscules purulents (*sputa cocta*). Ils contiennent aussi à cette époque les caillots fibrineux signalés par M. Remak. On a cru généralement que l'infiltration purulente était produite par la décomposition de ces caillots fibrineux et leur transformation en pus. M. Leubuscher n'admet point cette théorie : pour lui, l'hépatisation grise est l'apparence extérieure d'un poumon dont l'hypérémie s'est dissipée, et dans lequel l'épanchement commence à se décolorer.

Supposons maintenant que l'épanchement primitif ne se coagule pas. L'aspect du poumon varie alors avec la consistance de l'exsudation (fluide, séreuse, albumineuse, gélatineuse), et suivant les portions du poumon (cellules, ramifications bronchiques, tissu intercellulaire) qui participent à sa formation. Quand la pneumonie est suivie de tubercules, l'épanchement est gélatineux d'ordinaire. Les divers degrés de splénisation, de friabilité des poumons, dépendent aussi de la nature de l'exsudation. La pneumonie est alors chronique. L'hépatisation planiforme, signalée par MM. Hourmann et Dechambre chez les vieillards est due à l'infiltration du tissu intercellulaire et à la mollesse de l'épanchement imparfaitement coagulé.

Ainsi en résumé :

L'hépatisation rouge est le résultat d'une hémorrhagie capillaire ; l'excès de fibrine contenu dans le sang provoque, en irritant le cœur, une rupture des capillaires.

La présence de la fibrine dans l'épanchement séro-albumineux (dû à l'engouement) n'a aucune influence sur les métamorphoses pathologiques de ce liquide.

L'infiltration purulente (troisième stade de Laënnec) est complétement indépendante de l'épanchement fibrineux.

IV.

REVUE DES JOURNAUX.

Pertes séminales volontaires chez un cheval, par M. Prangé, vétérinaire à Paris.

Obs. — Un cheval de six ans, fort, vigoureux, bien constitué, faisait le service du gros trait. En mai dernier, il perdit son ardeur habituelle au travail, et le charretier qui le conduisait remarqua qu'il mouillait facilement sa robe. Il vit aussi que, dans les haltes et dans les temps de repos, cet animal entrait en érection et se livrait à des mouvements pour provoquer l'éjaculation. Trois ou quatre fois par jour, ces mouvements se reproduisaient et amenaient des éjaculations toujours abondantes. Les juments ne semblaient lui faire aucune impression ; il ne cherchait point à monter sur les autres chevaux. Les forces subirent une atteinte profonde, l'animal ne put continuer son service. Mais, à part l'affaiblissement, l'abondance des sueurs et la persistance des éjaculations, ce cheval, examiné en mai dernier, ne présentait rien d'anormal; les organes génitaux étaient bien conformés, et, par la palpation et le toucher rectal, on n'obtint que des signes négatifs. — Pendant dix jours, immersion dans l'eau courante de la Seine, deux heures le matin, deux heures le soir ; en même temps, régime rafraîchissant, et dans la journée lavements d'eau de son pour tempérer l'action par trop tonique des immersions. Après cet intervalle de dix jours, il n'y avait plus d'éjaculations; l'animal ne tentait plus de mouvements pour les produire; il avait repris ses forces, et jusqu'à la date du 25 octobre 1855 il avait continué son service sans présenter rien de particulier. (*Recueil de médecine vétérinaire*, cahier d'octobre 1855.)

— L'histoire des pertes séminales n'est pas encore faite en médecine vétérinaire. La plupart des observations qui ont été rapportées sont incomplètes. Les observateurs n'ont pas toujours noté avec exactitude les circonstances dans lesquelles ces pertes se produisaient. Il en résulte qu'il est souvent très difficile de déterminer, dans ces observations, s'il est question de faits analogues à l'onanisme, à des éjaculations anticipées ou bien à des pertes involontaires.

Quoi qu'il en soit, sans parler du rut et des considérations de physiologie qui s'y rattachent, on sait que, sous l'influence d'un travail trop prolongé ou d'un affaiblissement plus ou moins prononcé, certains animaux, les chevaux surtout, se livrent à des mouvements qui déterminent l'érection et l'éjaculation, quelquefois dans un temps qui ne coïncide point avec l'époque du rut. C'est ainsi qu'une nouvelle cause d'épuisement s'ajoutant à un affaiblissement déjà prononcé, on a besoin de recourir à des toniques, des ferrugineux, des lotions froides, qui, en relevant les forces, font disparaître l'excitation pathologique des organes génitaux. Mais d'autres fois, chez des étalons qui servent à la monte dans les dépôts, dans les haras ou dans les écuries de certains éleveurs, on voit encore les organes génitaux, soumis à une sorte d'*entraînement*, produire une si grande quantité de liqueur séminale que ces animaux la perdent quelquefois en provoquant l'érection et l'éjaculation par des mouvements réitérés. La monte a lieu ordinairement vers le printemps, elle dure de quarante à soixante jours ; suivant la vigueur et la valeur des étalons, on leur fait faire une ou deux saillies par jour. Pendant toute la durée de la monte, on donne aux animaux une nourriture sèche et abondante. Par des pansages et des soins de la main on entretient la peau dans un très grand état de propreté, et de plus on fait faire chaque jour des promenades hygiéniques.

Chez certains animaux, une sorte de satyriasis produisant des pertes fréquentes et amenant promptement un épuisement considérable, on pratique la castration, et c'est ainsi que, dans quelques circonstances, les résultats de cette opération, aussi radicale que *gordienne*, ont jeté du jour sur des faits de pathologie vétérinaire qui pourraient avoir une grande valeur d'induction pour la médecine de l'homme.

De l'algidité progressive chez les nouveau-nés, par le docteur E. Hervieux.

L'auteur a résumé son travail dans les conclusions suivantes :

1° Il existe chez les nouveau-nés, placés dans certaines conditions, un état particulier indépendant du sclérème et qu'on peut désigner sous le nom d'algidité progressive.

2° Cet état se caractérise non-seulement par l'abaissement progressif de la température du corps, mais par la dépression progressive simultanée de la circulation et de la respiration.

3° La plupart des nouveau-nés atteints d'algidité progressive sont pâles, décolorés, souvent réduits au marasme, et semblables à de petits vieillards ; leurs mouvements sont obscurs, leurs cris voilés et leur sensibilité presque nulle.

4° Les trois causes principales qui semblent produire l'algidité progressive sont, d'une part, la faiblesse congénitale, d'une autre part, l'insuffisance de l'alimentation et le décubitus prolongé dans la position horizontale.

5° Le sein de la mère et la sollicitude dont elle saurait entourer son enfant seraient, en ville, le seul remède à opposer au mal. Dans les hospices destinés aux nouveau-nés, il suffirait d'augmenter le nombre des filles de service pour prévenir l'apparition de l'algidité progressive.

Ce résumé, tracé par l'auteur lui-même, suffit pour montrer que l'état morbide dont il s'occupe n'est pas un ordre de phénomènes nouveaux ; ce que M. Hervieux nomme algidité progressive est connu de tous les praticiens. L'auteur a eu surtout le mérite de préciser certains points de cet état morbide, par exemple, les modifications de température : celle-ci peut descendre en trois jours de 37, 27, 25 et 24 degrés centigrades. La même décroissance s'observe dans le nombre des pulsations et des respirations. Nous devons donc savoir gré à M. Hervieux d'avoir mieux précisé quelques faits depuis longtemps acquis à la science. (*Arch. gén. de méd.*, novembre 1855, p. 559.)

Appareil perfectionné pour la paracentèse, par M. Stewart.

Lorsqu'on vide, par ponction, un épanchement quelconque, on a parfois de la difficulté à recueillir commodément le liquide dans le vase destiné à le recevoir. Si le malade est au lit, l'incommodité pour le chirurgien augmente encore, et la crainte de mouiller son linge vient s'y ajouter.

Pour remédier à ce léger inconvénient, M. Stewart a fait à l'appareil instrumental ordinaire une addition qui ne lui donne, ni un prix, ni une complication, bien considérables. Il adopte simplement à l'extrémité de la canule du trocart un tube de caoutchouc, dont la longueur peut varier au gré du chirurgien, et qui conduit, à la distance et dans la direction voulues, le liquide évacué par la ponction. (*Medical Times and Gazette*, 31 mars 1855, p. 309.)

De l'utilité de la compression dans le traitement des grands abcès, par M. S. Solly.

Souvent la suppuration intarissable de certains abcès tient uniquement à ce que le foyer reste béant, et ses parois écartées. Si l'on a soin de les tenir exactement rapprochées, le pus cesse par cela seul de s'exhaler, et le recollement se fait avec rapidité.

M. Solly préconise cette méthode pour l'avoir appliquée fréquemment et avec succès. Il recouvre la surface de la poche purulente de coton cardé, et exerce, par-dessus, la compression à l'aide de bandelettes agglutinatives. La suppuration se tarit promptement; et les parois incessamment tenues en contact et pressées l'une contre l'autre, adhèrent et se soudent.

Ce moyen expéditif, et qui n'exclut l'emploi parallèle d'aucune autre médication, a notamment réussi à M. Solly, chez un étudiant en médecine qui portait à l'aisselle un vaste abcès, suite de piqûre en disséquant. Malgré deux ouvertures, la sécrétion du pus persistait avec abondance. Peu de temps après l'emploi de la compression, il devint moins copieux, et la cicatrisation fut obtenue avec une rapidité que les premières phases de la maladie n'auraient pu faire prévoir. (*The Lancet*, 7 avril 1855, p. 364.)

Singulière propriété observée sur quelques hérissons, par M. Ambrosoli.

C'est une loi admise en physiologie, et journellement confirmée par l'observation clinique, que les animaux résistent d'autant moins à l'abstinence qu'ils sont plus jeunes. Aussi, le fait suivant dut-il vivement frapper M. Ambrosoli. S'étant procuré cinq hérissons nouveau-nés, avec leur mère qui les allaitait, il les déposa dans une caisse. Le jour suivant, la mère s'échappa et se tua accidentellement.

Les cinq petites bêtes avaient été oubliées là. Quel ne fut donc pas l'étonnement de l'auteur en les retrouvant, au bout de seize jours, toutes encore vivantes. Trois prolongèrent leur existence jusqu'au vingt et unième jour! Or, M. Ambrosoli est parfaitement sûr que, dans l'endroit où il les avait placées, personne n'avait pu leur donner de nourriture. D'ailleurs, dépourvues de dents, elles ne pouvaient que teter. Enfin l'autopsie, montrant la vacuité complète et la réduction marquée du tube digestif, acheva de prouver que nul aliment n'avait été ingéré.

En réfléchissant à ce fait que le hasard lui présentait, M. Ambrosoli est parvenu, sinon à l'expliquer, du moins à lui enlever une partie de son apparence extraordinaire, par la considération de quelques autres propriétés non moins curieuses dont jouit cette classe d'animaux. Ainsi, sans parler de leur pouvoir de résistance à divers poisons, signalé par Gené, Saissy, Leuz et Bukland, Saissy a constaté que le hérisson, comme les hibernants, vit encore une heure et cinq minutes au sein d'un air impropre à entretenir la combustion.

Ceci est dû à la faculté qu'il possède de ralentir, accélérer ou suspendre sa respiration. Pourquoi, alors, quand il est condamné à l'abstinence, ne trouverait-il pas dans le ralentissement instinctif de la respiration le moyen de diminuer la perte de matière organique? Ce résultat serait conforme aux expériences de Liebig, lesquelles ont prouvé que les animaux chez qui la respiration s'accomplit avec lenteur supportent plus longtemps la faim. (*Gazzetta medica, Lombardia*, 27 août 1855, p. 301.)

Valeur séméiologique de l'écoulement de sang par l'oreille consécutif à un coup sur la tête, par M. Mathieu.

Plusieurs faits complets et rigoureusement interprétés tendent déjà à faire revenir sur la gravité trop grande qu'on avait attribuée à ce symptôme comme indice d'une fracture du rocher et présage, par conséquent, infaillible de mort prochaine. L'observation de M. Mathieu vient en aide à ce travail de réforme.

Un ouvrier fit une chute d'escalier sur la tempe droite. Perte immédiate de connaissance pendant dix à quinze minutes. Aussitôt du sang s'écoule jusqu'au lendemain soir, en nappe et sans interruption, par le conduit auditif externe de ce côté. On ne trouva dans les caillots aucune parcelle de matière cérébrale. Il n'y avait qu'une ecchymose, sans apparence de fracture; pas de paralysie. (Saignée de 500 grammes, bain, moutarde aux pieds, réfrigérants *loco dolenti*.) Le lendemain, le mal de tête n'était pas encore dissipé; un purgatif en fit justice. La guérison eut lieu promptement et sans autre accident.

Par un hasard singulier, M. Mathieu a eu à observer, peu de jours après, un homme qui offrait une violente douleur de tête, avec hémorrhagie par l'oreille, déterminée uniquement, disait-il, par un soufflet appliqué dans cette région par *un ami!* Il n'y eut absolument aucun symptôme général de quelque importance.

Toutefois, cette bénignité accidentelle ne doit point faire perdre de vue la gravité, le plus souvent extrême, d'un pareil signe. M. Mathieu en fait lui-même la remarque. « Pour peu, dit-il avec raison, que les accidents concomitants aient quelque importance, et que la cause vulnérante ait agi avec une certaine énergie, il faut se conduire absolument comme si la règle ne souffrait jamais d'exceptions; car une médication active peut sauver le malade dans quelques cas graves, et ne lui nuit point dans les autres, tandis que la temporisation pourrait bien souvent ne laisser après elle que de tardifs regrets. » *Gazette médicale de Lyon*, 15 septembre 1855, p. 328.)

Anévrysme de la carotide primitive; ligature à sa partie inférieure, par MM. Dropsy et Burnotte.

Ce fait, remarquable par la simplicité de l'opération et de ses suites, apporte un nouvel exemple en faveur de l'emploi de la ligature, du moins lorsqu'il s'agit de cas non compliqués et d'artères aussi favorablement disposées que la carotide pour que le travail d'oblitération s'y accomplisse sans entraves.

Une femme de vingt-cinq ans, à artères très volumineux, ressentit tout à coup, pendant un effort de vomissement, une sensation de coup de fouet à gauche du cou. Depuis lors, une douleur obtuse, un peu plus tard de la tuméfaction, s'y développèrent. Un an après, elle offrait une tumeur proéminente d'un pouce et située dans la direction de la carotide, vers l'articulation sterno-claviculaire. La plus grande largeur de cette tumeur, au niveau de l'os hyoïde, était d'un peu plus de deux pouces. Battements obscurs, non continus, ne présentant qu'une expansion peu distincte. La compression de la partie inférieure de la carotide les diminue, mais ne les fait pas cesser entièrement. Les battements des temporale et maxillaire externe gauches sont plus faibles que du côté opposé. Légers vertiges et bruissements dans les oreilles.

Autorisé par cet examen à opérer, M. Dropsy se décida pour la ligature. Après une incision sur le bord interne du sterno-mastoïdien, il se servit, pour écarter ce muscle, d'un crochet mousse, formé d'une lame de fer bien recuit, qu'il préfère avec raison aux crochets ordinaires, comme étant susceptible de recevoir, au moment donné, les diverses courbures qu'on a besoin de lui imprimer.

La ligature fut facilement appliquée autour de l'artère. A ce moment, la vue devint un peu égarée, avec pâleur et imminence de syncope; mais un verre de vin mit fin à ces légers désordres. Pendant un ou deux jours, il y eut du bruissement d'oreille, et la vue supportait difficilement la lumière. La plaie se cicatrisa promptement. La ligature fut enlevée le dix-huitième jour.

Quant à la tumeur, quelques heures après l'opération, elle avait diminué au moins d'un tiers, était flasque et molle. Elle ne se réduisait plus, dès lors, mais devint plus résistante. Au bout de deux mois et demi, on y sentit de la fluctuation, et une ponction en fit sortir une once de pus noirâtre, lie de vin.

Au bout de dix-huit mois, il y avait encore une petite tumeur du volume d'une noix, fluctuante. Une simple ponction à la lancette en fit sortir de la sérosité purulente. (*Ann. méd. de la Flandre occidentale*, 3e livraison, p. 78.)

Anévrysme traumatique de l'arcade palmaire superficielle ; guérison par la compression, par M. NORRIS DAVEY.

L'observation précédente montre dans leur plénitude les bons effets de la ligature, aussi bien appliquée que bien indiquée. Il va maintenant être question d'une méthode opposée, dont le succès, quoique plus chèrement disputé, n'a pas été moins complet. Comme, si la compression avait échoué, la ligature aurait dû porter sur deux artères, et n'eût pas même, à ce prix, eu des chances certaines de réussite, nous ne pouvons que féliciter l'auteur de ne s'être point laissé rebuter par le résultat incomplet de ses premières tentatives et d'avoir perfectionné le procédé, de manière à réaliser le but important qu'il s'était proposé.

Un chimiste tenait une fiole de verre qui lui éclata dans la main, le 16 août 1855. Un des fragments fit une plaie étroite au niveau de la tête du quatrième métacarpien. Elle se cicatrisa, comme les autres, par première intention, et sans qu'aucun corps étranger y fût renfermé.

Trois ou quatre jours après, le blessé sentit de vraies douleurs dans le doigt annulaire. Au bout de quatorze jours, on constata qu'un anévrysme du volume d'une noix s'était formé là sous la cicatrice, avec de forts battements, que la pression alternative sur la radiale ou sur la cubitale n'éteignaient pas, mais qui cessaient lorsqu'on comprimait simultanément ces deux artères.

M. Davey établit d'abord la compression avec deux attelles sur la main. Mais au bout de quatre jours, la douleur obligea de la remplacer par un autre appareil agissant sur les artères du poignet, et dont on pouvait éloigner ou rapprocher les deux pièces comprimantes au moyen de vis. Le malade, bien résolu à guérir, le serra à un degré suffisant, et le garda assez longtemps pour produire de légères eschares. On obtint de cet excès la réduction de calibre des artères et la cessation des douleurs dans l'annulaire.

L'anévrysme persistant néanmoins, on laissa guérir les plaies résultant des eschares ; puis on fit, en même temps, la compression sur le poignet avec deux bandes appliquées sur chaque artère et serrées par un bandage roulé, et à la main, au moyen d'un petit appareil employé à rogner le papier, que l'on accommoda à cet usage, et dont une des pelotes portait sur la paume, l'autre sur le dos de la main.

Grâce à la double action que ces deux agents exerçaient à la fois, grâce aussi à la facilité de suspendre l'action de l'un, quand elle devenait douloureuse, sans que l'autre cessât de fonctionner, il y avait, dès le huitième jour, une grande amélioration. Le 23 novembre, toute pulsation et toute apparence de tumeur avaient complétement disparu. (*Medical Times and Gazette*, 1er septembre 1855, p. 210.)

Perforation traumatique de l'estomac ; guérison, par HAPPOLDT.

Qu'on lise attentivement les détails de ce fait, et l'on concevra, nous le croyons, quelques doutes sur la réalité de la perforation, dont la guérison facile et pour ainsi dire spontanée lui donnerait son intérêt principal.

Un homme, âgé de dix-sept ans, venait de manger, et de boire une pinte de bière, lorsqu'il reçut un coup de couteau à trois pouces à gauche du milieu d'une ligne tirée de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. D'après le témoignage des assistants, l'instrument vulnérant pénétra à quatre pouces environ de profondeur.

Le blessé fut vu une heure après l'accident. La plaie avait trois quarts de pouce de largeur, sans hémorrhagie. Les vêtements de la poitrine s'étaient couverts d'un fluide inodore, sans couleur, et le pourtour de la plaie était comme incrusté d'une once de matière blanche, lardacée. M. Happoldt, n'ayant pas de sonde, ne put s'assurer de la profondeur de la plaie. Mais voyant qu'une matière, qui paraissait avoir été contenue dans l'estomac, était sortie par la plaie, il en conclut qu'il y avait perforation de ce viscère. Il réunit par la suture la plaie extérieure, et donna un douzième de grain de sulfate de morphine toutes les deux heures.

Le lendemain il survint une tympanite et un emphysème de tout le côté gauche du tronc. Pas de réunion des bords de la plaie. A chaque inspiration, il y avait par cette plaie expulsion de gaz ; pouls à 120.

Le cinquième jour, on essaya de faire boire au blessé un liquide coloré ; mais il ne sortit rien par la plaie, quoiqu'elle fût béante. Cette manœuvre, réitérée le jour suivant, ne donna pas de résultat plus significatif.

Il se forma les jours d'ensuite un abcès dans l'épaisseur de la paroi abdominale, dont le pus fut évacué par la plaie. Les symptômes graves allèrent en déclinant rapidement. Au bout de onze jours, la plaie était fermée. Elle se rouvrit, après un mois environ, à la suite d'un effort violent. Il en sortit encore une assez grande quantité de liquide coloré en jaune, puis elle se ferma définitivement, et le malade put reprendre librement ses pénibles travaux. (*Charleston Medical Journal*, mai 1855, p. 341.)

V.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur le premier développement de divers tissus du corps humain, par le docteur F. GUENSBURG. Brochure in-8, Trewendt et Granier. Breslau, 1854.

La discussion sur le cancer, qui a récemment agité si profondément l'Académie de médecine, si elle n'a pas abouti à une solution définitive de la question en litige, aura du moins cet avantage de montrer aux plus incrédules combien l'on a eu tort de négliger les études histologiques comme on l'a fait jusqu'ici en France ; car aucun des adversaires du microscope, même parmi les plus décidés, ne s'est aventuré jusqu'à nier les services éminents que cet instrument est appelé à rendre à l'anatomie tant normale que pathologique. Or, avouer que le microscope peut faire progresser l'anatomie pathologique, c'est reconnaître implicitement son influence sur la clinique, à moins qu'on ne veuille contester tout ce que l'art de guérir doit à l'anatomie pathologique.

C'est donc une véritable lacune dans notre instruction médicale qu'il s'agit de combler. Aussi est-ce avec un grand empressement que nous saisirons toutes les occasions qui nous permettront de signaler les travaux histologiques en état de jeter quelque jour sur des points encore obscurs, sur des questions encore litigieuses.

Relativement au développement des tissus en général, deux grandes théories divisent aujourd'hui les observateurs : l'une est l'ancienne théorie de Schwann, qui fait tout dériver de la cellule. Admise d'abord sans réserve par la généralité des physiologistes, elle trouva bientôt contre elle un grand nombre de faits qui la firent tomber, aux yeux de quelques anatomistes, dans un discrédit qu'elle ne méritait pas ; de sorte qu'une nouvelle école, qui compte en France d'illustres représentants, s'éleva bientôt en face d'elle. Les partisans de cette seconde théorie professent que les éléments divers de notre organisme ne se transforment point les uns dans les autres, et que, si nous voyons une fibre, par exemple, se développer à la place où existaient primitivement des cellules, cela ne doit pas porter à croire que ces cellules se sont allongées et soudées entre elles pour produire la fibre, mais qu'elles se sont dissoutes pour donner naissance à un blastème amorphe au sein duquel s'est développé l'élément nouveau. Ces deux doctrines, qui portent le nom de *doctrine de la métamorphose* et *doctrine de la substitution*, semblent être vraies toutes les deux, et nous croyons qu'on aurait tort d'admettre exclusivement l'une ou l'autre. C'est surtout le premier développement des éléments de nos tissus qui nous montre des exemples de métamorphoses de cellules, comme nous allons le voir en donnant un résumé de quelques-unes des recherches de M. Günsburg, qui a eu l'occasion d'examiner un nombre considérable d'embryons humains aux différents âges de la vie intra-utérine.

1° *Fibres musculaires*. — Les observations de M. Günsburg l'ont

porté à formuler les conclusions suivantes : Les muscles se développent entre la huitième et la treizième semaine de la vie embryonnaire, et résultent de la *fusion de cellules*, dont les enveloppes deviennent le sarcolemme, tandis que les noyaux produisent les fibrilles. Voici comment s'opère cette métamorphose : les cellules formatrices primordiales sphériques, comme on les voit dans le cœur d'un embryon de six semaines, s'allongent pour devenir des fibres-cellules à noyau, telles qu'on les rencontre, par exemple, dans les muscles du tronc pendant la dixième semaine du développement. Ces cellules ventrues se soudent, se confondent ensemble, mais non de la même manière partout. Tantôt elles s'unissent bout à bout et en ligne directe : c'est ce qui a lieu dans les muscles du tronc, dans la couche externe des muscles du cœur, dans le diaphragme, et dans les muscles des membres inférieurs ; tantôt, au contraire, les cellules se soudent latéralement, comme dans la langue, dans la couche musculaire interne du cœur, dans les muscles de l'épaule. Les fibres qui résultent de cette fusion, ont d'abord une forme variqueuse, et présentent des renflements au niveau des noyaux des cellules formatrices. Plus tard, elles deviennent cylindriques, les noyaux ayant disparu. Ce sont les fibrilles dont le développement est le plus tardif ; le sarcolemme a déjà pris la forme cylindrique avant qu'elles aient acquis leur conformation définitive. Généralement, *trois à huit fibres-cellules se réunissent pour constituer un faisceau primitif*. A la face interne du cœur, cependant, M. Günsburg a vu quelquefois une seule fibre-cellule former un faisceau. Ce sont les muscles du dos qui, les premiers, acquièrent leur développement complet : on y voit déjà des fibres primitives, avant que les muscles des extrémités soient arrivés à l'état de fibres-cellules. De même, les muscles intercostaux, ceux de la tête, du cou et du bassin se développent bien avant ceux du cœur et des extrémités. C'est le périmysium qui se forme en dernier lieu.

Les muscles lisses (de la vie organique) de la muqueuse digestive se montrent entre la huitième et la treizième semaine ; chaque fibre-cellule contractile provient de l'allongement d'une cellule unique. Ainsi, chez un fœtus de six semaines, M. Günsburg a vu, entre les couches interne et externe du canal intestinal, formées uniquement de cellules rondes, à contenu finement grenu, dont quelques-unes à noyau central, une couche moyenne composée de cellules ovalaires, allongées, à noyau, qui paraissaient être les premier rudiments de la tunique musculaire. Chez un fœtus de huit semaines, cette couche se montrait constituée par des fibres lisses parfaitement développées.

Ainsi, les observations de M. Günsburg viendraient à l'appui de cette opinion, soutenue par Reichert, Kölliker et autres, d'après laquelle le mode de développement établirait, entre les fibres musculaires striées et les fibres musculaires lisses, une distinction non moins profonde que la structure et les fonctions de ces deux variétés du tissu contractile. Il existe cependant des exceptions à cette règle, comme l'avaient déjà remarqué Henle et Lebert, et comme M. Günsburg vient de le signaler lui-même.

2° *Fibres de la rate.* — Lorsque Kölliker eut montré que la rate de certains animaux renferme de véritables fibres musculaires de la vie organique, on fut naturellement porté à attribuer une nature semblable aux fibres de la rate humaine. L'observation directe, cependant, ne confirma pas ces prévisions, et Kölliker lui-même considère aujourd'hui les fibres de la rate comme une dépendance de l'épithélium des veines spléniques.

Jusqu'à la douzième semaine de la vie intra-utérine, la rate est composée uniquement de cellules formatrices simples. Chez un fœtus de treize semaines, M. Günsburg l'a trouvée entourée d'une enveloppe dépourvue de structure, en dedans de laquelle existait une couche de cellules formatrices du tissu cellulaire, puis des cellules allongées, fusiformes, ou des fibres-cellules paraissant être, au moins en partie, les rudiments des fibres futures de la rate.

3° *Épiderme et ses annexes.* — Voici quelles sont, eu égard au développement de ces parties, les conclusions de M. Günsburg. Dès la cinquième semaine, les cellules épidermiques sont complètes ; chacune d'elles possède encore son noyau, tandis que leurs enveloppes sont en partie réunies en membrane. Entre la cinquième et la dixième semaines, les couches superficielles de l'épiderme se sont transformées en une membrane amorphe renfermant des formations cellulaires et des granulations moléculaires. Dans la dixième semaine, l'épithélium s'est changé en matière cornée, c'est-à-dire que dans les cellules s'est précipitée une matière albumineuse qui cache le noyau et qui, étant dissoute par des réactifs, permet de revoir ce dernier. Au-dessous se voient encore des cellules à noyau arrondies qui, plus tard, formeront le derme. La couche intermédiaire qu'on trouve chez l'adulte, et qu'on a appelée *tunique nerveuse* ou *réseau de Malpighi*, n'existe pas encore, et il est permis de la considérer comme la première phase du développement du derme et de l'épiderme. A cinq semaines, le derme se montre déjà par places, mais il est incomplet ; les fibres qui le composent se développent en passant par l'état de fibres cellules : celles-ci se retrouvent encore à quatre et à cinq mois. Déjà, chez le fœtus de sept semaines, on peut voir des vaisseaux capillaires au-dessous de la couche épidermique, et, chez celui de huit semaines, on rencontre quelquefois des *appendices en forme de glandes*.

Les observations de M. Günsburg ont porté en outre sur le développement des cartilages, des éléments nerveux, et des tissus de l'œil. Elles sont toutes rapportées en détail, de sorte que chacun est à même de comparer ses propres observations avec celles de l'auteur. Toutes les conclusions, qui ne sont qu'un résumé des faits, sont, par là même, en dehors de toute vue systématique, de toute théorie antérieure. Si tous ceux qui ont écrit sur la médecine et la physiologie avaient toujours suivi la voie sûre, mais laborieuse, dont M. Günsburg ne s'écarte pas un instant, nous ne verrions pas notre science encombrée d'une foule d'opinions erronées dont la réfutation nécessite quelquefois de pénibles efforts qui auraient pu servir plus utilement au progrès véritable.

Marc Sée.

VI.

VARIÉTÉS.

Nous avons la satisfaction d'annoncer qu'une amélioration très sensible est survenue dans l'état de M. le professeur Bérard.

— Le concours ouvert pour deux places de pharmaciens des hôpitaux, par suite du décès de M. Quévenne et de la démission de M. le professeur Bouchardat, s'est terminé par la nomination de MM. Roussel et Leconte. M. le docteur J. Regnauld, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, remplace M. Quévenne à la Charité.

— Par décret du 5 décembre 1855, ont été promus, dans le corps des officiers de santé de la marine : au grade de second médecin en chef, M. Barallier, médecin professeur ; au grade de second pharmacien en chef, M. Fontaine.

— On écrit de Téhéran, le 1er novembre, au *Moniteur* :

« M. le docteur Ernest Cloquet, médecin du palais du Shah depuis 1846, vient de mourir après des douleurs cruelles, victime d'une déplorable méprise. Il avait bu, en guise d'eau-de-vie pure, une forte dose de teinture de cantharides. M. Cloquet avait été demandé par le dernier roi, Mehmet-Shah, au gouvernement français, qui avait laissé à l'Académie de médecine le choix parmi tous les candidats. M. Cloquet recevait un traitement considérable, environ 35,000 fr. M. Cloquet s'était marié, au mois de juillet dernier, avec une Arménienne. Ses restes mortels ont été déposés provisoirement dans l'église de Yanek, petit village arménien aux environs de Téhéran. »

— La science médicale a vu dernièrement un de ses interprètes les plus illustres exposé à un danger considérable dont il a été sauvé grâce à sa présence d'esprit. Le célèbre physiologiste berlinois M.-J. Müller était à bord d'un bateau à vapeur revenant de Norwége, quand ce navire fut rencontré par un autre bâtiment et sombra. M. Müller ne dut son salut qu'à son talent dans la natation.

— Nous avons en France la médecine catholique ; la *Lancet* nous apprend qu'à Londres il existe une association de médecine chrétienne (*Christian Medical Association*). Nous connaissons, nous, deux choses, la médecine et le christianisme ; mais nous ne les marions pas ensemble.

— Les journaux anglais ne consacrent pas uniquement leurs colonnes aux nouvelles médicales et à la propagande de telle ou telle idée scientifique. Dernièrement, la *Lancet* (novembre 1855), engageait ses abonnés de l'un des faubourgs de Londres à voter pour l'amiral sir Charles Napier, comme capable de pousser avec activité la guerre contre les Russes, et de contribuer à faire améliorer la position précaire des chirurgiens de marine en Angleterre.

— Les journaux anglais reviennent encore sur la *récente tragédie de Brighton*. Les remarques du docteur Hall, que nous avons reproduites dans la *Gazette hebdomadaire* du 30 novembre, et qui tendaient à présenter comme démontré, d'après des égratignures et des marques d'ongles imprimées au-devant de la face et du cou, que le jeune Hugo Franck avait succombé à un homicide par strangulation, ont soulevé un concert de protestations. Plusieurs lettres sont adressées à ce sujet à l'éditeur de *The Lancet*. Toutes s'accordent à reprocher au docteur Hall la légèreté de ses affirmations et le peu de solidité de ses conclusions. Avant de faire de ces égratignures une preuve d'homicide, il aurait fallu démontrer qu'elles étaient antérieures et non pas postérieures à la mort. Or de pareilles empreintes ont pu aussi bien être le résultat des manipulations dont le cadavre avait été l'objet, soit lors des tentatives de respiration artificielle sur lesquelles on avait insisté, soit lors de l'ensevelissement. D'ailleurs, des empreintes faites pendant la vie doivent présenter quelques traces d'infiltration sanguine, dont M. Hall n'aurait pas manqué de parler si elles avaient existé. En outre, la direction des ongles ne se rapporte nullement à celle qu'auraient dû présenter les empreintes de mains placées au-devant de la victime et serrant le cou de chaque côté. Un suicide par strangulation ne paraît guère plus vraisemblable aux correspondants de *The Lancet*. Il faut remarquer que, l'autopsie n'ayant pas été pratiquée, on ne peut écarter absolument l'hypothèse d'un empoisonnement par quelque substance active, bien que l'absence d'aucune bouteille ou d'un récipient quelconque dans la chambre ait été notée. Mais l'opinion généralement émise est que, à défaut de toute autre cause vraisemblable de mort, on peut admettre une mort spontanée, subite, comme il arrive par suite d'une maladie organique ou d'une rupture du cœur. M. Williamson nous apprend même, à ce sujet, que la mère du jeune Franck était morte subitement, jeune encore, par suite d'une maladie du cœur.

Ces débats, ces incertitudes, ces suppositions, montrent une fois de plus qu'en médecine légale il n'est si mince détail qui n'ait son importance et sa signification. Aussi la conclusion de toutes ces correspondances est-elle qu'il faut instituer des *coroners médecins*.

— *On nous écrit de Constantinople :* « Point de nouvelles, bonnes nouvelles. Les hôpitaux sont presque vides depuis deux mois ; la santé publique est parfaite, tant en Crimée qu'ici. Les Turcs établissent un nouvel hôpital à Trébizonde, pour recevoir les malades de l'armée d'Omer-Pacha.

» Le choléra s'est de nouveau montré à Constantinople, mais *il n'a fait que passer*.

» M. le docteur Rigler, professeur de clinique interne à l'École impériale de médecine de Constantinople, nommé récemment, par décret de S. M. l'Empereur d'Autriche, à la même chaire à l'École de Gratz, se prépare à quitter notre ville. S. M. le Sultan lui a accordé une pension viagère de 3,000 piastres turques par mois, ainsi que son ordre du Medgidié de quatrième classe. »

Pour toutes les Variétés, A. Dechambre.

VII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

Bulletin général de thérapeutique. — 15 novembre. Cautérisation dans les infiltrations d'urine, par *Philippeaux*. — Lettre à M. Civiale sur l'uréthrotomie, par *Robert*.

Recueil de médecine vétérinaire. — N° 10. Contagion de la morve chronique, par *Delorme*. — Pertes séminales chez un cheval, par *Prangé*.

Répertoire de pharmacie. — N° 5.

Revue médicale française et étrangère. — 15 novembre. Sur la discussion relative aux exutoires, par *Sales-Girons*. — Ablation des loupes sans opération sanglante, par *Legrand*. — Protestation contre la ponction de la vessie, par *Guillon*.

Revue médico-chirurgicale de Paris. — Octobre. Traitement de la chute du rectum, par *Chassaignac*.

Gazette médicale de Lyon. — N° 21. Cas de névralgie rare, par *Rambaud*. — Choléra de Saint-Bonnet-de-Mûre, par *Frestier*.

Gazette médicale de Strasbourg. — N° 11. Principes de pharmacologie et de thérapeutique de l'école française, par *Bléchy*. — Choléra du Neudorf (banlieue de Strasbourg), par *A. Robert*. — Choléra chez les femmes enceintes, par *Picard*.

Gazette médicale de Toulouse. — Octobre. Tamponnement et accouchement forcé dans l'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, par *Dinal*. — Traitement des dépôts urineux, par *Tisier*.

Revue thérapeutique du Midi. — 15 novembre. Action modificatrice des venins dans certains états morbides, par *T.-P. Desmartis*. — Tremblement choréique intermittent, par *Liégey*. — Choléra et suette à Marseillan, par *Arnaud*.

Annales de médecine vétérinaire (Bruxelles). — Octobre. Oblitération des canaux galactifères chez la vache, par *Walthère-Warsage*. — Dangers des setons animés chez le cheval, par *Duviensart*. — Introduction d'une tige de bois dans la cavité abdominale par la perforation de l'œsophage, par *Dele*. — Altération de la farine de lin, par *N. Cille*. — Affections scrofuleuses dans l'espèce bovine, par *Ayrault*.

Annales médicales de la Flandre occidentale. — 7e livraison. — De la pneumonie aiguë, par *Macario*. — Arsenic et ellébore blanc contre le choléra, par *Imbert-Gourbeyre*.

Presse médicale belge. — N° 48. Vitalisme à propos de révulsion, p. 48. — Accidents produits par les ascarides et le tænia, par *Anciaux*.

Association medical Journal. — N°s 150 (1). Observation de prolapsus et de procidence de l'utérus, par *Anderson*. — Résumé de cent cas de céphalalgie, par *Sieveking*. — Trachéotomie dans le croup, par *C.-E. Prior*. — 151. Remarques sur les ulcérations serpigineuses syphilitiques et syphiloïdes, par *W.-S. Oke*. — Lithotomie difficile et cas de staphylorraphie, par *Prichard*. — Suicide par plaie à la gorge, par *Bartrum*. — Météorologie, par *Lingeston*. — Cas de choléra, par *Th. Brown*.

Edinburgh medical Journal. — Novembre. Application de la statistique aux sciences médicales, par *Alison*. — Composition du pain, par *D. Maclaglan*. — Clinique ophthalmologique, par *R. Hamilton* et *B. Bell*. — Emploi du spéculum pour la saignée locale dans les affections utérines, par *W. Craig*. — Maladies de la moelle et de ses membranes, par *Ev. Reeves*.

Medical Times and Gazette. — N° 281. Sur les maladies chirurgicales des enfants, par *C. Forster*. — Médecine navale, par *Dulgan*. — 282. Apoplexie dans ses rapports avec les maladies des reins, par *Senhouse Kirkes*. — Anesthésie locale par le froid, par *J. Arnott*.

The Lancet. — N° 20. Fièvres de Crimée, par *Handfield Jones*. — Contractures du genou, par *J. Erichsen*. — Sur l'extirpation de l'œil, par *Critchett*. — Sur le tympan artificiel, par *Yearsley*. — Cas remarquable de luxation spontanée du tibia, par suite de maladie du genou, par *Critchley*. — 21. Médication du larynx, par *Erichsen*. — Observation d'extirpation de l'œil, par *Critchett*. — Rupture du périnée, par *Tenner*.

The British and Foreing medico-chirurgical Review. — Octobre. Variétés et métamorphoses du tubercule, par *Radcliffe Hall*. — Lésions anatomiques dans la mort par le froid, par *Ogston*. — Présence de l'épithélium dans les cellules aériennes, par *Rainey*.

Transactions of the state medical Society of the state of New-York. — 1855. — Philosophie de la médecine comme science et comme art, par *Coventry*. — Sur les luxations, et particulièrement sur leurs effets, par *F.-H. Hamilton*. — Besoins, devoirs et privilèges des médecins, par *John Mac Call*. — Forceps pour l'opération du bec-de-lièvre, par *A. March*. — Blessure de l'épaule, par *S. Norton*. — Rapport sur les épidémies, par *A. Willard*. — *Idem*, par *G.-C. Monell*. — Sur la conception extra-utérine, par *Armsby*. — Ablation d'une tumeur du cou ; résultat fatal, par *A. March*. — Histoire du choléra à Troy et New-York, par *W.-P. Seymour*. — Emploi des injections dans les bronches et les cavernes tuberculeuses du poumon, par *Green*.

Livres nouveaux.

Éléments de pathologie médicale, ou Précis de médecine théorique et pratique écrit dans l'esprit du vitalisme hippocratique, par le docteur *A.-L.-J. Bayle*. Tome Ier, de IV—599 pages. Paris, G. Baillière. Prix des 2 volumes. 14 fr.

Histoire du choléra de Neudorf (banlieue de Strasbourg), août et septembre 1855, par le docteur *A. Robert*. In-8 de 26 pages. Strasbourg, Silbermann.

Instructions pratiques sur la pisciculture, par le professeur *Coste*. 2e édit. 1 vol. grand in-18 de 150 pages avec figures. Paris, Victor Masson. 1 fr. 50

La Pisciculture et la production des sangsues, par *Auguste Jourdier*. 1 vol. in-18 de VIII—210 pages avec figures. Paris, L. Hachette et Ce. 2 fr.

Manuel du choléra, ouvrage principalement destiné aux gens du monde, et contenant une indication précise des signes de la maladie, ainsi qu'un exposé des moyens de s'en préserver et de ta guérir, par le docteur *Ripoll*, de Toulouse. In-18 de 142 p. Paris, Victor Masson. 1 fr.

Beitraege zur Anatomie und Physiologie (Contributions à l'anatomie et physiologie), par *C. Eckhardt*. 1er cahier. Grand in-4°. Giessen, Ricker. 10 fr. 75

Canstatt's Jahresbericht ueber die Fortschritte der gesammten Medicin in allen Laendern im Jahre 1854. IV Band Specielle Nosologie. In-4°. 348 pages. V Band. Heilmittellehre (Matière médicale). In-4°. 222 pages. Würzburg, Stahel.

(1) Les numéros de ce journal, indiqués page 824 de la *Gazette hebdomadaire*, doivent être rectifiés comme il suit : Au lieu des nos 95 et 96, *lisez* 145 et 146.

Le Rédacteur en chef : A. Dechambre.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL
Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

Paris et les Départements. Un an, 24 fr. 6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr. Pour l'étranger. Le port en sus suivant les tarifs.

On s'abonne Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAÎT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 21 DÉCEMBRE 1855. N° 51.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Par décret impérial en date du 29 novembre, M. le docteur Cullerier, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration de l'assistance publique.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 décembre 1855, M. KŒBERLÉ est nommé chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Par arrêté, en date du 15 décembre 1855, M. Achille COMTE, professeur d'histoire naturelle et directeur de l'École préparatoire à l'enseignement supérieur des sciences et des lettres de Nantes, est chargé en outre des fonctions de secrétaire agent comptable près ladite École.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

RÉCEPTIONS AU GRADE DE DOCTEUR.

Thèses subies du 13 au 18 décembre 1855.

317. GOURIET, Jean-Baptiste-Edouard, né à Couché (Vienne) [*Considérations pratiques sur la lithotritie et sur le diagnostic des calculs vésicaux.*]

318. MOINEAU, Jules-Philippe-Émile, né à Cosne (Nièvre). [*La Coqueluche*]

319. LONDE, Pierre-Benjamin-Numa, né à Paris (Seine). [*Quelles sont les maladies contagieuses?*]

320. REMILLY, Émile, né à Versailles (Seine-et-Oise). [*Épidémie typhoïde de 1853.*]

321. PERRET, Louis-Alexandre-Aimé, né à Callardon (Eure-et-Loir). [*Essai sur les rétrécissements du rectum.*]

322. RENAUT, Émile-Charles-Pierre, né à Louroux-Réconnais (Maine-et-Loire). [*Des fractures de l'olecrane.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Paris,
AMETTE.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

Thèses subies du 27 août au 10 décembre 1855.

69. PONS, Louis-Auguste, de Gaillac (Tarn). [*Essai sur la scarlatine.*]

70. CLERC, P.-A., de Saint-Barthélemy (Isère). [*Hygiène des femmes enceintes.*]

FEUILLETON.

Dupuytren et Roux à l'Hôtel-Dieu.

Il s'est élevé récemment entre M. Malgaigne et M. J.-P. Tessier un débat dans lequel de pieux souvenirs, non moins que l'intérêt de la vérité, me font un devoir d'intervenir. Il s'agit de l'entrée de Roux à l'Hôtel-Dieu, en 1835, et des difficultés auxquelles s'y heurtèrent ses premiers pas. M. Malgaigne les attribue au mauvais vouloir des internes de Dupuytren, s'indignant de servir sous un autre maître. Selon M. Tessier, ce serait aux fautes du nouvel intronisé qu'il faudrait, au contraire, s'en prendre, pour expliquer comment il ne parvint jamais à remplacer pleinement son illustre prédécesseur. Entre ces deux versions, si opposées qu'elles paraissent, l'accord ne sera pas difficile à établir. Il me suffira d'un peu de mémoire et de quelque sincérité. Voyons donc comment les choses se passèrent à cette époque qui, pour les uns et les autres, reste aujourd'hui encore une date de triste souvenir.

Dupuytren mort, ceux qu'on nommait ses domestiques s'éclipsèrent. Mais ceux qui le craignaient sans le flatter, qui l'admiraient sans l'exploiter, demeurèrent fidèles au culte de sa gloire. Cette *phalange compacte* d'internes n'est donc point une fiction créée par M. Malgaigne pour la nécessité de son interprétation. Et M. Tessier ne remporte contre son antagoniste qu'un apparent avantage, quand il rappelle que Dupuytren ayant quitté le service avant la fin de 1834, Roux ne put donc, en 1835, rencontrer à l'Hôtel-Dieu les internes de Dupuytren ! Il faut aller au fond des choses. Il faut savoir que les internes de 1835, choisis par Dupuytren, comptaient faire sous lui leur année complète, et pouvaient bien, effectivement, regretter un changement où il leur semblait qu'ils n'auraient pas à gagner.

Mais laissons de côté ces mesquins arguments chronologiques. Ce que Roux trouva devant lui à l'Hôtel-Dieu, ce qui eût dû lui en faire redescendre les marches, ce n'était pas tel ou tel élève tracassier, insidieux ou jaloux ; c'était toute une génération de disciples fervents, dévoués au maître durant sa vie, passionnés pour sa mémoire, et instinctivement antipathiques à quiconque, issu d'une autre école, serait venu briguer cette périlleuse succession.

Il existait à cette époque — j'ignore les mœurs locales du temps présent — un rendez-vous naturel où tous ces jeunes enthousiasmes venaient s'entretenir et s'échauffer par le frottement. A l'Hôtel-Dieu, la *salle de garde* était un conciliabule ; souvent elle devint un club (médical, s'en-

71. CARTIER, F.-C., d'Arles (Bouches-du-Rhône). [*Études sur les corps étrangers des articulations.*]

72. AFFLATET, Jean-François, de Nîmes (Lozère). [*Quelques mots sur l'érysipèle simple.*]

73. LABADIÉ, Osmin, de Lésignan (Aude). [*Du choléra-morbus.*]

75. PETIT, Théodore, de Saint-Saturnin (Vaucluse). [*Des vomissements pendant la grossesse.*]

76. MITTRE, Théophile, de Marseille (Bouches-du-Rhône). [*Du choléra asiatique.*]

78. GAZIL, N., de Poitiers (Vienne). [*De la prostate et de ses abcès.*]

79. MARTIN, André-Cyprien, de Maure (Basses-Alpes). [*Traitement hygiénique des femmes enceintes.*]

80. PINEAU, Eugène, de Vire (Calvados). [*Du mal de Pott au point de vue de son diagnostic et de son traitement.*]

81. DUNAL, Benjamin, de Montpellier (Hérault). [*De l'hémorrhagie produite par l'insertion du placenta sur le segment inférieur et le col de l'uterus.*]

82. PORTEFAIX, Aristide, de Soubès (Hérault). [*Essai sur le diagnostic différentiel des tumeurs de la fosse iliaque interne.*]

83. DELLUC, Armand-Adrien, de Clermont-Dessus (Lot-et-Garonne). [*Quelques considérations sur les fausses membranes à la surface des tissus muqueux.*]

84. QUINEMANT, Isaac, de Cognac (Charente). [*Considérations sur les cas de pourriture d'hôpital observés à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier.*]

85. DUFOUR, Jean-Pierre, de Carcassonne (Aude). [*Des tumeurs érectiles et de leur traitement.*]

86. DEBION, V. [*Quelques mots sur la convalescence et son traitement.*]

87. ALLAMAN, Paul-Bruneau, de Saint-Tropez (Var). [*De la meilleure manière d'interroger et d'examiner un malade.*]

88. ROCHAS DE LA TOUR, H.-C.-S., de Grenoble (Isère). [*Considérations sur les âges critiques de la femme.*]

89. CASTELA, Augustin-Louis, de Lalles-d'Aude (Aude). [*Quelques considérations sur les causes de l'avortement.*]

90. DE FLEURY, Armand, de Ruffec (Charente). [*Du choléra asiatique observé en mer Noire.*]

91. JOYEUX, J.-L.-O., de Vosges). [*Considérations sur le goître.*]

92. GAIDON, Léon, de Villefranche (Aveyron). [*Essai sur la pourriture d'hôpital observée à l'Hôtel-Dieu de Saint-Éloi de Montpellier.*]

Le secrétaire de la Faculté de médecine de Montpellier,

LAURENS.

MM. les Docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement d'une année, un* **mandat de 24 fr. payable le 31 janvier prochain.**

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, à un libraire de leur ville, ou d'envoyer un mandat sur Paris.

PARTIE NON OFFICIELLE.

Paris, ce 20 décembre 1855.

DOCUMENTS OFFICIELS DEMANDÉS PAR L'ADMINISTRATION FRANÇAISE SUR L'INOCULATION PRÉVENTIVE DE LA FIÈVRE JAUNE. — ÉTAT DE LA QUESTION.

On s'était peu occupé, en France, d'une nouvelle qui, se glissant parmi les faits divers des journaux politiques, annonçait qu'un chef indien du Mexique avait révélé un moyen, héréditairement transmis, de préserver les Européens du fléau le plus terrible qui puisse sévir dans les tropiques, et particulièrement sur les rivages que baigne la mer des Caraïbes; il s'agissait de la fièvre jaune. Cette nouvelle ne rencontrait guère que l'indifférence dans nos pays; mais l'attention s'éveillait dans les Antilles, et un intérêt proportionné à la gravité du mal, à la fréquence des épidémies, commandait de rechercher ce qu'il y avait de sérieux dans une pareille assertion.

Si je ne me trompe, c'est à M. le docteur Saurel, ancien chirurgien de la marine et rédacteur en chef de la REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI, que l'on doit l'introduction de cette question en France, et la divulgation des premiers documents médicaux qu'elle ait fournis. Dans un article qui résumait les détails exposés par les journaux espagnols de la Havane, il fit connaître que, depuis 1847, M. de Humboldt, qui a le bonheur de porter un nom justement vénéré au Mexique, avait été conduit à remarquer que la morsure d'une petite vipère, très commune dans les environs de la Vera-Cruz, donnait naissance à des accidents semblables à ceux de la fièvre jaune. Cette observation l'amena à penser qu'une fièvre jaune factice, par inoculation, préserverait de la fièvre jaune épidémique;

---

tend), et parfois la plus retentissante des tribunes. Là venaient, à chaque instant du jour, et toujours sûrs d'y trouver la réplique, non-seulement les internes actuels de tous les hôpitaux, mais les anciens, s'essayant déjà dans la pratique ou le professorat. Là se discutaient les actes chirurgicaux de la semaine, se pesaient les découvertes, se signalaient les revers ou les fautes. Avec quelle liberté de langage, avec quelle verve mordante! Ce n'est pas à M. Tessier qu'il sera besoin de le rappeler. — Avec quelle autorité ce tribunal mûrissait-il ses arrêts! Les noms de Michon, Lenoir, Chassaignac, Denonvilliers, Desprès, Nélaton, Husson, Maisonneuve, Fleury, Cazeaux, Brun, Beau, Giraldès, etc., qui en composaient alors le personnel ordinaire, répondront suffisamment à cet égard.

Dans ce cénacle — est-il besoin de le dire? — quelques-uns, avec le temps, se sont fait un nom distingué; mais tous et dès lors, nous nous tenions pour autant de sommités, grands hommes à l'état de fait accompli, et surtout bien supérieurs aux chefs de service. Pour n'en citer qu'un exemple, qui me fait sourire à présent, certes, je n'aurais point alors troqué mon acquit chirurgical contre celui de Breschet, que nous traitions spécialement du haut de notre grandeur. Lisfranc, Roux, Boyer, Marjolin, Richerand, fournissaient le sujet habituel de ces commentaires satiriques qui ne dépassaient jamais la malice, mais se bornaient rarement à la médisance.

Eh bien! — je vais, par cet aveu, éveiller l'incrédulité de quiconque a étudié le cœur humain des internes — le fait est que jamais Dupuytren n'eut à comparaître par-devant ce tribunal. Son imposante dignité, qu'on ne pouvait croire jouée, puisqu'elle était en quelque sorte congénitale, contribuait sans doute à lui assurer ce respect. Mais il puisait sa source principale dans un motif plus sérieux. Vis-à-vis des autres chirurgiens, notre ironique dédain naissait du spectacle d'erreurs de diagnostic, de légèretés opératoires, d'embarras devant un cas rare, toutes faiblesses qu'on pouvait dissimuler à l'amphithéâtre, mais non à nous, argus disposant de vingt-quatre heures, sinon de cent yeux, pour pénétrer la faute du matin ou contrôler la solidité du résultat promis la veille.

Or, si nous respections Dupuytren, c'est que, à l'action de ce dissolvant, quelquefois même un peu caustique, chacun de nous, par expérience, l'avait trouvé réfractaire. Sa sûreté de coup d'œil, sa réserve à s'expliquer, son imperturbable sang-froid dans l'action, défiaient la critique la plus pointilleuse. Plus nous pouvions l'approcher, plus notre admiration se légitimait en s'accroissant; et pour l'avoir vu cent fois échapper à l'erreur, nous étions prêts à le proclamer infaillible. En attendant — triomphe pour lui non moins honorable — nous consentions à le déclarer notre maître.

Démêlez-vous maintenant la nuance d'égoïsme qui s'infiltrait secrète-

des expériences lui semblèrent sanctionner cette spéculation médicale.

La note de M. Saurel fut reproduite *in extenso* par l'UNION MÉDICALE (n° 75, 26 juin 1855) avec quelques réflexions empreintes d'un véritable scepticisme, mais se terminant néanmoins par l'expression d'une curiosité qui veut être satisfaite.

A la même date, dans le fascicule n° 26, 29 juin 1855, le rédacteur en chef de la GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE, rapportait l'enthousiasme éprouvé par les populations espagnoles des Antilles, analysait le mémoire lu par M. de Humboldt devant l'*Académie des sciences médicales de la Havane*, et faisait connaître la part que l'administration supérieure de cette ville comptait prendre aux expériences dont l'autorisation était sollicitée. M. Dechambre, en ayant soin de faire remarquer ce qu'il y avait de peu scientifique dans les éléments jusque-là connus de la question, a cité textuellement le décret du capitaine général de la Havane, le général Concha; il résulte de cette pièce importante que, à la date du 9 février 1855, de nombreuses expériences d'inoculation avaient été faites dans l'hôpital militaire; leur innocuité engageait le capitaine général à autoriser la création, pour expérimenter l'inoculation du virus préservatif de la fièvre jaune, d'une maison de santé dans laquelle seraient soignées, jusqu'à guérison, les personnes qui voudraient être inoculées; mais le gouvernement avait le soin de dégager sa responsabilité, en déclarant que le temps ne lui paraissait pas encore venu de pouvoir décider si ce virus préserve véritablement de la fièvre jaune.

Le même journal, dans le numéro du 12 octobre 1855, mentionne un nouveau document inséré dans la FRANCE D'OUTRE-MER, feuille publiée à la Martinique; c'est une lettre de M. le docteur Gaudon-Hulin, ex-chirurgien auxiliaire de 3e classe de la marine, qui s'est rendu à la Havane, a visité l'hôpital militaire Saint-Isidore où M. de Humboldt poursuit ses expériences sur la garnison, et dit avoir reconnu que les individus inoculés présentent d'abord les symptômes de la fièvre jaune, lesquels ne tardent pas à s'atténuer et à disparaître promptement.

Je ne parlerai d'un article du BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE, tome XLIX, livraison du 30 juillet 1855, que pour consigner les expressions de doute qui précèdent le compte rendu du mémoire présenté par M. de Humboldt. Cependant le rédacteur ne conclut pas; et, de même que M. le docteur Saurel, il indique l'analogie qu'il croit exister entre le procédé de M. de Humboldt et les inoculations préconisées par M. Willems dans la péripneumonie épizootique de l'espèce bovine. Cette induction n'est pas tout à fait exacte, car nous verrons que M. de Humboldt ne se propose pas de troubler, par une action substitutive, la marche d'une épidémie qui débute, mais de préserver longtemps d'avance de la même manière que la vaccine préserve de la variole.

Les journaux de médecine ont abandonné cette question depuis quelque temps; mais parfois encore les feuilles politiques rendent un écho qui, pour être un peu tardif, n'en est pas moins retentissant; la nouvelle a circulé dans les Deux-Mondes, et récemment encore le MERCURE DE SOUABE annonçait le fait suivant: « M. de Humboldt, parent éloigné du célèbre savant, a établi à la Havane un hôpital sous le nom de *Hospital de inoculacion preservativa contra la fiebre amarilla*. Le docteur de Humboldt, en parcourant une province de l'intérieur du Mexique où la fièvre jaune n'avait jamais pénétré, fut étonné de reconnaître tous les symptômes de ce fléau sur un guide qui venait d'être piqué par un serpent. L'idée de l'inoculation se présenta bientôt à son esprit; il *vaccina* plusieurs personnes avec le venin du serpent, et ces personnes, après une légère fièvre présentant tous les caractères de la fièvre jaune, parurent complétement affranchies de l'épidémie. Revenu à la Havane, c'est-à-dire au foyer de la maladie, il fit de très nombreuses applications de sa découverte, et le succès répondit à son attente. Il est à remarquer que l'inoculation ne prend pas sur les personnes qui ont déjà été atteintes une fois par la fièvre jaune. »

Il est facile de juger que si la question, aussi peu élucidée, préoccupe médiocrement les médecins d'Europe, qui ont coutume de demander aux découvertes scientifiques les preuves les plus sérieuses, il n'en saurait être de même des populations qui habitent nos colonies d'Amérique. Pour elles, la discussion n'est pas possible; l'autorité d'un nom qui a, dans la science, une réputation brillante, l'appui du gouverneur de la Havane qui encourage la pratique de l'inoculation dans les établissements publics ou militaires, l'affirmation d'un médecin, le retentissement des journaux qui ne publient que des insinuations favorables ou ne rapportent des faits que ce qui est utile au but proposé, tout conduit ces populations à demander l'inoculation, à lui accorder une confiance absolue, à s'irriter même des lenteurs d'une sage prudence.

Le moment est donc venu d'examiner à fond les théories qui ont précédé la pratique de M. de Humboldt, et les résultats qu'il a obtenus et déclarés lui-même.

---

ment à cette adoration pour l'idole de notre jeunesse? Inclinés devant lui seul, nous n'en relevions que plus fièrement le front. Et nos hommages ne le grandissaient peut-être aussi volontiers que parce que nous sentions le lustre qu'ils lui donnaient se refléter directement sur nous. — Puis, il faut le dire, Dupuytren, dans sa sphère restreinte, comprenait à merveille les bénéfices du gouvernement parlementaire. Ménageant son intervention directe, il aimait à ne se révéler à la foule que par notre organe. Jamais, dans son service, il n'adressait la parole qu'à l'interne. Et je me souviens parfaitement qu'un *roupiou* (1) ayant un jour, devant lui, renversé par mégarde un pot de tisane au moment de la visite, ce fut sur moi, alors son ministre responsable, que Dupuytren fit porter la semonce. Or, est-il un privilége qui élève plus le prêtre, à ses propres yeux, que celui de pénétrer seul dans le sanctuaire? Et ne devine-t-on pas le charme exercé sur notre jeune vanité par cette prérogative, non sans compensation, hélas! d'où nous venait aux yeux du vulgaire une apparence d'intimité avec celui qui resta toute sa vie, pour la multitude, un Dieu caché! Quoi qu'il en soit de cette admiration réelle, sincère, et de ses causes, admiration subie et transmise, pendant un quart de siècle, tous les ans, par cinq jeunes gens enthousiastes, elle était enracinée à l'Hôtel-Dieu comme une tradition, à l'empire de laquelle pas un nouvel arrivant ne cherchait à se soustraire. Aussi quand la fatalité eut prématurément ouvert une telle succession, celui qui se présentait pour la recueillir, quel qu'il fût, devait-il faire à ses dépens la triste expérience de tout ce qui se cache d'amertume au fond du deuil le plus pieux. Roux parut; et quoique le plus digne sans doute, il dut comprendre, à ses premiers pas, qu'il était fourvoyé à l'Hôtel-Dieu. Non pas hostile, mais défiant, son nouveau personnel le tenait en observation. Internes, sœurs, jusqu'au moindre infirmier, nul n'apportait dans sa coopération à ce nouveau chef plus que la bonne volonté et la tenue du devoir strict. Pour lui le péristyle était désert; et *Babet* elle-même n'avait qu'un sourire contraint. Et quand, pour sa première leçon, il se fut fait ouvrir l'amphithéâtre, le fauteuil de Dupuytren, ce siége connu de deux générations, n'y était plus: l'un de nous l'avait enlevé, ne voulant pas permettre que Roux pût avoir littéralement *pris la place* de son illustre prédécesseur.

Ainsi donc nulle hostilité contre Roux que l'arme du silence et de la froideur; nul complot que le concert des regrets et de l'éloge du passé. Sans malveillance aucune, — était-il d'ailleurs capable de l'inspirer? —

(1) Remplaçant habituel d'un externe. — Je connais deux médecins haut placés qui ont convoité sans l'obtenir le titre de *roupiou* de Dupuytren.

Lorsque M. A. Latour pressait l'administration française d'interroger ses agents diplomatiques et consulaires, afin de savoir si cette découverte offre quelque chose de positif ou si elle n'est qu'une mystification nouvelle (*Union médicale*, 26 juin 1855, p. 4, 1[re] coll.), il était loin de se douter que son vœu fût déjà réalisé depuis longtemps.

La Martinique échappait à peine aux étreintes d'une terrible épidémie de fièvre jaune, maladie qui continuait de sévir avec une intensité plus cruelle encore à la Guadeloupe, lorsque le bruit des expériences de la Havane vint exciter des espérances embrassées avec une ardeur extrême. Autant pour calmer l'agitation des esprits que pour rechercher le bien et en donner la jouissance à ses administrés, le gouverneur de la Martinique, le contre-amiral de Gueydon, fit étudier cette question par M. le docteur Amic, premier médecin en chef, s'entendit avec le gouverneur de la Guadeloupe pour la composition d'une commission prise parmi les officiers de santé de la marine impériale dans les deux colonies, et, le 20 mars 1855, décida que cette commission de trois membres se rendrait à la Havane pour étudier les procédés de préservation contre la fièvre jaune recommandés par M. de Humboldt.

Nous reproduisons presque en entier le rapport de cette commission.

RAPPORT *présenté à M. le gouverneur de la Martinique par la commission française chargée d'aller étudier à la Havane un moyen de préservation de la fièvre jaune mis en pratique par le docteur* DE HUMBOLDT.

La commission française, composée, suivant décision de M. le gouverneur de la Martinique en date du 20 mars dernier, de MM. :

KERANGAL, chirurgien de 1[re] classe, de la Martinique ;
PIONNOD, pharmacien de 1[re] classe, de la Guadeloupe ;
Et LONGUETEAU, chirurgien de 2[e] classe, *idem*,

s'est embarquée à la Martinique le 21 mars sur le brick le *Méléagre* qui l'a transportée à la Havane, où elle est arrivée le 8 avril suivant.

Conformément aux instructions de M. l'ordonnateur de la Martinique, qui prescrivaient à M. Kerangal de prendre la présidence si M. l'amiral commandant la station n'adjoignait pas à la commission un officier de santé d'un grade supérieur, M. Kerangal s'est chargé des fonctions qui lui étaient dévolues.

Le jour même de son arrivée à la Havane, la commission s'est présentée à M. le consul général de France pour être accréditée auprès des autorités locales d'abord, et pour être ensuite mise en rapport avec M. de Humboldt. Elle trouva partout un accueil sympathique, et fut engagée à demander au gouvernement espagnol tous les documents et tous les renseignements qui lui seraient utiles pour faciliter ses travaux.....

Les promesses de M. de Humboldt quant à la préservation n'étaient pas précisément aussi absolues qu'on les avait faites. Il résulte de toutes nos communications avec ce médecin, que son idée dominante a toujours été de ramener la fièvre jaune à une gravité moindre qui permît de combattre la maladie plus avantageusement avec les ressources de la thérapeutique dans les pays intertropicaux. Il ne disoit pas qu'il mettrait tous les inoculés à l'abri de la fièvre jaune ; mais il assuroit qu'il en préserverait un grand nombre ; que ceux qui seraient atteints tireraient encore bénéfice de l'opération en voyant leur mal se réduire à des effets moins pernicieux ; et il prévenait que 5 pour 100 des inoculés succomberoient peut-être malgré l'opération.

Les expériences étaient ouvertes sous le patronage du gouvernement depuis le 18 décembre dernier, et elles se continuaient encore à notre arrivée, tant à l'hôpital militaire qu'à la maison de santé de Garcini, établie par M. de Humboldt pour étendre aux Européens non militaires la préservation par l'inoculation.....

Le 12 avril, la commission a commencé des visites régulières à l'hôpital militaire et à la maison de santé de Garcini ; elle les a continuées jusqu'à la veille de son départ de la Havane, se rendant à cet établissement le matin et le soir, et quelquefois dans la journée quand les observations l'exigeaient. Pendant ce temps, elle a vu pratiquer plus de 500 inoculations, dont quelques-unes ont été faites par ses propres soins, et elle en a étudié les effets depuis l'origine jusqu'à la sortie des hommes de l'hôpital.

M. de Humboldt ayant exposé à la commission, soit dans des entretiens particuliers, soit par correspondance, tout ce qu'il importoit de savoir à l'égard de l'inoculation, la commission croit pouvoir aujourd'hui rapporter les faits en suffisante connaissance de cause.

Avant de traiter isolément les différentes questions posées par M. le premier médecin en chef de la Martinique, il est nécessaire de dire que le rapport de M. de Humboldt au gouvernement espagnol a été communiqué à la commission française par le capitaine général, et qu'une copie certifiée conforme étant jointe au procès-verbal devra être traduite aux colonies de la Martinique et de la Guadeloupe, et complétera par ses développements ce qui pourrait avoir échappé à la commission.

INSTRUCTIONS DE M. LE PEMIER MÉDECIN EN CHEF DE LA MARTINIQUE ET RÉPONSES DE LA COMMISSION.

1° *Constater l'état du virus solide ou liquide, quel est l'animal qui le fournit, par quel procédé on l'obtient?*

Le Rapport entre dans quelques détails concernant les circonstances qui ont fait naître chez M. de Humboldt la première idée de l'inoculation préservative. Les forçats arrivant aux pieds de l'intérieur à la Vera-Cruz étaient souvent piqués par un petit reptile non classé encore, long de 5 à 6 pouces, gros comme un tuyau de plume, de couleur gris terreux, ayant la tête triangulaire et plus grosse que le tronc, les crochets mobiles, deux rudiments de membres supérieurs et deux de membres abdominaux. Les soldats, qui avaient des souliers et des guêtres, n'étaient pas exposés au même accident. Les premiers fournissaient des cas toujours mortels de fièvre jaune; les seconds restaient soumis aux chances ordinaires de la fièvre jaune. M. de Humboldt fournit à ses frais des chaussures aux forçats ; aussitôt leurs cas de fièvre jaune se présentèrent moins nombreux à la suite du voyage, et beaucoup moins mortels (1).

(1) Ces différences de mortalité ne tiennent-elles pas plutôt à la différence des conditions morales et physiques?

ces dispositions auraient assurément suffi pour troubler son sang-froid et glacer sa bouillante ardeur. Mais lui-même bientôt donna aux préventions qui l'entouraient de trop solides aliments. Bientôt la différence se dessina, dans la carrière même, entre les deux rivaux. En présence d'une tumeur douteuse d'origine, douteuse d'aspect, Dupuytren, sans hésitation apparente, s'aidait néanmoins de tous les moyens de diagnostic que l'esprit et les sens peuvent offrir, avant de l'attaquer par l'instrument tranchant. Et jamais il ne l'ouvrait, s'il y avait lieu, qu'après en avoir d'avance indiqué, avec un rare bonheur, la nature et le contenu. Avec Roux, tout ceci est changé. Une tuméfaction offre-t-elle quelque obscurité ? c'est à l'instant, et c'est avec ce qui était le dernier mot de son prédécesseur, qu'il veut résoudre le problème. Ses éléments de diagnostic sont des opérations chanceuses : et ce fameux *doigt de Dupuytren*, ce guide innocent et fidèle qui suffisait à l'éclairer, c'est par le bistouri que Roux le remplace !... La *salle de garde* recueillait ces faits ; elle s'émut surtout d'une incision improvisée, séance tenante, à Sainte-Marthe, pour connaître la composition d'un engorgement péri-malléolaire. Et souvent, il faut l'avouer, des revers complets assombrissaient encore le tableau de cette pratique à laquelle aucun précédent ne nous avait habitués.

Décidé à rallier les suffrages par quelque coup d'éclat, l'ex-chirurgien de la Charité opéra bien et beaucoup, mais guérit fort peu. On se rappelle encore l'extirpation d'une énorme tumeur du cou, faite au moment de cette sorte de crise. Après quarante et tant de ligatures, le sang ne cessant de ruisseler, l'opération dut être suspendue ; et le malade reporté expirant de l'amphithéâtre à son lit.

Essayait-il de prendre sa revanche en abordant la salle de clinique, je ne sais si, ému encore du résultat de ses témérités opératoires, le professeur était hors de ses conditions ordinaires ; mais jamais contraste plus tranché ne fut offert à un auditoire plus désireux de le constater. Au grave enseignement de Dupuytren, à cette majestueuse parole, à ce débit si attachant par le fond, si correct, si mesuré par la forme, succédait une conversation diffuse, prolixe, hérissée de répétitions, où, pour comble de malheur, la conclusion se cachait si bien sous un amas de phrases incidentes, de réticences, d'atténuations et de correctifs que, sur les questions les plus simples, on pouvait croire que l'orateur cherchait à dissimuler son hésitation. Sur ce terrain, la lutte ne dura pas plus d'une semaine. Bientôt, dans ses regrets tardifs, nous entendîmes Roux lui-même répéter « que les jeunes gens perdaient le goût de la clinique ! » Bientôt d'autres chaires voisines vinrent épaissir encore l'ombre qui couvrait la sienne. C'en était fait, dès lors, de l'antique et renommée clinique

N'osant pas expérimenter sur l'homme la répétition de l'inocalation, nous le voyons faire ses premiers essais sur des chiens. Puis il arrive à diminuer l'effet terrible du venin en l'associant à des matières animales. Il fait mordre soit un morceau de chair, soit une portion de foie ou de poumon de mouton, par les reptiles, dont il faut exciter la colère en leur piquant la queue, en même temps qu'on leur présente la substance animale. Il arrive ô pouvoir doser le virus, et il établit que quatre reptiles mordant à plusieurs reprises dans une once de foie de mouton suffisent pour communiquer au véhicule une force virulente nécessaire aux opérations. De cette façon, le venin est obtenu beaucoup plus facilement que par la dissection presque microscopique des glandes du petit animal.

Le virus ainsi obtenu nous a été représenté par M. de Humboldt, et nous avons pratiqué plusieurs fois l'inoculation nous-mêmes, après avoir appris la manière de procéder.

Ce virus est à l'état liquide, de couleur brune, de la consistance de la salive, quand on le prend avec précaution au-dessus des matières grasses auxquelles il est associé; de la couleur et de la consistance de l'encre de Chine, quand on examine le tout ensemble après avoir bien agité la fiole. L'odeur est *sui generis*, très forte, très désagréable, rappelant celle des matières animales putréfiées.

Dans quelles conditions doivent se trouver les individus inoculés?

M. de Humboldt ne fait subir aucun traitement préparatoire aux personnes qui vont être inoculées. Les militaires sont envoyés à l'hôpital le soir, et subissent l'opération le lendemain matin. A Garcini, les choses se passent à peu près de la même façon.

Un état fébrile, même léger, doit toujours faire ajourner l'opération, car il se pourrait qu'on fût en présence du début d'une fièvre grave, et il ne faudrait pas s'exposer à augmenter le danger de la maladie. Il importe, en outre, de s'assurer que l'on n'aura affaire qu'aux symptômes de l'inoculation, pour bien les apprécier, les différencier et les combattre. Nous ferons ressortir plus tard un fait de complication.

Tout indice de fièvre éruptive doit aussi faire suspendre l'inoculation. Plusieurs opérés ont été atteints de variole pendant leur séjour à l'hôpital.

En un mot, il faut, autant que possible, ne pratiquer l'inoculation que sur des sujets exempts de maladies à quelque degré que ce soit.

2° *De quelle manière se pratique l'inoculation et sur quelle partie du corps?*

L'opération se pratique, comme la vaccination, par des piqûres faites au derme de la région supérieure et externe des bras. On se sert, à cet effet, de lancettes terminées en fer de lance et cannelées.

Il faut d'abord bien agiter la fiole qui contient les substances, plonger ensuite la lancette dans le liquide, pratiquer l'opération, et recouvrir aussitôt les petites plaies avec du sparadrap de diachylum. M. de Humboldt pense qu'une goutte du mélange répartie en quatre piqûres, dont deux de chaque côté, suffit pour produire un effet préservatif, et il craindrait, en outre, passant cette quantité, de voir les symptômes prendre une gravité redoutable. Il se borne même à deux ou trois piqûres quand il a affaire à des enfants, à des sujets peu robustes ou à des femmes. Il nous disait qu'ayant inoculé plus de soixante sœurs de la Charité employées dans les hôpitaux de la Havane, il avait pu observer que chez beaucoup d'entre elles les symptômes avaient été très marqués.

M. de Humboldt désire que les malades ne s'agitent pas beaucoup et ne s'éloignent pas des salles après l'inoculation.

3° *A quel régime et à quel traitement sont soumis les inoculés?*

Les malades sont tenus à la soupe pendant les deux ou trois premiers jours, dans le plus grand nombre des cas, et ils sont ensuite ramenés rapidement à leurs rations ordinaires, à moins que la gravité et la prolongation des effets de l'inoculation n'obligent à continuer le régime. Il se peut même que l'on soit amené à prescrire la diète absolue, à cause de l'état général.

Aussitôt après l'opération, on fait prendre au malade, dans un peu d'eau, une cuillerée à bouche de sirop de guaco, composé suivant la formule ci-dessous.

Sirop antiseptique.

℞. Sirop d'une forte décoction de mikania-guaco.	220 gr.
Sirop de rhubarbe.	120 —
Iodure de potassium.	30 —
Mêlez et ajoutez : Gomme gutte.	0,60 centgr.
Dissoute dans eau distillée.	30 gr.

Mêlez exactement et gardez pour l'usage.

La formule représente une demi-bouteille.

En cas ordinaire, on répète la cuillerée toutes les deux heures, de façon à en faire prendre 4 onces le premier jour.

Si, au contraire, les symptômes d'intoxication sont plus marqués, on rapproche les doses de sirop d'heure en heure, de demi-heure en demi-heure, et l'on va même jusqu'à en donner plusieurs cuillerées à la fois.

Les symptômes ne présentent-ils rien d'alarmant, le deuxième jour on espace les doses de manière à ne faire prendre au malade que 3 onces de sirop, le troisième jour on met encore plus d'intervalle, et le quatrième jour on termine en ne donnant plus que deux cuillerées dans la journée. Les hautes doses doivent être maintenues tant que l'état offre de la gravité.

Le matin du cinquième jour, le malade prend un bouteille de limonade au citrate de magnésie, si le sirop n'a pas produit une purgation notable.

Dans quelques cas, la réaction qui survient après l'inoculation a été assez forte pour produire un état fébrile des plus intenses avec congestion vers le cerveau et délire. Il a fallu alors recourir à la saignée du pied et à l'administration du calomel à la dose de 2 et 4 grammes; mais M. de Humboldt recommande d'être excessivement réservé sur l'emploi des évacuations sanguines.

Le sirop produirait-il trop d'effet (selles fréquentes et douloureuses, chaleur au ventre, etc., etc.), il faudrait recouvrir l'abdomen de cataplasmes, et donner des lavements émollients.

Telles sont les principales indications à remplir pour le traitement. M. de Humboldt attache la plus grande importance à l'administration du sirop aussitôt après l'inoculation. Il nous a souvent répété qu'on s'exposerait à voir mourir le malade avec tous les symptômes de la fièvre jaune la plus intense, si l'on cherchait à le soustraire à cette prescription.

4° *Quelle est la durée de l'incubation du venin?*

Il arrive quelquefois que les premiers effets de l'intoxication apparaissent très peu de temps après l'inoculation; d'autres fois, il se passe une demi-journée sans que l'état normal ait été modifié; mais, en général, c'est après deux, trois ou quatre heures d'incubation que l'on observe l'abaissement du pouls et la diminution de la chaleur de la peau.

(La suite prochainement.)

SÉNARD,
Chirurgien principal de la marine.

---

de l'Hôtel-Dieu. Forcé de subir le partage, réduit à n'être plus que l'un des organes de cet enseignement, jadis si glorieusement monopolisé, sans doute Roux dut plus d'une fois, dans son cœur abattu, songer à la succession d'Alexandre et à la *monnaie de M. de Turenne*.

Dans ce combat, tout, jusqu'à ses qualités mêmes, devait tourner contre l'honorable rival de Dupuytren; sa bonté réelle, ses attachantes qualités de causerie, son abandon plein de charme, éloignaient, en ce moment, plus qu'ils n'attiraient des cœurs plus habitués à craindre un maître qu'à révérer un père. Étrange, mais naturelle contradiction de l'âme humaine! On se vantait, on s'honorait, on se faisait un nouveau motif de regrets des maux soufferts sous la dure loi du règne passé. Et la familiarité, la mansuétude, l'indulgence de Roux ne servaient alors qu'à relâcher, sans lui assurer un seul retour sympathique, ces liens de discipline si fermement serrés par Dupuytren, et sans lesquels le désordre ne devait pas tarder à envahir tout le service, depuis le second jusqu'au plus infime des échelons.

J'ai rempli un pénible devoir. Je viens d'écrire l'un des plus tristes chapitres de l'histoire contemporaine. Cette tâche que j'avais commencée presque calme, je ne l'accomplis qu'avec une émotion profonde. Pour rester juste, n'ai-je pas dû être sévère, cruel peut-être envers la mémoire d'un homme qui, lui aussi, m'honora de quelque bienveillance? Qu'est donc le génie s'il laisse après lui un vide tel que, à le vouloir combler, les plus hautes renommées chancellent et s'affaissent? Roux, du moins, ne l'oublions pas, eût le temps d'en appeler de cet arrêt qu'une comparaison, imprudemment recherchée, avait attiré sur sa tête. Et ses ingénieuses créations, sa courageuse persévérance au travail, par-dessus tout sa rare loyauté, défi incessamment jeté à son redoutable émule, demeureront des titres de gloire bien suffisants pour rendre impérissable le souvenir de son mérite, de ses vertus chirurgicales.

P. DIDAY.

C'est M. *Michel Lévy* qui a été élu mardi vice-président de l'Académie de médecine. Nous ne pouvons que nous associer à la satisfaction avec laquelle cette élection a été partout accueillie.

II.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DESCRIPTION DES ALTÉRATIONS MORBIDES DU TYPHUS CONTAGIEUX DU GROS BÉTAIL OU DE LA PESTE BOVINE, par M. le professeur BOCHDALEK. Traduit de l'allemand par M. A. P. WALDMANN. — Remarques de M. O. DELAFOND.

Monsieur le rédacteur,

Les médecins et les vétérinaires n'ont point oublié sans doute que, dans le courant de l'année 1844, le typhus contagieux ou la peste bovine (*Rinderpest* des Allemands) s'est manifesté sur les bœufs de la race des steppes de la Russie méridionale, et que vers la fin de l'année, l'épizootie avait été apportée dans la Pologne, la Bukowine, la Gallicie, la Moravie, et même la Bohême. Dans ce dernier royaume, et d'après des documents officiels qui ont été publiés alors, la peste bovine aurait envahi le gros bétail de 59 communes. 598 bêtes seraient mortes de cette terrible maladie, et 314 auraient été tuées par ordre de l'autorité pour arrêter la propagation de la contagion. Ce fut à cette époque que M. le professeur Bochdalek, résidant à Prague, s'est livré à de nombreuses et intéressantes recherches sur les lésions morbides offertes par les cadavres des bêtes bovines assommées étant atteintes du typhus ou mortes de cette maladie, recherches qu'il a insérées dans le *Bulletin trimestriel de la pratique médicale de Prague*, an 1846, 3e année, vol. III, p. 100.

A l'époque de la publication de ce remarquable travail, nous nous sommes empressé de le faire traduire par M. Waldmann, alors élève à l'École d'Alfort (1). Nous désirions l'utiliser dans la description que nous nous proposions de donner dans la deuxième édition de notre *Traité sur les épizooties contagieuses et la police sanitaire* que nous allons très prochainement publier; mais nous nous voyons, en quelque sorte, forcé de livrer cette traduction à la publicité.

L'armée française, aujourd'hui en Orient, occupe les provinces danubiennes, une grande partie séjourne en Crimée, et des bœufs de la race des steppes, pris à l'ennemi, servent à la nourriture de nos soldats.

Jusqu'à ce jour, si nous sommes bien informé, le typhus, contrairement à tout ce que l'on pouvait prévoir, ne sévit pas encore sur les bœufs des steppes servant aux transports et aux approvisionnements des armées russes en Crimée; mais on doit redouter beaucoup que cette maladie ne se déclare parmi ces animaux et ne se propage rapidement aux bêtes bovines formant les parcs d'approvisionnements des armées française, anglaise et sarde.

Les vétérinaires et les médecins français attachés à l'armée d'Orient peuvent donc être appelés à étudier les caractères anatomo-pathologiques de la peste bovine, soit en Crimée, soit dans les provinces danubiennes, et nous pensons qu'ils liront avec intérêt les observations de M. Bochdalek; la science, d'ailleurs, les vétérinaires et les médecins résidants en France, ne pourront qu'y gagner.

Les observations de ce célèbre médecin sont très importantes; celles qu'il a faites sur les altérations des intestins, des ganglions mésentériques, de la rate et de beaucoup d'autres organes sont d'un haut intérêt. Ces lésions tendent à démontrer que les altérations cadavériques du typhus contagieux ou de la peste bovine ont avec celles de la fièvre typhoïde de l'homme une grande similitude.

Or, sous ce rapport, les nouvelles recherches qui pourraient être faites par les vétérinaires attachés à l'armée d'Orient sur les altérations diverses de la muqueuse intestinale, et notamment des glandules de Galeatti ou de Lieberkund, de Brunner et de Peyer, si remarquables par leurs dimensions chez les bêtes bovines, des ganglions mésentériques, de la rate, comme aussi sur une altération particulière du sang, se traduisant par la couleur noire, l'incoagulabilité de ce fluide, et par des ecchymoses, des hémorrhagies partielles dans l'épaisseur et à la surface de beaucoup d'organes, auraient une grande valeur, puisqu'elles viendraient confirmer les études de M. Bochdalek.

(1) M. Waldmann est mort depuis cette époque à Coulommiers, où il exerçait la médecine vétérinaire.

Les recherches de ce professeur ont été faites sur 32 cadavres, et les lésions, tant de la muqueuse intestinale que de beaucoup d'autres organes, ont été suivies par cet observateur dans leurs diverses phases de développement. Néanmoins, et bien que ces études nous paraissent avoir été faites d'une manière consciencieuse et exacte, elles n'en méritent pas moins d'être contrôlées par de nouvelles observations faites avec toute l'attention que réclame un sujet d'anatomie pathologique aussi délicat et aussi important.

La *Gazette d'Augsbourg* signalait, à la date du 9 décembre 1844, l'existence de la peste bovine en Bohême, et annonçait, nous le répétons, que le typhus avait sévi alors dans 59 communes, que 598 bêtes étaient mortes, et que 314 avaient été assommées par ordre de l'autorité. Les observations de M. Bochdalek ont donc été faites, ainsi qu'il le déclare d'ailleurs, pendant les mois d'octobre, novembre et décembre 1844 et les premiers mois de l'année 1845.

La *Gazette hebdomadaire* ayant déjà publié plusieurs articles importants de pathologie comparée, j'ai pensé, Monsieur le rédacteur, à vous adresser la traduction du travail de M. Bochdalek, espérant que vous voudriez bien l'insérer dans les colonnes de votre journal, et que vos lecteurs le liraient avec intérêt.

O. DELAFOND,
Professeur de pathologie à l'École impériale d'Alfort.

1° EXTÉRIEUR DES CADAVRES. — L'extérieur des cadavres morts de la peste bovine (*Rinderpest*) ne présentait pas de différences aussi sensibles qu'il eût été permis de le supposer, d'après toute la gravité des symptômes offerts par les malades.

Nous avons remarqué que souvent le cadavre était peu amaigri, mais que les poils étaient hérissés. Les éruptions cutanées étaient rares. Les yeux se montraient enfoncés dans les orbites, et la cornée lucide avait perdu sa transparence.

Rarement des liquides morbides s'écoulaient par la bouche et les cavités nasales.

Les érosions de la buccale étaient peu communes.

Le ventre se montrait souvent distendu, et le rectum renversé au dehors.

La queue et les membres postérieurs étaient souillés par des excréments diarrhéiques.

Les articulations des extrémités des membres étaient tantôt droites tendues, tantôt fortement rétractées sur elles-mêmes.

2° INTÉRIEUR DES CADAVRES. — Voici les remarques les plus constantes que nous avons faites à l'intérieur des cadavres.

A. *Organes digestifs.* — 1° *Estomacs, rumen réseau et feuillet.* — Les trois premiers estomacs n'ont jamais offert d'une manière constante quelque chose d'anormal. La panse était très souvent distendue par des gaz. Le feuillet, qui, d'après les remarques faites par quelques auteurs, présentait fréquemment des lésions notables, ne nous a généralement offert rien d'anormal. L'épithélium se détachait de la muqueuse comme chez les bêtes saines, lorsqu'il y a eu contact avec les aliments pendant vingt-quatre, trente-six à quarante-huit heures.

2° *Caillette et intestins.* — La caillette était rétrécie; sa surface externe était terne, non lisse, et d'une couleur pâle tirant cependant un peu sur le rouge; çà et là se montraient quelques injections. La muqueuse, dans presque toute son étendue, était colorée en rouge foncé, surtout près du pylore, où elle offrait même une couleur d'un rouge violacé. Elle se montrait, en outre, gonflée, spongieuse, ramollie, et facile à désorganiser par le grattage avec les doigts; elle offrait, en un mot, tous les caractères d'une inflammation catarrhale.

Parfois, on remarquait à sa surface un grand nombre d'érosions de la largeur d'une lentille, d'autres fois, mais rarement, de celle d'un petit haricot. Cet aspect de la muqueuse, et particulièrement sa rougeur, existaient fréquemment, et ces lésions se continuaient, non-seulement jusque dans le duodénum, mais encore dans l'iléon.

Cette dernière partie de l'intestin était rétrécie. Sa coloration intérieure était d'un rouge vif, et sa coloration extérieure d'un rouge violet. Ces colorations se faisaient aussi remarquer dans le gros intestin et se poursuivaient jusque dans le rectum. Ainsi que dans l'estomac, la muqueuse de l'intestin grêle et du côlon était tuméfiée et ramollie ; il fallait prendre de grandes précautions pour ne pas la déchirer, quand on la touchait ou lorsqu'on voulait la couper.

Lorsque la maladie datait de cinq, sept à dix jours, on remarquait que les plaques ou glandules de Peyer étaient plus ou moins tuméfiées, et formaient une élevure marquée et circonscrite au-dessus de la muqueuse d'ailleurs colorée en rouge. Elles étaient, en outre, infiltrées d'une lymphe morbide qui s'en écoulait par une légère pression. Elles mesuraient l'étendue de 96 millimètres ou d'*un tiers de pouce* de la Bohême (1) et de 144 millimètres (un demi-pouce de Bohême) et avaient acquis l'épaisseur de 2 à 6 millimètres ou de 1 à 3 lignes (Bohême), et formaient ainsi des surfaces saillantes d'un brun verdâtre, adhérentes en totalité ou en partie à la face interne du tissu de la muqueuse ; mais le plus souvent elles en étaient détachées et flottaient ainsi librement dans l'intérieur de l'intestin. Sur la surface externe de la muqueuse, et à l'endroit correspondant aux plaques de Peyer, se faisaient également remarquer de petites élevures dont l'ensemble formait une saillie allongée.

Dans quelques cas rares, cependant, nous avons remarqué que les glandes mucipares, de même que celles de Peyer, formaient de petites élevures du volume d'une graine de chanvre, ou de la moitié d'une lentille à la surface de la muqueuse. Ces élevures étaient également infiltrées de lymphe morbide, ou bien se montraient recouvertes par une croûte brune.

On ne doit pas confondre les petites proéminences ou élevures dont il s'agit avec de petites nodosités arrondies, du volume d'une graine de chanvre, et que l'on rencontre très souvent dans l'épaisseur de la muqueuse de l'iléon. Si l'on incise ces petites productions, on voit qu'elles contiennent une substance épaisse et d'un jaune verdâtre. Ces lésions ne sont autre chose que des tubercules enkystés ou à l'état de crudité. Ils n'ont de ressemblance avec les proéminences décrites ci-dessus que par la forme et le volume. Ces altérations se rencontrent assez souvent chez des animaux en bonne santé, et rarement dans le typhus (2).

Très souvent nous avons remarqué que la face interne des glandules de Peyer, ainsi que celle des glandules mucipares, offraient l'aspect d'un crible. Placées sous l'eau, ces glandules présentaient un aspect aréolé. Parfois même les petits trous de cette face criblée étaient remplis d'une matière visqueuse assez analogue à du pus. Cette particularité donnait à tout le groupe glandulaire un aspect blanc grisâtre ou blanc jaunâtre. Par la pression, on exprimait de ces parties ainsi altérées de petites gouttelettes de la grosseur d'une graine de millet ou de pavot.

Dans les animaux qui avaient succombé en très peu de temps et qui pendant la vie avaient eu une diarrhée infecte, sanguinolente, nous avons constaté que les glandules de Peyer et de Galeati, ainsi que d'autres parties de la muqueuse, étaient pénétrées de beaucoup de sang. Lorsqu'on les pressait avec les doigts, ce liquide en sortait abondamment. Ces glandules étaient d'ailleurs très faciles à déchirer, tant leur ramollissement était complet. Nous avons aussi remarqué que des lambeaux de membranes muqueuses flottaient dans la cavité de l'intestin, et qu'à ces lambeaux adhéraient de petits caillots sanguins.

Il se présenta un cas où la partie postérieure de l'iléon offrait plusieurs petites bulles à parois excessivement minces. Elles s'étaient développées dans l'épaisseur de la muqueuse, leur contour et leur fond s'étendaient presque jusqu'à la membrane séreuse. Ces petites bulles ressemblaient entièrement aux ampoules qui se font remarquer lors de la guérison du typhus de l'homme.

La face interne de l'estomac et de l'intestin était, en outre, recouverte d'une couche parfois assez épaisse de mucus plus ou moins visqueux. Les gros intestins étaient fréquemment remplis de matières liquides d'une odeur repoussante, d'une couleur brune ou d'un gris verdâtre.

Les intestins grêles et les gros intestins ont quelquefois offert à la surface de la muqueuse des productions pseudo-membraneuses.

Foie. — Le foie ne présentait pas d'altérations constantes. Parfois il se montrait d'un jaune brunâtre et plus mou qu'à l'état normal.

La *vésicule biliaire* se montrait considérablement distendue par une grande quantité de bile fluide d'un vert sale ou brunâtre. La muqueuse de cette poche était rouge, très injectée, œdématiée et considérablement épaissie. A l'époque où l'épizootie sévissait avec le plus de violence, on remarquait à la face interne de ce réservoir des infiltrations et de petites tuméfactions de la grosseur d'une lentille. Dans quelques cas, rares il est vrai, ces dernières altérations étaient recouvertes de croûtes d'un rouge noir foncé.

Vers le déclin de l'épizootie, ces lésions étaient peu communes, et la vésicule ne contenait alors qu'une assez petite quantité de bile, d'une couleur brune jaunâtre ou orange, et de la consistance du miel.

Rate. — La rate se montrait considérablement modifiée ; elle se présentait deux fois plus grosse qu'à l'état normal, et d'un rouge noir. Sa substance était facile à déchirer, spongieuse, molle et remplie de sang.

Ganglions mésentériques. — Les ganglions mésentériques étaient plus ou moins tuméfiés, souvent une fois plus gros qu'à l'état normal, spongieux, remplis de sang et très faciles à déchirer.

B. *Organes respiratoires*. — *Larynx et trachée*. — Dans quelques cas, la muqueuse du larynx et de la trachée était pâle, mais sans aucune lésion apparente. Le plus souvent, elle offrait les traces d'une vive inflammation catarrhale ; enfin, dans quelques cas, sa surface se présentait recouverte, soit d'une exsudation épaisse d'un jaune pâle, soit de véritables fausses membranes épaisses et offrant ainsi les traces d'une inflammation croupale très intense.

Poumons. — Les poumons étaient ordinairement d'une couleur rouge jaunâtre. Parfois leur bord inférieur offrait un commencement d'hépatisation, ou les lésions de la première période de la pneumonie. A l'exception de quelques érosions existant sur la plèvre, nous n'avons jamais remarqué d'exsudations sur cette membrane, à moins de complication.

C. *Organes circulatoires*. — *Péricarde*. — Le péricarde renfermait parfois une sérosité d'un jaune sale, ses parois étaient quelquefois ecchymosées.

Cœur. — Les surfaces externe et interne du cœur offraient également des taches ecchymotiques. Sa substance se montrait tantôt avec la couleur rouge et la consistance normale, tantôt d'un rouge pâle et ramollie.

Sang. — Le sang contenu dans les cavités du cœur et des gros vaisseaux n'offrait pas constamment des caractères semblables ; tantôt il était liquide, brunâtre, ou d'un rouge variable ; d'autres fois il se montrait plus ou moins coagulé et d'un rouge foncé. Dans le cas où ce liquide était fluide, la face interne du cœur et des valvules, ainsi que celle de l'aorte et de l'artère pulmonaire, étaient colorées en rouge sale.

D. *Organes encéphaliques*. — *Cerveau*. — Les membranes du cerveau étaient parfois injectées, mais dans le plus grand nombre des cas elles n'offraient rien à noter. La substance du cerveau s'est montrée quelquefois plus injectée qu'à l'état normal, et dans ces cas il existait une certaine quantité de sérosité grise épanchée dans les ventricules ; d'autres fois elle était parfaitement ferme et saine.

Dans quelques cadavres, nous l'avons cependant trouvée ramollie.

Muscles. — Généralement, les muscles se montraient d'une couleur rouge plus foncée qu'à l'état normal.

(1) Ces mesures de la Bohême ont été converties en mesures françaises, d'après les indications contenues dans l'*Annuaire du commerce*, publié par Firmin Didot en 1855.

(2) Nous avons souvent rencontré les lésions tuberculeuses intestinales dont parle M. Hochdalek sur des animaux en bonne santé sacrifiés dans les boucheries ; mais nous les avons très fréquemment notées à l'autopsie des bêtes bovines atteintes de phthisie tuberculeuse. Nous les avons vues aussi ramollies et ulcérées. Ces lésions ne peuvent être confondues avec la tuméfaction, le ramollissement et la gangrène des glandes de Peyer.

Lorsque les animaux mouraient après l'existence d'une courte maladie, comme par exemple après vingt-quatre ou soixante-douze heures, et que des suffusions sanguines existaient dans le canal intestinal, on rencontrait dans beaucoup d'autres organes des ecchymoses et des épanchements hémorrhagiques affectant depuis l'étendue d'un grain de millet jusqu'à celle de la paume de la main. Ces lésions se faisaient remarquer dans le tissu cellulaire sous-cutané, les sacs pleuraux, le péricarde, la trachée, le larynx, les muscles, la conjonctive, l'endocarde, la surface des estomacs, des intestins, de la matrice, de la vessie, etc., etc.....

Si nous rapprochons maintenant les lésions anatomo-pathologiques du typhus du gros bétail de celles qu'on observe dans le typhus de l'homme, il deviendra évident pour nous :

1° Que la rougeur catarrhale constante de la muqueuse de la caillette et des intestins chez les bêtes à cornes est une lésion analogue à celles que l'on constate sur la muqueuse des mêmes organes dans la première période, ou la période catarrhale, du typhus de l'homme (1);

2° Que l'épaississement et la proéminence des plaques glandulaires de Peyer ressemblent à la seconde période ou à celle de l'infiltration;

3° Que les aréoles qui se montrent dans ces mêmes plaques glandulaires, ainsi que les eschares qui les recouvrent, sont des lésions semblables à celles de la troisième période, ou à la période de ramollissement.

Les altérations variables qui se rencontrent dans la rate, les ganglions mésentériques, le foie, la vésicule biliaire, la bile, les poumons, le larynx, la trachée, le sang, les muscles, quoique moins constantes dans le typhus des bêtes bovines que dans le typhus de l'homme, n'en sont pas moins des lésions de nature semblable dans l'une et dans l'autre maladie.

Pour nous, le typhus du gros bétail constitue donc une maladie ayant la plus grande analogie avec le typhus abdominal de l'homme (*typhus abdominalis hominis*). Ces deux affections appartiennent à la même famille de maladies.

Nous ferons remarquer aussi que, chez les bêtes bovines comme chez l'homme, le typhus peut affecter deux formes morbides :

Dans l'une, le sang présente une altération grave; ce liquide se montre incoagulable, très noir, épanché à la surface et dans la trame de beaucoup d'organes. Cette forme se rencontre aussi chez l'homme : c'est le typhus hémorrhagique (*typhus hemorrhagicus*).

Dans l'autre, une exsudation croupale se manifeste sur le canal intestinal, et quelquefois sur la muqueuse du larynx et de la trachée : ces lésions se rencontrent également dans certains typhus de l'homme.

Nous aurions désiré beaucoup pouvoir étudier pendant le cours de la convalescence des animaux ayant offert tous les symptômes caractéristiques du typhus, les traces des altérations morbides alors en voie de guérison ; mais nous n'avons pu nous livrer à ces recherches qui n'auraient pas manqué d'intérêt.

(1) On verra plus loin que M. Bochdalek désigne le typhus de l'homme sous le nom de *typhus abdominal*. Or, c'est sous ce dernier nom que les médecins allemands nomment la maladie que les médecins français appellent *fièvre typhoïde* et quelques-uns *dothiénentérie*.

FAIT NOUVEAU A L'APPUI DES AVANTAGES DES INJECTIONS IODÉES, DANS LES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES PURULENTS, A LA SUITE DE LA THORACENTÈSE, par M. le docteur BOINET, membre de la Société de chirurgie, etc.

Dans un mémoire que j'ai publié dans les *Archives générales de médecine* (mars 1853), et que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie des sciences pour les prix Montyon, j'ai fait connaître les avantages des injections iodées dans les épanchements pleurétiques purulents et prouvé par plusieurs succès obtenus dans des cas désespérés et regardés comme au-dessus des ressources de l'art, que ce nouveau mode de traitement pourrait être très efficace là où tous les autres remèdes restaient impuissants, et qu'il avait guéri radicalement des épanchements regardés comme incurables.

L'opinion que la thoracentèse dans les épanchements pleurétiques purulents était une opération grave, dangereuse, inutile, et qui hâtait souvent la mort des malades, était si généralement admise dans ces dernières années, que tous, médecins et chirurgiens, abandonnaient à leur malheureux sort les malades atteints d'épanchements thoraciques purulents et les laissaient succomber plutôt que de les opérer. Des faits nouveaux et déjà en nombre respectable sont heureusement venus combattre cette opinion, et depuis mes observations sur les avantages des injections iodées dans ces épanchements particuliers, de beaux succès ont été obtenus dans des cas regardés comme incurables ; ils ont mis hors de doute l'efficacité de ces injections dans les cavités pleurales à la suite de l'opération de l'empyème.

Mon but n'est pas de m'étendre ici sur les avantages des injections iodées dans les pleurésies purulentes; j'en ai traité longuement dans le mémoire que j'ai adressé à l'Académie et dans mon ouvrage intitulé : *De l'iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés* (1). Mon intention est seulement de faire connaître un nouveau fait qui, à mes yeux, a d'autant plus d'intérêt qu'il a pour sujet la femme d'un de nos confrères, et qu'il a eu pour témoins un grand nombre de médecins, parmi lesquels sont MM. les professeurs Chomel et Trousseau, qui ont donné des soins à la malade.

Voici cette observation :

OBS. — *Épanchement pleurétique considérable, à la suite d'une pleurésie aiguë. — Thoracentèse; liquide séreux. — Retour de l'épanchement; deuxième thoracentèse ; liquide purulent. — Retour de l'épanchement ; symptômes graves, amaigrissement, fièvre hectique, marasme ; troisième thoracentèse, 2 litres de pus verdâtre, puant. — Injections iodées ; guérison.*

Le sujet de cette observation est une dame de trente-quatre ans, d'une bonne constitution, exempte de tubercules, ayant toujours joui d'une bonne santé, et mère de trois enfants. C'est la veuve d'un de nos confrères, le docteur P... Dans le courant de janvier 1855, vers le 17, elle éprouva un refroidissement qui amena une pleurésie aiguë du côté droit, et fut suivi ensuite d'un épanchement considérable que tous les remèdes, et même la thoracentèse, furent impuissants à faire disparaître, malgré les soins éclairés de MM. Chomel et Trousseau. La thoracentèse devint nécessaire ; l'opération donna issue à deux litres et demie de liquide séreux, ce qui amena un soulagement ; malheureusement il ne fut que de courte durée, l'épanchement s'étant reproduit presque aussitôt. M. Trousseau fut obligé de vider de nouveau la poitrine , mais à cette seconde ponction le liquide avait changé de nature, il était devenu purulent. La médication la plus active ne put encore conjurer le retour de l'épanchement et des symptômes graves d'oppression, de fièvre hectique, vinrent mettre en danger la vie de la malade. L'épanchement remplissait toute la cavité droite de la poitrine. C'est à cette époque, le 18 avril 1855, que M. le professeur Trousseau me fit l'honneur de me faire appeler en consultation, désirant me confier le soin de cette malade si je jugeais les injections iodées applicables et si je croyais qu'elles pussent avoir quelque chance de succès dans un cas aussi grave et qu'il considérait comme au-dessus des ressources de l'art, son opinion étant que la thoracentèse est une mauvaise opération dans les épanchements purulents et qu'elle n'est pas suivie de succès chez les adultes.

Me basant sur ce principe que, dans les cas désespérés, on peut, et l'on doit même, employer les moyens qui par eux-mêmes ne doivent pas aggraver le mal, et fort des résultats inattendus et presque merveilleux que j'avais obtenus avec les injections iodées dans des cas jugés incurables et où j'avais été obligé de m'écarter de la pratique généralement suivie, je n'hésitai pas, malgré la gravité de la maladie, ou plutôt à cause de cette gravité, à proposer la thoracentèse suivie des injections iodées. Je pratiquai immédiatement l'opération en présence de M. Trousseau et de plusieurs autres confrères qui m'assistaient.

Voici dans quel état était la malade :

Assise sur son séant dans son lit, elle avait la respiration très gênée, une petite toux sèche, brève, continue, fatigante et sans expectoration. L'oppression était si considérable que le moindre mouvement l'augmentait; elle ne dormait plus depuis longtemps. La face était jaune, pâle,

(1) Page 213, 1855. (Chez Victor Masson.)

amaigrie, les traits tirés, la faiblesse extrême ; une fièvre très intense la dévorait; le pouls était petit, fréquent, la peau sèche ; elle avait eu plusieurs fois des frissons. L'appétit était nul, le dépérissement considérable, en un mot tous les symptômes de la fièvre hectique existaient.

Le côté droit de la poitrine est bombé, plus large et plus développé que dans l'état normal, les espaces intercostaux sont écartés, saillants, de la matité existe dans toute l'étendue de la poitrine jusque sous la clavicule et en arrière jusqu'à la colonne vertébrale, si ce n'est en haut vers le sommet de l'omoplate, où le son est un peu moins mat, et où l'on entend un peu le bruit respiratoire, qui est nul dans tout le reste do la poitrine.

En présence d'un état aussi grave et qui allait toujours croissant, malgré l'emploi des moyens les plus rationnels conseillés par MM. Chomel et Trousseau, je pensai qu'il fallait agir sur-le-champ. Armé d'un gros trocart, de celui dont je me sers ordinairement pour opérer les kystes de l'ovaire, je fis une ponction dans l'endroit même où deux fois déjà M. le professeur Trousseau avait pénétré dans la poitrine, et retirai deux litres au moins de liquide purulent, verdâtre, fétide ; puis, ayant remplacé pendant l'écoulement, la canule du trocart, par une sonde de gomme élastique, le pus étant entièrement écoulé, je fis plusieurs lavages avec de l'eau tiède que j'injectai dans la cavité pleurale, et terminai par une injection iodée composée de portions égales de teinture d'iode et d'eau (50 grammes de chaque, avec addition de 2 grammes d'iodure de potassium). Cette injection fut laissée dans la poitrine six ou sept minutes, puis sortit par la sonde, que je laissai à demeure, après avoir pris soin de la fermer avec un fausset. Un bandage médiocrement serré fut placé autour de la poitrine, et la malade put se coucher plus facilement sur le dos. A mesure que la poitrine se vidait, madame P... éprouvait un bien-être sensible ; la respiration se fit mieux, et l'oppression diminua. Dès le soir, la fièvre fut beaucoup moins intense, et le lendemain l'appétit s'annonçait déjà. La nuit qui suivit l'opération fut bonne et la malade dormit, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. L'opération a été parfaitement supportée, et cette injection iodée n'a été nullement douloureuse, pas plus que celles qui furent pratiquées plus tard. Ces injections furent répétées pendant quatre jours de suite, ensuite tous les deux ou trois jours, tous les cinq ou six jours, et enfin à des époques plus éloignées, suivant la qualité de la matière de l'écoulement; la sonde resta à demeure, et fut remplacée au bout de huit jours par un clou de gomme élastique, creux et à tête d'ivoire. Cette sonde fut débouchée d'abord trois fois dans la journée, le matin, à midi et le soir, afin de permettre l'écoulement du pus sécrété dans la poitrine dans l'intervalle de chaque pansement. Sa quantité était d'environ 75 à 80 grammes à chaque fois ; plus tard, lorsque cette quantité eut diminué, la sonde ne fut plus débouchée que matin et soir, et enfin une seule fois dans les vingt-quatre heures. Chaque matin, après l'écoulement du pus, on faisait coup sur coup deux ou trois lavages avec de l'eau tiède légèrement chlorurée ou iodée, puis la sonde était bouchée par un fausset pour empêcher de s'écouler continuellement le pus qui se formait de nouveau dans la cavité pleurale. Pendant toutes ces injections, soit d'iode, soit d'eau tiède ou chlorurée, pas la moindre précaution n'a été prise pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine. Le clou dont je fais usage est un bout de sonde de gomme élastique long de 7 à 8 centimètres, plus ou moins suivant le besoin, et le même que celui dont je me sers pour certains kystes de l'ovaire.

Quelques jours s'étaient à peine écoulés après cette opération et ces injections, que la fièvre avait entièrement cessé, que le sommeil et l'appétit étaient revenus, que l'état général de la malade était sensiblement meilleur ; et M. Trousseau, qui suivait assidûment et avec intérêt la malade, ne pouvait s'empêcher d'en témoigner tout son étonnement. Au bout de quinze jours, madame P... put se lever, et une semaine après elle se promenait dans l'appartement. Dans les premiers jours de juin, elle put sortir dans Paris. Toutes les fonctions s'exécutaient bien, les forces étaient revenues en partie avec un certain embonpoint, et au mois de juillet elle était assez bien portante pour faire un voyage de plus de cent lieues pour aller à la campagne, où elle resta jusqu'au 20 septembre 1855. Ce séjour hors Paris fut très favorable à sa santé, et ses règles, qui avaient cessé de paraître depuis le début de la maladie, reparurent quelques jours avant son départ de la campagne, et ont repris leur régularité habituelle.

Aujourd'hui, plus de sept mois après cette opération, madame P... jouit d'une santé excellente, toutes les fonctions se font bien, elle a pris de la force, de la fraîcheur, un peu d'embonpoint, et tous les jours elle fait de longues courses à pied pendant plusieurs heures sans trop de fatigue ; elle peut monter plusieurs étages sans être trop essoufflée, et peut se coucher dans la position qui lui convient le mieux. Le côté droit de la poitrine est rétréci, revenu sur lui-même, surtout en arrière ; la colonne vertébrale offre une légère inflexion dont la concavité est tournée du côté droit ; le poumon a repris en partie ses fonctions, et le bruit respiratoire s'entend parfaitement bien en arrière et en avant.

L'ouverture fistuleuse de la poitrine existe toujours ; la malade fait de temps en temps une injection d'eau tiède par le clou de gomme élastique, qu'elle a soin de changer à chaque pansement. Le fausset n'est plus ôté qu'une seule fois toutes les vingt-quatre heures, pour laisser sortir le peu de liquide épais, semi-purulent, qui se forme encore (environ 15 à 20 grammes) ; il arrive même souvent que cet écoulement n'a plus lieu que tous les deux ou trois jours, ce qui indique que la sécrétion du liquide est sur le point de se terminer, et se terminerait peut-être tout à fait, si l'on enlevait la canule ; mais la crainte de laisser un petit foyer purulent dans la plèvre m'a empêché jusqu'à ce jour de tenter l'oblitération de la fistule en ôtant le clou qui entretient la dilatation ; et si ce n'étaient les soins de propreté qu'exige cette fistule, la malade, qui n'en souffre en aucune façon, se croirait radicalement guérie.

Cette intéressante observation pourrait être l'objet de remarques nombreuses et très importantes ; mais comme je les ai déjà faites dans le mémoire que j'ai eu l'honneur d'adresser à l'Académie et dans mon traité d'*iodothérapie*, je me bornerai aux suivantes. C'est sur elles que repose complétement le succès du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections iodées. Le succès de la thoracentèse, dans ces cas particuliers, dépend bien moins de l'opération elle-même que de certaines précautions qu'il faut prendre pendant et après l'opération, et surtout des soins consécutifs qu'elle exige, si l'on veut arriver à un bon résultat ; il en est de même dans les hydropisies enkystées de l'ovaire, dans les abcès par congestion, etc. Ainsi, dans la thoracentèse, se borner à vider la poitrine du pus qu'elle renferme comme on le faisait autrefois et comme on le fait encore aujourd'hui, puis pratiquer une injection iodée sans laisser une sonde à demeure pour répéter ces injections et empêcher le pus de s'accumuler de nouveau dans la plèvre, c'est faire une opération incomplète, inutile, dangereuse ; c'est s'exposer à hâter la mort des sujets. Je sais bon nombre de chirurgiens très habiles et très expérimentés qui ont perdu leurs malades faute d'avoir pris ces précautions, aussi bien pour la thoracentèse que pour les kystes de l'ovaire et les abcès par congestion. Donc, pour se placer dans les conditions du succès en ce qui concerne la thoracentèse pratiquée pour des épanchements pleurétiques purulents, il faut, la ponction une fois pratiquée, remplacer la canule du trocart par une sonde de gomme élastique qu'on doit laisser à demeure. Les avantages de cette manière de faire sont : 1° de ne pas s'exposer à blesser la plèvre pulmonaire ; 2° de pouvoir enfoncer cette sonde, qui est molle, flexible, aussi loin que possible et dans les parties les plus déclives du foyer purulent ; 3° de pouvoir favoriser l'écoulement du pus au fur et à mesure de sa formation, et d'empêcher, par conséquent, la compression du poumon par une nouvelle quantité de matière, de permettre à la cavité, continuellement débarrassée du liquide, de revenir sur elle-même, et au poumon de se dilater ; 4° de pouvoir faire bien plus facilement qu'avec une canule métallique toutes les injections, tous les lavages exigés et qu'on juge convenables ; 5° d'être en mesure de retirer sûrement, à l'aide d'une seringue, le pus ou le liquide injectés qui pourraient rester dans les parties les plus profondes, s'ils ne pouvaient s'écouler naturellement et d'eux-mêmes ; 6° enfin de pouvoir changer facilement cette sonde et de la boucher avec un fausset, non dans le but de s'opposer à l'introduction de l'air, qui n'est jamais à redouter après les injections iodées et les lavages répétés, mais pour empêcher l'écoulement continu du liquide sécrété dans la poitrine, liquide qui souillerait toutes les pièces de l'appareil et le lit du malade. On conçoit aisément qu'en permettant au pus de s'écouler à volonté, c'est-à-dire trois ou quatre fois par jour dans les premiers jours qui suivent la thoracentèse, puis deux fois, une fois toutes les vingt-quatre heures ; en faisant des injections iodées dès que les qualités du pus deviendront mauvaises, c'est-à-dire dès qu'il prendra une odeur désagréable ; en faisant des lavages quotidiens pour l'empêcher de croupir dans quelques recoins, on puisse débarrasser les malades d'un liquide de mauvaise nature, qui souvent les expose à tous les accidents de l'infection putride. Toutes ces précautions que nous venons d'énumérer, tous ces soins minutieux, sont de tous les instants ; ils sont indispensables si l'on veut guérir ; leur omission

Peut compromettre l'opération la mieux faite et la mieux indiquée. Je ne saurais trop les recommander. Évidemment la malade dont je viens de rapporter l'observation leur doit sa guérison. En terminant, je ferai encore remarquer, comme je l'ai fait ailleurs, combien est chimérique la crainte de l'introduction de l'air dans la poitrine à la suite de la thoracentèse, dans les épanchements pleurétiques purulents, lorsque la cavité pleurale est soumise aux injections iodées faites convenablement et aux lavages journaliers comme nous les recommandons. Je rappellerai enfin que, dans ces cas, un simple trocart est suffisant pour pratiquer l'opération, pourvu toutefois qu'il soit assez gros pour permettre l'introduction d'une sonde de gomme élastique des numéros 8 ou 9 par la canule.

III.

CORRESPONDANCE.

A MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE.

Sur la teinte ocreuse dite syphilide maculeuse du cou.

Monsieur et très honoré confrère,

En présence de l'autorité si grande qui, en matière de syphiliographie, s'attache au nom de M. Diday, je ne puis que me tenir pour très honoré d'avoir attiré son attention et mérité quelques éloges de sa part; mais si, par une observation consciencieuse et par une étude de plusieurs mois, j'ai réussi à me former une conviction à l'endroit de la syphilide maculeuse du cou, je ne puis consentir à en faire si bon marché que de l'abandonner à la première attaque. Aussi prierai-je M. Diday de me permettre de discuter quelques-unes de ses objections.

Je dois dire d'abord que les signes qu'il présente comme caractères essentiels de toute syphilide ne sont pas tous des plus pathognomoniques.

1° Ainsi la sensation *fugace*, mais constante, qui serait pour lui l'apanage de toute syphilide, manque quelquefois et surtout dans les formes érythémateuses ou maculeuses. Un bien grand nombre de nos femmes, affectées de roséole, même des plus caractérisées, même à forme papuleuse, la voient apparaître, persister et s'éteindre sans en avoir conscience autrement que par ce que leur révèle la vue. Et ces éruptions, pour n'être point senties, n'en sont pas moins syphilitiques.

2° Il est parfaitement vrai que la pression du doigt ne modifie point les macules du cou. Mais quelle minime valeur a réellement ce caractère pour décider de la nature spécifique ou non d'une dermatose, surtout si l'on considère que cette résistance à la pression est particulièrement indiquée comme appartenant aux syphilides à marche chronique, classe à laquelle se rattacherait celle qui est spéciale au cou !

3° L'absence d'élevure ou de saillie vaut-elle mieux? La tache syphilitique des auteurs, la syphilide maculeuse consécutive, la syphilide pigmentaire, certaines formes de roséole, ne partagent-elles pas ce caractère négatif, quoique admises par tout le monde au nombre des syphilides?

4° La longue durée, la persistance des taches du cou, hors même des limites qu'impose M. Diday à toute syphilide maculeuse, ne peuvent-elles recevoir d'explication qu'en niant leur nature?

5° Et si précisément elles dépassent ce terme de la durée des érythèmes syphilitiques, c'est que leur *apparition tardive* défend de les classer parmi ces premières manifestations si accessibles à l'influence du traitement; c'est qu'elles marchent de pair avec le psoriasis des muqueuses, dont la ténacité et la persistance n'ont fait infirmer la nature par personne. — Or je dois insister encore sur cette apparition tardive, quand à deux reprises j'entends M. Diday placer leur début à l'entrée de la série constitutionnelle, quand c'est vers sa fin qu'elles apparaissent.

6° Enfin la syphilide du cou s'est toujours présentée, chez nos malades, seule et isolée; et je puis affirmer que, n'ayant pas eu le bonheur de constater l'association dont parle M. Diday, je me crois autorisé à considérer la teinte ocreuse du cou comme remplissant la sixième condition sans laquelle, pour lui, une éruption ne saurait être une syphilide.

Quant à sa rareté, je ne puis l'admettre davantage. Si sur 107 cas examinés j'ai déjà pu en trouver 30 de taches du cou bien manifestes, c'est déjà une fort belle proportion, et je dois ajouter que, cherchant des exemples types pour ma description, je me suis contenté de constater *de visu* seulement les macules, à des intensités notablement moins accusées, chez une vingtaine de mes autres malades.

Je dois aussi réfuter cette opinion, que les taches du cou sont complétement rebelles à l'influence des préparations mercurielles. Que les topiques mercuriaux ne les modifient pas, je l'admets. Que des topiques d'autre nature n'aient pas plus de succès, c'est vrai encore, même pour la teinture d'ellébore blanc, que, pendant son séjour à Lourcine (1852), M. Gosselin employait déjà contre cette affection, dont il faisait aussi une étude. Mais le traitement mercuriel pris à l'intérieur les modifie vers la fin de sa durée, les trois observations que j'ai données pour type en font foi, et une disparition lente mais graduelle de ces taches est encore notée dans mes autres observations que je relis exprès.

Ce que je ne puis nier, c'est que l'explication que M. Diday propose du phénomène ne soit fort ingénieuse. A de plus savants que moi le droit de la juger à fond. Mais, dans cette explication même, je vois que M. Diday m'accorde que ce phénomène appartient exclusivement aux sujets syphilitiques. En effet, nous avions toujours constaté son absence chez les femmes non syphilitiques, comme il nous est donné chaque jour d'en voir à Lourcine. Je vois encore, dans cette explication, qu'il invoque l'influence de la syphilis comme cause de l'altération du sang et de la congestion sanguine des téguments du cou.

« Le *sang des syphilitiques*, dit-il, subit une altération particulière de » la matière colorante, une disposition à la déposer dans les tissus, ainsi » que le prouve la couleur cuivrée des syphilides..... »

N'est-ce pas impliquer la nature spécifique du résultat? Non, ce phénomène n'est pas fortuit ; non, il n'est pas insignifiant. S'il n'indique pas une intensité plus grande de la diathèse, n'est-on pas en droit de croire qu'il plaide au moins en faveur de sa ténacité, quand on voit des malades quitter l'hôpital en le portant encore et y revenir avec des récidives, et d'autres chez lesquels on a assisté à sa disparition rester indemnes de nouvelles manifestations ?

Oui, ce symptôme a une valeur, et puisque M. Diday admet qu'il appartient seulement à des sujets syphilitiques, puisqu'il accorde que ces sujets l'ont pris *à propos d'une syphilis*, dont grâce à Dieu on guérit quelquefois, ils ne seront pas condamnés à le porter toute leur vie, et c'est le traitement mercuriel seul, mais sagement administré, qui pourra les en délivrer, comme il les délivre du psoriasis des muqueuses, comme il les délivre de toutes les autres manifestations secondaires.

A. PILLON.

RÉPONSE. — Heureux de poursuivre, avec M. Pillon, l'une de ces controverses sérieuses et modérées dont je désirerais fort que notre exemple pût ramener le goût parmi les syphiliographes, je vais répondre à quelques-unes des objections qu'il élève contre ma manière de voir.

Je n'attache pas plus d'importance qu'il ne convient à l'absence de prurit, de proéminence et de décoloration par la pression, comme signe constitutif d'une syphilide. Mais un fait sur lequel il m'est impossible de faire les mêmes concessions, c'est la résistance *absolue* de cette teinte spéciale du cou au traitement mercuriel. « Le traitement mercuriel, dit M. Pillon, les modifie *vers la fin de sa durée !* » D'accord ; et si vous donnez les pilules quatre et cinq mois de suite, il est très certain que l'éruption aura pâli à l'expiration de cette période. Mais ce que j'affirme hautement, ce que je suis seul peut-être en mesure de prouver — moi qui traite à présent beaucoup de syphilis constitutionnelles sans mercure —, c'est que l'effacement graduel de la teinte bistre du cou n'est, ni plus rapide, ni plus complet, lorsqu'on donne du mercure que lorsqu'on en dispense les malades. — J'ajoute (insistant sur cette différence qui me semble décisive) que toutes les éruptions de nature vénérienne sont promptement modifiées par les topiques mercuriels, tandis que cette prétendue syphilide est par eux laissée telle qu'avant leur emploi.

Quant à la simultanéité, à l'association de cette teinte avec d'autres syphilides, sans parler de mon observation personnelle, je dirai seulement que j'ai constaté ce fait à l'Antiquaille chez une femme qui, sur un cou manifestement bistré, offrait deux plaques papulo-squameuses caractéristiques. Je fis même ressortir, devant les deux internes qui eurent l'obligeance de m'aider dans mon exploration, les conséquences qui me paraissaient résulter de cette coïncidence.

Pour ce qui est de l'ordre d'apparition de cet accident dans la série des phases de l'évolution constitutionnelle, j'admets volontiers l'exactitude des résultats de chaque observateur. Mais très certainement, sur deux malades, je l'ai vue débuter après la première poussée (caractérisée par céphalée, lassitude, éruption simplement roséolique) et avant l'apparition de la seconde poussée (caractérisée par une éruption papuleuse générale). Donc, chez ces deux malades du moins, la teinte bistre avait bien réellement commencé vers les premiers temps de la période secondaire. Et si le mercure n'a pas exercé sur elle une influence marquée, on ne saurait l'attribuer à ce qu'elle est du nombre des lésions syphilitiques tardives contre lesquelles cet agent n'a plus de vertu curative.

Je termine en constatant avec plaisir l'accord qui existe entre M. Pillon et moi pour déclarer que cette coloration morbide, telle que nous l'avons observée et décrite, ne se rencontre que chez les sujets syphilitiques. A ce titre, je m'empresse de le reconnaître, elle doit conserver toute la va-

leur que mon honorable et judicieux argumentateur — je voudrais pouvoir dire collaborateur — lui assigne comme vestige durable d'antécédents plus que suspects. Oui, il sera très souvent utile à la science, parfois rassurant pour l'humanité, d'avoir un signe qui, tous les autres effacés, permette, sans aucune interrogation ni exploration blessantes, de dire : La syphilis a passé par là !... ou tout au moins de le penser et d'agir en conséquence. Mais si elle dénote une infection ancienne, cette trace n'implique pas de danger, ne commande point de précautions pour l'avenir. C'est un indice, non une indication ; et dans sa longue persistance — je l'affirme au nom d'une expérience des plus attentives —, je ne vois pas la moindre raison pour prolonger au delà des limites ordinaires un traitement qui, pour être nécessaire, ne devient jamais inoffensif.

P. DIDAY.

Lyon, 5 décembre 1855.

IV.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des Sciences.

SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. REGNAULT.

MÉDECINE. — *Recherches sur la paralysie musculaire atrophique*, par M. *Cruveilhier*. Il s'agit, dans ce travail, d'une espèce de paralysie des mouvements confondue, jusque dans ces derniers temps, avec la paralysie par lésion des centres nerveux, maladie qui n'a pas encore sa place dans le cadre nosologique, et que l'auteur désigne provisoirement sous le nom d'*atrophie musculaire primitive ou idiopathique*. Cette paralysie musculaire est caractérisée *cliniquement* par la paralysie progressive avec atrophie correspondante des muscles soumis à la volonté, paralysie et atrophie qui coïncident avec l'intégrité parfaite du sentiment, des facultés intellectuelles et affectives, et des fonctions nutritives autres que la nutrition musculaire. Elle est caractérisée *anatomiquement* par l'atrophie du système musculaire de la vie de relation, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, avec intégrité parfaite des racines postérieures des mêmes nerfs, intégrité parfaite de l'encéphale et de la moelle épinière.

La détermination de cette maladie repose sur quatre observations dont M. Cruveilhier donne une analyse succincte.

La première observation a pour sujet une femme de quarante ans. Tout l'appareil musculaire a été successivement paralysé, en commençant par les membres supérieurs. La paralysie finit par s'étendre aux muscles de déglutition, de l'articulation des sons et de la phonation ; et, au milieu de cette abolition générale de la myotilité, la sensibilité générale et spéciale conserva jusqu'au dernier moment toute son intégrité. L'intelligence et les facultés affectives furent respectées. Les fonctions nutritives s'exécutèrent avec la plus grande régularité. La malade fut trouvée morte dans son lit. A l'autopsie, la moelle épinière était parfaitement saine, ainsi que le cerveau, le cervelet, l'isthme de l'encéphale.

Dans une deuxième observation, le malade, âgé de dix-huit ans, qui présentait traits pour traits les caractères de la paralysie musculaire atrophique, ayant succombé à la variole, l'autopsie démontra l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle, comme dans l'observation précédente, et, en outre, l'atrophie à des degrés divers de tous les muscles, depuis l'amaigrissement simple jusqu'à la transformation graisseuse.

Dans les troisième et quatrième observations, l'autopsie de deux sujets morts avec tous les symptômes de la paralysie musculaire atrophique au plus haut degré, a présenté : 1° comme dans les deux observations précédentes, l'intégrité parfaite de la masse encéphalique et de la moelle ; 2° comme dans la deuxième observation, tous les degrés de l'atrophie musculaire ; 3° en outre, l'*atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux ;* et, à côté de cette exténuation des racines antérieures de ces nerfs, les racines postérieures respectées conservaient tous les caractères de l'état le plus normal.

CONCLUSIONS. — « 1° Il existe une *paralysie musculaire* tantôt partielle, tantôt générale, avec intégrité de toutes les autres fonctions, dont le caractère anatomique est l'*atrophie* des racines spinales antérieures et l'*atrophie* de tous les muscles correspondants.

» 2° Cette paralysie musculaire atrophique doit être rapprochée non de la paralysie qui a son point de départ aux centres nerveux, mais de celle qui résulte de la section des nerfs affectés aux mouvements : telle est la section du nerf radial, du nerf cubital ou du nerf médian, par rapport aux muscles auxquels ils se distribuent.

» 3° Les faits relatifs à la paralysie musculaire atrophique sont pleinement confirmatifs du grand théorème de Charles Bell, en ce qui touche la distinction des racines des nerfs spinaux en racines antérieures ou *motrices*, et en racines postérieures ou *sensitives*. Ces faits pathologiques peuvent être considérés comme la démonstration la plus complète et la plus péremptoire.

» 4° Ces faits établissent une influence, non soupçonnée par les physiologistes, des racines antérieures des nerfs spinaux sur la nutrition musculaire.

» 5° Ces observations établissent, en outre, que les racines spinales antérieures sont indépendantes des cordons antéro-latéraux de la moelle ; car aux racines atrophiées correspondaient des cordons antéro-latéraux parfaitement sains.

» 6° Donc, l'origine réelle des racines antérieures des nerfs spinaux n'est pas aux cordons antéro-latéraux ; donc elle est dans la substance grise centrale de la moelle.

» 7° C'est donc dans la substance grise qu'il faudra chercher le point de départ de l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux. » (*Section de médecine et de chirurgie.*)

ANTHROPOLOGIE. — *De la mensuration de l'angle facial et des goniomètres faciaux*, par M. *Jacquart*. — Pour obtenir l'angle facial, d'après Camper, on tire une ligne nommée *faciale* depuis l'angle antérieur de la mâchoire supérieure jusqu'à la partie la plus saillante du front ; on mène une seconde ligne, ou ligne horizontale, à travers l'ouverture du conduit auditif jusqu'à la rencontre de la base des narines, et de ce point on la prolonge jusqu'à ce qu'elle coupe la ligne faciale. M. Jacquart fait sentir la lenteur et l'insuffisance de cette méthode, qui exige un trait préalable, et qui, confiée à des dessinateurs peu consommés ou peu attentifs, doit traduire des inexactitudes dans l'esquisse par des erreurs dans l'évaluation de l'angle facial, surtout si, comme il arrive le plus souvent, ces profils sont réduits. Il préfère le procédé de Cuvier et de Geoffroy Saint-Hilaire, qui au lieu d'appliquer la ligne horizontale obliquement et sur les côtés de la face, comme faisait Camper, l'appliquaient sur un plan vertical médian antéro-postérieur. C'est sur ce procédé qu'est fondée la construction et l'emploi des *goniomètres* de Morton et de l'auteur.

Après avoir décrit son appareil, M. Jacquart indique la manière dont on doit en faire usage, le compare à celui de Morton, et les apprécie l'un et l'autre. Celui de M. Jacquart serait plus précis et plus simple, et aurait l'avantage de s'appliquer à toutes les têtes, celles de petit, de moyen et de grand volume. (*Comm.:* MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

ANATOMIE COMPARÉE. — *Observations histologiques sur le grand sympathique de la sangsue médicinale*, par M. *Faivre*. — Le système nerveux de la *vie organique* de la sangsue, qui n'a pas encore été signalé, consiste, d'après l'auteur, en réseaux très complexes et en cordons peu nombreux qui s'étendent sur toute la surface de l'estomac multiloculé de la sangsue, spécialement sur sa face ventrale ou inférieure. Les réseaux et les cordons sont formés par les éléments ordinaires, les cellules et les tubes, autrement groupés et associés que les tubes et les cellules de la vie animale. Dans le système gastrique, les cellules sont éparses, indépendantes, au lieu d'être réunies ; les tubes naissent isolément, par deux ou par quatre, de la cellule ; ils sont flexueux, et vont se terminer tantôt dans une autre cellule, tantôt par anastomose dans d'autres tubes. (*Comm.* : MM. Milne Edwards, Coste, de Quatrefages.)

De l'hermaphrodisme chez certains vertébrés, par M. *Dufossé*. — L'auteur tire de son travail les conclusions suivantes : 1° Contrairement à l'opinion généralement accréditée, il y a des vertébrés qui, à l'état normal, sont hermaphrodites, et ce ne sont pas ceux dont l'organisation est considérée comme étant la plus dégradée. — 2° Les individus des espèces *Serranus scriba*, *Serranus cabrilla* et *Serranus hepatus* sont au nombre de ces hermaphrodites. — 3° Chaque individu de ces trois espèces produit des œufs qu'il féconde dès qu'il les a pondus. (*Comm.* : MM. Valenciennes, de Quatrefages, Coste.)

ZOOLOGIE. — *Observations sur les coléoptères vésicants des environs de Montevideo*, par M. *Courbon*. — On trouve aux environs de Montevideo trois espèces de cantharides : la cantharide pointillée, la cantharide à points enfoncés, et la cantharide veuve. Ces trois espèces de cantharides sont vésicantes d'une manière marquée, quoique à des degrés différents, et chacune d'elles a sa plante sur laquelle elle vit exclusivement. La première, la cantharide pointillée, qui est de beaucoup la plus commune, est aussi de beaucoup la plus active ; son énergie est même plus grande que celle de notre cantharide officinale ; puis elle a surtout l'avantage de ne déterminer jamais la moindre irritation sur les organes génito-urinaires. Ce dernier fait a été constaté particulièrement chez un malade atteint d'hépatite, qui n'eut rien à souffrir du côté de ces organes avec des vésicatoires de cantharide pointillée, tandis que les vésicatoire de cantharide officinale provoquaient de pénibles et promptes irritations. Des expériences nombreuses faites par l'auteur, il ressort encore que, dans les trois cantharides de Montevideo, le principe vésicant

réside dans les parties molles ou internes, tant celles de la tête et des cuisses que celles du thorax et de l'abdomen; les parties extérieures, les parties dures, cornées, qui forment le squelette de ces insectes, ne jouissent d'aucune propriété épispastique. (*Comm.* : MM. Duméril, Milne Edwards, Valenciennes.)

Physiologie. — *Mémoire sur les effets de la compression des nerfs*, par MM. *Bastien* et *Vulpian*. — Les expériences ont été faites, pour les membres inférieurs, sur le tronc du nerf sciatique, sur le nerf sciatique poplité externe; pour les membres supérieurs, sur les nerfs radial, cubital et médian réunis, et isolément sur chacun de ces nerfs. Les effets de la compression des nerfs se divisent naturellement en deux périodes. La première commence au moment où l'on a établi la compression, et se termine à l'instant où on la cesse : c'est la *période d'aller* ou *d'augment*; la seconde débute au moment où l'on a cessé la compression, et finit lorsque les parties qui sont sous la dépendance des nerfs comprimés reviennent définitivement à leur état normal : c'est la *période de retour ou de déclin*.

La *période d'augment* se subdivise en quatre stades. Ce sont : 1° Un *stade de fourmillements*, caractérisé par des sensations de fourmillements, de picotements, de vibrations, de fausses crampes, de chaleur. La sensibilité tactile et la motilité sont intactes. Ce stade dure de deux à dix minutes et au delà. — 2° Un *stade intermédiaire*, pendant lequel les fourmillements, vibrations, etc., s'évanouissent. Durée : de quelques secondes à un quart d'heure. — 3° Un *stade d'hypéresthésie*, durant lequel les sensibilités de tact, de chatouillement, de température, s'exaltent. Il n'y a encore rien dans les muscles. Il est impossible d'assigner une durée quelconque à ce stade, qui se mêle nécessairement, sur la fin, avec le suivant. — 4° Un *stade d'anesthésie et de paralysie musculaire*. L'hypéresthésie passe peu à peu des parties superficielles aux parties profondes, et en même temps les diverses sensibilités, qui étaient exagérées, se pervertissent les unes après les autres et disparaissent peu à peu. Les couches musculaires, d'abord hypéresthésiées, courbaturées, endolories, sont plus tard frappées de paralysie du mouvement. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

La *période de déclin* se divise aussi en quatre stades : 1° *Stade de paralysie de la sensibilité et du mouvement*, qui n'est que la continuation du dernier stade de la première période. Les douleurs profondes disparaissent; les paralysies cutanées et musculaires sont encore complètes pendant quelque temps. Durée : de quelques secondes à une, deux minutes au plus. — 2° *Stade d'hypéresthésie de retour*. On peut exécuter quelques mouvements volontaires peu étendus; les différentes sensibilités renaissent, perverties d'abord, exagérées ensuite. Durée : de quelques secondes à une minute, le plus souvent. — 3° *Stade intermédiaire de retour*. État normal de la motilité et de la sensibilité ; la sensibilité à la température est seule encore obtuse. — 4° *Dernier stade*. Invasion rapide et centrifuge de froid, auquel succède une pesanteur extrême qui immobilise le membre pendant quelques instants. Malaise inexprimable, lipothymique chez certaines personnes, et une sorte d'agacement qui semble remonter du membre jusqu'aux centres nerveux. Contractions spontanées dans les muscles, quelquefois de vraies crampes. La volonté, d'abord gênée dans son exercice, reprend son pouvoir, mais incomplètement. Les mouvements sont indécis et mal réglés. En même temps, fourmillements très prononcés, vibrations très fortes. Puis les mouvements se régularisent, les fourmillements et les vibrations diminuent, disparaissent peu à peu, et tout rentre dans l'état normal. La sensibilité à la température renaît après toutes les autres. Durée variable de quelques minutes à un quart d'heure.

La période d'aller et celle de retour offrent l'une avec l'autre une ressemblance frappante : mais l'ordre des phénomènes est renversé, la marche est inverse.

MM. Vulpian et Bastien, en terminant leur mémoire, insistent sur les ressources fécondes que pourrait présenter l'analyse attentive de la compression des nerfs pour la physiologie et la pathologie du système nerveux. Entre autres choses ils font remarquer que, d'après leurs expériences, la sensibilité est altérée plus rapidement que le mouvement, et que l'anesthésie semble indiquer une atteinte moins profonde du système nerveux que la paralysie de mouvement. La sensibilité cutanée a des modes spéciaux et distincts qui s'hypéresthésient, se pervertissent et s'anesthésient séparément et successivement. (*Comm.* : MM. Serres, Flourens, Rayer.)

Correspondance. — M. le ministre de l'instruction publique invite l'Académie à lui présenter deux candidats pour la chaire de médecine vacante au Collége de France par suite du décès de M. *Magendie*.

Candidatures. — MM. *Longet*, *Cruveilhier* et *Brown-Séquard* prient l'Académie de vouloir bien les comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

Nomination. — L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination d'un correspondant pour la section de médecine, en remplacement de feu M. *Fodera*. Au premier tour de scrutin, M. *Marshall Hall* obtient 39 suffrages ; M. *Riberi*, 2. M. *Marshall Hall* est proclamé élu.

Séance du 10 décembre 1855. — Présidence de M. Regnault.

Physiologie. — M. le ministre de l'instruction publique transmet un Mémoire de M. *Ch. Girault*, sur la vitesse pendant la marche et sur le travail dynamique des contractions musculaires. Dans ce Mémoire, l'auteur présente le résultat de plusieurs expériences relatives aux grandeurs diverses par lesquelles passe la vitesse du centre de gravité du corps pendant la marche sur un terrain horizontal, et il en déduit une évaluation approchée du travail des contractions musculaires développées dans l'accomplissement de cet acte. Il a trouvé que la vitesse de la marche oscille pendant toute la durée du pas entre $1^m,02$ et $1^m,38$ par seconde. Ce calcul et l'expérience lui ont permis d'évaluer approximativement le travail musculaire pendant la durée du pas, qu'il fixe à 5,73 kilogrammes. D'où il suit que celui qu'un homme est capable de développer journellement en marchant sans charge sur un terrain horizontal serait de 250,000 kilogrammes. (*Comm.* : MM. Poncelet, Velpeau, Morin.)

Observation d'un fait qui se rattache à cette proposition : « Le cœur bat parce qu'il recule, » par M. *Commaille*. — L'auteur, en poursuivant ses recherches sur l'action toxique de l'*Atractylis gummifera*, observa un phénomène qui lui parut devoir être pris en considération dans les recherches sur les causes des battements du cœur.

Voulant examiner les viscères d'un chat empoisonné avec l'*atractylis*, mort déjà depuis plusieurs heures, et qui offrait au plus haut degré la rigidité cadavérique, l'auteur vit le cœur nu et vide de sang se contracter avec une énergie à peine inférieure à celle qu'il devait avoir pendant la vie. La systole et la diastole auriculaire et ventriculaire étaient des plus nettes et des plus tranchées. Quant aux *mouvements généraux*, il n'y en avait pas la moindre apparence, le cœur était immobile à sa place. Ce cœur se contractait comme dans l'acte physiologique, mais il ne battait plus, et la paroi thoracique n'éprouvait pas le moindre choc. Un cœur vide de sang peut donc encore se contracter, mais il ne peut plus battre.

Comment se faisait-il donc que le cœur battît pendant plusieurs heures après la mort? L'auteur l'explique en admettant que son bistouri, au moment où il enlevait la paroi antérieure de la poitrine, avait dû piquer le cœur, et ce qui le confirma dans cette idée, c'est que pendant assez longtemps il put, au moyen d'une piqûre, réveiller les contractions quand elles s'éteignaient. (*Comm.* : Andral, Rayer, Bernard).

Chirurgie. — *Opération de symblépharon* ; note de *M. Laugier*. — Voici de quelle manière l'auteur décrit ce nouveau procédé :

« L'opération que je viens de mettre en usage, non-seulement est très simple, mais elle convient au symblépharon dans tous les cas. Son principe est de mettre en contact le globe oculaire séparé des brides cicatricielles avec la face muqueuse et non saignante de lambeaux formés de ces mêmes brides, adhérents par leur base aux paupières et renversés en dedans vers les sinus de la conjonctive, où les maintiennent dans cette position des anses de fil dont les chefs traversent les paupières de dedans en dehors et sont noués en dehors sur un petit rouleau de diachylon gommé.

» Les brides doivent être détachées le plus près possible de leur insertion au globe oculaire, afin que les lambeaux aient plus de hauteur ; elles doivent être disséquées profondément dans la direction des sinus de la conjonctive où le sommet des lambeaux devra être plongé.

» Telle est l'opération que j'ai pratiquée le 11 octobre sur la nommée Victoire Toupanse, âgée de vingt ans, couchée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, 12, atteinte d'un symblépharon qui unissait près de la moitié externe de la face interne et des bords des paupières droites à la demi-circonférence de la cornée transparente, et qui s'opposait aux mouvements de l'œil en dedans. Tout mouvement dans ce sens était douloureux et produisait une céphalalgie qui a disparu par l'opération.

» Le tissu cicatriciel, constituant une sorte de large pannus, a été partagé en deux lambeaux, dont l'un, le supérieur, fut renversé à la face interne de la paupière supérieure, l'autre renversé à la face interne de la paupière inférieure. Au bout de six jours, les fils ont pu être retirés ; la cicatrisation était complète, et l'œil avait repris ses mouvements qu'il a conservés depuis. » (*Renvoi à la section de médecine et de chirurgie.*)

Fait nouveau à l'appui des avantages des injections iodées dans les épanchements pleurétiques purulents, à la suite de la thoracentèse, par M. *Boinet* (voy. aux *Travaux originaux*). (*Commission des prix de médecine et de chirurgie.*)

MÉDECINE. — *Mémoire sur l'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine*, par M. *Marchal* (de Calvi). — Un cas d'empoisonnement par les vapeurs d'essence de térébenthine s'est présenté chez une femme qui habitait depuis plusieurs jours un appartement fraîchement peint. Le premier symptôme consista dans des coliques; mais bientôt survinrent subitement les accidents les plus alarmants; la malade était comme anéantie, le visage d'une pâleur mortelle, le tour des yeux cyanosé, le globe enfoncé, les lèvres à peine mobiles, l'haleine froide, la voix éteinte, les membres froids et dans la résolution, le pouls presque insensible, sans fréquence, la vue affaiblie, troublée; l'intelligence était intacte, et la malade se sentait mourir. L'usage énergique des stimulants *intus* et *extra* la ranima, et après quelques retours, aussitôt réprimés, de la crise hyposthénique, elle se rétablit, mais seulement au bout d'un mois.

Après avoir longuement débattu si cet empoisonnement devait être attribué à la céruse ou à la térébenthine, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° La céruse est fixe dans la peinture dont elle forme la base, et n'est pour rien dans les accidents qui peuvent résulter du séjour dans un appartement fraîchement peint.

2° Ces accidents sont dus aux vapeurs de térébenthine.

3° Le danger est le même dans un appartement fraîchement peint, quel quo soit le composé, blanc de plomb ou blanc de zinc, qui forme la base de la peinture.

4° Il y a danger d'empoisonnement par la térébenthine tant que la peinture n'est point parfaitement sèche, et le plus sûr est de n'habiter un appartement que lorsque toute odeur d'essence a disparu.

5° L'empoisonnement par la térébenthine rentre dans la même catégorie que l'empoisonnement par les émanations des fleurs.

6° Les émanations des fleurs agissent de deux manières sur l'économie : idiosyncrasiquement ou toxiquement.

7° Le mode d'action des vapeurs de térébenthine consiste principalement dans une hyposthénisation plus ou moins profonde.

8° Le traitement stimulant, énergiquement administré, est celui qui convient contre cet empoisonnement. Il ne faut pas négliger d'exciter l'action péristaltique de l'intestin par les moyens appropriés.

(Ces deux dernières conclusions ne sont pas absolues, attendu qu'elles ne se fondent que sur un fait.) (*Comm.* : MM. Dumas, Rayer, Balard.)

CANDIDATURES. — MM. *Laugier*, *Malgaigne* et *Piorry* prient l'Académie de vouloir bien les comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie.

COMITÉ SECRET. — La section de médecine, par l'organe de son doyen, M. *Serres*, présente comme candidats pour la chaire de médecine vacante au Collége de France : au premier rang, M. *Claude Bernard*; au deuxième rang, M. *Longet*; au troisième rang, M. *Brown-Séquard*.

Académie de Médecine.

SÉANCE DU 18 DÉCEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. JOBERT.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance.

1° M. le ministre de l'agriculture et du commerce transmet à l'Académie : — *a*. les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn en 1854. — *b*. Trois rapports de MM. les médecins des épidémies de Montbard et Vitteaux sur une épidémie de dysentérie qui a régné dans les communes de Saint-Remy, Saint-Thibaust et Bain. — *c*. Rapport final de M. le docteur *Hennozel* sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Regniville (Vosges), de 1854 (*Commission des épidémies*). — *d*. Rapport de M. le docteur *Racle* sur le service médical des eaux minérales de Saint-Honoré (Nièvre) pendant l'exercice de 1855. — *e*. quatre relevés de M. le docteur *Campmas*, médecin en chef de l'hôpital militaire de Baréges, contenant des renseignements sur les malades traités dans cet établissement en 1855. — *f*. Un rapport de M. le docteur *Barthez*, médecin principal de l'hôpital de Vichy sur les maladies au traitement desquelles les eaux minérales de cet établissement ont été appliquées pendant l'année 1855 (*Commission des eaux minérales*). — *g*. Plusieurs recettes relatives à des remèdes secrets et nouveaux (*Commission des remèdes secrets et nouveaux*).

2° Communication de : — *a*. Mademoiselle *Joséphine Brouland*, qui fait hommage à l'Académie d'un de ses tableaux destinés à l'instruction des sourds-muets (*Comm.* : M. Guéneau de Mussy). — *b*. M. le docteur *Gariel* : note sur un appareil destiné à maintenir réduites les hernies inguinales chez les enfants (M. Blache, *rapporteur*). — *c*. M. le docteur *Riboli*, de Turin (observations sur la bronchéo-pneumonie puerpérale avec miliaire et pityriasis, traitée au moyen de la saignée, du citrate de quinine et de la gomme ammoniaque). (*Comm.* : M. Grisolle). — *d*. M. le docteur *Aulanier* (note annexe sur la barégine et la glairine des eaux minérales) (*Comm.* : M. Isidore Bourdon). — *e*. M. le docteur *Samuel*, de Berlin (un mémoire intitulé : *De pathologiâ et therapiâ choleræ asiaticæ*). — *f*. M. le docteur *Martin*, d'Arles (Mémoire sur les diverses épidémies et sur le choléra observés à l'Hôtel-Dieu d'Arles) (*Commission du choléra*). — *g*. M. *Mathieu*, fabricant d'instruments (pince à érigne mobile destinée à extraire les gros polypes de l'utérus et autres organes creux).

— M. *Victor Masson* fait hommage à l'Académie d'un grand nombre d'ouvrages sur les sciences médicales, dont il est l'éditeur. Il annonce dans sa lettre d'envoi qu'il a l'intention d'adresser désormais à la bibliothèque académique les livres de médecine qu'il publiera dans la suite. (Une lettre de remercîments sera adressée à M. Masson.)

— Une lettre datée de Rio-Janeiro contient la rectification de plusieurs des faits énoncés par M. da Costa, dans un mémoire récemment lu devant l'Académie, et particulièrement des assertions émises par ce médecin sur l'historique et l'état actuel de la chirurgie au Brésil. Cette lettre renferme en outre des extraits de plusieurs journaux politiques, où l'inscription de M. da Costa sur la liste des *candidats admissibles* au titre de membre correspondant, est présentée à tort comme une véritable nomination au titre de membre correspondant.

— M. *Velpeau* saisit cette occasion pour faire ressortir les inconvénients qu'il y a à proposer dans les conclusions d'un rapport l'inscription de l'auteur du mémoire sur la liste des candidats au titre de correspondant. On voit, par l'exemple de M. da Costa, combien il est facile de prendre le change sur les intentions de l'Académie, et de s'intituler (souvent avec la meilleure foi du monde), membre correspondant, lorsqu'on n'a été seulement désigné que comme candidat admissible. M. Velpeau voudrait donc que l'Académie ne dressât plus à l'avenir de liste semblable, mais laissât simplement aux médecins le soin de poser leur candidature, sauf à examiner, à comparer et à discuter leurs titres respectifs au moment de l'élection.

— M. *Gibert* approuve les usages adoptés par l'Académie, et pense qu'ils doivent être maintenus; seulement, il demande que désormais MM. les rapporteurs usent de la plus grande réserve et de la plus entière circonspection, quand ils proposeront un candidat au titre de membre correspondant.

— M. *Dubois* (d'Amiens), secrétaire perpétuel, annonce que l'Académie entendra prochainement un rapport de M. Bégin, où se trouvent agitées toutes les questions relatives aux membres correspondants.

M. le *Président* informe l'Académie de la maladie de M. Gaultier de Claubry.

RENOUVELLEMENT DU BUREAU ET DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.

I. *Élection du président*. Votants, 56; majorité, 29. — Au premier tour de scrutin, M. Bussy obtient 52 suffrages; M. Desportes, 1; M. Lecanu, 1; M. F. Boutron, 1; billet blanc, 1.

M. BUSSY ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé président pour l'année 1856.

II. *Élection du vice-président*. Votants, 52; majorité, 27. — Au premier tour de scrutin, M. Michel Lévy obtient 45 suffrages; M. Rostan, 1; M. Guérard, 1; M. Depaul, 1; M. Chomel, 1; billets blancs, 3.

M. MICHEL LÉVY est proclamé vice-président pour l'année 1856.

III. *Élection du secrétaire annuel*. Votants, 46; majorité, 24. — Au premier tour de scrutin, M. Depaul obtient 43 suffrages; M. Gibert, 1; M. Lévy, 1; billet blanc, 1.

M. DEPAUL est élu secrétaire annuel pour l'année 1856.

IV. *Élection des membres du conseil*. — Sont élus, au premier tour de scrutin :

Premier membre, M. MICHEL LÉVY; deuxième membre, M. ROCHE; troisième membre, M. SÉGALAS.

— M. le *Président* annonce que la séance du mardi 25 décembre est remise au lendemain, à cause de la solennité de Noël; et que celle du mardi 1er janvier est renvoyée au 2 janvier, à l'occasion du jour de l'an.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SESSION 1855-1856.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Un travail manuscrit intitulé : *Étude sur les eaux minérales de Nauheim*, par M. le docteur *Rotureau*, avec demande du titre de membre titulaire. (Renvoyé à la commission chargée de l'examen de communications antérieures sur les *Eaux mères des Salines*.) Une note manuscrite et une brochure sur les *Eaux minérales de l'Algérie*, par M. *Bertherand*, médecin militaire à Metz, avec demande du titre de membre correspondant. (Renvoyé à une commission composée de MM. *Chausit, Léon Blondeau* et *A. Dubois*.) Une lettre de M. le docteur *Despine*, d'Aix-en-Savoie, adressant à la Société divers produits et échantillons relatifs à l'action des vapeurs des eaux d'Aix, sur les corps avec lesquels elles se trouvent en contact.

Ouvrages offerts à la Société.

Des paralysies des membres inférieurs ou paraplégies, par M. Raoul Leroy d'Étiolles.

Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, par M. Mialhe.

Compte rendu des eaux d'Aix en Savoie en 1854, par M. le docteur Davat.

Einleitung in die Mineralquellenlehre, ein Handbuch für Chemiker und Aerzte, von doctor B.-M. Lersch, Erlangen. (Introduction à l'étude des sources minérales, manuel à l'usage des chimistes et des médecins.)

Essai sur l'emploi médical et hygiénique des bains, par M. O. Henry fils.

Notice sur les eaux thermales médicales alcalines et sulfureuses d'Olette (*Pyrénées-Orientales*), par M. Bouis.

Hydrologie, par M. Bouis.

Deuxième et troisième séries d'observations sur les eaux d'Olette, par M. le docteur Puig.

Sur la proposition du bureau, la Société décide que, parmi les questions proposées à l'étude pour la saison de 1855-1856, les deux suivantes seront mises à l'ordre du jour les premières :

De l'action des eaux minérales dans le traitement des paralysies.

Les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, possèdent-elles des propriétés curatives autres que celles du soufre, du fer, du bicarbonate de soude ?

M. *le président* prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

Il y aurait de la vérité à dire des eaux minérales ce que l'on a dit des livres. Comme les livres, elles ont, selon les temps et selon les idées dominantes, leurs destinées favorables et leurs destinées contraires, leurs jours de vogue et leurs jours d'abandon ; et pour qui voudrait faire de l'histoire, ce ne serait pas un des chapitres les moins curieux et les moins instructifs des variations auxquelles la thérapeutique est sujette.

Les sceptiques de la science, ceux qui se font gloire de n'admettre que ce qu'ils ont pu voir et vérifier, et pour qui la tradition n'est rien, n'auraient pas manqué de s'emparer de ces dissidences et de s'en faire une arme pour attaquer le moyen en lui-même et le discréditer, comme on attaque aujourd'hui et l'on discrédite d'autres moyens dont l'expérience a démontré l'efficacité, et qui ont pour eux une sorte de consentement universel. Dans leur tendance à jeter sur les choses les mieux établies un doute destructeur, bien différent du doute philosophique, les esprits ainsi disposés auraient dit que si, d'une époque ou d'une école à l'autre, on est si peu d'accord sur les eaux minérales et leur valeur, c'est que, au fond, il n'y a rien de bien réel dans les vertus qu'on leur prête, et que la crédulité, la routine ou l'intérêt pourraient bien en être le principal mérite.

Telle n'a point été votre manière de raisonner : de ce que tout n'est pas évident et démontré dans les eaux minérales ; de ce que les auteurs qui en ont écrit présentent, au moins en apparence, beaucoup de contradictions et d'incertitudes, des erreurs même en très grand nombre et d'évidentes exagérations ; de ce que, enfin, les eaux minérales, tantôt vantées sans mesure ou négligées sans raison, ont été l'objet des appréciations les plus diverses, vous vous êtes bien gardés d'en mettre en question l'efficacité et de n'y voir, comme plus d'un l'ont fait, qu'un agent insignifiant et d'intérêt secondaire. Avec tous les esprits non prévenus et impartiaux, vous avez vu dans les eaux minérales ce qu'il y a en effet, une très grande classe de médicaments, une des plus importantes de la thérapeutique, la plus variée du moins, et, partant, un champ d'étude aussi intéressant qu'il est vaste et des plus beaux à parcourir.

Vous y avez vu, de plus, avec tous ceux qui aiment à associer aux considérations de la médecine celles de l'économie publique et de l'administration, une des richesses naturelles du sol, digne à tous égards de la sollicitude dont elle est l'objet de la part du gouvernement, et qu'il importe essentiellement au pays de voir développer de plus en plus.

Il faut le dire à sa louange, le temps où nous vivons est devenu favorable aux eaux minérales; et si elles ont encore leurs incrédules, chaque jour en voit diminuer le nombre. Abusée par un système qui l'avait réduite à la plus extrême simplicité, pour ne pas dire à l'indigence, la thérapeutique était sortie de ses voies. En y rentrant aujourd'hui par une sorte de renaissance dont on aime à suivre les progrès, elle tend à rendre aux eaux minérales l'importance qu'elles avaient perdue. Jamais peut-être on n'avait mieux compris le rôle et la portée de ce genre de médication, et les avantages que l'on en peut obtenir. On les comprend surtout depuis que la chimie, si heureusement mise sur la voie, a découvert dans les eaux minérales tant de corps nouveaux que l'on n'y avait pas soupçonnés jusque-là, ces modificateurs puissants de l'économie dont la thérapeutique actuelle a fait ses armes principales et qui, par leur présence, expliquent des succès dont, auparavant, on avait peine à se rendre compte.

Certes, Bordeu et ce que l'on pourrait appeler son école, l'ancienne Société royale de médecine et ses membres éminents, Carrère en tête, avaient beaucoup fait pour les eaux minérales. La science leur doit, outre ses meilleures acquisitions, l'impulsion salutaire dans leur étude qui a marqué la fin du XVIIIe siècle. Mais combien plus active encore et plus féconde est notre époque, favorisée à la vérité par des conditions toutes nouvelles, par le progrès des sciences et par des moyens de recherches que n'avaient pas nos devanciers ! Aussi, voyez comme chaque jour ajoute à l'importance des eaux minérales et aux études dont elles sont l'objet.

Ce sera une des gloires de l'Académie d'avoir ranimé ces études à une époque où le goût paraissait s'en éteindre. L'Académie n'a pas seulement continué, selon la lettre de son institution, l'œuvre de la Société royale de médecine dont elle a été l'héritière. Secondée par le Comité d'hygiène, elle l'a agrandie et perfectionnée ; elle en a fait, de l'aveu de tous, une œuvre de haute utilité publique.

C'est dans ces circonstances qu'inspirés par la science et le désir de la servir, vous êtes venus lui apporter le concours libre et spontané de vos efforts. Un véritable succès, un succès de bon aloi, vous en récompense aujourd'hui. Bien que jeune, la Société d'hydrologie médicale de Paris a déjà son autorité. Une excursion, qui s'est étendue cette année à nos principaux établissements thermaux, m'a permis plusieurs fois d'en recueillir l'expression, et je suis heureux de vous la rapporter. Après les corps officiellement chargés des eaux minérales ; après l'Académie, leur centre scientifique ; après le Comité, leur centre administratif, votre Société se voit invoquée à son tour, et elle devient, dans une certaine mesure, le point vers lequel se tournent et les regards et les travaux. Soyez heureux de ces résultats.

Vous les devez en grande partie au choix des questions que vous avez abordées dans le cours de vos discussions et aussi, souffrez que je le dise, à la manière, à la fois pratique et savante, dont vous les avez traitées, sans systèmes préconçus, sans exagération d'aucune sorte, et en vous attachant toujours à ce qu'apprennent l'observation et l'expérience.

Certaines de ces questions m'ont surtout paru avoir plus particulièrement fixé l'attention ; telles sont, par exemple, la question des vapeurs, de leur composition et de leur emploi ; l'application des eaux minérales au traitement des affections utérines, la question des piscines, celle de la sulfhydrométrie. L'importance n'en a échappé à personne, et chacun a compris combien la pratique y est intéressée ; je serais bien étonné si ces questions, restées à l'étude avec les questions nouvelles que vous y avez ajoutées, n'amenaient pas, cette année, des travaux originaux, et destinés à donner un grand intérêt à nos séances. En somme, et pour me servir, en la variant, d'une expression historique, l'année qui vient de s'écouler a été bonne.

Celle qui commence sera meilleure encore, j'en ai la ferme confiance, parce que, avec des travailleurs comme vous, chaque session doit être une occasion de progrès.

Bien que, par la direction même de vos travaux, vous soyez naturellement très attentifs à observer le développement que prennent les eaux minérales et le soin que l'on met partout à les favoriser, vous ne vous seriez peut-être pas attendus à les voir occuper à l'Exposition universelle une place d'une certaine importance. Dans ce grand et merveilleux concours des nations auquel n'a manqué aucun genre d'intérêt, par la raison qu'aucun produit utile ou simplement curieux n'y a fait défaut, une classe spéciale, vous le savez tous, avait été consacrée à l'hygiène et aux choses de la médecine. Les eaux minérales en formaient une section. Juré de la classe, et appelé par devoir à en étudier les détails, je n'ai pas tardé à m'apercevoir que la Société d'hydrologie pourrait y trouver matière à d'utiles observations, et qu'il y avait là, pour elle, une occasion d'étude à saisir. Malheureusement la Société était dispersée. Pour la remplacer autant que possible, un certain nombre de membres restés à Paris et le bureau, aussitôt qu'il m'a été possible de le réunir, ont bien voulu, à ma demande,

accepter la tâche d'étudier l'exposition au point de vue de l'hydrologie médicale, et de venir vous en rendre compte. Malgré de grandes et regrettables lacunes que ne présenteront probablement pas les expositions à venir, les produits qu'il s'agissait d'examiner étaient nombreux et variés. Ils peuvent être divisés en quatre groupes. Le premier est formé des eaux minérales elles-mêmes; le deuxième, de leurs produits, c'est-à-dire des sels que l'on en extrait et des résidus ou dépôts qu'elles fournissent; le troisième, des appareils destinés à leur administration; le quatrième, enfin, des eaux artificielles et des moyens qui servent à les fabriquer.

Après une revue générale faite en commun par tous les membres réunis, la commission s'est partagée en quatre sous-commissions, une pour chacun des groupes qui viennent d'être indiqués, et elle s'est mise à l'œuvre. Vous allez, dans cette séance même, avoir communication de son travail, dont, pour plus de précision et de clarté, quatre rapporteurs se sont chargés, M. *Le Bret* pour les eaux minérales, M. *Lefort* pour les produits, M. *Reveil* pour les appareils, M. *Fermond* pour les eaux artificielles. Après l'avoir entendu, vous reconnaîtrez comme moi, j'en suis sûr, que commission et rapporteurs ont droit à vos remercîments.

Cette visite à l'Exposition et les facilités qu'elle a fournies pour une étude comparative, me conduisent à vous parler, dans ce simple entretien par lequel je viens rouvrir vos travaux, d'une idée qui se sera sans doute bien souvent présentée à l'esprit de chacun de vous, à laquelle, pour mon compte, j'ai songé plus d'une fois, et que le moment nous semblerait venu de réaliser. Ce serait de réunir autour de nous, en les classant convenablement, comme pour une exposition spéciale et permanente, les choses relatives à l'hydrologie médicale, plans ou reliefs, modèles et appareils divers, produits des eaux, échantillons de toute sorte, en un mot, de faire, non pas précisément un musée de l'hydrologie, le nom serait trop ambitieux pour le moment, mais une certaine collection, aussi complète que possible, des objets qui s'y rapportent et que nous pourrions rassembler.

Au début, cette collection serait forcément bien modeste ; mais le temps et votre persévérance se chargeraient de la développer. Si je ne me trompe, il y aurait dans la réalisation d'une pareille idée une utilité réelle pour la Société et peut-être aussi pour les établissements thermaux et leur avenir. Un de nos correspondants étrangers les plus distingués, dont le nom, cher à l'hydrologie, fait justement autorité, M. le docteur Despine, d'Aix en Savoie, s'est montré plus que personne frappé de cette utilité, et il en fait le sujet d'une lettre qui vous sera communiquée. Et comme pour donner aussitôt l'exemple, M. Despine y a joint, à titre de premier noyau de la collection qu'il s'agirait de former, des échantillons très dignes en effet d'y figurer.

Ce n'est pas tout : entièrement sympathiques à une idée dont les avantages ont dû ressortir plus particulièrement à leurs yeux, à raison même de la mission qu'ils avaient acceptée, ceux de nos collègues qui se sont chargés d'aller étudier l'Exposition, ont dressé, chemin faisant, une liste des objets qui y figuraient et que l'on pourrait raisonnablement et sans trop d'indiscrétion demander aux exposants. La plupart de ces exposants sont des pharmaciens ou des médecins; quelques-uns des propriétaires d'établissements thermaux. Nous les croyons tous assez amis de la science et de ses intérêts, qui sont aussi les leurs, pour nous flatter que peu d'entre eux refuseront de faire don à la Société d'objets très précieux assurément, mais qui, au fond, n'ont d'autre valeur que celle qu'y attache l'hydrologie.

Si, comme nous osons l'espérer, le projet de former une collection hydrologique obtient votre assentiment, nous proposerons à la Société de confier à une commission spéciale le soin de l'examiner de plus près et de rechercher les voies et moyens de le réaliser. Nous dirons, dès à présent, que notre honorable collègue M. Réveil se chargerait, en attendant mieux, de loger la collection, et que, de plus, il consentirait à s'en faire le conservateur.

Quand on aime une chose et qu'on s'y intéresse, comme je m'intéresse à la Société d'hydrologie, on est nécessairement porté à la voir d'un œil favorable et complaisant, et l'on prend volontiers pour des réalités toutes les espérances qu'elle donne. Je ne crois cependant pas m'abuser en me persuadant de plus en plus qu'une société telle que la vôtre, riche de talents et pleine de zèle, saluée à ses débuts par un assentiment général et qui, depuis, s'est si honorablement placée et soutenue, est une société d'avenir, et que, pour développer cet avenir et se rendre profitable à la science, but de nos efforts, elle n'a qu'à vouloir et à persévérer.

Sur la proposition du bureau, la Société déclare adopter en principe le projet d'établir une collection de produits et objets relatifs à l'hydrologie médicale, et charge une commission composée de MM. *Chevallier*, *Mialhe*, *Shaueffèle*, *Debout*, *Réveil* et *Robiquet*, à laquelle se joindra le bureau, d'en étudier les moyens d'exécution et de lui en rendre compte dans la plus prochaine séance.

L'ordre du jour appelle la lecture des rapports sur *l'Exposition universelle des produits de l'industrie.* (Commissaires: MM. *Chapelain*, *Durand-Fardel*, *Fermond*, *Gobley*, *de Laurès*, *Le Bret*, *Lefort*, *Mélier*, *Mialhe*, *Patissier*, *Réveil*, *Herpin*, adjoint.)

Rapport de la sous-commission des *Eaux minérales*, composée de MM. *Chapelain*, *O. Henri*, *Mélier*, *Patissier* et *Le Bret*, rapporteur.

Chargé d'étudier des échantillons d'eaux minérales disséminées au milieu des matières premières et des produits de toutes les contrées du globe, nous devions nous rendre un compte aussi exact que possible de la dénomination, de l'importance chimique et thérapeutique de ces eaux, soit dans leur valeur intrinsèque et caractéristique, soit relativement à la nature du terrain d'origine, à la richesse hydrologique du pays où elles sont exploitées, ou aux avantages que la médecine peut en retirer par l'usage sur place et par l'expédition au loin. C'est le résultat de cette recherche que le rapporteur de la sous-commission a l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Société.

Soixante-dix-huit sources minérales ont été représentées par leurs échantillons à l'Exposition universelle. La France et ses colonies, les colonies de la Grande-Bretagne, l'empire d'Autriche, le duché de Nassau, la Toscane, les États sardes, la Confédération helvétique, la Grèce et le gouvernement de Tunis figurent dans la XII[e] classe, consacrée à l'hygiène, à la pharmacie, à la médecine et à la chirurgie, sous la rubrique de la 3[e] section, comprenant elle-même l'emploi hygiénique et médicinal des eaux, des vapeurs et des gaz.

Le peu de temps qu'il nous a été permis de consacrer à l'examen de ces divers spécimens, et, d'ailleurs, l'altération qu'ils ont subie, pour la plupart, à l'époque avancée de l'Exposition où votre commission s'est réunie, nous privent de données fort importantes, particulièrement au point de vue de la composition chimique, restée obscure à l'égard de plusieurs d'entre elles. Toutefois l'énumération des eaux minérales rangées dans le Palais de l'industrie mérite de fixer l'attention, quelque dépourvue qu'elle soit d'éléments essentiels, et ne dût-elle servir que d'exemple et d'encouragement pour ceux qui s'associeront plus tard au renouvellement d'un concours aussi général.

Les eaux minérales de la France comprennent treize échantillons de sources, savoir :

1° A titre d'eaux sulfureuses :

Celles d'Olette (Pyrénées-Orientales). Olette, situé à très peu de distance de la frontière d'Espagne, est remarquable par le nombre et l'abondance de ses eaux minérales plus ou moins thermales, la plupart de nature sulfureuse, et d'autres alcalines silicatées, paraissant dégénérées. M. Bouis a analysé avec grand soin ces diverses sources. Il est à croire que les eaux sulfureuses d'Olette, en raison de leur température élevée, qui varie entre 27 et 78 degrés centigrades, ne pourraient se prêter à l'embouteillage ni à l'expédition au loin.

Celles du Vernet (Pyrénées-Orientales). Source Mercadier, température entre 33 et 42 degrés centigr.; 0[gr],0155 dix-millièmes de sulfure de sodium. Leur température rend également leur transport difficile.

Celles de Castera-Verduzan (Gers). Deux sources minérales alimentent cet établissement thermal : l'une sulfureuse, et l'autre de nature ferrugineuse. Leur température est peu élevée, et, en raison de la faible sulfuration de la première, nous pensons qu'elle se prêterait mal à la conservation et à l'expédition.

2° Parmi les eaux alcalines :

Celle d'Hauterive-lez-Vichy (Allier), l'une des dépendances les plus importantes du bassin de Vichy. Ces sources, riches en bicarbonates de soude et terreux, sont plus chargées en acide carbonique que celles de Vichy même, ainsi que l'analyse de M. O. Henry l'a démontré. On les conserve aisément en bouteilles pour les expédier.

3° A titre d'eaux ferrugineuses manganésiennes sulfatées :

Celles de Cransac (Aveyron). On connaît depuis un temps immémorial deux sources froides principales à Cransac : ce sont les sources Haute et Basse. Ces eaux sont de nature ferrugineuse et manganésienne. Leurs éléments minéralisateurs s'y rencontrent surtout à l'état de sulfates ferrique et manganeux associés à des

sulfates d'alumine, de potasse, de magnésie et de chaux, etc. La source Haute est autant ferrugineuse que manganésienne, et la source Basse, la plus généralement employée, ne renferme que fort peu de fer, et est presque entièrement minéralisée par le sulfate manganeux, ainsi que notre savant collègue, M. O. Henry, l'a constaté aux sources mêmes. Ces eaux peuvent être conservées parfaitement en bouteilles, et expédiées sans danger d'altération.

Des fragments de roches sont exposés à côté de ces eaux; elles proviennent de la montagne Brûlante, appelée aussi le Montet, à Cransac. Des efflorescences salines les recouvrent, les unes alunifères, les autres de sulfate d'alumine, tantôt blanches, cristallisées en aiguilles soyeuses ou bien en aiguilles déliées dues à du sulfate de magnésie; tantôt jaune orange, composées soit de soufre et d'arsenic, soit d'orpiment avec un léger mélange de réalgar; il en est, enfin, où le chlorhydrate et l'iodhydrate d'ammoniaque s'ajoutent aux précédentes combinaisons. Le sol même, qui donne naissance aux diverses sources de Cransac, se recouvre de ces efflorescences, dont les sources ne sont, tout porte à l'admettre aujourd'hui, que des dissolutions étendues ou une sorte de lixiviation naturelle. C'est donc avec raison que les propriétaires de cet établissement thermal ont réuni, dans leur envoi à l'Exposition, les eaux et les produits volcaniques à travers lesquels elles émergent. La nature des terrains traversés par les sources minérales influe trop sur la nature et l'abondance des éléments minéralisateurs dissous ou entraînés, pour qu'on doive négliger d'établir la comparaison rendue nécessaire entre leur composition et leur gisement. Une collection qui réunirait ce double moyen d'étude et d'observation faciliterait singulièrement les progrès de l'hydrologie médicale, et nous devons souhaiter que l'exhibition des eaux et des roches de Cransac provoque de louables imitations par la suite.

4° Les eaux acidules froides, en comprenant à la fois soit les sources dans lesquelles l'élément dominant (thérapeutiquement parlant) est un carbonate, soit celles d'où l'acide carbonique se dégage en abondance, indépendamment des sels calcaires ou autres qu'elles renferment, sont représentées à l'Exposition par six échantillons, savoir :

Celle de Saint-Galmier (Loire) : eau froide, limpide, d'une saveur acidule, fraîche, fort agréable, et qui, se conservant aisément sans altération, rivalise, dans le midi de la France, avec l'eau naturelle ou artificielle de Seltz.

Celle de Condillac (Drôme), dont les sources, au nombre de deux, découvertes il y a quatre ans, s'échappent d'un terrain calcaire. La nature de ces eaux est carbonatée calcaire et sensiblement ferrugineuse; mais c'est surtout la grande quantité d'acide carbonique libre qu'elles renferment qui les rend remarquables et en répand l'usage dans les départements méridionaux, concurremment avec les eaux de Seltz et de Saint-Galmier.

Celle de Vic-sur-Cère (Cantal). M. O. Henry a fait remarquer l'analogie de composition qui existe entre cette eau et celle de Seltz, avec une proportion plus grande de sulfate de soude et surtout de bicarbonate alcalin, tout à l'avantage de l'eau française. De plus, on y rencontre un bromure, et la présence de l'arsenic a été signalée par M. Chevallier dans la source de Vic, qui, comme la plupart des eaux d'Auvergne, sort des terrains basaltiques et granitiques.

Celle de Tessière-les-Bouliés (également dans le Cantal), qui depuis quelques années a acquis une certaine réputation en Auvergne. Le dégagement d'acide carbonique est considérable à la source même, et se conserve facilement par le transport. Une saveur aigrelette et très agréable justifie amplement l'usage de cette autre émule de l'eau de Seltz.

5° A titre d'eaux ferrugineuses carbonatées acidules, les eaux d'Orezza (Corse), analysées récemment avec beaucoup de soin par M. Poggiale. Très abondantes, petillantes à la source, elles semblent pouvoir, avec un peu de précautions, supporter l'embouteillage.

Celles de Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure), rendues célèbres par le séjour de la reine Anne d'Autriche, de Louis XIII et du cardinal de Richelieu. La nature de ces eaux, graduées naturellement, est constituée surtout par du fer à l'état de protocrénate dissous par l'acide carbonique et associé à quelques carbonates terreux et à des traces de principe arsenical.

Celle d'Andabre (Aveyron), près Camarès, d'une faible minéralisation.

Enfin, 6°, nous mentionnerons les eaux de Neyrac, petit bourg du département de l'Ardèche. Il y a plusieurs sources minérales à Neyrac, et elles sont connues depuis très longues années : celle dite des Bains, la seule thermale, est à peu près aussi la seule employée. D'après M. Mazade, à qui l'on doit une remarquable analyse honorée des récompenses de l'Académie impériale de médecine, elles contiennent des bicarbonates de soude, de chaux, de magnésie, de fer, et d'autres sels; mais ce qui a surtout frappé l'attention générale, c'est la présence, signalée par le même chimiste, dans ces eaux, du titane, du molybdène, du nickel, du cobalt, de la zircone, du cérium, de l'étain, du tungstène et du tantale. On voit à l'Exposition, à côté des échantillons de l'eau de Neyrac, des tubes renfermant ces divers produits. M. O. Henry, dans le laboratoire de l'Académie, a pu constater l'existence du titane, du nickel, du cobalt, et même probablement celle de la zircone; il n'a pas cherché les autres corps indiqués. L'expérience sera appelée à se prononcer sur le rôle thérapeutique qu'on peut attribuer à de pareils agents, annoncés, pour la première fois, en grande partie, dans la composition d'une eau minérale.

Là s'arrête le dénombrement des eaux de France désignées dans la galerie-annexe de l'Exposition. Sa brièveté est regrettable à plus d'un titre, et, sans qu'il soit nécessaire de nous étendre sur les richesses qu'offrent, au point de vue des sources minérales, les diverses régions géologiques de notre pays, nous exprimerons le vœu qu'elles soient représentées, dans les solennités du même genre qui se reproduiront, d'une manière plus conforme à leur nombre et à leur importance.

Parmi les colonies françaises, l'Algérie, la Martinique et l'île de la Réunion ont produit des échantillons de leurs eaux minérales.

Le sol de l'Algérie appartient en grande partie aux terrains primitifs, jurassiques, crétacés et tertiaires, et les sources minérales y apparaissent assez abondantes, dans une bande qui court parallèlement à la côte, surtout de la Calle à Sétif. On connaît d'ailleurs les gisements importants de minerais de plomb, de cuivre, d'argent, répandus dans l'intérieur du pays, et aussi des mines de sel gemme, indépendamment de nombreux lacs salés que renferme la province de Constantine. Dans plusieurs localités, les eaux d'un très grand nombre de ruisseaux salés pourraient fournir du sel par l'évaporation artificielle, et le sulfate de magnésie se trouve même à la surface du sol, au bord de petits cours d'eau. Les eaux minérales devaient emprunter leur composition aux circonstances naturelles du pays; et, quoique les documents dont nous allons vous entretenir laissent beaucoup à désirer, on peut se convaincre déjà de cette relation.

La province d'Oran est riche en sources thermales, où dominent le chlorure de sodium et les sels calcaires. Elle a envoyé des eaux de Hamman-Bou-Adjer, d'une température de 31 degrés centigrades. Les indigènes s'exposent à la vapeur de cette source, qui, ainsi que cela a lieu fréquemment en Algérie, est renfermée et consacrée dans la coupole sépulcrale d'un marabout.

Les eaux de Oued-el-Amman, source de 53 degrés centigrades de température, autrefois exploitée par les Arabes, à en juger par des restes d'établissement abandonné, dans un beau site.

Les eaux de Amman-Bou-Gh'rara (température, 48 degrés centigrades).

Les eaux sulfureuses d'Oran même.

Et les eaux du Bain de la Reine, ou Sidi-Dedeyop, source située entre Oran et Merz-el-Kebir, au milieu d'un terrain d'origine ignée, qui porte encore les traces visibles de tremblements de terre. Sa température dépasse 60 degrés centigrades, et l'analyse, faite concurremment par MM. Redoin et Tripier, prouve que le chlorure de sodium s'y rencontre en grande proportion. Depuis l'occupation française, quelques travaux ont été tentés pour rendre à cette station thermale l'importance que les Arabes, de temps immémorial, et la cour d'Espagne, plus tard, lui ont donnée à juste titre. Les

médecins de l'hôpital militaire d'Oran se louent des services que les malades en retirent, sous leur direction, dans les cas d'atonie générale, de douleurs rhumatismales ou déterminées par d'anciennes blessures, etc.

Suivent les eaux de Amman-Mellouan, situées dans les gorges de l'Hamadon, à une lieue sud du village de Rovigo, et dont l'analyse a été faite par M. Tripier. Analogues en composition aux eaux de Bourbonne-les-Bains et de Balaruc, elles sont plus chargées de chlorure de sodium.

Les eaux de Mouzaïa-les-Mines (de la province d'Alger); — de Amman-Bou-Allouef; — de Kef-Amman (température, 41 degrés centigrades); — de Amman-Miln-Djoudell; — de Amman-Sidi-Tradh (température, 22 degrés centigrades); — de Amman-Sidi-Jabalagh (température, 40 degrés centigrades).

Ces sources appartiennent à la province de Constantine, dont le sol tire ses caractères principaux des calcaires et des schistes argileux. Leur analyse chimique nous est inconnue. Nous nous attendions à voir parmi elles un spécimen des bains Maudits (Amman-Meskoutin), qui, situés dans le bassin de la Seybouse, sont alimentés par des sources salines et des sources ferrugineuses douées d'une température qui s'échelonne de 60 à 90 degrés centigrades. Le premier, et pour la première fois, en analyse d'eaux minérales, M. Tripier y a découvert l'arsenic au volume de 0,000,50, inaugurant ainsi ces belles recherches qui vont vraisemblablement doter l'hydrologie de lumières toutes nouvelles, et M. le docteur Grellois a publié sur ces bains un travail important dans le recueil des *Mémoires de médecine, chirurgie et pharmacie militaires*. On s'accorde à reconnaître d'excellentes conditions d'avenir à l'établissement construit par l'administration dans cette localité en 1845. Il est à croire que notre belle colonie d'Afrique offrira encore, quand on les explorera, autant de ressources, sous le rapport hydrologique, qu'elle en révèle chaque jour à d'autres points de vue.

La Martinique, cette île montagneuse, entièrement formée de terrains volcaniques anciens, a adressé des eaux ferrugineuses, savoir :

Celle de la source Reynal;

Celle des bains Didier, situés dans une gorge, au pied des Pitons, à 10 kilomètres de la ville de Fort-de-France. Cette eau aurait 53 degrés centigrades comme température.

Celle ferrugineuse thermale de la fontaine Absalon, également dans les Pitons.

L'île de la Réunion compte trois échantillons dont la composition nous est inconnue, et que nous enregistrons :

Eau de Cilaos; — de Mafaque; — de Salazic (intitulée pétrifiante).

Un flacon rempli d'eau ferrugineuse, et provenant de l'île Maurice, sans autre indication, rappelle seul les colonies anglaises dans le sujet qui nous occupe. La Grande-Bretagne n'a point jugé opportun d'exposer les échantillons de ses eaux thermales et froides, les unes salines, les autres ferrugineuses, lesquelles ne jouissent pas, du reste, chez nos voisins d'outre-mer, d'autant de considération que la plupart des sources du continent.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Société de médecine du département de la Seine.

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. GÉRY.

Le compte rendu de la dernière séance est lu et adopté.

M. *Bourguignon* fait lecture d'un mémoire ayant pour titre :

NOUVELLES RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DE LA GALE DE L'HOMME; SUBSTITUTION DE LA GLYCÉRINE AUX CORPS GRAS, COMME EXCIPIENT DES AGENTS ANTIPSORIQUES.

Voici un extrait de ce travail :

J'ai entrepris ces nouvelles études, dit l'auteur, afin qu'on pût dire du traitement de la gale qu'il guérit, non-seulement *tuto, cito*, mais encore *et jucunde*. Les topiques antipsoriques ne sont, en effet, rien moins qu'agréables, par leur odeur, par la douleur qu'ils excitent, et par le dommage qu'ils causent aux malades en altérant leurs vêtements. D'autre part, le nombre toujours considérable des galeux à traiter (il est de 6,000 annuellement pour Paris seulement) méritait de fixer l'attention, car le parasite de la gale semble se jouer des réformes expéditives : il pullule envers et contre tout.

L'auteur a cherché à guérir la gale par un seul bain; à défaut d'un bain, par une lotion; enfin à défaut d'une lotion, par des topiques privés en partie des inconvénients attachés jusqu'à ce jour à leur emploi. Des bains concentrés au sulfure de potassium, aux solutions zinco-arsenicale, de bichlorure de mercure, de sulfate de cuivre, etc., etc., n'ayant point donné les résultats désirés, il a employé en lotion les huiles essentielles ou les carbures d'hydrogène, les essences de lavande, romarin, citron, etc., la benzine, les éthers, le chloroforme, qui tous tuent le parasite acarien, soit instantanément, soit au bout de quelques minutes, et avec une énergie qui l'emporte sur l'intoxication de toutes les autres préparations. Ces lotions, efficaces pour faire périr le sarcopte dans son sillon, ont eu l'inconvénient de causer une vive douleur surtout aux parties sexuelles, et de laisser les œufs en état de suivre leur évolution régulière; si bien que des malades, guéris en apparence, ont éprouvé de nouvelles démangeaisons trois semaines après la friction. Les douleurs et la prompte destruction du sarcopte ont été en raison directe de la volatilisation de ces carbures; à cet égard, le chloroforme occupe le premier rang, l'essence de térébenthine le dernier.

Ces huiles essentielles ne pouvant être supportées par le tégument à l'état de pureté, ni détruire les œufs, leurs solutions étendues pour bain n'ayant pu également amener la destruction complète du parasite et de ses générations à venir, force a été de chercher un excipient propre à diminuer l'action irritante de ces essences, et d'y joindre un autre élément propre à détruire les œufs. Comme excipient, la glycérine, qui a toutes les propriétés des corps gras sans en avoir les inconvénients, car elle est soluble dans l'eau, qui ne tache pas les vêtements et est bienfaisante pour la peau, fut substituée à l'axonge; et le soufre en poudre, après la constatation de l'effet spécial qu'il produit sur les sarcoptes, analogue, sous quelques rapports, à la prompte intoxication du *Pyrethrum eaueasicum* sur nos parasites domestiques, fut ajouté aux essences et à la glycérine. Ce nouveau topique, d'une odeur agréable, moins douloureux que la pommade d'Helmerich, opère, après une seule friction générale non précédée de friction au savon, une guérison définitive. Sa formule est la suivante :

℞. Jaunes d'œufs. . . .	n° 2.	
Essence de lavande. .	5	grammes.
— de citron. .	5	—
— de menthe. .	5	—
— de girofle. .	3	—
— de cannelle. .	3	—
Gomme adragante. .	2	—
Soufre bien broyé. .	100	—
Glycérine.	200	—
	323	grammes.

Soit, en y comprenant les jaunes d'œufs, environ 350 grammes.

Mêlez intimement les essences aux jaunes d'œufs, ajoutez la gomme adragante, développez complètement le mucilage, puis versez par petites portions la glycérine et le soufre.

Puisque la glycérine l'emportait par ses avantages sur l'axonge sans coûter plus cher, il était rationnel d'en essayer l'emploi dans la préparation de la pommade des hôpitaux, et de constater l'efficacité de ce nouveau topique : c'est ce que fit M. Bourguignon : il soumit un grand nombre de malades au traitement par la pommade d'Helmerich ainsi modifiée, et obtint des guérisons aussi promptes et aussi définitives qu'avec le topique aux essences. La formule de la pommade d'Helmerich à la glycérine est la suivante :

℞. Gomme adragante.	1	gramme.
Sous-carbonate de potasse. . . .	50	—
Soufre bien broyé.	100	—
Glycérine.	200	—
Essences de lavande, citron, menthe, girofle, cannelle. } ãã	1	—
	356	grammes.

Faites un mucilage avec la gomme adragante et 30 grammes de glycérine, ajoutez le carbonate de potasse, mêlez jusqu'à dissolution, puis versez le soufre et la glycérine par petites portions. Aromatisez.

Cette nouvelle pommade d'Helmerich reviendrait, d'après l'estimation qu'en a bien voulu faire M. Soubeiran, au même prix que la pommade en

usage dans les hôpitaux, soit à 70 centimes les 350 grammes nécessaires à la guérison.

Ce topique, malgré l'augmentation notable du sous-carbonate de potasse et du soufre, est moins douloureux que la pommade sulfuro-alcaline, et il a sur cette dernière l'avantage de ne plus altérer les vêtements et d'avoir une odeur agréable. — L'auteur en conseille l'emploi pour les hôpitaux civils et militaires.

Des enfants ont été traités à l'hôpital Sainte-Eugénie par les deux topiques formulés, comme des adultes l'avaient été à l'hôpital Saint-Louis.

L'auteur, après ces dernières observations, pense, comme autrefois, que le traitement doit comprendre un bain simple ou savonneux pour les individus dont le corps n'est point dans un état de propreté convenable, puis deux frictions générales d'une demi-heure, faites à douze heures d'intervalle, et suivies, vingt-quatre heures après la dernière friction, d'un bain de propreté non savonneux, la glycérine étant soluble dans l'eau ; et pour les personnes qui veulent vaquer à leurs occupations journalières et tenir secret le traitement qui leur est imposé, une friction le soir au moment du coucher, un bain le matin au lever, une seconde friction le soir du second jour, puis un second bain le surlendemain matin : soit deux frictions et deux bains en alternant à vingt-quatre heures d'intervalle, en commençant par la friction, ce qui permet aux malades de n'être soumis à l'action du topique que pendant deux nuits consécutives, et de ne porter le jour aucune trace de médication.

Deux frictions sont conseillées, attendu que les malades, livrés à eux-mêmes, négligent trop facilement la recommandation qui leur est faite de se frictionner suivant une certaine méthode ; qu'il en est ainsi dans certains hôpitaux privés d'un personnel qui surveille le traitement, et voire même pour quelques médecins, qui oublient la nécessité de faire frictionner les mains vingt fois plus que les bras, par exemple ; car sur cent parasites, quatre-vingts sont aux mains et vingt seulement aux parties génitales ou sur les autres régions du corps.

Les 350 grammes que donnent les formules suffisent aux deux frictions ; la première doit absorber 200 grammes et la seconde 150 grammes.

Ces études étaient terminées, quand deux internes de l'hôpital de Lourcine, MM. Dussard et Pillon, ont conseillé un nouveau traitement à l'aide d'une solution composée de 12 grammes de chlorure de soufre dans 100 grammes de sulfure de carbone. Les conclusions étaient « qu'un seul badigeon de cinq minutes avec une substance peu coûteuse, dont l'emploi est facile et exempt de danger, dont l'odeur est supportable, sans écorcher le malade, *sans le faire souffrir*, sans le garder à l'hôpital, constituait un traitement rapide, commode, *et dont l'efficacité ne leur aurait pas failli une seule fois.* » M. Bourguignon ayant fait usage des carbures d'hydrogène, comprit tout de suite que le chlorocarbure de soufre devait être efficace ; seulement, il redoutait encore plus que pour ces derniers la douleur qui devait succéder à la prompte volatilisation du carbure de soufre. Quoi qu'il en soit, il fit aussitôt un complément d'expériences qui l'ont conduit à des conclusions différentes.

Il a constaté, en effet, que le badigeonnage à la solution du chlore et du carbure de soufre, employé sur six malades, a causé une telle douleur aux parties génitales, que deux d'entre eux ont failli en perdre connaissance, et que deux galeux sur quatre, traités plus spécialement en vue de la prompte destruction des parasites, ont présenté des acarus vivants quarante-huit heures après le badigeon ; d'où il conclut que MM. Dussard et Pillon n'ont point encore trouvé un spécifique *réellement infaillible et non douloureux.*

M. *Boinet* demande à M. Bourguignon si le topique dans lequel les essences aromatiques remplacent le sous-carbonate de potasse n'a pas irrité la peau des malades ; car, pour sa part, il a souvent usé des huiles essentielles dans le traitement de la gale, mais quelquefois avec le regret d'avoir à combattre des complications dues au traitement lui-même.

M. *Bourguignon* répond que l'observation de M. Boinet est fort juste ; toutes les fois qu'il a essayé l'emploi des essences pures, il a eu à redouter une violente cuisson, portée pour les parties sexuelles jusqu'à la douleur, ainsi que diverses éruptions secondaires, et que ce sont ces graves inconvénients qui l'ont conduit à mêler les huiles essentielles à la glycérine, cette dernière ayant la propriété de remplacer l'axonge comme excipient, de faire disparaître l'action irritante des essences, et d'agir pour sa part contre les éruptions qui accompagnent habituellement la psore.

M. *Chausit* trouve qu'on abuse singulièrement, depuis quelques années, des prétendues améliorations qu'aurait produites le traitement expéditif ; car, à bien prendre, il ne voit réellement pas ce que les malades y ont gagné. Une friction, dit-on, tue l'acarus ? Il est possible qu'il en soit ainsi, mais qu'importe aux malades la mort du parasite, s'ils sont obligés de suivre un complément de traitement, de prendre des bains pendant huit à dix jours. Autrefois on guérissait les galeux après un traitement de huit à dix jours ; il ne voit donc pas où est réellement le grand avantage de la médication expéditive. M. Bourguignon propose une nouvelle formule dans laquelle les huiles essentielles entrent comme principe actif. Mais l'emploi des essences n'est point chose nouvelle ; M. Cazenave n'emploie pas d'autre traitement contre la gale depuis nombreuses années. Quant au mode d'action des topiques, il est également connu : M. Hebra, de Vienne, a démontré que les pommades dans lesquelles le soufre ou d'autres corps pulvérulents entrent pour une large part, déchirent les sillons et tuent le sarcopte sur place. M. Chausit n'est point partisan du traitement par une seule friction, parce qu'il développe souvent des éruptions secondaires, et de plus, parce qu'il ne lui est pas encore clairement démontré qu'il guérit sans récidives.

M. *Bourguignon* répond que, contrairement à l'opinion de M. Chausit, il trouve une très grande différence dans le traitement suivi aujourd'hui, comparé à celui d'autrefois. Quand la médication réclamait huit à douze jours, on frottait les galeux pendant quelques minutes, toutes les vingt-quatre heures, aux pieds et aux mains seulement, de telle sorte que tous ceux qui portaient des sarcoptes sur les autres régions du corps avaient subi le traitement en pure perte. On peut dire que deux frictions suivies d'un bain guérissent infailliblement la gale, attendu que les trois quarts des malades peuvent réellement s'abstenir de tout traitement et même de bains, une fois cette médication opérée. Quant au dernier quart, pour lequel des éruptions nécessitent un complément de traitement, on peut, à la rigueur, le considérer comme également guéri de la gale ; car dans cette maladie, on ne saurait trop le répéter, il y a deux choses inséparables, il est vrai, mais pourtant jusqu'à un certain point distinctes : la gale en tant que due à la présence du parasite, puis les désordres ou les éruptions que ce parasite provoque et qui réclament un traitement en quelque sorte tout opposé. Ainsi, dans la plupart des cas, il est vrai de dire qu'on guérit la gale en quarante-huit heures. Ce résultat, comparé à celui que donnait la méthode suivie autrefois, me paraît important et constitue un véritable progrès.

Quant à l'idée première d'employer les huiles essentielles dans le traitement de la psore, je reconnais, avec M. Chausit, qu'elle date de loin. Je sais que M. Cazenave fait un fréquent usage des essences ; je le reconnais si bien que, sans nommer aucun auteur, car le cadre de mon mémoire ne me permettait pas de faire l'historique de cette question, je dis, en parlant des essences : « Je mis à l'étude un autre ordre de médicaments » également acceptés comme très propres à détruire le parasite de la » psore. » M. Cazenave emploie les huiles essentielles à l'état d'alcoolat, et le traitement exige le même temps qu'autrefois. J'ai essayé le mélange conseillé par M. Cazenave, je l'ai trouvé plus irritant et d'une odeur moins agréable que celui adopté dans ma formule. Maintenant, quant au mode d'action des topiques, je ne crains pas d'avancer que personne, jusqu'à ce jour, ne l'a bien compris. Il n'est pas juste de dire que les pommades en frictions déchirent les sillons, comme le ferait une brosse rude. Le topique le plus dur les laisserait intacts, comme l'examen au microscope permet de s'en assurer. Ce qui est vrai, c'est qu'il y a deux choses fort distinctes, ou deux indications à remplir dans le traitement antipsorique ; d'une part, tuer le sarcopte, de l'autre détruire les œufs. Tuer le sarcopte est chose facile, une application d'huile essentielle suffit pour cela ; mais pour entraver l'incubation des œufs, il faut faire pénétrer dans les sillons, à l'aide de la friction, et par les petites ouvertures que l'acarus y a pratiquées pour donner une voie de sortie aux jeunes larves, la pommade ou le topique en nature, ou employer des lotions répétées qui, à la longue, atteignent l'embryon. Je ne peux dire à M. Chausit quel résultat donne positivement le traitement de l'hôpital Saint-Louis, et à quelle cause il faut attribuer l'augmentation des malades qui réclament aujourd'hui le traitement à la consultation.

— La discussion du travail de M. Bourguignon est remise à la séance prochaine.

— La Société nomme membres honoraires MM. Audouard et Patissier.

— On procède à l'élection des membres du bureau pour l'année 1856. M. Andry est nommé vice-président ; M. Chausit, secrétaire particulier, et M. Géry, membre du conseil d'administration.

Le bureau est ainsi composé pour l'année 1856 :

M. CAZEAUX, président.

M. ANDRY, vice-président.

M. BOYS DE LOURY, secrétaire général.

MM. FORGET et CHAUSIT, secrétaires particuliers.

MM. BRIERRE DE BOISMONT et GÉRY, membres du conseil d'administration.

M. JACQUEMIN, trésorier.

— La séance est levée à cinq heures.

ORDRE DU JOUR DU 21 DÉCEMBRE 1855.

Discussion sur le traitement de la gale.

Rapport sur la grenouillette par M. Richard.

V.

REVUE DES JOURNAUX.

Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine, par M. le docteur BERTILLON, médecin de l'hospice de Montmorency.

On sait qu'il y a quelques années déjà il s'est élevé une petite église, dans le but de combattre et détruire la vaccine, *hérésie* qui, sous prétexte de nous délivrer de la variole, n'aurait fait que transporter des premières années de l'existence à l'âge adulte une mortalité plus douloureuse encore et fort aggravée, car de l'invention de la vaccine daterait l'appauvrissement de l'espèce et une menaçante dépopulation.

Si les adeptes de cette doctrine se comptent aisément, ils suppléent au nombre par la conviction, par la persévérance, par le bruit surtout, ce qui n'étonnera pas si l'on se rappelle qu'un des plus déterminés d'entre eux est un officier d'artillerie. Cependant, ils ont enrôlé une armée imposante, la statistique : ce ne sont que chiffres alignés, colonnes formidables, proportions sans fin, opérations d'une portée incalculable. Il faut quelque courage pour s'exposer aux engins qu'ils manient avec non moins de hardiesse que de dextérité. M. le docteur Bertillon n'a pourtant pas hésité à se placer droit devant eux et à leur barrer le chemin. Il leur oppose mêmes armes, mêmes artifices, munitions semblables; mais ses pièces pourraient être de meilleur calibre et de portée plus sûre. « Il prend encore l'engagement de ne cesser son feu contre les nouveaux barbares que lorsque leurs batteries cesseront de tonner contre les bienfaits de la civilisation. »

Les adversaires de la variole, avons-nous dit, ont construit tout leur système sur la statistique ; mais quelle statistique ! M. Bertillon leur démontre qu'ils ont méconnu le principe le plus élémentaire de la science des chiffres, d'après lequel principe on ne doit comparer que des unités de même nature.

La doctrine nouvelle soutient que, depuis le dernier siècle, la mortalité, en France, a doublé entre 20 et 30 ans.

On sait que la mortalité, à chaque âge, s'évalue par *le rapport des décès aux vivants de chaque âge*, soit par la corrélation des tables mortuaires aux tables de population.

Comment ont procédé les adversaires de la vaccine ? Au lieu de s'adresser aux plus grandes masses de chiffres, et surtout aux tableaux qui représentent de la manière la plus fidèle l'ensemble de la population, ils se sont adressés à des groupes qui, se présentant dans des conditions tout exceptionnelles, ne pouvaient que fournir des résultats parfaitement inexacts, appliqués à la masse. Nous les laissons parler.

« De 1800 à 1845, la mortalité a doublé dans la population de 20 à 30 ans. Démonstration : Deparcieux, travaillant sur les résultats de *deux tontines* établies en 1746, prouve que sur 814 jeunes gens (tontiniers) il y a eu 8 décès entre 20 et 30 ans, soit 1 pour 100. Or, d'après le *Moniteur* du 21 décembre 1848, la mortalité des *troupes* est de 2 pour 100 par an. Donc la *mortalité générale* de France a doublé depuis moins d'un demi-siècle. »

Mais tous les statisticiens qui se sont occupés de tables de mortalité, et Deparcieux tout le premier, ont fait remarquer que de toutes les classes de la Société, les rentiers sont ceux qui meurent le moins vite; les rentiers, ce sont des classes privilégiées (Moheau), des têtes choisies (*Annuaire du bureau des longitudes*). D'un autre côté, la mortalité de l'armée peut-elle représenter la mortalité de la population tout entière, comme si la mortalité de Paris était celle de tous les points de la France?

M. Bertillon a refait le travail de statistique en question, mais en prenant les groupes les plus généralisés, et en rapprochant les tables de Montyon (1774), de Messance (1788), de Duvillard (1806), de Heuschling (1840-49), le recensement de 1851. En opérant ainsi il a trouvé que :

« De 10 à 20 ans, il y avait au XVIIIe siècle *une* chance de décès sur 106 vivants de cet âge.

» De 1840 à 1850, il y a seulement *une* chance sur 124. — Le recensement dit *une* sur 132.

» De 20 à 30, l'âge *funeste*, sujet des condoléances des vaccinophobes, il y avait *un* décès sur 73 vivants; et de 1840 à 1850, *un* décès sur 74. — Le recensement dit *un* sur 80.

» De 30 à 40 ans, le XVIIIe siècle donnait *un* décès sur 58; on compte aujourd'hui *un* décès sur 79. — Le recensement dit *un* sur 89. »

La mortalité des âges au-dessus de 20 ans n'a donc été ni doublée ni accélérée, mais, bien au contraire, ralentie en France depuis le milieu du XVIIIe siècle. Il convient maintenant d'examiner spécialement les effets de la vaccine sur la vitalité des âges adultes. Le procédé le plus convenable pour arriver à des déductions légitimes eût été de sérier les départements suivant le nombre de leurs vaccinés, puis de mettre en regard leurs chances de mortalité aux différents âges. Au lieu d'agir ainsi, les pseudo-statisticiens se sont contentés d'examiner deux départements, celui de la Côte-d'Or où l'on vaccine le plus, et celui de l'Aveyron où l'on vaccine le moins. Ils écrivaient, en conséquence, à l'Académie des sciences en 1849 :

Que la population de tout âge s'est accrue, en 15 ans, 2 fois plus dans l'Aveyron que dans la Côte-d'Or;

Que les naissances légitimes sont 4 fois plus nombreuses dans l'Aveyron, — les illégitimes 67 fois plus nombreuses que dans la Côte-d'Or ;

Que la Côte-d'Or a 3 fois plus de mort-nés ;

Que la mortalité générale est moindre dans l'Aveyron ;

Que les seconds mariages sont beaucoup plus fréquents dans la Côte-d'Or.

M. Bertillon a suivi ces statisticiens sur leur terrain, tout en protestant contre un procédé qui, en limitant l'opération à deux départements, laisse toute chance aux circonstances accidentelles qui peuvent venir compliquer le problème en question. Mais, sur ce terrain même, il entend leur prouver que leur statistique ne vaut rien. D'abord la proportion des naissances illégitimes et des seconds mariages ne fait rien à l'affaire ; ensuite, le développement de certaines industries a dû accroître dans une certaine mesure la population de l'Aveyron. On ne saurait attacher d'importance au chiffre des mort-nés, lesquels, dans les départements ignorants et dans les pays de montagnes, où les règlements administratifs sont fort négligemment suivis, sont enregistrés avec beaucoup d'inexactitude. Enfin, il ne faut pas oublier que l'accroissement des naissances n'est nullement une preuve de l'augmentation de bien-être et de vigueur des populations. « La multiplication des naissances, dit Quételet, et même leur excès sur les décès se trouve en rapport avec une vie courte et misérable ; les heureux se marient tard, multiplient peu et vivent longtemps (Rickman, Ivernois, Villermé, etc.); plus il meurt d'enfants, et par suite plus il en naît. » Toutes ces réserves faites, les chiffres officiels qui constatent le mouvement des deux départements de la Côte-d'Or et de l'Aveyron donnent encore tort, par eux-mêmes, aux adversaires de la vaccine. Voici le résumé des tableaux présentés par M. Bertillon :

« La Côte-d'Or (le département le plus vaccinateur) avait, au commencement du siècle, la vie moyenne au-dessous de trente-deux ans; celle-ci s'accroît graduellement à mesure que s'accroît l'instruction et le bien-être, et en moins d'un demi-siècle elle a gagné neuf ans. Les naissances ont diminué en même temps : c'est la loi mathématique formulée par Fourrier (pop. = nais. vie moy.). Ce mouvement est le signe le plus certain des progrès d'une population. Un autre signe non moins favorable, c'est que, en même temps que les naissances, les décès ont diminué : de 10,614, ils descendent à 8,637, ou de 1 sur 32 vivants à 1 sur 46.

» L'Aveyron qui, par apathie, suit les errements des vaccinophobes, et qu'ils citent avec orgueil comme un modèle à suivre, offre-t-il un tableau aussi consolant? Hélas! il s'en faut bien : c'est l'ombre à côté de la lumière. La durée de la vie, au lieu de s'allonger, paraît se raccourcir : de 38 ans, elle descend à 34 ; c'est constaté aussi bien par les actes mortuaires, malgré leur imperfection, que par le rapport de la population et des naissances. Les décès s'élèvent de 7,013 à 8,526, ou de 1 sur 46 vivants à

1 sur 44 ; et, comme conséquence nécessaire, les naissances croissant avec les décès : de 8,457 elles s'élèvent à 11,518, ou de 1 sur 38 vivants à 1 sur 33.

» Le rapport de mortalité qui, au commencement du siècle, était meilleur dans l'Aveyron, y est donc aujourd'hui moins bon que dans la Côte-d'Or. »

Les adversaires de M. Bertillon ne lui reprocheront pas de leur répondre par des phrases: ce sont bien des chiffres qu'il leur adresse. Sans doute ils ne se tiendront pas pour battus; mais M. Bertillon les a prévenus aussi qu'il les poursuivra jusqu'à extinction. (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, septembre et octobre 1855.)

Moyen simple pour remédier à la constipation, par M. SAUCEROTTE.

M. Saucerotte se propose le problème suivant: Trouver une substance qui remédie à la constipation habituelle, sans occasionner de coliques et sans irriter les intestins. Pour arriver à ce résultat, il fallait trouver la cause principale de la constipation si habituelle dans certaines classes de la société, et surtout chez les femmes. Cette cause serait, suivant M. Saucerotte, le blutage du blé, opération qui consiste à extraire de la farine tout le son qu'elle peut contenir quand elle se fait, comme aujourd'hui, à 20 ou 25 pour 100 au lieu de 10 ou 12 pour 100, taux auquel on blutait il y a une dizaine d'années. On sait, depuis un temps immémorial, que le son, soit en vertu de ses propriétés fermentescibles, soit par un effet mécanique du ligneux qu'il contient, est reconnu comme ayant la propriété d'entretenir la liberté des selles. Cela était connu d'Hippocrate et de Galien, et trouve encore son application en Allemagne et en Angleterre, où du pain moins bluté est fabriqué pour les classes aisées. Quelques praticiens ont conseillé de boire de l'eau de son aux repas; mais ce mode d'emploi paraît moins efficace que le précédent.

M. Saucerotte a eu recours avec avantage à une qualité de pain moins blutée, comme moyen d'alimentation ordinaire chez des personnes habituellement constipées; les fonctions de l'intestin se sont régularisées sous l'influence de cet aliment. Notre confrère signale un autre avantage extra-médical que nous devons rappeler: c'est la diminution du prix du pain, et par conséquent un ressource nouvelle créée pour les populations pauvres. (*Bulletin de thérapeutique*, 1855.)

Cardite suppurée de presque toute la substance du cœur, par M. OPPOLZER.

Un homme très robuste, après un exercice violent, une danse prolongée dans un local ouvert, éprouva une anxiété précordiale violente et cracha du mucus strié de quelques filets de sang. Il demeura presque sans pouls jusqu'à sa mort, qui survint soixante-douze heures après le début des accidents. Pendant la vie, les battements du cœur étaient faibles et accompagnés d'un bruit de frottement qui faisait supposer une péricardite. A l'autopsie, on trouva toute la substance du ventricule gauche et une partie du droit infiltrées de pus.

Nous regrettons la brièveté du fait relaté par le savant professeur de clinique de Vienne; nous avons cru néanmoins que l'intérêt qui s'attache à ce fait, au point de vue de la courte durée de la maladie et de l'étendue de la lésion, pourrait contribuer à faire excuser le manque de détails. (*Wochenb. d. K. K. Gesell. d. Aerzte z. Wien*, 1855, n° 21, p. 341.)

De l'action de la gomme ammoniaque et de son mode d'administration, par M. DELIOUX.

La gomme ammoniaque est à peine indiquée dans beaucoup d'ouvrages modernes de thérapeutique. MM. Trousseau et Pidoux, néanmoins, ont déjà essayé de la remettre en honneur, et on la voit figurer maintenant sur les ordonnances d'un assez bon nombre de praticiens. M. Delioux, dont nos lecteurs connaissent les travaux de matière médicale et de thérapeutique, a voulu préciser les indications et le mode d'administration de ce médicament.

La gomme ammoniaque ne détermine pas d'effets physiologiques appréciables. La seule propriété saillante que j'aie reconnue en elle, dit M. Delioux, et qui suffirait, du reste, pour la recommander, c'est de tarir les sécrétions de la muqueuse bronchique, autant qu'elles ne se lient pas à des lésions organiques irrémédiables. Cette propriété s'exerce sur la sécrétion des muqueuses, sans qu'on puisse constater aucune excitation. Mais il faut avoir soin de ne pas administrer le médicament dès le début des inflammations bronchiques, ni contre les premières manifestations du flux sécrétoire; elle laisse le champ libre aux émissions sanguines et aux moyens qui favorisent comme crise salutaire l'expulsion des produits morbides. La gomme ammoniaque ne vient qu'en seconde ligne, alors que les sécrétions bronchiques ont subi une élaboration plus complète; elle s'adapte à cette condition spéciale, mais pour y mettre un terme. Pour l'indication comme pour le résultat, c'est le médicament de la fin.

Pour obtenir l'effet voulu, il faut débuter, chez l'adulte, par 2 grammes, s'élever jusqu'à 3 ou 4 grammes, et pousser même, s'il y a insuffisance d'action, jusqu'à 6 et 8 grammes.

M. Delioux conseille d'administrer le médicament sous forme pilulaire, ou, mieux, émulsionnée ou en suspension dans un liquide gommeux; il est convenable de corriger le goût peu agréable du médicament par l'hydrolat de menthe ou de fleurs d'oranger. (*Bulletin de thérapeutique*, vol. XLVIII, liv. IX, p. 385.)

— Sans avoir une expérience assez longue pour partager d'une manière absolue l'opinion de M. Delioux, nous pouvons, après avoir fait souvent l'essai de cette substance, affirmer que l'action thérapeutique nous a paru être celle qu'indique M. Delioux. C'est aussi contre le catarrhe chronique que nous avons coutume d'administrer la gomme ammoniaque, en l'associant quelquefois, selon l'indication, à l'extrait d'opium ou à celui de datura.

De la fièvre miliaire typhoïde et de son traitement par les antimoniaux, par le docteur CAMILLO JERPI.

L'idée qui domine ce travail, un peu confus, mais bien étudié, du reste, est que dans la fièvre miliaire, si les sueurs ont un caractère purement symptomatique, mais non critique, l'éruption est, à proprement parler, un phénomène d'élimination qui sert à rejeter au dehors un principe morbide dont le maintien ou la rétropulsion dans l'économie est incompatible avec la solution heureuse de la maladie.

L'auteur a suivi plusieurs épidémies, une surtout en 1854, qui ont régné à Monte Pulciano et dans les campagnes environnantes. La maladie revêtait, suivant la saison ou la température régnante, des formes différentes où l'on voyait dominer tantôt des phénomènes intermittents, tantôt des diarrhées muqueuses ou séro-sanguinolentes, et même de forme dysentérique, d'autres fois des accidents typhoïdes avec prédominance adynamique et signes apparents d'un état de dissolution du sang.

C'est surtout sous forme de frictions stibiées que l'auteur recommande les antimoniaux; il indique à peine l'usage interne de l'émétique, et, bien qu'il se demande si le tartre stibié en frictions ne pénètre pas dans la circulation de manière à modifier l'état du sang, il est évident que l'indication à laquelle il obéit surtout est celle de faciliter et de hâter l'éruption spécifique.

D'après ses observations, la friction stibiée n'augmente pas l'état inflammatoire; elle résout l'état spasmodique de la peau dépendant de la contraction des vaisseaux cutanés qui s'oppose à l'apparition de l'éruption; elle corrige l'effusion exagérée de la sueur et son odeur désagréable, elle prévient la confluence de l'éruption miliaire, et enfin peut servir de critérium au sujet de l'existence d'un principe miliaire dans le sang. Aussi faut-il recourir à ces frictions dès la première apparition de la fièvre avec soupçon de miliaire.

Ce mode de traitement, dont l'indication paraît résider dans l'essence même de la maladie, et par conséquent exister indépen-

damment de toutes les conditions de sexe, d'âge, de constitution, etc., rappelle le traitement de la suette par l'ipéca, recommandé par M. J. Guérin comme spécifique de la suette, par M. Foucart comme un remède souvent héroïque et toujours utile (voy. la *Gazette hebdomadaire*, t. II, nº 8). (*Gazzetta medica Italiana*, *Toscana* mai 1855.)

Sur l'emploi de l'électricité dans le traitement des fièvres intermittentes d'après la méthode de M. Derossi, par le médecin de bataillon Kums.

Nous reproduisons, à titre de renseignements, une note relative au traitement de la fièvre intermittente par l'électricité. Tout incomplète qu'elle soit, elle renferme des indications qui peuvent être utilisées, aujourd'hui surtout que les applications de l'électricité sont devenues si faciles et se sont tellement répandues dans la pratique.

Les médecins anglais avaient déjà dirigé l'électricité contre les fièvres intermittentes, mais c'était l'électricité statique, l'électricité par frottement, et ils n'en ont pas pu retirer de bons effets ; ce moyen était donc peu à peu tombé dans l'oubli. La méthode de M. Derossi, c'est l'emploi du galvanisme, de cette modification de l'électricité qui, par suite de sa plus grande affinité pour la fibre excitable et vivante, posséderait une remarquable efficacité dans le traitement des fièvres intermittentes.

L'électricité est appliquée pendant l'apyrexie et au déclin des accès ; elle peut l'être encore pendant le stade de froid : dans ce dernier cas, on observe que la réaction se produit plus promptement et que l'accès marche avec plus de rapidité. On s'arrêtera cependant, aussitôt que la période de chaleur se déclare, pour ne pas ajouter un stimulant trop énergique à cet état de surexcitation fébrile. Quand, par le fait de l'électrisation ou par le cours naturel de la maladie, le retour de l'accès ne permet pas de continuer le traitement, le malade est séparé du cercle des électrisés et porté dans son lit, jusqu'à ce que son état permette de lui faire une nouvelle application électrique. Pour prévenir, autant que possible, cet inconvénient, on a soin de choisir (si l'on ne se borne pas à un traitement individuel), pour former le cercle, des malades atteints de fièvres du même type et dont les accès débutent aux mêmes heures. Quant au régime, l'électrisation n'exige pas de précautions : les malades mangent d'après les exigences de leur appétit et les besoins de leur constitution ; seulement, il est nécessaire de les bien nourrir. (*Archives belges de médecine militaire*, juillet et août 1855.)

Leçons sur le croup, par M. Gaussail, professeur à l'École de médecine de Toulouse, recueillies par M. Cadéac.

Un cours dogmatique de pathologie interne ne comporte pas, en général, de développements sur un point nouveau de la science ; le professeur doit exposer les opinions généralement admises, et se contenter de signaler sans les discuter les points encore litigieux. Aussi n'avons-nous pas été surpris de l'absence de faits et d'idées réellement nouvelles dans les leçons du professeur de Toulouse. Comprenant bien ses fonctions, il a ajouté à l'histoire générale du croup ce que la maladie présente de particulier dans la localité où il professe. A Toulouse, le croup est souvent épidémique ; quant à la raison qu'en donne l'auteur, nous sommes loin de croire à sa qualité. M. Gaussail (page 8) croit que les enfants contractent facilement le croup, parce qu'après avoir couru sur les places on les ramène dans les rues froides, etc. Vraiment, cette habitude n'est pas propre à Toulouse, et cependant le croup est commun en Touraine, et relativement rare en Normandie.

Nous signalerons également, comme opinion personnelle, celle qui lui fait réunir le croup et la laryngite striduleuse comme des degrés d'un même état morbide, et nullement comme des maladies essentiellement différentes. Les raisons apportées à l'appui de son opinion par le professeur de Toulouse ne peuvent nous convaincre, et nous croyons que la distinction fondamentale complète entre ces deux maladies persistera encore longtemps. A part ces quelques remarques critiques, les leçons de M. Gaussail sont un résumé exact et complet des connaissances actuelles sur le croup. (Brochure in-8, extrait du *Journal de médecine de Toulouse*.)

VI.

BIBLIOGRAPHIE.

Valeur sémiotique des éléments morphologiques des crachats. — Etudes sur les crachats, par le docteur A. Biermer, ancien interne de l'hôpital Saint-Jules, à Würzburg.

Quand on parcourt les écrits des médecins de l'antiquité, on est étonné de la portée des remarques, de la profondeur des études, de l'importance des observations faites sur les substances expectorées dans les diverses maladies de poitrine. Les écrits hippocratiques sont surtout remarquables par les saines et judicieuses déductions, fruit de nombreuses recherches, qu'ils renferment à ce sujet. La densité des crachats, leur couleur, leur consistance, l'odeur qu'ils répandent en brûlant, leur poids, l'heureux présage qu'on peut tirer du crachat ayant subi la coction (πεπασμος) en un mot, toutes les propriétés physiques et quelques propriétés chimiques ont été indiquées par Hippocrate et peuvent encore servir au clinicien. Celse, Arétée, Galien, Cœlius Aurelianus, Alex. Trallianus ont continué et augmenté les observations du père de la médecine. Fernel au XVIe siècle, Pr. Alpinus au XVIIe, et enfin le rival de Sydenham, Morton, qui décrivit si bien les crachats des phthisiques, contribuèrent aussi au développement de cette étude. Au XVIIIe siècle Boerhaave, et surtout son élève, Van Swieten, ont consacré de nombreuses pages à ces signes si précieux avant la découverte du stéthoscope. Laennec lui-même y attachait une grande importance, surtout comme complément du diagnostic.

Aujourd'hui que le microscope a étendu le champ de l'observation, et « nous force, comme l'a dit M. Virchow, à voir 300 fois mieux les procédés de la nature, » de nombreux travaux ont été faits sur les crachats : MM. Vogel, Henle, Mandl, Virchow, Remak, Bennet, de Bibra, Chomel, Robin, Bühlmann, Heinrich, Hoefle, etc., ont étudié les éléments histologiques, morphologiques, chimiques, des substances expectorées. L'ouvrage de M. Biermer a pour but de rassembler toutes les observations, de répéter toutes les expériences, de condenser en un livre assez court toutes les données que le microscope, la chimie, la physique, peuvent retirer de l'examen des crachats. L'auteur a émis en outre plusieurs opinions personnelles, fruit d'un long stage à l'hôpital de Würzburg, si riche en maladies de la poitrine.

Le livre est divisé en quatre parties : 1º définition, valeur séméiotique, expectoration des crachats ; 2º éléments amorphes et morphologiques ; 3º division des crachats ; 4º description des crachats dans les diverses maladies. Nous allons rapidement analyser les points les plus importants de ce travail.

Quand on songe à la difficulté de préciser l'endroit d'où proviennent les crachats, de distinguer et de reconnaître les éléments qui les composent, aux erreurs que peuvent occasionner les débris de substances alimentaires, on comprendra combien l'étude de cette excrétion est une tâche ingrate. Il faut une grande habitude et une certaine habileté pour trouver les divers éléments des crachats et ne point se méprendre sur leur valeur pathognomonique. Les principaux éléments morphologiques sont : l'*épithélium*, étudié surtout par MM. Vogel, Henle, Donné, Gruby, le plus souvent pavimenteux et peuvent provenir tout aussi bien du commencement du tube digestif (cavité buccale, tonsilles, glandes salivaires), que des glandules de la trachée (Kölliker). On trouve très rarement l'épithélium vibratile et plus souvent des cellules épithéliales à pigment. Les *corpuscules sanguins* dénotent toujours la rupture d'un vaisseau. D'aspect normal dans l'hémoptysie et dans le scorbut, en masses et en piles éparses dans la bronchite et la laryngite tuberculeuses, on les voit, dans les crachats muqueux

comme séparés et enchâssés dans le mucus. Les *éléments cellulaires* de l'exsudation, nous donnent à observer les cellules du pus, qui diffèrent des corpuscules muqueux par leur aspect plus granuleux, leur enveloppe plus épaisse, leurs nombreux noyaux. La présence des noyaux élémentaires libres (ectasie bronchique, gangrène) dénotent la rapide destruction des cellules. Les *éléments provenant des divers tissus* des *organes respiratoires* se trouvent souvent dans les crachats. Leur importance avait été indiquée par MM. Schrœder van der Kolk et Remak. Ainsi, *les fibres élastiques* se trouvent libres dans le mucus au début de la phthisie. Enchâssées dans des caillots fibrineux, elles dénotent une inflammation autour du tubercule. Enfin, quand on les trouve en nombreux faisceaux, on peut présager une prochaine hémoptysie. M. Biermer admet ces résultats tout en les modifiant en partie. D'après lui, les fibres élastiques ne sont pas aussi communes que le prétendent les auteurs précités. Leur importance dans le diagnostic dépend et de leur nombre et des caillots fibrineux qui les accompagnent. La présence dans les crachats de plusieurs éléments constituant les alvéoles peut aussi indiquer la rapide désorganisation opérée par les abcès métastatiques. Le *tissu connectif* peut faire soupçonner des ulcérations, des tumeurs syphilitiques dans le gosier, et parfois provenir des parois d'anciennes cavernes. On trouve rarement ces morceaux de cartilages dont parlent Galien et Avicenne, et qui, d'après eux, devaient être expectorés « parce qu'ils ne pouvaient pourrir. » Les *caillots fibrineux* accompagnent toujours une inflammation et peuvent servir à reconnaître divers stades de la pneumonie. On peut diagnostiquer à coup sûr une hépatisation commencée, quand ils apparaissent dans les crachats. Il arrive dans certains cas de bronchite croupale, que la fibrine se moule sur les ramifications bronchiques, et que des arborisations fibrineuses sont expulsées. Les *cristaux* sont formés par la cholestéarine (tubercule, échinocoque du poumon), de margarine (ectasie bronchique, gangrène). Ils sont, dans ces derniers cas, mêlés à des détritus organiques et accompagnés d'une haleine fétide. On trouve aussi des pigments et des triples phosphates. Les *entozoaires* sont représentés par l'échinocoque; les *infusoires* par les vibrions, les monades et les vorticelles. Les *cryptogames* proviennent le plus souvent de la cavité buccale. On trouve aussi, dans les crachats, des corps étrangers (restes d'aliments végétaux et animaux, graisse libre), des parcelles d'os, des noyaux, des pièces de monnaie, des matières calcaires, etc.

Parmi les *éléments amorphes*, signalons les substances protéiques et leurs dérivés, la sucre, la graisse, les principes colorants. Le pigment noir (mélanine) accompagnant les fibres élastiques prouve que ces dernières proviennent des poumons; mêlé à l'épithélium, il indique une inflammation des petites bronches. La quantité de substances solides varie dans les crachats; faible dans les catarrhes, plus considérable dans les inflammations sérieuses, elle atteint son maximum dans la phthisie. La quantité d'eau dépend de la nature de l'exsudation, de la masse de salive mêlée aux crachats et des efforts faits pour respirer. Elle sera augmentée dans les affections catarrhales, l'œdème du poumon, l'emphysème, la toux convulsive, etc.

Division des crachats. — Jusqu'ici on n'avait pas classé les crachats. On se contentait de les désigner par leur couleur, leur consistance; M. Biermer les distingue d'après la présence du pus, du sang ou du mucus et leur mélange. 1° Le *crachat muqueux* est tantôt entièrement muqueux, tantôt séro-muqueux. Dans le premier cas, il est plus épais, plus consistant; dans le second, plus fluide, plus écumeux, plus mêlé d'air. Les crachats muqueux indiquent une inflammation catarrhale des voies respiratoires, sans qu'on puisse néanmoins en préciser le siége. Ils contiennent d'autant plus d'air, que les efforts provoqués par la toux sont plus marqués (emphysème, spasme bronchique, etc.); 2° le *crachat muco-purulent* est pathognomonique d'une inflammation avancée des bronches, surtout de la bronchite aiguë dans son deuxième stade. Quand il n'est pas homogène, qu'il affecte la forme ronde (*sputum rotundum* des anciens), il indique une caverne. Quand le pus n'est pas intimement mêlé avec le mucus, on a affaire à une inflammation des bronches; un mélange intime, une odeur nauséabonde feront soupçonner une ectasie bronchique, la rupture subite d'une caverne, en tous les cas une phthisie avancée; 3° le *crachat purulent* indique la présence d'un abcès métastatique dans le poumon, ou bien un empyème qui, après avoir rompu la plèvre, pénètre dans la trachée et s'échappe au dehors; 4° le *crachat sanguinolent* a une signification, une importance variables, suivant qu'il contient du sang pur, qu'il est teint de sang, qu'il est entièrement mélangé avec le sang. Il est important de déterminer s'il provient des voies digestives ou respiratoires. Dans le premier cas, il est rouge vif, écumeux, aéré, expulsé à la suite de la toux, mais pouvant aussi être accompagné de vomissements. Les crachats de sang pur (car le sang mêlé avec le pus ou le mucus est pathognomonique de la bronchite ou de la pneumonie) proviennent rarement de la trachée ou du larynx; ils sont produits par les maladies ulcératives des bronches ou du poumon (phthisie, pneumonie chronique, ectasie bronchique, abcès métastatique), par la rupture d'anévrysmes, par des causes traumatiques. Les anciens attachaient un pronostic défavorable à ce genre de crachats. Ils sont surtout à craindre à cause de l'asphyxie qu'ils peuvent produire. M. Biermer insiste pour qu'on fasse expectorer les malades dont les crachats sanglants dénotent une forte hypérémie pulmonaire, et chez lesquels une pneumorrhagie est imminente. On subdivise le crachat sanguinolent en : *a muco-sanguin*, variant du jaune au rouge brun, caractéristique de l'inflammation du parenchyme alvéolaire et des petites bronches, celles-ci fournissant le mucus, tandis que le parenchyme enflammé sécrète l'albumine; *b* le crachat *séro-sanguin* variant du blanc bleuâtre au brun, produit par le mélange du sang avec un épanchement aqueux, souvent écumeux et présageant une mort prochaine. On le trouve dans l'infiltration pulmonaire, l'œdème du poumon; *c* le crachat *purulo-sanguin* dans lequel le pus et le sang sont intimement mélangés, et qui indique une vaste sécrétion purulente et surtout des cavernes. Le mélange intime suppose une station nécessaire dans un réservoir anormal.

Examinés dans certaines maladies, les crachats prennent une importance réelle, quand les éléments morphologiques qu'ils contiennent peuvent faire reconnaître l'endroit d'où ils proviennent. Dans les maladies du larynx et de la trachée, l'illusion est souvent possible. Tantôt les crachats provenant des dernières ramifications bronchiques s'arrêtent en chemin; tantôt, mus par l'épithélium vibratile, ils avancent insensiblement et prennent des caractères propres aux divers endroits des voies respiratoires qu'ils ont traversés. Dans l'inflammation croupale idiopathique, il n'est pas rare, quand la fausse membrane s'est formée, de voir les efforts de toux en détacher quelques parties, qui assurent le diagnostic. Le croup consécutif, partant de l'œsophage, s'étend au larynx et, comme affection diphthéritique, attaque le tissu sous-muqueux, amène des tumeurs dans le larynx et, en tous les cas, des désordres profonds. On est averti de sa présence par l'expuition de lambeaux nécrosés, de masses ramifiées flottant dans un mucus aéré, et par une expectoration difficile. Les remarquables travaux de Rheiner rendent assez faciles à diagnostiquer les ulcérations du larynx; l'épithélium vibratile disparaît d'abord, il est remplacé par un épithélium pavimenteux; celui-ci finit par être emporté, et suivant l'intensité de l'affection, est remplacé, soit par des cellules épithéliales, soit par des cellules jeunes qui n'ont pas le temps de mûrir, et qui disparaissent avec rapidité. Ces éléments, accompagnés de tissus nécrosés, de débris de cartilages, ne permettent plus d'hésiter. — Dans les affections catarrhales des bronches, il importe surtout au clinicien de savoir si elles sont idiopathiques, et dans ce cas les crachats ne présentent qu'un nombre plus ou moins grand de cellules jeunes; ou bien, si la maladie des bronches se lie à une affection du parenchyme pulmonaire, et alors on trouve des signes précieux dans les éléments des crachats (fibres élastiques et pigment), dans leur odeur, leur couleur, la présence ou l'absence de cellules purulentes, de corpuscules sanguins, etc.

M. Biermer cite un fait intéressant de croup bronchique chronique. C'est un étudiant qui expectorait des ramuscules fibrineux de 2 à 3 pouces de long (fig. 1). La santé se rétablit rapidement; mais les crachats continrent toujours une quantité plus ou moins

grande de ces portions arborescentes, sans que le jeune homme ressentît d'autres troubles qu'une toux pénible.

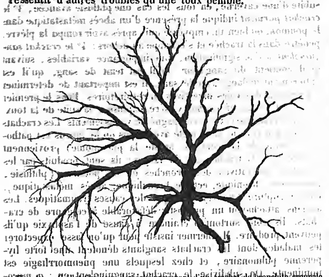


Fig. 1. — Caillot fibrineux desséché provenant d'un crachat de bronchite croupale.

Dans l'ectasie bronchique, les crachats sont nombreux (ils peuvent fournir 20 onces en vingt-quatre heures), d'une odeur caractéristique, assez fluides, d'un blanc sale ou verdâtre. Après quelque temps de repos, on les voit se diviser en plusieurs couches. Au-dessus, on trouve un liquide contenant des restes de cellules ayant subi la métamorphose graisseuse; des portions moléculaires de tissus détruits, quelques cellules épithéliales à paroi mince et des vibrions. Au-dessous se trouvent des restes d'épithélium, des flocons muqueux et beaucoup de cellules de pus.

Dans la pneumonie commençante, les malades expectorent péniblement quelques crachats composés des éléments du mucus et du sang, de la sécrétion de la cavité buccale. Quand l'inflammation commence par la portion alvéolaire du parenchyme, sans s'étendre aux bronches, les crachats manquent; ou, s'ils se produisent, ils ont tous les caractères pulmonaires. Quand les bronches prennent part à l'inflammation, la toux et l'expectoration augmentent, les crachats sont sanguinolents et intimement mêlés au mucus. Une hypérémie intense, la rupture des capillaires sont révélés par des crachats composés de sang pur. Dans le deuxième stade de la pneumonie, l'expectoration augmente, les crachats sont glutineux, le caractère de l'exsudation change; celle-ci devient fibrineuse, se coagule et remplit les dernières ramifications bronchiques et les alvéoles. Les corpuscules sanguins se dissolvent, et colorent, par leur hématine, la sécrétion muco-albumineuse en rouge brun. Les crachats sanglants du deuxième stade sont comme gélatineux et se laissent difficilement écraser sous l'objectif; ils sont transparents. Examinés au microscope, ils présen-

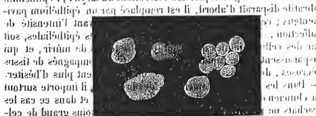


Fig. 2. — Cellules à pigment, crachats de la pneumonie, une cellule laisse échapper le pigment.

tent trois parties, la substance fondamentale homogène, colorée par l'hématine; les caillots fibrineux, des portions catarrhales (mucus et jeunes cellules, etc.); enfin, dans les portions sanguinolentes, des cellules plus ou moins développées, des corpuscules muqueux, purulents, sanguins, de l'épithélium, du pigment (fig. 2). Les cellules à pigment varient de 0,006 à 0,117 de ligne. L'infiltration d'un principe colorant est très reconnaissable. Le pigment est tantôt uniformément répandu, tantôt d'une manière irrégulière. On trouve le pigment coloré depuis le rouge jusqu'au noir foncé. La paroi cellulaire se rompt, et peut laisser les granules pigmenteux libres (fig. 2). Les caillots fibrineux sont souvent ramifiés, quelquefois moulés sur les alvéoles. Les éléments de catarrhe sont des cellules granulées à plusieurs noyaux, des restes de cellules ayant subi la métamorphose graisseuse, des gouttes de graisse libre, de l'épithélium pavimenteux L'épithélium vibratile manque ordinairement. Enfin, quand la pneumonie est arrivée à son troisième stade, les crachats se décolorent, perdent de leur transparence, de leur consistance et de leur viscosité. Les portions blanchâtres l'emportent sur les parties sanguinolentes et l'expectoration augmente (8 et 10 onces par vingt-quatre heures). L'examen microscopique fait observer des cellules granulées et à plusieurs noyaux. On voit toutes les phases de réparation dans les parties blanches ou jaunâtres (épithélium, cellules purulentes, cellules graisseuses, amas de noyaux, graisse libre); tant que le crachat est sanglant, on trouve le pigment jaune ou rouge, quelquefois le pigment noir (fig. 3).

Fig. 3. — Cellules à pigment jaune du crachat d'un pneumonique.

Dans l'engorgement hémorrhagique des poumons (apoplexie pulmonaire des anciens), on voit ordinairement le crachat sanguinolent, ou bien des crachats analogues à ceux de la pneumonie, mais qui durent peu; le deuxième jour, ils ne contiennent presque plus de sang.

Les nombreuses tentatives faites de nos jours pour continuer la voie ouverte par les anciens, et pour diagnostiquer la phthisie d'après l'expectoration, ont conduit à des résultats insignifiants. Le pus du tubercule, pas plus que cette nouvelle formation, n'a de caractères spécifiques; mais s'il est impossible de reconnaître, sur la seule inspection des crachats, la tuberculisation miliaire, on peut suivre le plus souvent la marche de la phthisie chronique et de l'infiltration tuberculeuse, d'après la présence de certaines parties du poumon, suivant la forme et la couleur du crachat, le mode de mélange du pus, du mucus et du sang.

Tant que le tubercule n'est pas ramolli, les crachats ne diffèrent pas sensiblement de ceux qui sont expectorés dans le catarrhe bronchique. La seule circonstance importante est la présence de fibres élastiques, qui ne permettent plus d'hésiter. Quand les cavernes sont formées, les crachats deviennent ronds, jaunes, verts, mélangés de sang, colorés en gris par le pigment. Ils contiennent des cellules jaunes, rétrécies, assez semblables aux corpuscules du pus, des cellules ayant subi la métamorphose graisseuse, des pigments noirs, du tissu connectif, des concrétions calcaires. Les portions transparentes contiennent beaucoup d'épithélium. Les grumeaux ronds, caséeux, nauséabonds, proviennent, soit des amygdales ou de la muqueuse pharyngienne, soit des parois des cavernes qui se nécrosent et se détachent. Dans ce cas, on y trouve du pigment noir et des portions de poumons.

La gangrène pulmonaire est indiquée d'une manière précise par les crachats, toutes les fois que la portion gangrenée communique avec une bronche de moyen calibre; ces crachats ont une odeur repoussante, se séparent dans le crachoir en deux parties; leur couleur varie du vert sale au noir bleuâtre; contiennent des fibres élastiques, des lambeaux en décomposition, des cristaux de graisse, des restes de tissu connectif et de pigment.

On voit, par tout ce qui précède, que les signes microscopiques et macroscopiques donnés par les crachats, quoique fort

importants, peuvent rarement suffire seuls pour le diagnostic; mais ils sont le complément nécessaire des observations stéthoscopiques et plessimétriques. Si l'on ne peut reconnaître par leur examen une affection de la poitrine, on peut souvent suivre sa marche, être au courant des recrudescences, de l'amélioration, de la marche de l'inflammation, et pronostiquer avec une certaine assurance. En un mot, le stéthoscope dessine la figure à grands traits : le microscope met les ombres. Nous devons remercier M. Biermer d'avoir, par son livre à la fois clair et complet, facilité cette exploration si compliquée, si ingrate, si hérissée de difficultés. Cet ouvrage résume tout ce que les observateurs de l'antiquité, les recherches microscopiques et chimiques des temps modernes nous ont laissé à ce sujet. L'auteur s'est imposé la rude tâche de refaire lui-même toutes les expériences, de vérifier toutes les données. Six ans d'observation assidue sous la direction de MM. Marcus, Virchow, Scherer, donnent à ses opinions une valeur reconnue par les principaux critiques de l'Allemagne. Le clinicien trouvera, dans ce livre méthodiquement exposé tous les renseignements, toutes les indications que l'on peut tirer des crachats. Les figures qui accompagnent l'ouvrage, et dont nous reproduisons les plus importantes (1), aplanissent beaucoup de difficultés, empêchent de confondre les divers éléments morphologiques, permettent d'en apprécier la valeur, d'en distinguer l'origine, en un mot, de les faire servir de base à un diagnostic rationnel.

J.-P. PICARD (d'Avignon).

(1) L'ouvrage contient six figures relatives : 1° aux éléments cellulaires (trois dessins); 2° à l'épithélium (six dessins); 3° au pigment (deux dessins); 4° aux cristaux de graisse (trois dessins); 5° aux fibres élastiques (deux dessins); 6° au caillot fibrineux arborescent (un dessin).

VII.

VARIÉTÉS.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS. — Dans sa séance du 10 décembre dernier, la Société médico-pratique de Paris a décidé :

1° Qu'il n'y a pas lieu de décerner, cette année, de prix sur la question : *Du mode d'action des principes purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux;*

2° Qu'elle maintient cette même question pour sujet de prix, et proroge jusqu'au 1er juillet 1857 l'époque à laquelle devront être remis les mémoires adressés par les concurrents ;

3° Enfin, qu'elle élève à 500 francs, au lieu de 300 francs, le chiffre du prix à décerner.

NOTA. Les mémoires, écrits en français ou en latin, devront être adressés, dans les formes académiques, à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville.

Le secrétaire, Dr PERRIN.

— Par décret du 5 décembre, ont été promus dans le corps des officiers de santé de la marine : au grade de second médecin en chef, M. Barallier, médecin professeur; au grade de second pharmacien en chef, M. Fontaine.

— M. le docteur Guichanel est mort il y a peu de jours à Lyon, à l'âge de soixante-cinq ans.

— A la suite du dernier concours pour l'internat, ont été nommés :

Internes. — MM. Blondet, Péan, Despaignet, Silvestre, Siredey, Maugin, Dumont, Michel, Garnier, Gibert, Tillot, Jaccoud, Heurtaux, Martin (François), Brongniart, Devers, Dayot, Metivier, Dubois, Gellé, Féron (Constant), Ball, Londe, de Saint-Germain (Philippe), Collin (Philippe), Alloux, Mauvais.

Internes provisoires. — MM. Durante, Brullé (Paul), Royer (Anatole), Viaud-Grand-Marais, Dezanneau, Duboué, Mercier (Edmond), Brunet, Roux, Royel, Hardy (Charles), Chatillon, Bonnemaison, Poreau, Alcantoro, Meynier, de Saint-Germain (Louis), Lancereau, Schloss, Posteur, Leven, Fauvol.

La séance publique pour la proclamation des nouveaux internes et externes et pour la distribution des prix aura lieu le 24. A la suite, on procédera au classement des internes de première année.

— Un concours, pour un nombre indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens sous-aides commencera le 28 janvier 1856, simultanément à Paris, Lille, Metz, Strasbourg, Besançon, Lyon, Marseille, Montpellier, Toulouse, Bordeaux et Rennes. — Un autre concours est ouvert pour un nombre indéterminé d'emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires; il aura lieu le 4 février 1856 à Strasbourg, le 18 à Montpellier, et le 3 mars à Paris.

— Les mutations suivantes ont eu lieu parmi les pharmaciens en chef des hôpitaux :

M. Grassi passe à l'Hôtel-Dieu ; M. Ducom, à La Riboisière ; M. J. Regnauld, à la Charité ; M. O. Réveil, à l'hôpital des Cliniques. M. Leconte est nommé à la Maison municipale de santé, et M. Roussel à Lourcine.

Pour toutes les Variétés, A. DECHAMBRE.

VIII.

BULLETIN DES JOURNAUX ET DES LIVRES.

Journaux reçus au Bureau.

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE. — Décembre. Hémorrhagie par décollement du placenta inséré sur le col, par *Legroux*. — Colique végétale, par *Dutroulau*. — Traitement chirurgical du cancer de la langue (nouvelle méthode), par *Chassaignac*.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE. — 30 novembre. Un mot sur les exutoires, par *Marrotte*. — Lactate de zinc dans l'épilepsie, par *Herpin*. — Sur l'uréthrotomie, par *Civiale*. — Opération du phimosis, par *Sichel*.

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE. — 30 novembre. Ablation des loupes sans opération sanglante, par *Legrand*. — Orthopédie de la main, par *Duchenne* (de Boulogne).

GAZETTE MÉDICALE DE LYON. — N° 22. Du scepticisme en médecine, par *Devay*. — Luxation sous-astragalienne du pied; éthérisation; réduction facile, par *Baumers*.

JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — Novembre. Choléra des Basses-Pyrénées, par *L. Micé*. — Commentaires critiques, historiques et pratiques sur la suette, par *Borchard*. (Nous avons oublié de mentionner la première partie de ce travail, insérée dans le numéro d'octobre.)

REVUE THÉRAPEUTIQUE DU MIDI. — N° 10. Prétendue dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine par suite de la vaccination, par *Anglada*. — Spongiolino et ses usages en thérapeutique, par *Gallerand*.

ARCHIVES BELGES DE MÉDECINE MILITAIRE. — Septembre et octobre. Histoire du choléra épidémique qui a régné en 1854 dans la garnison de Mons, par *Van den Broeck*. — Action de l'iodure de potassium sur quelques sulfates, par *Bilhot*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Stati Sardi). — Nos 46. Sur le démembrement intra-utérin du fœtus, par *P. Salvolini*. — 47. Solution de quelques problèmes sur l'hématose, par *Maschi*.

GAZZETTA MEDICA ITALIANA (Toscana). — Nos 46. Du vitalisme et de l'école organo-expérimentale, par *A. Ranzi*. — 47. Sur le choléra, par *A. Cozzi*.

GAZZETTA DELL' ASSOCIAZIONE MEDICA DEGLI STATI SARDI. — Nos 45. Maladies populaires depuis 1742 dans la province de Mondovi, par *Corte*. — 46. *Idem*. — 47. Atropine dans l'épilepsie, par *Valle*. — *Idem*, par *Parola*.

IL PROGRESSO. — Octobre. Inoculation de la péripneumonie des bêtes bovines, par *Pietro Strada*. — Opium et calomel dans la diarrhée cholérique, par *Odoardo Turchetti*. — Consultation médico-légale sur un assassinat, par *F. Freschi*. — Hygiène et médecine navales, par *Massone*. — Appendice sur la *jambe du pauvre*, par *Rosso*.

IL FILIATRE SEBEZIO. — Novembre. Modification du bourdonnet pour lier les artères, par *Caleprico*. — Rapport sur les mémoires présentés au concours sur l'éclampsie.

EL SIGLO MEDICO. — Nos 97. Considérations sur le choléra, par *Carlos Lucia*. — 98. Divers articles sur le choléra.

EL HERALDO MEDICO. — Nos 239. (Ce journal annonce qu'il cesse de paraître.)

GAZETA MEDICA DE LISBOA. — N° 67. Emploi des eaux minérales; valeur thérapeutique des nutriments, par *Gomes*.

LA CRONICA DE LOS HOSPITALES. — N° 21. Clinique médico-chirurgicale (bronchite, fièvre typhoïde, péritonite, fracture du cubitus, etc.).

SEMANARIO MEDICO ESPANOL. — N° 70.

Livres nouveaux.

STATISTIQUE ET TRAITEMENT du typhus et de la fièvre typhoïde. Observations recueillies à l'hôpital Séraphin de Stockholm, de 1840 à 1851, par le docteur *Magnus Huss*. In-8 de x—240 pages. Paris, 1855. Victor Masson.

ARMAMENTARIUM LUCINÆ NOVUM, oder umfassende Sammlung von Abbildungen der in der Geburtshülfe gebræuchlichen Instrumente (Collection complète de figures des instruments d'obstétrique), par *H.-F. Kilian*. In-folio cart. Bonn, Weber. 12 fr.

BEITRAEGE ZUR PATHOLOGIE DES AUGES (Contribution à la pathologie de l'œil), par *E. Jaeger*. In-folio, deuxième livraison. Vienne, Seidel. 21 fr. 50

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

Paris et les Départements.
Un an, 24 fr.
6 mois, 13 fr.—3 mois, 7 fr.
Pour l'étranger.
Le port en sus suivant les tarifs.

GAZETTE HEBDOMADAIRE
DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
BULLETIN DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL

Publié sous les auspices du Ministère de l'Instruction publique

On s'abonne
Chez tous les Libraires, et par l'envoi d'un bon de poste ou d'un mandat sur Paris.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Organe de la Société d'hydrologie, de la Société médicale allemande de Paris, et de la Société de médecine du département de la Seine.

PARAIT TOUS LES VENDREDIS — A LA LIBRAIRIE VICTOR MASSON, Place de l'École-de-Médecine. — PRIX : 24 FRANCS PAR AN

TOME II. PARIS, 27 DÉCEMBRE 1855. N° 52.

TABLE DES MATIÈRES DU NUMÉRO.

PARTIE OFFICIELLE.

Réorganisation de l'École de médecine de Dijon.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, Empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes ;

Vu les ordonnances des 13 octobre 1840, 12 mars et 18 avril 1841, relatives aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie ;

Vu l'ordonnance du 12 novembre 1841, qui constitue l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon ;

Vu la délibération du Conseil impérial de l'instruction publique en date du 11 juillet 1854 ;

Vu la délibération du Conseil municipal de la ville de Dijon, en date du 11 décembre 1855 ;

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchements, maladies des femmes et des enfants ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne ;
A la chaire d'anatomie et physiologie.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchements ;
A la chaire d'anatomie et de physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

FEUILLETON.

Promenade médicale à l'Exposition des Beaux-Arts.

DEUXIÈME ARTICLE.

Suite et fin. — Voir le t. II, n° 50.

Nous commencerons par une *remontrance* à nos *alliés* : ce sera plus patriotique ; et nous reprocherons crûment à la plupart d'entre eux de vouloir humilier le beau sexe de tous les pays, voire du pays d'imagination, en donnant presque constamment le type anglais à leurs jeunes filles, à quelque milieu qu'elles soient censées appartenir. C'est évidemment une faute qui tombe sous la juridiction médicale, puisqu'elle ne tend pas à moins qu'à embrouiller les races. Au milieu des nombreux exemples que nous pourrions alléguer, nous prendrons l'*Una* de M. Frost. Una a été égarée dans les profondeurs de la forêt par un chevalier félon, qui en voulait à sa vertu. Elle n'a pas eu la chance de passer à travers un rocher subitement entr'ouvert, comme il est arrivé, aux environs de Beaune, à sainte Marguerite, ainsi que nous pouvons l'attester pour avoir vu la roche il n'y a pas six mois. Mais un autre secours est advenu à l'héroïne de Spencer. Le ravisseur a dû fuir devant un essaim de Faunes et de Nymphes, et devant le dieu Pan lui-même, qui pose sur le front de l'adorable mortelle la couronne de *Reine des Fées*. Ce n'est pas là, direz-vous, un sujet d'histoire, et la distinction des races n'y a que faire. Mille pardons ; il y a, dans la plastique comme dans la poésie, des races tout à fait inconnues à Cuvier, races célestes, races aériennes, races souterraines, esprits des eaux, des bois, des prés, du feu, des cimetières, des vieilles masures, anges, démons, houris, faunes, dryades, sylvains, satyres, ondins et ondines, péris, willis, gnomes, lémures, etc., etc. ; et ces races particulières ont des caractères définis dont on ne peut s'écarter sans enlever toute signification à la scène où elles jouent un rôle. Or, les nymphes de M. Frost sont, pour la plupart, de vraies filles d'Edinburgh ; elles le sont par la bouche, par la chevelure, par la taille élancée et fluette ; ce sont des Anglaises de *Keepsake* ; vous les avez vues chez les marchands d'estampes, si même vous ne les avez pas coudoyées à l'Exposition de l'industrie. Et comme il arrive précisément que l'une des figures les moins anglaises est celle d'Una, celle-ci a plutôt l'air d'une nymphe entourée d'Anglaises, qu'une Anglaise entourée de nymphes. Ce défaut est surtout choquant dans le groupe de dryades placé à la droite du tableau, parce qu'il produit une

ART. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon :

Un chef des travaux anatomiques;
Un prosecteur;
Un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

ART. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 22 décembre 1855.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. FORTOUL.

STATUT SUR L'AGRÉGATION DES FACULTÉS.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu les articles 9, 10, 11 et 12 du décret du 22 août 1854, sur l'organisation des Académies,

Le Conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

TITRE Ier. — *Dispositions générales.*

Art. 1er. Les agrégés près des facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres et des écoles supérieures de pharmacie sont divisés en deux classes : 1° agrégés en activité pour un temps qui sera déterminé ci-après, lesquels ont seuls droit à un traitement; 2° agrégés libres dont les fonctions sont expirées.

Art. 2. Le ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir un agrégé dans son titre ou dans ses fonctions après l'expiration de son temps légal d'exercice, ou même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 3. Nul ne peut être admis à concourir pour l'agrégation des Facultés, s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de vingt-cinq ans accomplis, et pourvu du diplôme de docteur correspondant à l'ordre d'agrégation pour lequel il se présente. Des dispenses d'âge peuvent être accordées par le ministre.

Art. 4. Les concours ont lieu aux époques déterminées par le ministre; ils sont annoncés par un avis inséré au *Moniteur*, six mois au moins avant l'ouverture des épreuves. Le siége du concours est déterminé par le ministre.

Art. 5. Les candidats se font inscrire au secrétariat des diverses Académies, deux mois au moins avant l'ouverture du concours. Ils joignent aux pièces qui constatent l'accomplissement des conditions prescrites par l'article 3, l'indication de leurs services et de leurs travaux, et déposent un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés. La liste des concurrents est arrêtée par le ministre, après avis des Facultés et du recteur de l'Académie où résident les candidats.

Art. 6. Les juges des concours d'agrégation sont désignés par le ministre, parmi les membres du Conseil impérial de l'instruction publique, les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, les professeurs et agrégés des Facultés ou des écoles supérieures de pharmacie, et parmi les membres de l'Institut, les professeurs du Collége de France et du Muséum d'histoire naturelle. Pour l'agrégation des Facultés de droit, les juges peuvent être choisis, en outre, parmi les conseillers d'État et parmi les magistrats des cours souveraines; pour l'agrégation des Facultés de médecine, parmi les membres de l'Académie impériale de médecine; pour l'agrégation des Facultés des sciences, parmi les inspecteurs et ingénieurs en chef des ponts et chaussées et des mines, parmi les officiers généraux appartenant à l'artillerie ou au génie maritime et militaire.

Art. 7. Le nombre des juges, pour chaque concours, est de sept au moins et de neuf au plus, y compris le président. Les professeurs et agrégés de l'ordre des Facultés pour lesquelles le concours est ouvert sont toujours en majorité dans le jury. En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète, lors de sa première séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi quatre membres supplémentaires désignés par le ministre. Dès que le jury est constitué, ceux de ces quatre membres que le sort n'a pas désignés se retirent.

Art. 8. Ne peuvent siéger dans un même concours deux parents ou alliés, jusqu'au degré de cousin germain inclusivement. Doit se récuser tout parent ou allié, au même degré, de l'un des candidats.

Art. 9. Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours.

Art. 10. Le jugement du jury peut être valablement rendu par cinq juges.

Art. 11. Le président est nommé par le ministre de l'instruction publique. La direction et la police du concours lui appartiennent. Il désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, d'argumentation, de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort entre les candidats.

Art. 12. Le président prononce sur toutes les difficultés qui peuvent s'élever pendant la durée du concours. Il fixe les jours et heures auxquels ont lieu les diverses séances.

Art. 13. Dans sa première séance, le jury désigne son secrétaire, soit dans son sein, soit parmi les secrétaires des Facultés.

Art. 14. Aux jour et heure fixés pour cette première séance, après la constitution définitive du jury, il est fait un appel de tous les candidats admis au concours. Chaque candidat écrit lui-même, sur un registre, son nom et son adresse. Le registre est clos aussitôt par le président. Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette séance est exclu du concours.

Art. 15. Les concurrents sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués. Aucune excuse n'est reçue, si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 16. Le sort détermine les sujets à traiter par chaque candidat dans les différentes épreuves. Il détermine également l'ordre dans lequel les candidats doivent subir chaque épreuve.

Art. 17. Pour l'épreuve de la composition, chaque candidat, après avoir achevé son travail sous la surveillance d'un membre du jury, le dépose, signé de lui et visé par le président, dans une boîte qui est scellée du sceau du président.

Art. 18. Il peut être ouvert un concours spécial pour chacune des sections entre lesquelles se subdivise l'agrégation de chaque ordre de Faculté.

Art. 19. Dans chaque concours, il y a deux sortes d'épreuves : épreuves préparatoires; épreuves définitives.

Art. 20. Le jury, après le résultat des épreuves préparatoires,

---

singulière discordance entre le type de la figure et le ton des chairs. Dans ce groupe, les visages, plus bruns, plus fortement ombrés que ceux du reste du tableau, appartiennent, par le ton, à des moissonneuses de la campagne de Rome, et, par le type, à des modèles venus d'Écosse. Nous engageons M. Frost à consulter, pour la représentation du monde fantastique, son compatriote M. Paton, qui a déployé tant d'imagination et d'esprit dans sa *Dispute de Titania et d'Obéron*, et un grand nombre de peintres anglais à étudier certains maîtres religieusement préoccupés de l'expression locale, et qui s'y entendent : Ingres, Vernet, Robert Fleury, Decamps surtout, quand il ne pousse pas le vrai jusqu'à la caricature.

Nous l'avons fait entrevoir dans notre premier article, nous ne capitulons pas sur les proportions du corps. Pour la longueur à donner aux différentes sections, nous ne connaissons que les moyennes établies par les classiques, et il n'est pas d'autorité qui vaille à nos yeux un ruban divisé en centimètres. En conséquence, nous dirons sans façon à M. Ingres que les bras de son *Odalisque couchée* sont trop longs; et s'il prétend s'excuser, comme on l'a fait si souvent pour lui, en assurant que cet excès de longueur est intentionnel et destiné à donner de la grâce au modèle, nous lui demanderons pourquoi, dans son portrait de madame M..., le bras gauche est trop court, principalement dans sa partie humérale. M. Eugène Delacroix, lui, débite des bras de toutes dimensions : sa *Médée* en a de remarquablement longs. Si cette disposition donne plus de relief au paquet d'enfants qui se tortillent dans ses mains comme de jeunes chats qu'on va jeter à l'eau, tant mieux; mais cela ne fait pas que le bras droit, le plus long des deux, n'ait pour le moins deux *parties* de trop. Un autre vice de proportion, plus radical et plus saillant encore, est celui qui se remarque dans les *Baigneuses* de M. Mulready. La jeune fille qui sort de l'eau tout effarouchée, à l'éveil donné par une chaste sentinelle, et qui se penche pour monter le talus, serait d'une longueur interminable si elle se tenait droite. Cette géante a bien dix ou douze têtes, au lieu de huit que demande Jean Cousin. Comme on n'en finirait pas, si l'on passait ainsi l'Exposition en revue la règle à la main, nous nous bornerons à ces quelques exemples choisis tout exprès parmi les maîtres, et nous passons à des critiques de détail, en avertissant le lecteur que nous pourrions lui en fournir beaucoup plus long que l'espace ne nous permettra d'en faire entrer ici.

Tout le monde connaît cette *ligne serpentine* qui marque les inflexions de la colonne, et qui, bien réussie, vaut une statue entière avec autant de droit qu'un sonnet vaut un long poëme. Il en est une autre presque aussi difficile : c'est celle qui doit rendre les ondulations d'une figure nue,

dresse la liste des candidats admis aux épreuves définitives. Ils sont rangés par ordre alphabétique. Cette liste comprend trois candidats, au plus, pour chaque place mise au concours.

Art. 21. L'admission des candidats aux épreuves définitives a lieu par la voie du scrutin secret. Il est ouvert un scrutin pour chaque candidat à nommer. Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas la majorité absolue, il est procédé au ballotage entre les candidats qui ont obtenu le plus de voix au second tour. Dans le scrutin de ballottage, la voix du président, en cas de partage, est prépondérante.

Art. 22. Le jugement définitif du jury est rendu dans les mêmes formes.

Art. 23. Le jugement rendu par le jury, à la suite des épreuves définitives, est soumis à la ratification du ministre. La liste arrêtée par le jury ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours; mais elle peut en comprendre moins, si le résultat des épreuves l'exige. Elle est dressée par ordre de mérite.

Art. 24. Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Art. 25. Si le pourvoi est admis, il est procédé entre les mêmes candidats à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

Art. 26. Les agrégés participent aux examens suivant les besoins du service, et dirigent, sous l'autorité du doyen, les conférences instituées par l'article 5 du décret du 22 août 1854. Le ministre peut les autoriser, sur l'avis du doyen et le rapport du recteur, à ouvrir des cours complémentaires dans le local de la Faculté dont ils font partie. Ces cours sont annoncés à la suite du programme des cours ordinaires de la Faculté.

Art. 27. Les agrégés sont membres de la Faculté à laquelle ils sont attachés. Ils prennent rang immédiatement après les professeurs. Ils peuvent être appelés aux délibérations de la Faculté avec voix consultative.

Art. 28. Tout agrégé qui, à l'époque fixée, ne s'est pas rendu au poste auquel il a été appelé, perd son titre d'agrégé et les droits qui y sont attachés.

TITRE II. — Ce titre II (art. 29 à 36), comprend les *dispositions spéciales à l'agrégation des Facultés de droit.*

TITRE III. — *Dispositions spéciales à l'agrégation des facultés de médecine.*

Art. 37. Dans les Facultés de médecine, les agrégés institués après le concours font un stage de trois ans avant d'entrer en activité de service.

Art. 38. Les agrégés stagiaires n'ont pas de traitement fixe; ils peuvent être chargés des conférences instituées par le décret du 22 août 1854, et, dans ce cas, ils reçoivent, à titre d'indemnité éventuelle, le tiers du produit desdites conférences.

Art. 39. La durée des fonctions des agrégés admis, après le stage, à prendre part aux examens et au remplacement des professeurs absents ou empêchés, est fixée à six ans pour la Faculté de médecine de Paris, à neuf ans pour les Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 40. Sont attachés : à la Faculté de médecine de Paris, trente-neuf agrégés, dont un tiers en stage et deux tiers en exercice; à celle de Montpellier, vingt et un, dont six en stage et quinze en exercice; à celle de Strasbourg, dix-huit, dont quatre en stage et quatorze en exercice.

Art. 41. Tous les trois ans, les agrégés en exercice sont renouvelés : par moitié dans la Faculté de Paris, par tiers dans les Facultés de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 42. Les agrégés en exercice sortants sont remplacés par les agrégés stagiaires qui ont accompli le temps du stage, et ceux-ci par des agrégés stagiaires nouveaux.

Art. 43. Il y a quatre sections d'agrégés. La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend : l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle; la deuxième, pour les sciences physiques, comprend : la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie; la troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale; la quatrième, pour la chirurgie et les accouchements.

Art. 44. Les épreuves préparatoires consistent : 1° dans l'appréciation des services et des travaux antérieurs des candidats; 2° dans une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie; 3° dans une leçon orale de trois quarts d'heure au plus, faite, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit.

Art. 45. Cinq heures sont accordées pour la composition. Elle a lieu dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrents ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit. Les compositions sont lues, en séance publique, par les candidats qui les ont rédigées et sous le contrôle d'un des juges.

Art. 46. Les épreuves définitives consistent en une leçon orale, en épreuves pratiques et en une argumentation.

Art. 47. La leçon orale est faite, après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit. Elle dure une heure.

Art. 48. La nature et le nombre des épreuves pratiques imposées à chaque candidat sont déterminés par le président, de concert avec les membres du jury.

Art. 49. Chaque candidat soutient une thèse dont le sujet est choisi dans l'ordre d'enseignement pour lequel il s'est inscrit. Il a douze jours francs, à dater de celui où il connaît le sujet qui lui est échu, pour écrire, faire imprimer et déposer sa thèse. Le nombre d'exemplaires déposés est égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure. Les exemplaires déposés sont distribués trois jours francs avant celui où la thèse doit être soutenue. L'argumentation sur chaque thèse dure une heure. Le soutenant est argumenté par deux concurrents.

TITRES IV ET V (art. 50 à 64). — *Dispositions spéciales à l'agrégation des facultés des sciences et des facultés des lettres.*

TITRE VI. *Dispositions spéciales à l'agrégation des écoles supérieures de pharmacie.*

Art. 65. Les candidats au concours de l'agrégation pour les Ecoles supérieures de pharmacie doivent être pourvus du diplôme de docteur ès sciences physiques ou naturelles, et de celui de pharmacien de première classe.

Art. 66. Le nombre des agrégés en exercice dans chaque Ecole supérieure de pharmacie est égal à celui des professeurs titulaires.

Art. 67. Les agrégés des Ecoles supérieures de pharmacie sont nommés pour dix ans et renouvelés, par moitié, tous les cinq ans.

---

penchée en avant et vue de profil. Le péril de l'exécution consiste à tracer une ligne trop roide, trop régulièrement arquée depuis la nuque jusqu'au sacrum, et même jusqu'au jarret. Alors si l'on place un écran qui ne laisse voir que la partie comprise entre cette ligne courbe et sa corde, on a devant les yeux un vrai quartier de lune, et l'on est ainsi tenté de prendre à la lettre l'expression triviale par laquelle on désigne quelquefois une partie de cette région du corps. Nous avons rencontré cette donnée dans plusieurs compositions où elle n'est pas heureusement rendue, notamment sur une figure d'étude représentant un jeune homme dont la tête repose sur les genoux et, dans l'allégorie du n° 1515, sur la femme enlevée par des génies. Une faute analogue, et qui a également sa source dans une pratique conventionnelle, est souvent commise dans la figuration des deux rebords costaux et des plis inguinaux. M. Gerdy, qui a beaucoup insisté dans son *Anatomie des formes* sur le peu de naturel de ces deux extrémités d'ellipse qu'on trace, l'un à la base de la poitrine, l'autre au niveau du pubis et des aines, et qui vont se perdre sur les côtés des parois abdominales, M. Gerdy a dû éprouver au palais des Beaux-Arts des crispations violentes, notamment devant quelques statues; car ce sont surtout les statuaires qui restent fidèles à la tradition académique. L'*Ajax demandant aux dieux la lumière*, de M. Marshall, offre déjà un spécimen assez remarquable d'une base de poitrine du genre *plein-cintre*. Mais il est inférieur, sous ce rapport, au *Destin du génie*, de M. Durham, un statuaire de beaucoup de talent, d'ailleurs. Le destin du génie, d'après cette figure allégorique (où l'angle formé par la rencontre des deux rebords costaux est, nous le répétons, entièrement effacé et remplacé par une courbe) paraît être de mourir d'une affection du foie, avec hypertrophie, ce qui n'a rien d'invraisemblable, vu les tribulations dont le génie est souvent abreuvé.

Signalons encore, dans les mêmes régions, quelques anomalies assez remarquables. Dans l'autre odalisque de M. Ingres, celle qui porte le n° 3350, le nombril est positivement situé à droite de la ligne médiane. Oui, cette belle favorite, qu'on prend la peine d'enfermer dans un harem, de faire garder à vue par un eunuque, et qui attend son maître dans des langueurs si impatientes, n'a pas seulement le nombril à sa place! Tout le monde a remarqué dans les *Romains de la décadence*, de M. Couture, cette courtisane couchée du premier plan. Chez cette malheureuse, dans les traits de laquelle on voit comme sombrer un reste de mâle et ardente beauté, les chairs ont été tellement amollies et relâchées par la débauche, *vino et venere*, que les seins ont descendu jusque près des hypochondres, le droit plus bas encore que le gauche; triste et surtout rare exemple des ravages causés par une vie de désordre!

Art. 68. Ils sont partagés en deux sections : section de physique, de chimie et de toxicologie ; section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie.

Art. 69. Les épreuves préparatoires consistent : 1° dans l'appréciation des services et des travaux antérieurs des candidats ; 2° dans une composition sur un sujet de pharmacie. Huit heures sont accordées pour la composition. La dispense de la composition peut être accordée dans le cas prévu par le dernier pa.agraphe de l'article 53 ci-dessus (1).

Art. 70. Les épreuves définitives sont au nombre de trois : les leçons orales, l'argumentation, les épreuves pratiques.

Art. 71. Il y a deux leçons orales, l'une, faite après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet d'histoire naturelle ou de chimie générale ; l'autre, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question relative à l'enseignement spécial pour lequel le candidat s'est inscrit.

Art. 72. Les épreuves pratiques sont empruntées à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit. La nature de chaque épreuve est déterminée par le président, de concert avec le jury. Les préparations se font dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury. L'épreuve terminée, les candidats font publiquement, pendant une demi-heure au plus, l'exposé des procédés qu'ils ont suivis, et la description des plantes ou autres objets d'histoire naturelle qu'ils ont eu à examiner. Le résultat de l'épreuve de toxicologie est présenté sous forme de rapport judiciaire.

Art. 73. Pour la thèse et l'argumentation, il est procédé comme il a été dit, à l'article 56 ci-dessus, en ce qui concerne l'agrégation des Facultés des sciences (2). Les thèses, composées sur les sujets indiqués six mois à l'avance par le Ministre de l'instruction publique, correspondent aux différents ordres d'enseignement pour lesquels le concours est ouvert.

TITRE VII. — *Dispositions particulières.*

Art. 74. Les agrégés institués antérieurement au présent statut continuent à jouir des avantages que leur assurent les anciens règlements.

Art. 75. Sont et demeurent abrogés les statuts, règlements et arrêtés antérieurs relatifs aux concours de l'agrégation des Facultés et des Écoles supérieures de pharmacie.

Le Ministre de l'instruction publique et des cultes,

H. FORTOUL.

Fait à Paris, le 20 décembre 1855.

(1) Les candidats que le jury, d'après l'appréciation de leurs titres antérieurs, croit dignes d'être admis directement aux épreuves définitives, sont dispensés de la composition.

(2) Art. 56. — Les sujets de thèse, parmi lesquels chaque candidat choisit librement celui qui convient à ses études, sont arrêtés et publiés par le Ministre, six mois au moins avant l'ouverture du concours.

Ces sujets de thèse sont pris dans les subdivisions du programme de la licence. Trois sujets au moins sont indiqués pour chaque subdivision.

Les thèses sont remises par les candidats le jour de l'ouverture des épreuves définitives. Si les thèses sont imprimées, elles sont placées sous cachet jusqu'au jour de la distribution. Si elles sont manuscrites, chaque feuillet en est parafé par le secrétaire du jury. Les candidats ont, dans ce cas, douze jours francs pour les faire imprimer ou lithographier.

Les exemplaires déposés doivent être en nombre égal à celui des juges et des concurrents, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure.

Le sort détermine, parmi les concurrents de la même catégorie, quel sera l'argumentant. Au besoin, le candidat est argumenté par les membres du jury.

La durée de l'argumentation est d'une heure pour chaque concurrent.

Les thèses sont distribuées trois jours francs avant l'argumentation.

Par décret impérial, en date du 19 décembre 1855, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. BERNARD (Claude), membre de l'Académie des sciences, est nommé professeur de médecine au collége impérial de France, en remplacement de M. Magendie, décédé.

— Par arrêté, en date du 20 décembre 1855, M. QUITARD, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant et chef de clinique à l'École préparatoire de médecine de Toulouse.

AVIS. — LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE a cru devoir renoncer à l'honneur que lui avait fait la *Société d'hydrologie médicale de Paris* en lui confiant la publication de ses comptes rendus. En revanche, elle devient l'organe de la *Société anatomique*.— Les travaux de cette Société, dorénavant édités par M. Victor Masson, continueront à être publiés en fascicules, et le journal en donnera le *sommaire;* mais le droit lui est exclusivement réservé d'en détacher, et de faire entrer dans son cadre habituel, les mémoires ou observations qui seraient plus spécialement à sa convenance. Cette combinaison assure à la *Gazette hebdomadaire* un avantage, sans dérober une part notable de son étendue habituelle.

Les *suppléments* créés tout exprès à l'usage de la *Société d'hydrologie* ne seront pas retirés, et nous profiterons de cet espace disponible pour satisfaire à un désir qui nous a été souvent exprimé, celui de voir augmenter, pour certaines parties du cadre, la grosseur des caractères. A l'avenir, les travaux originaux seront imprimés avec le caractère actuel du premier-Paris, et le feuilleton, ainsi que la presque totalité des comptes rendus des Sociétés savantes, avec le caractère actuel des travaux originaux.

Pareil malheur n'est pas advenu, si l'on en croit M. Bertini, de Milan, à une autre femme qui n'était pas non plus étrangère aux peines d'amour, la Parisina de Byron. C'est endormie dans le décubitus oblique à droite qu'elle laisse, dans un rêve agité, échapper le secret de son âme ; néanmoins les seins ont une telle fermeté qu'ils ne se conforment pas du tout à l'inclinaison du tronc : ils restent solides comme deux postiches. Sous ce rapport, la Parisina, de M. Gastaldi, est plus vraie ; elle est également couchée sur le côté droit, et ses seins suivent raisonnablement le mouvement du tronc, comme il arrive dans l'immense majorité des cas.

Mais c'est surtout en ce qui concerne le relief et l'action physiologique des muscles, que nous aurions force remarques à présenter. Consignons au moins les principales. Le muscle, qui figure avec le plus d'honneur dans l'éducation anatomique des élèves de l'École des Beaux-Arts, celui dont ils répètent ou estropient le plus volontiers le nom, en tirant leur barbiche, est, sans contredit, le sterno-cléido-mastoïdien. Le *mastoïdien*, comme ils l'appellent, c'est le fond de l'anatomie artistique, comme un autre mot connu de Beaumarchais est le fond de la langue anglaise. Or, ce muscle a très fréquemment, même chez les meilleurs artistes, un aspect tout à fait insolite. Chez M. Ingres, déjà nommé, il a généralement un excès de longueur qui provient de ce que les oreilles sont attachées un peu haut et la clavicule, au contraire, un peu bas relativement au bord supérieur de l'épaule. Cette disposition est très prononcée chez le *saint Symphorien*, dont le sterno-mastoïdien gauche offre d'ailleurs un soulèvement et une rigidité parfaitement en rapport avec la rotation de la tête à droite. Elle l'est aussi dans le Virgile et le Raphaël de l'*Apothéose d'Homère*. Le muscle en question présente, du côté gauche, chez le *saint Philippe*, du même peintre, une autre anomalie (carton n° 3340) ; c'est de contourner le cou de manière à aboutir certainement à l'apophyse occipitale ; et il est heureux pour le saint que sa position de face ne permette pas au public de constater toute l'étendue de ce vice de nature. Un autre artiste, au contraire, M. Robert Fleury, a droit à des éloges pour la manière heureuse et savante dont il a rendu le dédoublement du muscle à sa partie inférieure chez sa *Jane Shore*, qui, condamnée comme sorcière et poursuivie par la populace de Londres, est tout à fait dans son droit en tournant la tête avec une énergie capable de dédoubler le muscle dans la plus grande partie de sa longueur. Nos compliments aussi à quelques artistes qui ont su rendre avec fidélité le jeu des muscles de l'épaule, si peu connu aujourd'hui, même des médecins. Pour l'élévation du bras jusqu'à la direction horizontale, il n'est besoin, comme on le sait, que du deltoïde ; mais l'action du grand dentelé est indispensable pour la continuation du mou-

PARTIE NON OFFICIELLE.

I.

Paris, ce 27 décembre 1855.

DOCUMENTS OFFICIELS DEMANDÉS PAR L'ADMINISTRATION FRANÇAISE SUR L'INOCULATION PRÉVENTIVE DE LA FIÈVRE JAUNE. — ÉTAT DE LA QUESTION.

(Suite et fin. — Voir le n° 51, t. II.)

5° *Quels sont les phénomènes physiologiques qu'éprouvent les malades par suite de l'absorption du venin? Les suivre et les décrire avec la plus minutieuse exactitude dans leurs développements comme dans leur durée?*

Il y a des sujets chez lesquels l'inoculation n'est suivie d'aucun phénomène, d'autres chez lesquels ceux-ci sont fort légers. Chez beaucoup, sans offrir aucun danger pour l'existence, ceux-ci sont cependant bien tranchés. Chez un petit nombre, ils s'exagèrent et présentent un cortége qui rappelle ce que l'on voit pendant la première période de la fièvre jaune.

Jusqu'à ce jour, sur plus de 2,400 inoculés des deux sexes et de différents âges, il n'y a eu aucune suite fâcheuse à déplorer.

M. de Humboldt a remarqué que les symptômes étaient d'autant plus prononcés qu'on expérimentait pendant les mois de l'année qui donnent à la fièvre jaune plus de gravité, c'est-à-dire juillet, août, septembre et octobre. Il établit encore que les sujets arrivés dans le pays depuis plusieurs mois offrent des symptômes moins tranchés que les nouveaux venus.

Voici la marche des choses, telles qu'elles se passent chez le plus grand nombre.

Quelques heures après l'inoculation, le pouls baisse de 5, 10, 15, 20 et même 25 pulsations à la minute; il devient petit, dépressible. La peau se refroidit, le malade éprouve quelquefois des frissons, des nausées, et un sentiment de malaise et d'affaissement général. (M. de Humboldt a vu cet état aller jusqu'à la syncope; il nous recommande de ne pas nous effrayer. Le malade reprend connaissance *suâ sponte;* on commence l'administration du sirop, dont on rapproche beaucoup les premières doses. M. de Humboldt dit que les choses ont pris ce caractère syncopal toujours chez des inoculés qui n'avaient pas encore pris l'antidote.)

Le premier stade dont nous avons parlé se prolonge quelquefois jusqu'à la nuit, les inoculations ayant été pratiquées le matin entre six et huit heures; mais souvent il cesse dès l'après-midi, et il fait place à une réaction plus ou moins forte, caractérisée par l'accélération du pouls et son amplitude (nous l'avons trouvé dur très rarement, nerveux et irrégulier quelquefois). Les pulsations arrivent alors à 90 et 100 par minute; la peau devient chaude et sèche, mais n'arrive jamais à ce degré de calorification qu'on observe dans la fièvre jaune. La respiration reste facile; nous ne l'avons trouvée anxieuse qu'une seule fois.

C'est ordinairement pendant la première nuit que les autres symptômes se montrent. Il y a alors céphalalgie vive, surtout au-dessus des orbites. La tête est chaude, les veines sont saillantes; les yeux, douloureux, sont sensibles à l'action de la lumière; il y a tendance à la dilatation des pupilles et au larmoiement. Nous avons observé qu'il survenait plus tard une légère injection des conjonctives oculaire et palpébrale; chez plusieurs même il y a eu ophthalmie. Bien que les sujets portassent peut-être en eux des prédispositions à cette affection, puisque nous l'avons rencontrée plusieurs fois chez des militaires du même corps qui n'avaient pas encore été inoculés, nous devons mentionner le fait parce qu'il nous a semblé que l'inoculation devenait une cause déterminante assez fréquente. Les paupières sont tuméfiées; il y a turgescence de la peau de la face. La muqueuse nasale est aussi le siége d'une congestion vive, produisant un coryza quelquefois très intense et des plus fatigants. La buccale et la pharyngienne participent également à cet état de phlogose; le voile du palais est rouge, pointillé; les amygdales sont développées, et l'angine est parfois intense; il y a constriction de la gorge, gêne de la déglutition. Les gencives s'injectent, se tuméfient jusqu'à prendre l'aspect violacé; le bord libre se marque d'un liséré brunâtre; quelques plaques nacrées s'aperçoivent çà et là.

La mâchoire supérieure offre cette disposition à un degré plus prononcé que l'inférieure. Plus tard, cet état des gencives pourra arriver à l'hémorrhagie; nous l'avons produite en appuyant légèrement sur les parties avec un linge fin.

Les différentes branches du trifacial sont quelquefois, nous pouvons dire souvent, affectées de névralgies fort douloureuses, mais de courte durée.

Il y a douleur et quelquefois tumeur à la région parotidienne.

L'intelligence reste presque toujours intacte. Nous n'avons jamais observé qu'elle fût troublée; mais M. de Humboldt assure que le délire survient quelquefois sans qu'on doive lui attribuer sa gravité habituelle.

La langue est souvent à l'état normal; quelquefois elle est rouge sur les bords, pâteuse, saburrale ou blanchâtre au milieu. Elle perd parfois sa température normale pour acquérir une chaleur notable. L'inappétence est rare, l'appétit se conserve, au contraire, dans la plupart des cas (au dire des malades, du moins, et l'on sait que les militaires et marins avouent difficilement qu'ils n'ont pas faim).

Les phénomènes gastriques ont été fort rares, l'anxiété et la douleur épigastrique manquant presque toujours. Quelques hommes ont eu des vomissements pendant un jour ou deux; la coloration des matières rendues n'a jamais dépassé la teinte bilieuse claire. Il nous a été dit que l'un des militaires inoculés, ayant voulu éluder l'administration du sirop antiseptique, avait eu des vomissements répétés de matières très foncées, et qu'alors il avait réclamé avec instance le secours de l'antidote; mais quand nous avons avons voulu constater le fait, les vases avaient été nettoyés, le malade était bien, les vomissements ayant cessé après l'absorption de deux ou trois doses de guaco. Nous citons ce cas en regrettant bien de ne pouvoir le certifier.

Du côté de l'abdomen, il n'y a eu à noter que des gargouillements dans les fosses iliaques, quelquefois de la diarrhée; mais il faut se rappeler que le sirop peut et doit amener cet état.

Deux hommes se sont plaints de douleurs hépatiques qui ont disparu peu après.

Les urines n'ont jamais offert d'altération, soit en qualité, soit en quantité.

Les douleurs à la région lombaire et aux articulations nous ont été signalées quelquefois par les hommes chez lesquels la réaction était vive et prolongée.

Nous avons dit que les symptômes se développaient ordinairement pendant l'après-midi et la première nuit de l'inoculation. Il y a alors agitation, privation de sommeil, cauchemar et rêves pénibles. Dans le plus grand nombre des cas, le lendemain matin il y a sédation. Le pouls est redescendu même au-dessous de son accélération habituelle. Nous l'avons

---

vement. Il suit de là que l'élévation du bras au-dessus de l'horizontale, surtout si elle se joint à un effort énergique, entraîne comme caractères, dans la représentation plastique, le relief du deltoïde, celui des digitations du grand dentelé, le transport de l'omoplate en dehors, et son application hermétique contre le plan costal. Or, ces caractères sont parfaitement exprimés dans l'*Ajax* cité plus haut, qui, par un mouvement violent, lève les deux bras vers le ciel en criant aux dieux de combattre contre lui, pourvu qu'ils dissipent les ténèbres. Le rendu est moins heureux, quoique bien senti, dans plusieurs autres morceaux de sculpture, notamment dans le *Berger tirant sur un aigle*, de M. John Bell. Mais une peinture de M. Dyce, *le Roi Joas lançant la flèche de délivrance*, renferme, sous ce rapport, un vrai contre sens. L'expression musculaire de l'épaule et du thorax est presque nulle chez le biblique archer, dont l'acte suppose un effort considérable, tandis que les dentelés du vieillard, qui lève à demi le bras uniquement pour implorer le ciel, sont découpés comme ceux d'un hercule ou d'un habitant de la *tour de la faim*. On voit bien que M. Duchenne (de Boulogne) n'a pas passé par là.

Nous avions encore une provision de notes, relatives, pour la plupart, à la pathologie et à l'anatomie pathologique. On aurait vu le singulier phénomène de muscles du bras contractés et d'une veine jugulaire gorgée de sang, sur un sujet mort d'une plaie au cœur (*Épreuve du toucher*, de M. Maclise); on aurait ri, en présence du *Jeune malade*, des inquiétudes de sa bonne maman, le facies de ce garçon-là étant encore bon, et la jeune fille, qui lui offre sa main en manière de moyen curatif, ayant tout l'air de n'avoir pas voulu attendre qu'il fût par trop détérioré. On se serai étonné de voir courir si vite, comme l'indiquent un pli relevé de la veste et les bouts flottants de la cravate, un pauvre diable à qui un coup de fusil dans la nuque a certainement endommagé le nœud vital (n° 1739), etc., etc. Mais en voilà assez pour justifier les prétentions que nous avons émises au nom de la médecine. Tout ce qui précède ne doit être envisagé que comme un spécimen de revendication. Nous sommes d'ailleurs bien convaincu, connaissant le bon goût et l'esprit judicieux du lecteur, qu'il en a assez et n'en demande pas davantage.

A. DECHAMBRE.

— Le corps médical vient de perdre, dans la personne de M. GAULTIER DE CLAUBRY, membre de l'Académie de médecine et médecin consultant de l'Empereur, un praticien des plus distingués et un modèle d'honorabilité professionnelle.

compté à 50, 45 et 40 pulsations à la minute. La peau est fraîche, moite, le faciès plus calme. La céphalalgie, la douleur des yeux, des narines, des parotides, des gencives, de la gorge, persistent; mais à un degré beaucoup plus faible; la journée se passe bien, et vers le soir, l'état fébrile reparaît en exagérant de nouveau, en tout ou en partie, des symptômes signalés.

Chez plusieurs, tout se borne au premier accès, et la convalescence commence immédiatement après.

Dans le plus grand nombre des cas, les choses se passent encore le deuxième jour comme le premier; la deuxième nuit est accompagnée des mêmes phénomènes, mais presque tous atténués; la troisième journée est bonne; vers le troisième soir, le pouls s'accélère encore, mais peu. La troisième nuit ressemble quelquefois un peu aux précédentes; le quatrième jour se passe généralement sans qu'il y ait rien autre à constater qu'un peu de fatigue et de susceptibilité nerveuse, du gonflement aux gencives, de la diarrhée. Il survient parfois des hémorrhagies passives, mais nous n'en avons pas observé pendant notre séjour à la Havane. Le cinquième jour, les inoculés prennent le purgatif salin; s'ils se trouvent dans les conditions que nous avons indiquées plus haut, et le sixième ils sortent de l'hôpital, à moins que leur état ne prescrive de les y laisser plus longtemps en observation.

Chez un petit nombre, les symptômes ayant été réunis et très marqués et ayant constitué un état pathologique grave, la convalescence ne s'est pas établie aussi rapidement, et le séjour à l'hôpital a été prolongé.

C'est chez ceux-là surtout que M. de Humboldt signale les changements survenus dans la constitution. Il pense leur avoir fait franchir en quelques jours les différents degrés de l'acclimatation, ayant ainsi soustrait rapidement à l'influence de la fièvre jaune des personnes qui seraient restées encore longtemps exposées à ses coups.

Il dit aussi qu'en admettant qu'elles se voient plus tard atteintes de fièvres graves, ces maladies ne revêtiront plus la forme de fièvre jaune épidémique (il se sert du nom de fièvre hémorrhagique).

6° *Indiquer l'analogie qui peut exister entre ces symptômes et ceux que l'on observe dans la fièvre jaune.*

Nous laissons à nos chefs l'appréciation des symptômes que nous avons décrits plus haut, et leur comparaison avec ceux de la fièvre jaune. On croit, parfois, saisir des points de ressemblance entre ces symptômes et ceux de la première période de la fièvre jaune; mais il faut se rappeler que plusieurs autres affections, à leur début, présentent des phénomènes identiques.

S'il était possible d'outrer les symptômes, soit en faisant plus de piqûres à un sujet, soit en ne donnant pas le sirop tout d'abord, peut-être verrait-on les choses prendre une ressemblance plus grande, qui ne laisserait plus de doute. M. de Humboldt affirme que les choses se passeraient ainsi; il dit qu'à ses débuts, et lors des tâtonnements inséparables de semblables recherches, il a vu des personnes arriver à la mort par suite de l'inoculation, après avoir fourni les symptômes les plus caractéristiques de la fièvre jaune.

7° *Procéder à une enquête à l'effet de s'assurer si les individus soumis à l'inoculation n'ont pas plus tard contracté la fièvre jaune. Dans ce cas, s'assurer du temps écoulé depuis l'inoculation jusqu'à celui de l'invasion de la fièvre jaune.*

La commission a pu se procurer des documents officiels qui vont répondre pour elle.

En ce qui concerne les militaires, marins, sœurs de Charité, toutes personnes enfin dépendant de l'État, la réponse est très favorablement établie, pour M. de Humboldt, par don Fernando Bastarreche, chef du service de santé militaire, dans un certificat délivré le 9 avril dernier. Cette pièce établit qu'aucun accident n'était survenu à la suite des inoculations, et qu'aucun des inoculés n'avait été atteint de fièvre jaune à la date précitée. La veille de leur départ de la Havane, les membres de la commission ont lu dans le journal officiel de la Havane la répétition du même certificat poussé jusqu'au 9 mai courant.

Nous étant rendus à l'hôpital militaire le 12, veille de notre départ, nous avons pu constater que jusqu'à ce jour aucun militaire inoculé n'avait succombé à la fièvre jaune. Il se trouvait, dans le moment, en traitement dans les salles de M. de Humboldt, quatre militaires soumis antérieurement à l'inoculation; ils offraient des fièvres à type rémittent ou pseudo-continu, et ils avaient été assez gravement malades; mais ils étaient déjà tous quatre beaucoup mieux, du troisième au cinquième jour de l'invasion, l'affection ayant été combattue avantageusement par l'emploi du sulfate de quinine à haute dose associé au calomel.

Pour les personnes du civil, le journal officiel vient encore répondre pour nous. M. de Humboldt y a fait insérer que, depuis le commencement de ses inoculations jusqu'au 9 mai, il avait perdu deux inoculés par suite de fièvre jaune. — Il s'engage à tenir le public au courant de cette affaire par la même voie de publicité.

Voici les renseignements que nous avons recueillis sur les deux personnes qui ont succombé à la fièvre jaune :

Le premier, Antonio Gonzalez, âgé de seize ans, Galicien de naissance, arrivé à la Havane depuis trois mois, domestique, présentant une constitution nerveuse, a été inoculé le 14 mars. M. de Humboldt nous dit qu'il avait déjà de la fièvre lorsqu'il a demandé à être inoculé. Les symptômes d'intoxication du venin ne se sont pas produits, et le troisième jour la fièvre jaune s'est caractérisée par le vomissement noir et l'ictère. Gonzalez a succombé le 21 mars suivant, après sept jours de maladie.

M. de Humboldt ne veut pas contester au public le défaut de préservation qui semble résulter de ce cas; mais à nous il affirme que, pour lui, la fièvre jaune préexistait, et qu'elle a dû se développer aussitôt après l'inoculation.

Le deuxième décédé est M. Guinprecht, âgé de 28 ans, Russe, élevé en Écosse, négociant, arrivé à la Havane le 4 décembre 1854, de constitution nerveuse; inoculé le 29 mars dernier, il éprouve peu de symptômes, qui se réduisent à quelques variations du pouls très légères, de l'insomnie, de l'inquiétude.

Revenu à la maison de santé de Garcini le 2 mai dernier, M. Guinprecht présentait les symptômes les plus incontestables d'une fièvre jaune grave. Congestion cérébrale, subdelirium sans perte complète de connaissance, faciès stupéfié. Pouls à plus de 100, plein et dur, chaleur intense, agitation, nausées, etc.

Nous pûmes suivre les progrès de la maladie, qui fut vainement combattue par des saignées générales et des applications de sangsues, l'administration du sulfate de quinine et du calomel pendant des apyrexies plus apparentes que réelles, les purgatifs salins, le sirop de guaco à haute dose, les applications froides sur la tête, etc., etc.

Dès le troisième jour, les vomissements striés se produisirent; le quatrième jour, ils étaient noirs et abondants; le cinquième, le malade prit deux onces de sirop antiseptique, les vomissements cessèrent; la mort arriva le soir. Les urines s'étaient produites jusqu'à la fin.

Nous avons dit plus haut que le gouvernement avait nommé une commission composée de deux membres de l'Université et du chef du service de santé militaire, chargée de suivre les travaux et les inoculations de M. de Humboldt. Cette commission ne manquera pas de présenter plus tard à l'autorité un rapport qui statuera définitivement sur la question de préservation. D'autre part, les journaux officiels contiendront tous les mois les publications du chef des hôpitaux et de M. de Humboldt sur la même question. Il sera facile au gouvernement de nos colonies de se procurer ces documents par l'intermédiaire de M. le consul de France.

Pour nous résumer, disons que du 18 décembre 1854 au 12 mai 1855, 2,400 sujets militaires ou civils ont été soumis à l'inoculation; que jusqu'à ce jour 57 sont revenus aux hôpitaux pour affections fébriles de différents types, dont les plus fréquents ont été intermittents et rémittents; que deux de ces malades sont morts de fièvre jaune; qu'une dizaine d'autres ont vu leur affection prendre un caractère assez grave et sont aujourd'hui rétablis ou en convalescence.

8° *Rechercher si, lors de l'inoculation, l'épidémie sévissait dans la localité, et si elle régnait épidémiquement.*

Le gouverneur général de la Havane nous a fait remettre, d'après notre demande, les états de la situation sanitaire du pays pendant les mois de décembre dernier, janvier, février et mars de cette année. Nous joignons ces pièces au présent rapport, et nous ne voulons rien ajouter à ce que l'on peut y voir. L'état du mois d'avril nous avait été promis également; mais nous ne l'avons pas reçu. Nos renseignements nous permettent de dire que, pendant ce mois encore, la maladie dont il s'agit a été à l'état sporadique; mais, pendant le mois de mai, les cas se succédaient, et le jour de notre départ on en comptait plus de 50 plus ou moins avérés dans les différents hôpitaux, hospices et maisons de santé de la Havane. Il y avait eu plusieurs décès par suite de cette affection.

9° *Rechercher encore si des individus atteints de fièvre jaune, mais par hasard inoculés, ont présenté les mêmes phénomènes physiologiques que ceux qui, n'ayant pas eu la fièvre jaune, auraient été inoculés également?*

Nous n'avons pas observé nous-mêmes ce qui se passe quand des individus ayant eu la fièvre jaune étaient soumis à l'inoculation. Nous nous sommes adressés, pour le savoir, à M. de Humboldt, dont la longue expérience de l'inoculation peut satisfaire à cette question. Il nous a été répondu que, pour ceux-là, de même que pour ceux qui étaient inoculés une deuxième fois, de même encore que pour les sujets qui, comme les créoles, sont à l'abri de la fièvre jaune, les symptômes se réduisaient à fort peu de chose, et que souvent il ne s'en produisait aucun.

Ce fait pourra être vérifié dans les expériences que nous serons en mesure de faire à la Martinique et à la Guadeloupe. — M. de Humboldt a terminé ses bonnes relations avec la commission en lui confiant une notable quantité de venin. Il nous a également adressés au pharmacien chargé de la préparation du sirop. Nous nous sommes procuré ainsi une certaine quantité de guaco en bois, du sirop, et une instruction détaillée du mode de procéder pour obtenir le médicament antiseptique. Nous avons pu aussi nous faire donner deux plants de mikania-guaco, que nous portons à la Martinique par précaution, et dans la crainte de ne pas trouver cette plante chez nous.

En terminant, la commission croit de son devoir d'exprimer officiellement combien elle a à se louer des relations franches et loyales que M. de Humboldt a eues avec elle.....

La commission eût été jalouse de rapporter aux colonies françaises la certitude de la préservation de la fièvre jaune par l'inoculation du docteur de Humboldt; mais, son séjour à la Havane ayant été borné par les nécessités du service (1), elle est obligée de laisser à d'autres un soin aussi important, se bornant à faire les vœux les plus ardents pour que le temps vienne réaliser les promesses du docteur de Humboldt.

Fait et clos à la Havane, le 13 mars 1855.

Les membres de la commission,
Signé ; LONGUETEAU, PICHAUD et KERANGAL.

A son rapport, la commission a joint, ainsi qu'elle l'annonce, le mémoire adressé à l'*Académie des sciences médicales de la Havane*, par M. de Humboldt.

Nous connaissons déjà les faits primordiaux qui ont appelé l'attention de ce médecin. On s'étonne seulement de leur énonciation sans preuve et de la rapidité avec laquelle l'idée a reçu son application pratique. Ainsi M. de Humboldt, vivement frappé de l'excessive mortalité, par la fièvre jaune, des criminels envoyés de l'intérieur du Mexique aux prisons de Vera-Cruz et de Saint-Jean-d'Uloa, obtient d'accompagner les convois de prisonniers depuis leur entrée en terre chaude (*tierra caliente*) jusqu'à Vera-Cruz. « Quelle fut ma surprise, » dit-il, en observant que l'apparition spontanée des symptômes de la fièvre jaune coïncidait avec la morsure d'un » petit *serpent* très abondant sur la côte et qui pique assez » fréquemment les malheureux qui vont pieds nus! La difficulté qui se présentait alors pour moi était de confirmer le » fait observé. Dans ce but j'envoyai prendre une certaine » quantité de ces reptiles et je résolus de faire des expériences » sur des animaux. Je fis mordre quelques chiens qui, au » bout de trois ou quatre heures, présentèrent des symptômes d'empoisonnement et moururent après trois ou » quatre jours, avec des hémorrhagies extrêmement abondantes d'un sang décoloré et fétide, et ayant les symptômes » manifestes de congestion cérébrale. »

J'avoue pour ma part, d'après ce récit, qu'il ne me paraît pas suffisamment démontré que la morsure du serpent ait provoqué l'invasion de la fièvre jaune chez les criminels, et l'expérience sur les chiens ne permet, en aucune façon, de conclure que ces animaux ont succombé à la fièvre jaune.

M. de Humboldt, pendant les premières années de ses tentatives, a inoculé deux cents individus, tant prisonniers que particuliers, récemment arrivés d'Europe, et aucun d'eux, pendant les trois années suivantes, n'a eu d'attaque de fièvre jaune. Nous sommes contraint de nous en rapporter à cette seule affirmation, qui n'a pour base que la bonne foi de l'auteur.

Dans une seconde partie, M. de Humboldt expose les idées théoriques qui l'ont dirigé dans ses essais. Je crois pouvoir les résumer d'une manière fidèle et en quelques mots.

Selon ce médecin, la fièvre jaune est une fièvre d'acclimatation; l'attaque la plus légère, comme la plus grave, acclimate; elle préserve d'atteintes ultérieures. Une fièvre artificielle, de même nature, peut-elle acclimater? La réponse est affirmative, et puisque la vaccine préserve de la petite vérole en produisant une maladie artificielle, l'inoculation de la fièvre jaune doit préserver de cette maladie.

Sans suivre M. de Humboldt dans la discussion sur la nature du virus vaccin et du miasme qui produit la fièvre jaune, on peut affirmer que le point de départ de son raisonnement manque de justesse. La fièvre jaune n'est point une maladie d'acclimatement; elle frappe les créoles comme les Européens, moins cependant, et une première atteinte est loin de garantir d'une seconde. C'est une maladie épidémique qui a son génie particulier; voilà les faits tels que la véritable observation les révèle.

Quant à l'analogie cherchée par M. de Humboldt entre la fièvre jaune et la variole, elle ne supporte pas le moindre examen, pas plus que la comparaison du fluide contenu dans la vésicule vaccinale au venin contenu dans la vésicule dentale du serpent. Aussi la conclusion manque-t-elle son effet.

M. de Humboldt se plaint avec amertume du mauvais accueil qu'il a reçu à la Nouvelle-Orléans, où les médecins américains ont considéré cette découverte comme un rêve (*sic*) (1). Il est certain que l'empirisme seul peut rendre compte des succès dont la constatation positive formera les convictions.

Parmi les annexes du rapport de la commission, on trouve un état officiel fourni par les autorités de la Havane, indiquant, pour chacun des mois de janvier, février et mars, « *les cas et les mortalités occasionnés par la fièvre jaune* » et donnant, par comparaison, les chiffres du mois précédent. J'en résumerai l'ensemble sans entrer dans des détails qui n'offriraient point ici d'intérêt.

LOCALITÉS.	DÉCEMBRE 1854.		JANVIER 1855.		FÉVRIER 1855.		MARS 1855.	
	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.	Cas.	Décès.
Havane, hôpitaux	...	...	3	1	10	1		
— à domicile	...	...	2	1	...	...	4	0
Total	21	9	5	2	10	1	4	0
Autres localités de Cuba	81	15	23	5	12	2	13	3
Total général	102	24	28	7	22	3	17	3

Tel est l'ensemble des pièces sur lesquelles il est permis de juger la découverte de M. de Humboldt.

Dès l'abord, l'impression n'est guère favorable, et M. Amic, premier médecin en chef, en remettant le rapport de la commission nommée à la Martinique, hésite à se prononcer sur la valeur des moyens préconisés. « La commission, dit-il, a établi les phénomènes morbides qui suivent l'inoculation ; ce sont les signes d'une intoxication manifeste; mais ils ne ressemblent point à ceux de la fièvre jaune des Antilles ; il n'y a aucun rapport dans la marche, dans la durée, dans la forme des périodes. » Ce médecin se borne donc à souhaiter que des expériences ultérieures donnent à la méthode de M. de Humboldt toute l'importance scientifique que l'on peut désirer.

M. Dutroulau, premier médecin en chef à la Guadeloupe,

(1) La commission était arrivée le 8 avril à la Havane.

(1) Lettre de M. de Humboldt à M. Kérangal ; en date du 6 mai 1855, jointe au dossier de cette affaire.

démontra l'inanité des théories de l'inventeur, aussi bien que le peu de consistance des faits produits comme preuves.

Je devrais peut-être m'arrêter ici et laisser à chacun l'appréciation de ce qui précède ; mais il faut arriver à une conclusion, même provisoire, et je crois utile d'examiner, avec une juste et froide sévérité, des doctrines qui conduisent à des expériences sur l'espèce humaine, avec l'assentiment des autorités militaires et administratives d'une ville aussi populeuse que la Havane.

Le point de départ est une assertion dont rien n'atteste l'exactitude. Comment admettre, sans preuve évidente, que tous les galériens qui meurent du vomito negro dans les premiers jours de leur arrivée à Vera-Cruz, ont été mordus par un serpent? Ne subissent-ils pas bien plutôt l'influence épidémique qui n'épargne aucun des étrangers, qu'ils soient venus des terres hautes ou froides du Mexique, ou qu'ils arrivent par mer de toute autre contrée du globe? Les marins de nos bâtiments de guerre qui ont succombé en si grand nombre sur la rade de Sacrificios pendant le blocus de Vera-Cruz, n'avaient jamais mis le pied à terre, et par conséquent ne pouvaient rapporter leur maladie à la morsure d'un serpent.

Mais quelle est cette vipère que l'on se procure si facilement et qui se trouve en si grande abondance qu'elle se rencontre sous les pas des galériens conduits mensuellement à Vera-Cruz? L'espèce n'en est point encore déterminée ; elle ne figure dans aucun ouvrage de zoologie. Bien plus, est-ce une vipère? La commission de la Martinique, qui certainement n'a pas vu l'animal et a dû s'en référer au dire de M. de Humboldt, rapporte que c'est « un petit reptile ayant des rudiments de membres supérieurs et de membres abdominaux. » Est-ce une vipère ? Elle doit être privée de pattes. Est-ce un lézard? Il n'est pas probable que sa morsure soit venimeuse.

Et cependant les effets de la morsure sur les chiens sont bien ceux de l'empoisonnement. Il est incontestable que ces animaux tués par M. de Humboldt ont réellement succombé à la morsure d'un reptile ; mais je ne vois pas la relation qui existerait entre les symptômes qu'ils ont offerts et ceux de la fièvre jaune.

Quoi qu'il en soit, M. de Humboldt se persuade que le venin de ce reptile produit la fièvre jaune ; mais se doutant bien que l'inoculation en serait mortelle pour l'homme comme pour le chien, il le fait déposer par le serpent dans un morceau de foie de mouton, qu'il laisse putréfier à l'air libre jusqu'à ce qu'il ne présente plus qu'une liqueur graisseuse, noirâtre et d'une odeur infecte.

J'aurais compris qu'il se procurât le venin distillé par l'animal vivant en l'excitant à mordre une substance inerte, de la toile, par exemple, et qu'il étendît ce venin dans un véhicule soit aqueux, soit alcoolique, dont il aurait cherché les doses proportionnelles ; mais en soumettant une matière animale à la décomposition putride, il en a certainement anéanti les propriétés particulières, et le résidu de ce foie de mouton ne contient peut-être plus un atome intégral de venin.

Aussi les symptômes constatés avec beaucoup de soin par la commission se rapportent-ils de tous points à l'empoisonnement septique qui suit souvent les blessures légères dans les amphithéâtres de dissection, et nullement à la fièvre jaune. Il y a là des différences tellement capitales que la préoccupation seule d'un inventeur peut y chercher des rapprochements.

Cependant, entre les mains de M. de Humboldt lui-même, l'inoculation du liquide qui provient des matières putréfiées n'est pas sans péril ; il avoue avoir été témoin d'accidents graves ; il recommande beaucoup de prudence aux expérimentateurs et prescrit un sirop antiseptique dont le spécifique est le guaco, plante originaire du Mexique. « Le guaco, dit M. Dutroulau, possède, sur toutes les rives de la mer des Caraïbes, la réputation de prévenir les effets de la piqûre du serpent. Expérimenté à la Martinique, en 1854, contre la morsure du trigonocéphale, il a constamment présenté des résultats tout à fait négatifs. » J'ajouterai que le guaco a été donné comme un remède souverain contre le choléra ; en 1834, le brick *le Méléagre*, qui revenait du Mexique, en rapporta une bonne quantité qui fut expérimentée dans l'hôpital maritime de Brest, sans qu'il fût possible de lui attribuer une qualité thérapeutique bien tranchée.

Toutes ces considérations seraient d'une faible importance si ce liquide de M. de Humboldt, quelle qu'en soit la composition définitive, devait préserver de la fièvre jaune. Interrogeons donc les faits.

Du 18 décembre 1854 au 12 mai 1855, M. de Humboldt a inoculé, à la Havane, 2,400 personnes, militaires ou civiles. Du 1er janvier au 31 mars, on a constaté dans cette ville si populeuse 14 cas de fièvre jaune et 3 décès. Il ressort de là, avec la dernière évidence, qu'il ne régnait aucune épidémie à la Havane. Cependant M. de Humboldt perd, de la fièvre jaune, le 21 mars, le nommé Gonzalès, qu'il avait inoculé sept jours auparavant.

A cette occasion, on peut remarquer que la date de ce décès se rapporte précisément à un mois pendant lequel l'*état officiel des décès à la Havane* n'accuse aucun décès pour cause de fièvre jaune, comme si le désaccord entre les récits et les faits devait se traduire jusque dans les plus petites circonstances.

Enfin, le second décès dû à la fièvre jaune la mieux caractérisée s'observe sur M. Guinprecht, trente-quatre jours après qu'il avait subi l'inoculation dans l'établissement même de M. de Humboldt.

Malheureusement, il est à regretter que nulle communication, parvenue de la Havane à la Martinique, n'ait fait connaître la suite des observations de M. de Humboldt ; les journaux de cette ville enregistrent le nombre des inoculations pratiquées par semaine, mais ne déclarent aucun résultat. En attendant, les populations inquiètes de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Guyane, se demandent ce qu'elles doivent penser de tentatives qu'un gouvernement étranger protége et autorise dans de vastes proportions. On a dû céder à des désirs naturels, quoique non éclairés, et des expériences sont entreprises dans des localités diverses.

Nous aurons soin de tenir les lecteurs de ce journal au courant des faits dont la constatation sérieuse aura été recueillie dans les colonies françaises, car il est du plus haut intérêt que la vérité se découvre. Si le moyen est efficace, on ne saurait y recourir trop tôt ; s'il ne représente qu'une grande et profonde erreur, il convient de désabuser au plus vite les habitants de nos colonies et de leur éviter une déception d'autant plus cruelle que les espérances auront été plus longtemps entretenues.

De ce qui précède on peut conclure :

1° Qu'il n'est pas certain que les phénomènes consécutifs à l'inoculation soient dus à l'absorption du venin de la vipère ;

2° Que ces phénomènes se rapportent aux symptômes de l'empoisonnement septique et non pas à ceux de la fièvre jaune ;

3° Que le procédé ne répond pas, en conséquence, aux intentions de M. de Humboldt, qui a voulu substituer une fièvre jaune artificielle à la fièvre jaune spontanée. Il reste acquis d'ailleurs qu'une première atteinte de fièvre jaune ne garantit pas sûrement d'une seconde ;

4° Que rien ne prouve, jusqu'à présent, la préservation en faveur des inoculés ; au contraire, les décès de Gonzalès et de Guinprecht, lorsqu'il n'existait aucune épidémie, n'inspirent guère de sécurité ;

5° Qu'il n'est pas permis de voir, dans les faits rapportés par la commission, l'affirmation des promesses de M. de Humboldt ;

6° Que l'inoculation de matières putréfiées présente un danger réel et proportionné à la quantité introduite dans l'organisme;

7° Que l'inoculation pouvant, devant même, selon les idées de l'inventeur, déterminer l'incapacité de travail pendant quelques jours, il appartient seulement aux individus privés de se soumettre, sous leur responsabilité propre, à cette opération.

Il nous sera bien agréable de revenir sur ces conclusions si des faits authentiques viennent modifier les impressions produites par l'étude des documents qui ont été fournis.

P. S. Le travail qui précède était terminé, lorsque j'ai appris que des essais ont commencé à la Guadeloupe, sous la direction de M. Dutroulau, médecin en chef. Il en rend compte dans les termes suivants : « Quelques-uns des militaires qui n'avaient point été atteints par la fièvre jaune ont été soumis à l'inoculation du liquide préconisé par M. de Humboldt. M. Longueteau, l'un des membres de la commission envoyée à la Havane, était présent et a lui-même opéré suivant les préceptes de M. de Humboldt ; nous avons employé le liquide qu'il en avait reçu.

» Nous n'avons obtenu aucun effet direct de cette inoculation. Une purgation assez abondante a seulement été provoquée par le sirop antivénéneux chez une première série de dix hommes. Sur une seconde série de sept hommes, le sirop, qui n'est recommandé que comme modérateur des effets de l'inoculation, n'a pas été administré, et ceux-là, pas plus que les premiers, n'ont éprouvé aucun effet sensible.

» A quoi peut-on attribuer ces résultats négatifs ? Le liquide, très bien bouché à l'émeri, n'a pas pu s'altérer. N'est-il donc donné qu'à M. de Humboldt de faire agir son préservatif ?

» Nous n'avons pas jugé à propos de pousser plus loin nos expériences, qui, dans l'état actuel des choses, n'avaient qu'un but de curiosité. »

Sénard,
Chirurgien principal de la marine.

II.

HISTOIRE ET CRITIQUE.

De l'électricité envisagée dans ses applications à la physiologie et à la thérapeutique.

(1er article.)

De l'électricité localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique, par G.-B. Duchenne (de Boulogne). Paris, J.-B. Baillière, 1855.

La galvanocaustique; contribution à la médecine opératoire (Die Galvanokaustik, ein Beitrag zur operativen Medicin), par A.-T. Middeldorpf. Breslau, Max et Cie, 1854.

Histoire de l'électricité médicale, comprenant l'étude des instruments et appareils, le résumé des auteurs, et un choix d'observations, par M.-I. Guitard. Paris, Victor Masson, 1854.

L'électricité appliquée au traitement curatif des névralgies, rhumatismes, paralysies, etc., et en général des affections morbides souvent réputées incurables, par J. Briaud. Paris, Labé, 1855.

L'électricité, cet agent puissant dont la nature nous échappe ainsi que celle du calorique et de la lumière, se manifeste, chacun le sait, par des attractions et des répulsions, par des décompositions chimiques, par des combustions, par des commotions, et par un grand nombre d'autres phénomènes. Tantôt l'électricité s'accumule à la surface des corps, s'y maintient dans une sorte d'équilibre, acquiert, à mesure qu'elle s'accumule, une certaine tension, et les surfaces sur lesquelles elle est fixée jouissent de la propriété d'agir à distance, d'attirer les corps légers, de donner naissance à des étincelles, etc. Cette sorte d'électricité, dite électricité *statique* ou électricité de *tension*, a pour principale cause le frottement; c'est elle qui se rassemble à la surface des cylindres métalliques de la machine électrique. Mais l'électricité peut aussi se manifester à l'état *dynamique;* c'est-à-dire qu'au lieu d'être à l'état statique ou de repos, elle traverse alors les corps à la manière d'une sorte de *courant*, avec une vitesse qui l'emporte sur celle de la lumière. Cette sorte d'électricité a sa source dans les actions chimiques. Par la continuité de la force qui les produit, les effets du courant sont bien plus remarquables que ceux des machines électriques. Grâce à l'admirable invention de Volta, nous pouvons produire l'électricité dynamique à volonté à l'aide des piles électriques, nous pouvons la diriger sur ses conducteurs et la faire servir aux usages les plus divers ; chaque jour nous l'utilisons dans nos laboratoires, dans une foule d'industries diverses, et dans les communications instantanées de la télégraphie électrique.

Lorsque, en 1766, le physicien anglais Ramsden eut construit la machine électrique à plateau de verre circulaire, telle que nous la connaissons aujourd'hui, les médecins ne tardèrent pas à appliquer ce nouvel instrument au traitement des maladies. On plaçait le malade sur un tabouret isolant, et on le mettait en communication avec les conducteurs de la machine. L'électricité s'accumulant à la surface du corps isolé, comme sur les conducteurs de la machine elle-même, le corps se trouvait alors recouvert par une sorte d'atmosphère électrique à laquelle on attribuait une action thérapeutique énergique. On appelait cette manière d'administrer l'électricité le *bain électrique.* On donnait d'ailleurs à volonté, soit le bain *électro-positif*, soit le bain *électro-négatif.* Voulait-on administrer le premier, le patient, isolé, était mis, comme nous venons de le dire, en communication avec les conducteurs métalliques de la machine, chargés d'électricité positive. Voulait-on administrer le second, on faisait communiquer le malade isolé avec les coussinets de frottement, lesquels se chargent, pendant le jeu de la machine, d'une électricité contraire à celle du plateau de verre. On combinait quelquefois cette médication avec l'électrisation par étincelles ; c'est-à-dire que, le patient étant isolé et en communication avec la machine, l'expérimentateur tirait de la partie malade une succession d'étincelles comme on le fait sur la machine elle-même. Il en résultait une série de petits chocs ou de commotions légères qu'on regardait comme très salutaires. D'autres fois, enfin, le malade n'était point isolé sur un tabouret de verre, et l'on déchargeait sur lui les conducteurs de la machine avec des excitateurs terminés soit par des sphères métalliques, soit par des plaques, soit par des pointes, etc.

Dans le but d'électriser les malades et de leur donner en même temps les deux sortes d'électricité, M. Nairne imagina plus tard une machine électrique qui porte son nom. Cette machine est composée de deux conducteurs isolés et ne communiquant point ensemble, et d'un cylindre de verre placé entre les deux. L'un des conducteurs porte un frottoir, l'autre une plaque garnie de pointes. Quand la machine est en action, le cylindre de verre se charge, par le frottement,

d'électricité positive qui s'écoule par les pointes sur l'un des conducteurs ; l'autre conducteur reçoit l'électricité contraire développée sur le frottoir. En faisant communiquer avec chacun des cylindres la partie du corps sur laquelle on veut agir, on détermine ainsi la recomposition des deux électricités sur le corps même du malade.

Nous admettons volontiers que ces diverses manières d'administrer l'électricité ont parfois produit des résultats salutaires, mais à coup sûr il est permis de ne point accepter comme choses démontrées toutes les cures merveilleuses qu'on a mises sur leur compte.

La machine de Nairne n'est d'ailleurs, à vrai dire, qu'une bouteille de Leyde à très faible tension, et la bouteille de Leyde constitue évidemment l'appareil à la fois le plus énergique et le plus commode pour administrer l'électricité statique. On sait que cette bouteille est essentiellement constituée par deux conducteurs métalliques séparés par un corps isolant (bouteille de verre), conducteurs métalliques sur lesquels les électricités de noms contraires s'accumulent en se dissimulant. La décharge de la bouteille (que l'on obtient en faisant communiquer le métal extérieur et le métal intérieur) agit sur l'économie, comme la machine de Nairne, par la recomposition des deux électricités. La décharge de la bouteille de Leyde détermine des commotions que l'on peut rendre très fortes et même dangereuses en accouplant ensemble plusieurs bouteilles par leurs armatures. La bouteille de Leyde a pu avoir son utilité, et s'il était possible de graduer les commotions, de les multiplier rapidement et de les diriger commodément, ces appareils pourraient rendre encore à la médecine d'utiles services. Mais aujourd'hui nous possédons d'autres appareils à l'aide desquels nous pouvons obtenir les mêmes effets et d'autres effets encore, et qui remplissent toutes les conditions dont nous parlons. Aussi l'usage de la bouteille de Leyde est-il à peu près abandonné aujourd'hui.

L'électricité dégagée par les actions chimiques, ou l'électricité dynamique de la pile, produit des effets qui diffèrent soit par leur intensité, soit par leur durée, et suivant qu'on l'envisage au point de vue physique et chimique, ou suivant qu'on l'envisage au point de vue physiologique. Lorsqu'on saisit entre les mains les deux conducteurs d'une pile, on sent une légère commotion au moment où le circuit se trouve fermé par le contact des mains, et au moment où il est ouvert. Quand la pile a une forte tension (c'est-à-dire lorsqu'elle est composée d'éléments nombreux) et que les mains ou la partie qui ferme le circuit sont humides, l'effet se continue encore pendant la durée de la fermeture du courant, mais il est faible. Seulement, il survient ici un nouveau phénomène, qu'il faut bien distinguer de la commotion : c'est un sentiment très vif de brûlure. Un des résultats les plus remarquables des piles à forte tension, c'est, en effet, d'élever la température des conducteurs quand le circuit est fermé. En physique, on se sert avantageusement de cette propriété des piles, et on l'utilise comme source de chaleur. En plaçant entre les extrémités des conducteurs des fils fins de fer ou d'autres métaux, on peut les faire rougir ou les faire fondre. La chaleur que développent les piles peut être portée assez loin, quand le nombre des couples est suffisant, pour produire des températures qu'on ne peut obtenir par aucun autre procédé. C'est ainsi qu'on a pu fondre des métaux que les feux de forges les plus violents et le chalumeau à gaz avaient été impuissants à liquéfier ; on a pu même, à l'aide des piles, fondre et volatiliser le charbon.

Cette propriété du courant de la pile est précieuse pour nous, et elle a permis de doter la chirurgie d'un cautère extrêmement remarquable. En effet, l'élévation de température du conducteur métallique interposé entre les pôles de la pile, ne se manifestant que quand le contact est établi sur un point quelconque du circuit, on peut disposer par avance, dans la partie où l'on veut porter le feu, le fil métallique qui par son élévation de température doit servir de cautère ; on peut porter ce fil dans l'épaisseur même des tissus, traverser des tumeurs dans un seul sens ou dans des sens multiples, entourer leur pédicule, engager ce fil dans des trajets fistuleux, etc. ; on peut, laissant ce fil métallique en place, pratiquer plusieurs cautérisations successives. En augmentant le nombre des éléments de la pile, on peut augmenter le diamètre du fil métallique de manière à lui donner les dimensions désirables. Le fil métallique, destiné à produire la cautérisation par son élévation de température, est généralement un fil de platine. Ce métal, capable d'être chauffé à blanc sous l'influence du courant de la pile comme le fer, n'est pas oxydable comme ce dernier, et conserve d'une manière durable sa propriété cautérisante. Ce qui rend surtout le cautère galvanique très précieux, c'est que, l'influence du courant étant continue, l'élévation de température est également continue ; elle ne cesse qu'avec la rupture du circuit, et l'on peut faire durer son action aussi peu et aussi longtemps que l'on veut. La température du cautère ordinaire, au contraire, s'abaisse sans cesse en agissant sur la partie qu'il cautérise, et au bout de peu d'instants il a perdu ses propriétés.

M. Middeldorpf a publié sur l'emploi du cautère galvanique un mémoire que nous avons signalé au début de cet article. Nous reviendrons, dans la suite de ce travail, sur les résultats obtenus par le savant professeur de Breslau. Seulement, nous ne voulons pas quitter ce sujet sans rappeler que M. J. Regnauld, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, est, au moins parmi nous, celui qui a eu le premier la pensée d'appliquer à la cautérisation des parties profondes les métaux rougis par le courant d'une pile. Si M. Heider, dentiste de Vienne, a le premier appliqué le courant à la cautérisation des nerfs dentaires en 1845, si M. Crusell l'a appliqué en 1846 à la cure du cancer, M. Regnauld en avait proposé l'emploi à peu près à la même époque, si j'ai bonne mémoire.

La pile la plus généralement employée, soit pour produire les effets de cautérisation, soit pour mettre en action les divers appareils dont il nous reste à parler, est celle qui est aujourd'hui d'un usage quotidien dans les laboratoires et dans l'industrie : je veux parler de la pile de Bunsen. Cette pile est composée d'un cylindre de charbon et d'un manchon de zinc. Le cylindre de charbon est placé au centre dans un vase de porcelaine poreux ; le manchon de zinc est placé autour du vase de porcelaine, dans un réservoir de verre ou de faïence vernie. Quand on veut mettre la pile en action, on verse dans le vase au charbon de l'acide azotique du commerce, et dans le vase au zinc de l'eau acidulée avec l'acide sulfurique. Le charbon représente le pôle positif, et le zinc le pôle négatif de la pile. Une autre pile d'un très bon usage, et à courant sensiblement constant, de même que la précédente, est la pile de Daniell. Cette pile est moins énergique que la pile de Bunsen, mais elle offre l'avantage de s'amorcer sans acides. Cette pile est composée d'un cylindre de cuivre placé dans un vase de verre, et d'un cylindre de zinc séparé du précédent par un vase de porcelaine poreux. Pour faire marcher cette pile, on verse du sulfate de cuivre dans le vase au cuivre, et du sulfate de zinc dans le vase au zinc. On ajoute de temps en temps du sulfate de cuivre en cristaux dans le vase au cuivre pour remplacer le sulfate de cuivre qui se décompose (par le jeu de l'appareil il se revivifie du cuivre sur le cylindre de cuivre, et la proportion du sulfate de zinc augmente sans cesse dans le vase au zinc).

Nous avons fait remarquer que les commotions produites par les piles se manifestaient surtout au moment où le circuit est fermé et au moment où il est interrompu, et que dans les piles un peu fortes l'élévation de température des conducteurs déterminait, sur les parties, des effets physiques de cautérisation ; aussi l'emploi du courant de la pile n'est-il guère employé aujourd'hui qu'en chirurgie, ou comme excitant *instantané* des fonctions nerveuses dans les expériences physiologiques.

Les appareils d'électricité dynamique, presque généralement employés aujourd'hui en médecine, ont des propriétés physiologiques bien plus énergiques, et ils ont l'avantage d'être très puissants sans produire en même temps la cautérisation. Ces appareils sont mis en marche, il est vrai, la plupart du temps, par des piles ; mais ils peuvent l'être aussi d'une autre manière, comme nous l'allons voir ; et d'ailleurs ce n'est pas le courant de la pile elle-même qui est utilisé, mais d'autres courants que le courant de la pile fait naître, et auxquels on donne le nom de *courants d'induction*.

L'induction a été découverte, en 1832, par M. Faraday. Ce phénomène consiste en ce qu'un courant électrique développe, à faible distance, dans un circuit conducteur fermé, d'autres courants. Les

courants d'induction présentent cette propriété remarquable : c'est qu'ils ne se manifestent qu'au moment où le courant inducteur (on nomme ainsi le courant qui leur donne naissance) *commence* à agir, et au moment où le courant inducteur *cesse* d'agir. Aussi les courants d'induction sont des courants instantanés. De plus, le courant induit est de sens contraire au courant inducteur, au moment où celui-ci commence, et il est de même sens au moment où le courant inducteur cesse.

Il suffit, pour mettre les phénomènes d'induction en évidence, d'enrouler ensemble, autour d'une bobine de bois, deux fils de métal recouverts de soie. On fait communiquer les deux bouts de l'un des fils avec un galvanomètre, et, en mettant les deux bouts de l'autre fil en communication avec une pile, on constate aisément les phénomènes dont nous venons de parler. Nous ne pouvons passer ici en revue toutes les applications qu'on a faites des phénomènes d'induction, ni tous les appareils et les instruments fondés sur le principe de ces courants, les bornes de cet article et la spécialité médicale de ce journal ne nous le permettent pas. On comprend toutefois sans peine que des courants instantanés puissent être rendus presque continus, en multipliant considérablement, par des artifices mécaniques appropriés, les passages et les interruptions du courant inducteur. On conçoit pareillement que, quoique les deux courants d'induction soient successivement de sens contraire, on puisse, par des *commutateurs*, les diriger toujours dans le même sens, de manière à obtenir une sorte de courant d'induction analogue, par sa continuité, au courant de la pile.

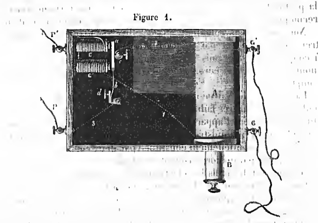
La possibilité de transformer ainsi les courants d'induction en courants de même sens, constitue un fait physique d'un haut intérêt et d'une utilité incontestable ; mais, au point de vue physiologique et médical, la *commutation* des courants d'induction n'est pas très nécessaire. Le courant d'induction qui se produit au moment où le courant inducteur *cesse* d'agir, détermine en effet des actions physiologiques bien plus énergiques que celui qui se produit au moment où le courant inducteur *commence* à agir ; on peut même dire que l'action physiologique du courant d'induction d'*entrée* est presque nulle, et qu'elle se trouve en quelque sorte effacée par celle qui la suit. La succession des courants d'induction de *sortie* agissant à peu près seule dans l'économie, il en résulte que la plupart des appareils électro-médicaux fondés sur les courants d'induction n'ont point de commutateur, comme les appareils de physique pure.

On n'a pas tardé à s'apercevoir qu'en introduisant, dans l'intérieur de la bobine à deux fils, un barreau de fer doux, le courant d'induction acquérait une énergie beaucoup plus grande. Le fer doux, devenu aimant temporaire par le passage du courant inducteur, réagit (au moment où son aimantation cesse par la rupture du courant) sur le fil induit, et l'effet se trouve augmenté d'autant. Le barreau de fer doux peut être plein, ou creux, ou formé d'une botte de fils de fer. L'aimantation s'accumulant à la surface du fer bien plus que dans sa profondeur, cette dernière disposition est la meilleure ; car c'est celle qui, sous une même masse, offre le plus de surface.

Un appareil d'induction électro-médical est donc essentiellement constitué par une bobine à deux fils métalliques recouverts de soie (A, fig. 1). L'un de ces fils, généralement plus gros que l'autre, est enroulé le premier sur la bobine (les extrémités de ce fil sont représentées, sur la figure 1, en 1 et 2). L'autre fil, plus fin et plus long que le précédent, est enroulé sur lui (les extrémités de ce fil viennent se terminer aux boutons G et G'). Les extrémités du premier fil seront mises en communication avec la pile. Ce premier fil est donc le fil inducteur. Les extrémités G et G' du second fil, c'est-à-dire du fil induit, communiquent avec les excitateurs destinés à agir sur l'économie ; c'est, par conséquent, le corps du patient qui doit fermer le courant induit.

La pile qui doit faire fonctionner l'appareil est mise en communication, à l'aide de ses fils conducteurs, avec les boutons P et P'. Le bouton P communique avec le fil 2 par l'intermédiaire du fil 3, par le ressort *b*, par la plaque de fer *a* et par la vis *c* ; le bouton P' communique avec le fil 1 par l'intermédiaire du fil des bobines C et C'. Mais, nous l'avons dit, le courant d'induction ne peut se manifester dans les fils G et G' que par l'*établissement* et la *rupture* du courant qui passe dans le fil inducteur, c'est-à-dire dans le fil 1 et 2. Les bobines C C' et la lame de fer doux *a* sont destinées

Figure 1.



A Bobine de bois sur laquelle sont enroulés deux fils de cuivre recouverts de soie (fil inducteur et fil induit).
B Cylindre de fer doux pouvant, à volonté, entrer dans la bobine ou en être graduellement retiré (ce cylindre de fer doux peut être plein ou creux).
C C' Petit électro-aimant destiné à déterminer les interruptions du courant inducteur, au moyen de la lame *a b*.
a Lame de fer doux attirée par l'électro-aimant C C' quand le courant passe dans les fils qui l'entourent.
b Ressort d'acier destiné à ramener la lame *a* contre l'arrêt *c* quand le courant a cessé de passer.
d Vis destinée à augmenter ou à diminuer la tension du ressort *b* (cette vis est en quelque sorte le régulateur des interruptions du courant).
P P' Boutons sur lesquels on fixe les fils conducteurs de la pile quand on veut faire marcher l'appareil.
G G' Boutons auxquels viennent se terminer les extrémités du fil induit (c'est-à-dire celui qui reçoit l'influence du fil inducteur) ; on fixe sur ces boutons les fils des excitateurs.

à établir et à rompre à chaque instant le courant, c'est-à-dire, en d'autres termes, à transformer le courant inducteur de la pile en un courant interrompu, et à produire ainsi une succession de courants induits qui se manifestent par une succession de secousses, de commotions ou de stimulations. Les bobines C C' et les cylindres de fer doux qu'elles contiennent à leur intérieur n'ont donc d'autre office que de servir d'*interrupteur* ou de *rhéotome*, c'est-à-dire de coupe-courant.

Quand l'appareil est en activité, c'est-à-dire quand les communications entre la pile et les boutons P P' sont établies, le fer doux placé dans les bobines C C' est transformé en aimant temporaire par le passage du courant dans l'hélice qui l'entoure. Alors la plaque de fer doux *a* se trouve attirée du côté de C C' ; elle quitte la vis de contact *c*, et le courant inducteur se trouve interrompu. La continuité du fil inducteur se trouvant interrompue, le courant de la pile ne traverse plus les hélices C C', l'aimantation des cylindres de fer placés dans les hélices cesse, et la petite plaque de fer doux *a* est ramenée par le ressort *b* dans sa position primitive, c'est-à-dire contre le contact *c* ; en ce moment la continuité du courant inducteur est rétablie, les cylindres de fer placés en C C' sont de nouveau transformés en aimant, la lame *a* est de nouveau attirée, le courant de nouveau interrompu, et ainsi de suite. A l'aide de la vis *c*, on peut rapprocher ou éloigner la plaque *a* des cylindres de fer doux et augmenter ou diminuer la rapidité des intermittences. Les effets physiologiques augmentent avec la rapidité des intermittences ; jusqu'à une certaine limite, toutefois, ainsi que l'a bien montré le professeur Masson. Pour une rapidité extrême l'effet diminue peu à peu, le courant tendant en quelque sorte à se transformer en un véritable courant continu.

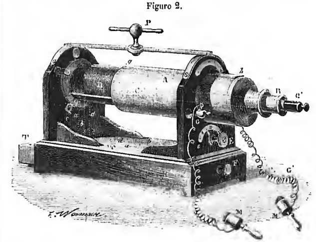
Les *interrupteurs* du courant constituent donc une des pièces les plus essentielles des appareils d'induction appliqués à la médecine. Ces interrupteurs ne sont pas toujours disposés comme celui que nous venons de décrire, et tous ne sont point mis en action par le courant inducteur lui-même. Ainsi, M. Masson détermine les intermittences du courant à l'aide d'une roue dentée. MM. Pouillet

et Abria se servent, dans le même but, d'une roue composée de tranches successivement conductrices et non conductrices. La roue dentée ou la roue à tranches variées est placée sur le parcours du circuit inducteur. Son axe communique avec un des bouts du fil, et l'autre bout est fixé à une petite lame métallique qui rencontre, d'une manière intermittente, les dents ou les tranches conductrices. Ces divers rhéotomes sont mis en mouvement soit par une manivelle à la main, soit par un mouvement d'horlogerie. Le rhéotome le plus fréquemment mis en usage est celui que nous avons décrit et figuré (fig. 1); il a été mis en usage pour la première fois, par M. de La Rive, dans un instrument de son invention (le condensateur électro-chimique). Chacun sait d'ailleurs, que c'est sur le même principe (sur le principe des électro-aimants) qu'est fondé le mouvement de va-et-vient des appareils télégraphiques.

A peine M. Faraday avait-il découvert l'induction qu'exerce un courant sur un circuit conducteur fermé, placé dans son voisinage, qu'il faisait une autre découverte non moins importante. Il constatait que le phénomène de l'induction peut se produire sur un seul et même conducteur. C'est-à-dire que le même fil peut servir à transmettre *à la fois* le courant *inducteur*, et *à la fois* le courant *induit*. Ce phénomène, découvert presque en même temps en Amérique par M. Henry de Princeton, en Angleterre par M. Jenkins, et en France par M. Masson, a reçu le nom d'*induction d'un courant sur lui-même*. Il se manifeste principalement par la réaction qu'exercent les uns sur les autres les divers tours d'une même hélice recouverte de soie, enroulée sur une bobine. Quand on fait passer le courant d'une pile par un pareil fil, et qu'on vient à rompre le circuit métallique *avec les mains* (c'est-à-dire en plaçant le corps dans le circuit, au moment de la rupture du courant), on éprouve une commotion beaucoup plus vive que si le fil, quoique de même longueur, était étendu en ligne droite. On remarque encore, au moment de la rupture du circuit d'une hélice, traversée par un courant, une étincelle beaucoup plus vive que si le fil n'était pas enroulé. Au moment où le circuit est interrompu, il y a donc une sorte de décharge électrique; cette décharge, à laquelle on a donné le nom d'*extra-courant* est un véritable courant d'induction dirigé au moment où le circuit s'interrompt dans la direction du courant inducteur, et on peut l'utiliser comme le courant précédent, pour lui faire produire des effets physiques, chimiques ou physiologiques. L'extra-courant, tout comme le courant d'induction proprement dit, augmente aussi beaucoup de puissance par l'introduction dans la bobine d'une masse de fer doux. On peut, par conséquent, construire des appareils d'induction, analogues à celui représenté dans la figure 1, avec cette différence qu'au lieu d'enrouler deux fils sur la bobine A, on n'en place qu'un seul. Au moment où le courant inducteur est rompu par le déplacement de la petite lame *a*, l'extra-courant de la bobine A se décharge au travers des parties, mises en communication avec les fils 1 et 2. On conçoit, d'ailleurs, que par un simple changement de communication métallique facile à réaliser, on puisse, avec une bobine à deux fils, recevoir tantôt le courant d'induction du fil induit, tantôt le courant d'induction du fil inducteur. Depuis longtemps on a construit des bobines de ce genre, et l'appareil de M. Duchenne (de Boulogne), est fondé sur le même principe. Ce qu'il appelle le courant de *premier ordre* est le courant d'induction (ou l'extra-courant) du fil inducteur, et le courant de *second ordre* est le courant d'induction du fil induit.

L'appareil de M. Duchenne est essentiellement constitué par une bobine à deux fils D (fig. 2). Le fil le plus gros (fil inducteur) est enroulé le premier; le fil le plus fin (fil induit) est enroulé pardessus. Les extrémités du premier fil correspondent à la pile qui fait marcher l'appareil. (Cette pile est tantôt une pile reliée à l'appareil par des fils conducteurs, tantôt elle est placée dans un tiroir qui fait corps avec l'appareil lui-même.) Les extrémités du second fil se terminent en G et G', et les manettes M et M', dans lesquelles sont placées de petites éponges humides, sont destinées à appliquer les courants d'induction sur la surface cutanée. Il y a dans l'intérieur des bobines un cylindre de fer C C' destiné à augmenter la puissance de l'appareil. A l'aide d'un bouton E, qui correspond à un commutateur, on peut à volonté faire correspondre les fils G et G', soit avec les extrémités du fil induit, soit avec les extrémités du fil inducteur lui-même, de

Figure 2.



D Bobine sur laquelle sont enroulés deux fils de cuivre recouverts de soie.
A Étui de cuivre entourant la bobine et pouvant glisser sur elle.
B Étui de cuivre placé à l'intérieur de la bobine, et pouvant être également retiré graduellement.
C C' Cylindre de fer placé au centre de l'étui B ; ce cylindre est mobile et peut être retiré de l'appareil par une poignée de bois C'. Ce cylindre C C' fait office d'aimant quand l'appareil est en activité; il est formé par une botte de fils de fer soudés ensemble de manière à former une masse solide.
E Bouton destiné à mouvoir un commutateur placé en dedans de l'appareil. Quand l'aiguille annexée à ce bouton correspond à la portion 1 du demi-cercle *e*, le courant recueilli par les excitateurs M M' est l'extra-courant du fil inducteur. Quand l'aiguille correspond à la portion 2 du demi-cercle *e*, le courant recueilli par les excitateurs M M' est le courant d'induction développé sur le fil induit.
F Tiroir dans lequel on peut placer divers objets : entre autres, les excitateurs M M' et d'autres excitateurs (voyez figure 4) quand l'appareil ne fonctionne pas.
G G' Fils auxquels on adapte les excitateurs. Ces fils communiquent à volonté, soit avec les extrémités du fil inducteur, soit avec les extrémités du fil induit, par l'artifice du commutateur E.
P Poignée pour porter l'appareil.
T Tiroir dans lequel il y a un couple de Bunsen, c'est-à-dire une plaque de charbon et un petit bac de zinc. On l'amorce comme une pile de Bunsen en versant de l'acide azotique sur le charbon, et de l'eau acidulée ou de l'eau salée dans le bac de zinc.
g h Règle divisée fixée sur l'étui de cuivre A. Cette règle est destinée à mesurer la course de l'étui A.

manière à recueillir, soit le courant de second ordre, soit le courant de premier ordre. A l'aide des fils *a b c d* qui se rendent au commutateur (qui n'est pas visible dans la figure), on peut même réunir en un seul circuit les deux fils de la bobine, de manière à avoir un courant de premier ordre plus énergique que si le fil inducteur seul en faisait partie.

La figure 3 montre la disposition de l'interrupteur du courant; cet interrupteur est formé par une lame de fer doux attirée par le cylindre central, transformé en aimant intermittent par le passage du courant, et ramenée à son point de départ par un système de ressorts (consultez le texte explicatif pour le complément de la description).

Ce qui distingue plus particulièrement l'instrument de M. Duchenne, ce sont les deux cylindres de cuivre A et B (fig. 2) placés l'un à la surface extérieure, l'autre à la surface intérieure de la bobine. Ces cylindres, en vertu d'une propriété particulière mise en lumière par M. Henry, par M. Dove et par M. Duchenne, ont le pouvoir d'affaiblir l'intensité des commotions produites par les courants d'induction. Le cylindre intérieur a pour effet d'atténuer l'aimantation que prend la botte de fer doux central au moment où passe le courant inducteur, et conséquemment d'affaiblir sa réaction au moment où le courant inducteur cesse de passer. Quant au cylindre extérieur, son influence est moins bien déterminée : il est probable cependant qu'il agit sur les tours de spire des fils de l'hélice. Ce cylindre reçoit, en effet, une induction qui n'est pas rendue par le fil induit au moment de la rupture du courant inducteur, car il n'est pas compris dans l'ensemble des conducteurs qui

se déchargent sur les parties vivantes. Les cylindres dont nous parlons n'agissent qu'à la condition d'être complets ; toutes les fissures ou solutions de continuité qui comprennent toute leur étendue, les transforment en plaques inertes qui n'ont plus aucun effet. On comprend le rôle de ces cylindres. Leur propriété étant d'atténuer l'intensité des courants induits, M. Duchenne les utilise pour graduer les effets qu'il veut produire. A mesure que ces cylindres sont retirés au dehors et ne recouvrent plus la bobine, les effets de l'appareil augmentent, le nombre des interruptions du courant restant le même. On peut donc, à l'aide de cet appareil, varier les effets produits ainsi que leur intensité, soit en augmentant ou en diminuant les intermittences du courant (à l'aide de l'interrupteur), soit en augmentant ou en diminuant le recouvrement de la bobine et de la botte de fer par les cylindres A et B. Nous ne sommes pas parfaitement convaincus cependant que le mode de graduation, à l'aide des cylindres A et B, soit préférable au tube d'eau salée qu'on fait parfois traverser un courant induit, et dont on peut augmenter ou diminuer la longueur à volonté, à l'aide d'un mouvement de vis.

Figure 3.

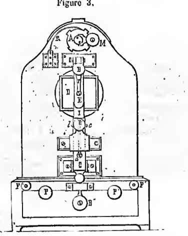


Figure destinée à compléter la figure 2. (Elle représente la face de l'appareil qui correspond au tiroir T)

A Petite roue d'ivoire à quatre dents métalliques.

M Manivelle qui met en mouvement la roue A, et peut mettre ainsi les dents métalliques en communication avec le ressort R.

D E Fer doux mobile servant d'interrupteur, et pouvant être attiré par le cylindre de fer placé au centre de la bobine (voyez C C', figure 2).

B Vis destinée à augmenter ou à diminuer la course du fer doux mobile D E.

I Petite lame d'ivoire faisant corps avec le fer doux mobile D E. Au moment où le fer doux mobile D E est attiré par le cylindre central, la lame d'ivoire I presse sur l'extrémité supérieure de la lame métallique C, et rompt le contact de cette lame métallique avec la vis B', contre laquelle elle est normalement appliquée.

b c Petit ressort qui tient appliqué la lame métallique C contre la vis B'.

a Petite vis destinée à graduer la tension du ressort *b c*.

P P' Pôles de la pile contenue dans le tiroir.

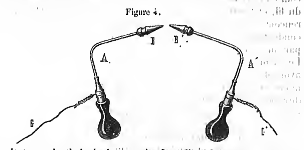
F F' Boutons communiquant avec les extrémités du fil inducteur de la bobine.

Nota. Le pôle P de la pile est mis en communication avec F, origine du fil inducteur ; l'extrémité F' du fil inducteur communique avec B'. La vis B' est *en contact* avec la lame métallique C ; la lame C a des communications métalliques avec le bouton B'' ; enfin le bouton B'' est en communication avec le pôle P' de la pile. Ainsi se trouve fermé le courant inducteur. A ce moment le cylindre central de la bobine s'aimante, le fer doux mobile D E est attiré, la lame métallique C ne communique plus avec la vis B', et le courant est interrompu. Mais le petit ressort *b c* réapplique de nouveau la lame C contre la vis B', le courant se trouve rétabli, et ainsi de suite.

Le nombre des appareils d'induction proposés ou employés en médecine est considérable, mais comme ils reposent tous sur les mêmes principes, nous croyons inutile de les passer en revue. La plupart des fabricants d'instruments de physique, MM. Loiseau, Breton frères, Bianchi, etc., construisent des instruments de ce genre qui ne diffèrent les uns des autres que par des différences peu essentielles.

Dans la figure 2, nous avons représenté en M M' les excitateurs les plus fréquemment employés. Ces excitateurs sont terminés par un manche isolant (de bois), afin que les courants d'induction qu'ils doivent transmettre aux parties ne soient point dérivés par les mains de l'expérimentateur. Les excitateurs peuvent avoir des formes très diverses suivant les effets que l'on veut produire ; nous y reviendrons plus tard. La figure 4 représente une autre forme

Figure 4.



d'excitateurs destinée à circonscrire les effets des courants sur des points moins étendus. Les fils G et G' communiquent avec l'appareil ; les manches que l'expérimentateur saisit entre ses mains sont de bois ou de verre ; les parties A B et A' B' sont naturellement métalliques.

Nous avons dit que les phénomènes d'induction étaient produits en vertu de l'influence exercée par un courant sur des circuits métalliques fermés placés dans son voisinage. Mais le courant de la pile n'est pas le seul qui puisse produire des phénomènes d'induction. Les aimants jouissent de la même propriété. Quand on *introduit brusquement* un aimant dans l'intérieur d'une bobine entourée d'un fil de cuivre recouvert de soie, il se développe dans le fil de la bobine un courant de sens opposé à celui qu'on suppose circuler autour de l'aimant (théorie d'Ampère) ; quand on *retire brusquement* cet aimant de la bobine, le fil de celle-ci accuse un nouveau courant, et ce courant est de sens opposé au précédent ; il est, par conséquent, de même sens que celui de l'aimant. Ce sont donc là de véritables courants d'induction. Ils se manifestent au moment où l'aimant *commence* à agir sur le circuit métallique fermé et au moment où l'aimant *cesse* d'agir sur le même circuit. On constate l'existence de ces courants en mettant les extrémités du fil de l'hélice en communication avec un galvanomètre, et l'on constate également que pendant que l'aimant reste dans la bobine tout courant est suspendu.

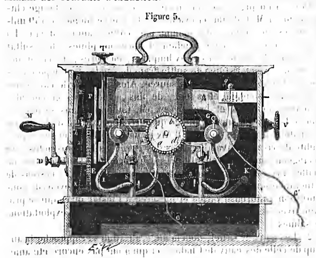
Les courants d'induction dus aux aimants peuvent être mis en évidence de manières très diverses. Nous venons d'en signaler une ; mais il en est beaucoup d'autres. Ainsi, on peut faire tourner rapidement au-dessous des pôles d'un aimant en fer à cheval un autre fer à cheval de fer doux qui regarde le précédent par ses pôles. Le fer à cheval de fer doux est recouvert de fils de cuivre recouverts de soie ; le fer doux, s'aimantant par influence chaque fois qu'il passe sous les pôles de l'aimant, réagit sur le fil qui l'entoure au moment où l'aimantation cesse, et il en résulte dans le fil des courants induits successivement de sens opposés. Les appareils de M. Pixii et celui de Clark sont fondés sur ce principe. On peut d'ailleurs, à l'aide de commutateurs, donner aux courants d'induction un sens toujours le même. On peut encore obtenir des courants d'induction à l'aide d'un aimant, en entourant les branches de l'aimant par deux bobines garnies de fil de cuivre recouvert de soie, et en faisant tourner rapidement devant les pôles de l'aimant une lame de fer doux, qui, s'aimantant par influence, réagit sur l'aimant, et il en résulte dans le fil des courants de sens contraire à chaque demi-révolution. On peut enfin entourer de fil de cuivre l'aimant et le fer doux, recueillir et diriger les courants d'induction développés dans chaque fil.

Le nombre des appareils d'induction mis en mouvement par des aimants est plus considérable encore que celui des appareils d'induction mis en mouvement par la pile. Ils offrent sur les premiers cet avantage : c'est que la force, à l'aide de laquelle ils fonctionnent, ne s'épuise pas, car l'aimant conserve indéfiniment sa puissance quand il est convenablement disposé, et cet autre avantage encore qu'on le peut transporter partout sans être obligé de traîner derrière soi un attirail de pile et les liquides nécessaires pour la mettre en action ; mais quelque bien fabriqués que

soient ces appareils, leur puissance n'est pas comparable à celle des premiers. L'aimantation de l'acier, en effet, a des limites, tandis que la puissance des piles et l'étendue des bobines des appareils à pile n'en a en quelque sorte point.

Nous représentons ici, pour fixer les idées, un appareil fabriqué par MM. Breton frères. C'est, en France tout au moins, l'appareil de ce genre dont on fait le plus fréquemment usage. Il est fondé sur le principe que nous avons établi plus haut, à savoir que lorsqu'on fait tourner rapidement une lame de fer doux devant les pôles d'un aimant puissant, on développe dans les fils qui entourent cet aimant des courants d'induction.

Figure 5.



A Aimant en fer à cheval.
B B' Bobines entourant les branches de l'aimant et formées d'un même fil de cuivre recouvert de soie.
D Axe de la roue dentée motrice.
M Manivelle de cette roue.
EF Chaîne sans fin transmettant le mouvement par une petite roue dentée à l'axe H.
P Lame de fer doux faisant corps avec l'axe H et mis en mouvement par lui.
T Bouton faisant corps avec un petit cylindre de fer doux qu'on retire de l'appareil quand on veut s'en servir. Ce cylindre appliqué contre les pôles de l'aimant est destiné à entretenir son aimantation, quand l'appareil est au repos.
R Ressort métallique pressant sur l'axe H à l'aide d'un petit ajutage d'ivoire *h*.
i Saillie métallique placée sur l'axe H et rencontrant la portion métallique du ressort R à chaque révolution de l'axe H.
K K' Extrémités du fil qui recouvre les bobines. Le fil dont on voit l'extrémité au point K communique avec la bobine B par l'intermédiaire du fil 2, par le ressort R, par la saillie métallique *i*, par l'axe H et par le fil 1. Le fil passe de la bobine B à la bobine B' derrière la figure et sans solution de continuité, et se porte enfin de la bobine B' au point K', par le fil 3. Quand le ressort R communique avec la saillie métallique *i*, le circuit est complet et le courant passe ; dans tous les autres moments il est interrompu.
C Pièce circulaire essentiellement constituée par deux demi-cercles métalliques *a* et *b* séparés l'un de l'autre par deux petites lames isolantes d'ivoire *c* et *d*.
o Communication métallique (boudin métallique) entre l'extrémité K du fil des bobines et le demi-cercle métallique *a*.
o' Communication métallique (boudin métallique) entre l'extrémité K' du fil des bobines et le demi-cercle métallique *b*.
e Petit ressort pressant sur la tranche métallique du demi-cercle *a* et établissant la communication de ce demi-cercle avec le pied S.
f Petit ressort pressant sur la tranche métallique du demi-cercle *b* et établissant la communication de ce demi-cercle avec le pied S'.
G Bouton en communication avec le pied S par l'intermédiaire du boudin métallique l.
G' Bouton en communication avec le pied S' par l'intermédiaire du boudin métallique l'.

Nota. Les boutons G et G' font saillie en dehors de l'appareil lorsqu'il est complété par la paroi qui lui manque sur la figure. C'est à ces boutons qu'on attache les fils G et G' qui se terminent par les excitateurs.

La pièce C peut être tournée à volonté. On peut mettre ainsi le demi-cercle métallique *a* en rapport avec le ressort *e*, et le demi-cercle *b* en rapport avec le ressort *f*, comme cela est représenté dans la figure, ou bien mettre en rapport le demi-cercle *a* avec le ressort *f*, et le demi-cercle *b* en rapport avec le ressort *e* (les boudins métalliques *o* et *o'*, tout en conservant leurs connexions fixes, permettent ces mouvements par leurs élasticité). On recueille ainsi à volonté le courant dans la direction de G vers G', ou dans la direction de G' vers G.

V Vis destinée à rapprocher ou à éloigner l'aimant de la plaque de fer doux P, et par conséquent à augmenter ou à diminuer l'intensité des effets de l'appareil. A cet effet, l'écrou dans lequel tourne la vis V fait corps avec l'aimant. Cet écrou porte supérieurement une aiguille *a* qui, se mouvant avec l'aimant, sert à mesurer sur une échelle graduée fixée à la boîte de l'appareil, la course de l'aimant.

Dans cet appareil (voy. fig. 5) P est la lame de fer doux mise en mouvement par la manivelle M à l'aide d'une chaîne sans fin. L'arbre D porte une roue dentée d'un diamètre beaucoup plus considérable que celle que porte l'arbre H; aussi quand la roue dentée de l'arbre D fait un tour, la roue dentée de l'arbre H en fait huit ou dix, et la plaque P, qui est fixée sur l'arbre H, est entraînée par un mouvement très rapide. Le courant, développé dans le fil des bobines B et B', par le passage de la plaque P devant les pôles de l'aimant, est successivement de sens contraire; mais comme c'est le même fil qui passe d'une bobine à l'autre, et que ce fil est enroulé en sens contraire sur chaque bobine, il en résulte que le courant d'induction qui circule sur les fils est toujours de même sens. Le ressort R est destiné à donner au courant d'induction les *intermittences* nécessaires à son action. A cet effet, le ressort R presse sur l'axe H, avec lequel communique le fil 1 de la bobine B ; mais le ressort R presse sur cet axe à l'aide d'une lame d'ivoire, et la communication n'est établie que quand la petite saillie *i* vient rencontrer à chaque révolution la portion métallique du ressort R. Le passage du courant induit est ainsi rendu intermittent.

Dans un prochain article, nous examinerons les effets physiologiques des appareils d'induction. Avant tout, nous avons voulu donner aux médecins, trop souvent étrangers aux sciences physiques, quelques notions simples et précises qui leur permissent de se rendre compte du jeu des appareils qu'ils emploient, ou qu'ils voient employer chaque jour sous leurs yeux.

Jules Béclard.

III.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Le défaut d'espace nous force à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de la séance du 17 décembre de l'Académie des sciences et celui de la séance du 26 de l'Académie de médecine. — A cette dernière Académie, la discussion sur les exutoires a été reprise et sera continuée.

Société d'hydrologie médicale de Paris.

SESSION 1855-1856.

SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1855. — PRÉSIDENCE DE M. MÉLIER.

Suite et fin du rapport de M. Lebret. — Voir le numéro 51, tome II.

Les États de l'Allemagne, où l'hydrologie médicale compte de si nombreux représentants, où le génie industriel a su mettre en œuvre si fructueusement les richesses du sol, manquent également au grand appel.

Le duché de Nassau, en particulier, illustré par Ems dans le groupe des eaux alcalines ; Wiesbaden, Soden, Schlangenbad, parmi les eaux salines ; Schwalbach, Kronthal, parmi les ferrugineuses ; Walbach, comme sulfureuses ; Geilnau, Fachingen, parmi les acidules, ne nous offre que son eau de Seltz ou Selters, bien connue et usitée, il est vrai, dans toute l'Europe, et que la méthode artificielle ne reproduit que bien imparfaitement.

L'Autriche a extrait de ses possessions :

L'eau de Borszek (Transylvanie); — les eaux de Barthfeld ; — de Lublau ; — de Szigeth ; provenant toutes trois de la Hongrie, et sur lesquelles aucune indication ne nous est parvenue.

Au contraire, la collection des eaux minérales de la Savoie, due à l'initiative de la Société médicale de Chambéry, peut être proposée comme un modèle distingué au zèle des corps savants ou des hommes que les progrès de l'hydrologie intéressent. Nous empruntons les détails suivants au rapport lu par M. Charles Calloud, pharmacien, devant la Société, au nom d'une commission chargée de recueillir les échantillons, d'en assurer la fidèle provenance, et de les classer d'après leur nature chimique respective.

Vingt-huit échantillons composent cet ensemble, et appartiennent aux sources de cette contrée, dont la minéralisation est suffisam-

ment établie. On a négligé une foule de fontaines minérales, qui, dans les Alpes comme ailleurs, prétendent à un renom merveilleux, et n'ont pas encore réussi à captiver l'attention du public et de la science. Placés dans un casier, ils forment trois catégories. Dans la première, sont les eaux les plus douées en température, et successivement les moins thermales ; et, dans les deux catégories des eaux minérales froides, les eaux les plus minéralisées et les plus réputées. La série se termine par celles dont la réputation, bien qu'accréditée thérapeutiquement, dit le rapporteur, n'a pas encore été consacrée par une analyse chimique précise.

A ces échantillons divers on a eu soin d'appliquer des étiquettes portant respectivement une indication succincte du lieu où sourdent les eaux, de leur nature, température, minéralisation détaillée ; du poids des éléments minéralisateurs réunis dans 1000 grammes d'eau ; du nom des chimistes qui en ont fait l'analyse, et de leur exploitation ancienne ou récente. Ce programme, et la manière dont il a été rempli, ne sauraient recevoir assez d'éloges.

Dix eaux thermales occupent le premier rang. Six d'entre elles sont remarquables par leur température, leur minéralisation, et possèdent, comme on le sait d'ailleurs, le privilége inestimable d'un complet service thermal.

Ce sont, pour les eaux sulfureuses sulfhydriquées d'Aix, les eaux de la source d'Alun, ou de Saint-Paul, d'une température de 46 degrés centigrades, habilement exploitées jadis par les Romains ; celle de la source Soufre, dont la température est de 44 degrés cent., et dont la sulfuration importante (gaz sulfurique libre, 0gr,041 sur 1000 grammes d'eau), et le volume extraordinaire (12 hectolitres par minute), permettent une exploitation d'une grande valeur. La présence d'un iodure et d'une grande quantité de sulfuraire, étudiée avec soin par M. Bonjean, ajoutent encore à l'intérêt de cette source.

Plus loin, nous trouvons les eaux salines de l'Échaillon, fortement minéralisées, d'une température de 43 degrés centigrades, et douées de propriétés purgatives. Ces eaux sont en voie de prospérité.

Les eaux salines, sulfureuses, sulfhydratées de Saint-Gervais, dont la température est de 40 à 42 degrés centigrados ; le sulfure de calcium y constitue l'élément de sulfuration qui s'unit à la minéralisation des eaux salines.

Les eaux salines de Salins, près Moûtiers. Leur température est de 38 degrés centigrades à la source. M. Calloud les signale comme les plus fortement minéralisées en chlorure de sodium parmi les eaux salées thermales. La richesse de leur minéralisation, ou la somme totale des éléments reconnus dans 1000 grammes d'eau est de 17,50 avec prédominance de 10,22 pour le sel marin, et la présence de bromures et d'iodures en notable proportion, même d'une petite quantité de sels de potasse, d'après une analyse récente, les rapproche singulièrement du degré de salure des eaux de la mer. Une haute thermalité, unie à une aussi puissante minéralisation, désigne ces eaux à toute notre attention, comme elle a déjà frappé la sollicitude du gouvernement sarde.

Les eaux salines de Brides, température 36 degrés centigrades, minéralisées comme celles de l'Échaillon, paraissant avoir la même provenance, se rattachent à cette source par les qualités thérapeutiques.

Les eaux de la Caille, placées ici dans l'ordre du degré de temrature (28 degrés centigrades), et à titre de sources sulfureuses, sulfhydriquées, sulfhydratées et alcalines. Ces eaux, à l'instar de ce qui a été constaté dans certaines eaux des Pyrénées, en particulier dans quelques-unes des sources de Bagnères-de-Luchon, *blanchissent* dans les baignoires, en passant par les nuances *bleuâtre* et *verdâtre*. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur un phénomène qui a déjà prêté à de savantes discussions, et dont la chimie et la thérapeutique attendent encore une solution satisfaisante.

Les eaux du Petit-Bornand, sulfureuses, sulfhydratées et salines ; température, 20 degrés centigrades.

Les eaux de Bromines et de Menthon (sulfureuses, sulfhydratées, alcalines) ; température, 18 degrés centigrades.

Ces trois sources ont été exploitées par les Romains, à en juger par de beaux restes de constructions antiques, et l'on espère que des travaux ultérieurs leur feront récupérer une température première, sans doute perdue par suite du délaissement et des révolutions du temps.

Le deuxième rang du casier contient les eaux sulfureuses froides, au nombre de huit, savoir :

1° Les eaux de Challes, les plus riches connues pour la sulfuration et l'ioduration. M. O. Henry y a constaté, en 1842, la proportion bien remarquable de 30 centigr. de sulfure de sodium sec, soit 92 centigrammes do sulfure sodique hydraté pour 1000 grammes d'eau. Des travaux récents de captation, dirigés sur l'un des filets d'eau qui alimentent la source de Challes, ont accru cette minéralisation, à en juger par une nouvelle vérification de dosage chimique due à M. Calloud, et évaluée, à la source même, à 559 milligrammes de sulfure de sodium par 1000 grammes d'eau. La vérification a été répétée pendant et après les pluies : le résultat s'est trouvé constant. Ces eaux limpides, incolores, douées d'une amertume caractéristique de sulfhydrate de soude, sont dépourvues d'odeur hépatique, prises à la source. Alcalisées par le carbonate et le silicate sodique, elles sont, de plus, chlorurées et considérablement iodurées et bromurées. M. Calloud, dans sa notice, appelle l'attention sur l'avantage qu'offre la proximité de la station de Challes, à peu de distance d'Aix et de Chambéry, et sur la possibilité de rivaliser avec les bains des Pyrénées les plus actifs, en mélangeant une faible quantité des eaux fortement sulfhydratées de Challes aux eaux simplement sulfhydriquées d'Aix. Les besoins de la thérapeutique retireraient un grand profit de ces moyens de concentration sulfureuse variée et mesurée à l'instar de ce qui se pratique avec utilité en Allemagne, auprès de certaines exploitations de salines.

2° Les eaux de Cruet, dont la minéralisation se rapproche beaucoup de celle des eaux de Challes, et qui n'ont pas encore été aménagées, comme elles sembleraient mériter de l'être.

3° Les eaux de Marlioz, à 1 kilomètre d'Aix. L'analyse, faite par M. Bonjean, attribue leur élément de sulfuration au sulfure sodique et à l'acide sulfhydrique libre. Elles sont alcalines, terreuses ; elles contiennent aussi du brome et de l'iode en combinaison, mais en moins forte proportion que les deux eaux qui précèdent.

4° Les eaux sulfureuses, sulfhydriquées, sulfhydratées et alcalines de Chamonix, jaillissant en abondance près d'un des énormes glaciers du mont Blanc. On les emploie en boisson, et même en bains, à l'aide d'un procédé de caléfaction.

5° et 6°. Les eaux de la Golaise et de Suandaz, qui sourdent dans une position élevée, sur les deux revers de la montagne située au nord-est de Samoëns, à roche néocomienne. Elles réunissent la minéralisation propre des eaux sulfureuses et celle des eaux salines.

7° Les eaux sulfureuses, sulfhydriquées et alcalines de Lorney, encore égarées à la surface du sol, dans le gravier d'un torrent, et attendant des travaux de captation.

8° Les eaux sulfureuses de la Boisserette, à Saint-Jeoire, placées dans des conditions analogues aux précédentes, et dont le gisement, comme l'analyse, tendent à faire assimiler la nature à celles de Challes, dont elles sont à faible distance.

L'honorable rapporteur de la Société médicale de Chambéry a été au-devant des réflexions que nous pourrions émettre sur cette série d'eaux sulfureuses froides. Nous reconnaîtrons avec lui que leur minéralisation sulfureuse par un sulfure soluble neutre, dépourvue de toute simultanéité d'éléments décomposants, leur garantissant une bonne conservation chimique, permet de les employer à distance et de les exporter au loin pour les besoins spéciaux d'un traitement médical. De même, elles peuvent supporter, sans décomposition, un certain degré de chaleur artificielle pour le service externe, comme cela se pratique à l'égard de certaines sources de France.

En troisième lieu, et en suivant toujours l'ordre d'importance considérée au point de vue de la minéralisation et de la valeur thérapeutique, on a disposé les eaux alcalines simples et les eaux alcalines ferrugineuses acidules. Tous les échantillons réunis sont au nombre de dix, dont trois d'eaux spécialement alcalines et sept d'eaux ferrugineuses.

Les eaux de Coëse, les plus alcalines de la collection, tiennent

en solution, outre une quantité notable de bicarbonate de soude (800 milligrammes par 1000 grammes d'eau), du bicarbonate de potasse, et, ce que M. Calloud indique comme caractéristique, du bicarbonate ammonique. Elles tiennent aussi en combinaison du gaz protocarbure d'hydrogène et de la glairine, et, en plus, un iodure alcalin, à la dose de 1/10 de grain par litre, qui leur communique, à la longue, l'odeur safranée de l'iode. C'est dans un dépôt d'alluvion ancienne, reposant sur le terrain liasique qui aboutit, non loin de là, aux roches talqueuses et granitiques de la ligne des grandes Alpes, qu'elles prennent naissance.

Les eaux d'Évian, minéralisées par les bicarbonates sodique, kalique, calcique et magnésien ont une vieille réputation.

Viennent ensuite les eaux alcalines magnésiennes de Saint-Simon, près d'Aix, dont l'analyse a été faite par un savant professeur de Milan, feu M. de Kramer.

Les eaux alcalines, ferrugineuses, à acide carbonique combiné et libre, au nombre de sept, se recommandent par la propriété facilement digestive que leur donne leur composition, et ne diffèrent point en ceci de ce que nous avons pu observer et de ce qu'il nous reste encore à apprendre chez nous sur les nombreuses sources minérales du même ordre. Nous les nommerons seulement, à titre de document : ce sont celles d'Amphion, près d'Evian ; de la Boisse, à Chambéry ; de Planchamp et d'Albens, près de Rumilly ; de Mathonay, près de Samoëns ; des Eaux-Rouges, à Sixt, et de Saint-Simon, près d'Aix. La commission de la Société médicale de Chambéry a jugé convenable, en se bornant à ce choix, de ne signaler que celles qui ont été l'objet d'un travail chimique, et qui, en outre, ont l'appui d'un certain crédit en valeur thérapeutique.

Telle est l'exhibition synoptique présentée au nom d'un des pays les plus favorisés, tant sous le rapport du nombre que sous celui de la variété des sources minérales. En énumérant succinctement ces échantillons, classés avec méthode, nous n'avons pu, comme nous l'aurions désiré, faire ressortir assez la pensée éminemment savante et utile qui a ordonné des rapprochements pleins d'intérêt pour la chimie et la géognosie, joignant, ainsi qu'on devra toujours le faire en hydrologie, les considérations les plus élevées aux applications de la thérapeutique journalière. Un pareil exemple ne saurait être perdu ; et si, comme le comportent ses attributions, notre Compagnie réalise le projet d'une collection qui réunirait sous ses yeux tout ce qui touche à l'étude et à l'emploi des eaux minérales, elle se souviendra du modèle, parfait en ce genre, exposé par nos très honorables confrères de la Savoie.

Les États sardes comptent encore plusieurs spécimens des sources dénommées sous les titres de Sainte-Lucie, sulfureuse, vitriolique, sulfureuse-diaphorétique gazeuse, magnésienne laxative, et jaillissant dans la localité de Valdieri. Des mousses (*muffe*), probablement de la glairine, ont été ajoutées à ces échantillons d'eaux, sur lesquelles les détails nous font défaut.

Le grand-duché de Toscane a exposé l'eau méphitique alcaline de Collalli. Nous la croyons de nature alcaline et sulfureuse, et peut-être renferme-t-elle de l'acide borique et des borates.

A la Confédération suisse appartiennent deux échantillons :

Celui de la source sulfureuse et légèrement iodée de Lavey (canton de Vaud). Température, 43 degrés centigrades. Les sels qu'elle renferme, à la dose de 23gr,318 pour 1 litre d'eau, sont à base de potasse, de soude, de chaux et de strontiane.

Celui de Saxon (en Valais). Cette eau, analysée, au mois de mars dernier, à la source même, par M. O. Henry, se distingue certainement par son extrême abondance et la nature iodée et bromée qu'elle présente à un degré jusqu'alors inconnu dans les eaux minérales. Chaque litre renferme, terme moyen, 8gr,09 d'iodure de calcium, et 0gr,04 de bromure de la même base, fournis l'un et l'autre par la lixiviation d'une roche voisine dont ces matières font partie, et qui constitue un banc puissant qu'on retrouve à plus d'un demi-kilomètre de distance de la source. L'eau est douée d'une thermalité de 25 degrés centigrades. La conservation et le transport en sont aisés.

En regard de l'échantillon de cette eau, on a placé un flacon contenant le départ de l'iode et du brome, fait par M. O. Henry, avec 6 kilogrammes d'eau. L'iode est à l'état d'iodure bleu d'amidon insoluble, et le brome, dissous dans l'éther sulfureux, constitue un liquide jaune orangé qui surnage.

Trois eaux minérales sont au nombre des produits de la Grèce :

L'eau de Cythnos a une température de 38 degrés centigrades environ, et renferme, d'après M. Giuseppe de Cigalla, beaucoup de chlorure de sodium, de calcium et de magnésium associé à des sulfates calcaire et sodique et à du bromure de magnésium.

L'eau d'Hypathie est qualifiée de saline et bromée. Sa température s'élève à 31 degrés centigrades.

L'une et l'autre de ces eaux sont facilement livrées à l'expédition.

Les renseignements nous manquent sur le troisième échantillon, celui de Corinthe.

A en croire les témoignages anciens, plusieurs sources thermales étaient célèbres chez les Grecs ; le seul travail qui les mentionne, de nos jours, d'après les données actuelles de la science, a été lu par le docteur Bouros, devant le congrès scientifique tenu à Pise en 1839. Il résulte de ce mémoire que ce pays possède un grand nombre de sources, soit sulfureuses, soit salines, soit ferrugineuses, thermales ou froides, mais qu'on n'y rencontre aucune de celles qu'on appelle gazeuses acidules ou alcalines, et dont notre sol et celui d'autres contrées continentales sont dotés.

Enfin, les eaux de Hmam-Kourbès et Hmam-el-Enf ont été adressées par le gouvernement de Tunis, sans autre indication.

En résumé, à l'exception des envois de notre colonie d'Afrique et de la Savoie, les lacunes sont grandes dans la liste que nous venons de parcourir. Combien n'eût-il pas été profitable cependant de voir les eaux minérales se ranger à côté des produits du sol de chaque pays et des témoignages de l'industrie humaine ? L'hygiène et l'assistance publique, l'économie politique et administrative, l'intérêt privé, aussi bien que la science et l'art médical, prélèvent leur part dans toutes les questions de l'hydrologie, et la commission supérieure de l'Exposition universelle avait parfaitement apprécié l'importance d'un tel sujet en lui consacrant une section dans une des grandes classes de son programme. Il est regrettable que ces excellentes intentions aient été si incomplétement remplies ; toutefois l'impulsion est donnée, et il appartiendra sans doute à la Société d'hydrologie médicale de Paris de favoriser un jour cet élan et d'en développer les résultats. En nous invitant à constater par nous-même la manière dont l'appel du jury de l'Exposition avait été entendu, notre honorable président, si bien placé pour juger de cette opportunité, a eu surtout pour but de nous faire prendre acte des efforts tentés dans le but qu'il veut bien poursuivre avec nous ; nous devons le remercier de son initiative toujours zélée, et enregistrer notre visite au palais de l'Industrie à titre de jalon et de renseignement pour l'avenir.

Le Secrétaire général,

DURAND-FARDEL.

MM. les Docteurs des départements dont l'abonnement à la GAZETTE HEBDOMADAIRE *expire le 31 décembre courant, sont prévenus qu'à moins d'ordre contraire reçu avant le 10 janvier, il sera fait sur eux, pour prix du renouvellement d'une année, un* **mandat de 24 fr. payable le 31 janvier prochain.**

MM. les abonnés de l'étranger sont invités à s'adresser, pour le renouvellement, au libraire de leur ville, ou à envoyer un mandat sur Paris.

MM. les abonnés recevront dans la première quinzaine de janvier 1856 le titre et la table des matières du tome II.

Le Rédacteur en chef : A. DECHAMBRE.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

D

E

F

TABLE DES FIGURES CONTENUES DANS LE TOME II.

PARIS. — IMPRIMERIE DE L. MARTINET, RUE MIGNON, 2.